

UNIVERSIDAD
NACIONAL
DE COLOMBIA

**Asesoría y orientación para la Interrupción
Voluntaria del Embarazo: narrativas de mujeres
atendidas en el Hospital de La Victoria de
Bogotá, 2016**

María Paula Villalba Cuadrado

Universidad Nacional de Colombia

Facultad de Medicina, Departamento de Psiquiatría

Bogotá D.C, Colombia

2016

Asesoría y orientación para la Interrupción Voluntaria del Embarazo: narrativas de mujeres atendidas en el Hospital de La Victoria de Bogotá, 2016

María Paula Villalba Cuadrado

Trabajo de investigación presentado como requisito parcial para optar al título de:

Especialista en Psiquiatría

Directora:

Médica ESP. MgSc. Ph.D., Zulma Consuelo Urrego Mendoza

Codirector:

Médico ESP. MgSc, Pio Iván Gómez Sánchez

Línea de Investigación:

Narrativas en medicina

Grupos de Investigación:

Racionalidades médicas y prácticas en salud y enfermedad

Salud sexual y reproductiva

Universidad Nacional de Colombia

Facultad de Medicina, Departamento de Psiquiatría

Bogotá D.C, Colombia

2016

Dedicatoria

A mis pacientes

Agradecimientos

A mi familia, fundamentalmente a mis padres y a mi hermana por su amor y comprensión.
A mis directores, Zulma Consuelo Urrego Mendoza y Pio Iván Gómez Sánchez por haber sido una excelente guía.

A mi mentora académica, Claudia Mercedes Mora Cárdenas por ser fuente invaluable de ideas.

A los ginecólogos Julio Cesar Camelo, Jorge Eduardo Caro y Oscar Marroquín por su generosa ayuda en la realización del trabajo de campo.

A la ginecóloga en formación, María Helena Duran por su indispensable colaboración para contactar a las participantes

A la futura médica Laura Camila Pinzón, por su apoyo incondicional en la transcripción de las entrevistas.

A las mujeres participantes por su valentía.

Resumen

Por medio de un estudio fenomenológico descriptivo se exploraron las narrativas alrededor de la asesoría y la orientación para la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE), de las mujeres que fueron atendidas en el Hospital de La Victoria (HLV) de Bogotá. Así, se reconoció que la experiencia de la toma de decisión de la IVE por la causal mental, que es aquella por la cual exclusivamente se interrumpen los embarazos en la institución, es siempre difícil. Se estableció que la mayoría de las participantes considera que la asesoría y la orientación que reciben de ginecología fueron buenas, mientras que para enfermería la percepción fue heterogénea. Por otra parte, el personal de salud mental y de trabajo social de la institución tuvo poco protagonismo en los relatos de las mujeres. Además se encontró que la satisfacción con la asesoría y la orientación se relacionó positivamente con la vivencia de la decisión de la IVE, y que dichos procesos fueron considerados por la mayoría de las entrevistadas como útiles y necesarios. Sin embargo, la asesoría y la orientación carecen de la calidad deseada, especialmente si son ofrecidos por profesionales de salud no médicos. Por lo anterior, se realizaron algunas recomendaciones, teniendo en cuenta lo narrado por las mujeres y la experiencia de los investigadores. Vale la pena mencionar que se sortearon múltiples dificultades para conocer la perspectiva de las mujeres que acceden a una IVE, pues es un tema del que poco se habla.

Palabras clave: Aborto legal (Interrupción Voluntaria del Embarazo), Asesoría, Orientación, Consejería, Salud mental, Satisfacción, Calidad

Abstract

A descriptive phenomenological study explored the women's narratives about the counseling for legal abortion (LA). Thus, the experience of decision-making of LA by the mental health causal is always difficult. Moreover, the majority of the participants considered that the counseling received from gynecology were good, whereas for nursing, the women had heterogeneous opinions. On the other hand, the mental health and social work staff had little role in the women's stories. Also, It was found that satisfaction with counseling was positively related to the experience of the decision, and that these processes were considered by most of the interviewees to be useful and necessary. However, counseling lack the desired quality, especially if offered by non-medical professionals. Based on the above, some recommendations were made, taking into account women's narratives and researcher's experience. Finally, multiple difficulties were overcome during investigation, because it is a topic that is problematic to talk about.

Keywords: Legal abortion, Counseling, Mental health, Satisfaction, Quality.

Contenido

	Pág.
Capítulo 1. Planteamiento del problema.....	3
1.1 Problema de estudio	3
1.2 Antecedentes y justificación.....	3
1.2.1 La consejería en aborto en otros países desde la perspectiva de las mujeres	3
1.2.2 La asesoría y la orientación en la Interrupción Voluntaria del Embarazo en Colombia desde la perspectiva de las mujeres	9
1.3 Objetivos.....	14
1.3.1 Objetivo general	14
1.3.2 Objetivos específicos.....	15
Capítulo 2 Marco Teórico-Referencial.....	16
2.1 Aborto y aborto inseguro.....	16
2.2 La Interrupción Voluntaria del Embarazo en Colombia.....	18
2.2.1 La causal salud.....	19
2.2.2 La causal malformación fetal incompatible con la vida	20
2.2.3 La causal violencia sexual.....	20
2.3 La consejería en el aborto	21
2.3.1 Los enfoques de consejería en el contexto del aborto	22
2.3.2 La consejería en terminación de la gestación en situaciones especiales.....	25
2.3.3 El consentimiento informado en el aborto.....	27
2.3.4 El apoyo emocional a la mujer ante un aborto	30
2.3.5 El entrenamiento para consejería en aborto.....	32
2.4 La asesoría y la orientación en la Interrupción Voluntaria del Embarazo en Colombia	33
2.4.1 La asesoría para la Interrupción Voluntaria del Embarazo	33
2.4.2 La orientación la Interrupción Voluntaria del Embarazo.....	34
2.4.3 Calidad en la Asesoría y Orientación para la Interrupción Voluntaria del Embarazo	38
2.4.4 Barreras de acceso a la Interrupción Voluntaria del Embarazo	40
Capítulo 3. Metodología	42
3.1 Diseño metodológico.....	42
3.2 Población y muestreo.....	42
3.2.1 Población a estudio	42
3.2.2 Muestreo	43
3.3 Estrategias y técnicas para la recolección de la información	44
3.4 Estrategias y técnicas para el análisis de la información	44
3.5 Estrategias para asegurar el rigor de la investigación	45

3.6	Consideraciones éticas.....	46
Capítulo 4. Resultados		49
4.1	Significados sobre el embarazo, el aborto y la Interrupción Voluntaria del Embarazo	51
4.2	Experiencia de la toma de decisión de la Interrupción Voluntaria del Embarazo ...	55
4.3	Percepción de las mujeres de la asesoría y la orientación para la Interrupción Voluntaria del Embarazo.....	62
4.4	Calidad del servicio de asesoría y orientación para la Interrupción Voluntaria del Embarazo: satisfacción	68
4.5	Calidad del servicio de asesoría y orientación para la Interrupción Voluntaria del Embarazo barreras en la atención.....	69
4.6	Calidad del servicio de asesoría y orientación para la Interrupción Voluntaria del Embarazo: efectividad y equidad.....	74
Capítulo 5. Discusión		76
5.1	Caracterización sociodemográfica y de los antecedentes reproductivos.....	76
5.2	Significados sobre el embarazo, el aborto y la Interrupción Voluntaria del Embarazo	79
5.3	Experiencia de la toma de decisión de la Interrupción Voluntaria del Embarazo ...	80
5.4	Percepción de las mujeres de la asesoría y la orientación para la Interrupción Voluntaria del Embarazo.....	85
5.5	Calidad del servicio de asesoría y orientación para la Interrupción Voluntaria del Embarazo: satisfacción	86
5.6	Barreras en la atención a la Interrupción Voluntaria del Embarazo	87
5.7	Calidad del servicio de asesoría y orientación para la Interrupción Voluntaria del Embarazo: efectividad y equidad.....	88
Conclusiones y recomendaciones		89
6.1	Conclusiones.....	89
6.2	Recomendaciones	91
6.2.1	Recomendaciones antes del procedimiento de la Interrupción Voluntaria del Embarazo	91
6.2.2	Recomendaciones durante el procedimiento de la Interrupción Voluntaria del Embarazo	91
6.2.3	Recomendaciones después del procedimiento de la Interrupción Voluntaria del Embarazo	92
Anexo A: Guía de entrevista: historia reproductiva, perfil sociodemográfico y preguntas guía		93
Anexo B: Consentimiento informado		97
Bibliografía		101

Lista de gráficos

	Pág.
Gráfico 1 Temas centrales: caracterización sociodemográfica y de los antecedentes reproductivos.....	50
Gráfico 2 Temas centrales: Embarazo.....	52
Gráfico 3 Temas centrales: Aborto e IVE.....	52
Gráfico 4 Experiencia de la toma de decisión de la Interrupción Voluntaria del Embarazo	55
Gráfico 5 Experiencia de la toma de la decisión de la Interrupción Voluntaria del Embarazo causal salud	56
Gráfico 6 Experiencia de la toma de la decisión de la Interrupción Voluntaria del Embarazo causal malformación fetal	56
Gráfico 7 “Espectro” de la percepción de la orientación brindada por el personal médico	61
Gráfico 8 Percepción de las mujeres de la asesoría y la orientación para la Interrupción Voluntaria del Embarazo en general	62

Lista de cuadros

Pág.

Cuadro 1 Aspectos claves del marco normativo vigente para el aborto legal en diferentes países.....	4
Cuadro 2 Niveles considerados para asegurar la heterogeneidad de la muestra	43

Lista de abreviaturas

Abreviaturas

Abreviatura	Término
--------------------	----------------

<i>IVE</i>	Interrupción Voluntaria del Embarazo
------------	--------------------------------------

<i>SSR</i>	Salud Sexual y Reproductiva
------------	-----------------------------

<i>OMS</i>	Organización Mundial de la Salud
------------	----------------------------------

<i>HLV</i>	Hospital de La Victoria
------------	-------------------------

Introducción

En Colombia, desde el año 2006 mediante la sentencia 355 emitida por la Corte Constitucional, se despenalizó parcialmente el aborto, bajo las siguientes circunstancias o causales: i) 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; ii) Cuando exista grave malformación del feto que haga inviable su vida, certificada por un profesional de medicina; y iii) 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, 2006). Con esta sentencia se puso en marcha una promisoriosa serie de acontecimientos de índole normativo para garantizar el aborto seguro bajo ciertos criterios. Pese a lo anterior, la mayoría de los abortos aún se realiza en condiciones clandestinas e incluso no se disponen de datos que reflejen la incidencia real del aborto legal en Colombia y la caracterización de la prestación del servicio en términos de calidad (Serrano, Pinilla, Martínez, & Ruiz, 2010).

Cabe resaltar, como es enunciado en la Circular Externa No 003 de 2013 (Superintendencia Nacional de Salud, 2013), que los prestadores de servicios de salud, las entidades administradoras de planes de beneficios y las entidades territoriales, deben brindar a todas las mujeres información, suficiente, amplia y adecuada así como orientación, apoyo y acompañamiento en relación con las alternativas terapéuticas disponibles en la prestación del servicio IVE , que permita la toma de decisiones libres e informadas.

Con el objetivo de contar con directrices claras y actualizadas, para la prestación de los servicios en materia de Salud Sexual y Reproductiva (SSR) en forma adecuada, y por ende garantizar derechos constitucionalmente amparados, se han desarrollado diversos lineamientos técnicos de alcance nacional, entre los que se incluye “Orientación y Asesoría

para la Interrupción Voluntaria del Embarazo” (Ministerio de Salud y Protección Social/Fondo de Población de las Naciones Unidas , 2014). En dicho documento se reconoce que la orientación y la asesoría oportunas y de calidad en el contexto de la IVE, aunque no obligatorias y en ningún caso objeto de barreras en la atención, contribuyen a disminuir la probabilidad de una experiencia traumática o de difícil manejo para la mujer y su pareja, permitiendo la posibilidad de integrarla exitosamente en la historia personal, mientras se fortalece la autonomía de las mujeres en el ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos y se previene el aborto inseguro y a futuro el embarazo no deseado

Otro aspecto a tener en cuenta es que bajo el modelo integral de atención en salud para la IVE, el abordaje de aspectos médicos, emocionales y socioculturales relevantes deben responder a las necesidades y preferencias de la mujer que puede optar por la continuación o no de su embarazo. En concordancia con lo anterior, el acompañamiento biopsicosocial durante y posterior a la IVE debe propender por una atención que se enfoque en la vulnerabilidad o las características específicas de las mujeres que demandan el servicio. Además la Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda que la perspectiva de las mujeres sobre la calidad de los servicios debe ser estudiada como parte del monitoreo y la evaluación del “Aborto sin riesgos” (Organización Mundial de la Salud, 2010), dado que ellas son la principal fuente para identificar las barreras que existen para el uso de los mismos.

En el Distrito Capital, no se ha evaluado el seguimiento ni el impacto de las directrices dadas sobre la asesoría y la orientación para la IVE, ni se ha valorado la calidad de la prestación del servicio desde la perspectiva de las usuarias.

Todo lo anterior anima al estudio de la asesoría y la orientación en la IVE, según la mirada de aquellas que demandan ese tipo de servicio, en el ámbito local. Esto para explorar la influencia de la asesoría y la orientación en la vivencia de la toma de decisión de una IVE y conocer principalmente en términos de satisfacción, la calidad del servicio. Aunado a ello, por medio de sus narrativas, se pretende conocer si la asesoría y la orientación que recibieron respondieron a sus necesidades y preferencias.

Capítulo 1. Planteamiento del problema

1.1 Problema de estudio

Se plantea como pregunta fundamental del estudio ¿Cuáles son las narrativas sobre la asesoría y orientación en mujeres que acceden a una Interrupción Voluntaria del Embarazo? y como pregunta específica ¿Qué relación guarda la experiencia de la asesoría y la orientación con la vivencia de la toma de la decisión y con la percepción de calidad del servicio?

1.2 Antecedentes y justificación

Es importante hacer una salvedad sobre los términos y las definiciones a usar durante el presente trabajo. El concepto clave de aborto legal se hará equiparable a IVE, no por su correspondencia estricta bajo el léxico médico y jurídico sino por practicidad. Así mismo, la traducción al español de la palabra anglosajona “counseling” y asesoría y orientación son comparables, aunque al hablar del fenómeno en el contexto mundial se preferirá el uso de consejería, mientras que para Colombia se usará asesoría y orientación.

Entonces en este apartado se describen los antecedentes del fenómeno de la asesoría y la orientación en la IVE en otros países y en Colombia desde la perspectiva de las mujeres, dando prelación a la literatura basada en metodología cualitativa.

1.2.1 La consejería en aborto en otros países desde la perspectiva de las mujeres

En primer lugar se muestra el panorama general de cómo los procesos de consejería para la IVE se evalúan desde la perspectiva de las mujeres en algunos países. Cabe resaltar,

que los estudios o reportes referenciados son escasos y poco específicos y están influenciados por factores de diversa índole como aquellos de tipo político, social, asistencial y obviamente legislativo que hacen que no sean comparables a la realidad distrital, pero que ofrecen elementos comunes a tener en cuenta para el presente trabajo.

En el cuadro 1, para atender a algunos de los factores que pueden entrar en juego en la prestación de los servicios de SSR, se resumen aspectos claves del marco normativo vigente para el aborto legal, con énfasis en el componente de la consejería de los países en que se desarrollaron los estudios encontrados y que se mencionan a continuación.

Cuadro 1 Aspectos claves del marco normativo vigente para el aborto legal en diferentes países.

País	Tipo de despenalización y año en que entra en vigencia	Actores de la propuesta y antecedentes	Información sobre oferta de la consejería
Estados Unidos	Despenalización absoluta del aborto en el primer trimestre. Sentencia de la Corte Suprema de Justicia en el Caso Roe contra Wade.1973.	Demanda inicialmente interpuesta en Texas en representación a Norma L. McCorvey o "Jane Roe" por el derecho al aborto por violación. Tres años después la Corte Suprema de Justicia falla a favor de la despenalización del aborto.	La consejería previa a una IVE es obligatoria en la mayoría de los Estados, con parámetros específicos de la información a suministrar y un tiempo establecido previo al procedimiento (Gretchen, 2007) (Allan Guttmacher Institute (AGI), 2015) (Gould, Greene, Perrucci, Barar, & Roberts, 2013).
Bélgica	Despenalización durante primer trimestre si la mujer experimenta malestar.1990.		La consejería preaborto es obligatoria y es realizada por equipo multidisciplinar, con un periodo de reflexión de 6 días para llevar a cabo el procedimiento (Vandamme, Wyverkens, Buysse, Vrancken, & Brondeel, 2013).
México (Distrito Federal)	Despenalización electiva durante el primer trimestre. Ley de Salud para el Distrito Federal.	Grupos de mujeres a nivel local e internacional y profesionales de salud pública. Aborto ilegal e inseguro como	En el Distrito Federal los servicios de consejería ofrecen apoyo médico a la mujer que decida practicarse la interrupción del embarazo antes y

	2007 (van Dijk, y otros, 2011).	importante causa de morbimortalidad materna en Ciudad de México.	después del procedimiento, particularmente en materia de planificación familiar y anticoncepción (González A. , 2011).
Uruguay	Despenalización electiva durante el primer trimestre y restringida a las causales salud, malformación fetal y violencia sexual para el segundo y tercer trimestre, Ley 18.987 de 2012 (González A. , 2011).	Desde 1985 la sociedad civil organizada e instancias sanitarias participaron activamente en la construcción de una agenda política en pro de la legalización del aborto, último intento fallido en el 2008 con la Ley 18.426 de SSR.	La ley asegura la confidencialidad, el consentimiento informado y le autonomía. El equipo interdisciplinario (ginecología, salud mental y área social) orienta y asesora en la prevención de futuros embarazos así como respecto a los programas de planificación familiar. Se dan 5 días de reflexión (Silva, 2014).

Fuente: Elaboración propia con base en las referencias citadas en el texto.

En Estados Unidos, se evaluó la percepción de 104 usuarias sobre la consejería con enfoque feminista que recibieron antes de una interrupción de la gestación de tipo quirúrgico (Gretchen, 2007). Cabe anotar que las mujeres ya habían tomado la decisión de interrumpir el embarazo. Este trabajo incorpora a una encuesta de satisfacción una pregunta abierta no obligatoria, que sin seguir rigurosamente una metodología para análisis narrativo, explora la percepción de las mujeres sobre la consejería que recibieron. Al respecto afirman que las pacientes están satisfechas con la orientación feminista. Por último, la autora sugiere recomendaciones para la práctica clínica en lo referente a la consejería:

- Las pacientes están en busca de un ambiente cómodo que ofrezca apoyo de la manera que un amigo o familiar que podría hacerlo.
- Las pacientes necesitan un consejero que normalice su experiencia
- Las pacientes necesitan un consejero que sea capaz de contrarrestar las experiencias negativas asociadas al aborto.
- Las pacientes necesitan consejeros que estén bien informados sobre el procedimiento.

También en Estados Unidos, un estudio (Gould, Greene, Perrucci, Barar, & Roberts, 2013) valoró los posibles predictores para recibir consejería y evaluar su utilidad desde distintas fuentes (por ejemplo de 718 mujeres de otro estudio que interrumpieron un embarazo en

el primer y segundo trimestre y habían recibido consejería y de los datos del Instituto Guttmacher) una semana después del procedimiento. Así describen que el 68% de las participantes reportaron recibir consejería sobre el aborto y que la mayoría consideró que era la mejor decisión para ellas. Con relación a la utilidad la mayoría encontró al menos moderadamente útil el asesoramiento. La información ordenada por las diferentes leyes estatales tenía menor probabilidad de percibirse como útil en la asesoría por parte de las pacientes. Al respecto los autores consideran la posibilidad de que los proveedores de salud influyeran la opinión de las mujeres por comentarios negativos durante la interacción de la consejería. Surge una interesante discrepancia entre el reporte de las fuentes de proveer consejería y el reporte de las mujeres de recibirla. En este sentido, el espectro de actividades que contempla el término “counseling” y la interpretación que hace el profesional de salud y la usuaria puede ser la causa de este hallazgo.

En Bélgica (Vandamme, Wyverkens, Buysse, Vrancken, & Brondeel, 2013), a través de un estudio de corte trasversal, se evaluó la perspectiva de 971 mujeres sobre la consejería en el aborto mediante un cuestionario antes y después de la misma, donde se contempló el estado emocional, el grado de certeza de la decisión, el contenido de la asesoría y el valor percibido de utilidad de la sesión de asesoría. Durante la consejería se abordan frecuentemente temas como información sobre el procedimiento en un 89% de los casos, el uso de anticonceptivos en un 83% y el proceso de toma de decisiones individual en 81%. Llama la atención que los aspectos religiosos y los sentimientos de culpa son menos discutidos (menor al 13% de los casos) y que congruentemente las mujeres no lo consideran necesario. Por otra parte las mujeres sugieren que se profundice más sobre la información del procedimiento y sobre las consecuencias del mismo mientras que preferirían dialogar menos sobre anticoncepción y las emociones. Describen que las necesidades de las mujeres tienen un efecto significativo en si se discute o no el tema. Además mencionan como la edad, la certeza de la decisión, el antecedente de aborto previo o el acompañamiento por parte de terceros durante la consejería influyen si se tratan o no ciertos temas, por ejemplo si había antecedente de aborto previo era menos probable que se abordara el tema de consecuencias del procedimiento. En el estudio de Vandamme, se evidencia que las mujeres asignan un mayor valor a la consejería posterior a la misma, están satisfechas y experimentan menos malestar emocional y mayor satisfacción con su decisión.

En México, van Dijk (van Dijk, y otros, 2011) mediante un estudio cualitativo exploró la experiencia de 25 pacientes adultas que accedieron a la prestación del servicio de IVE tanto en el sector público (en el centro especializado en servicios de aborto legal: Beatriz Velasco de Alemán) como privado durante el año 2008. El autor encontró algunas diferencias como barreras de acceso derivadas de la gran demanda en el primer sector y la oportunidad de consejería previa al procedimiento por personal de la salud mental y acompañamiento por parte de pareja o familiar en la consejería para la anticoncepción en el segundo sector. En resumen, la percepción de la calidad del servicio fue calificada de manera positiva en ambos sectores. Con respecto a la consejería para la anticoncepción la mayoría de las usuarias se sintieron satisfechas en ambos ámbitos, sobretudo en el privado y resulta llamativo que la mayoría de las participantes no usaba ningún método de planificación moderno. Se resaltan las limitaciones del estudio dadas por la metodología y los posibles sesgos de selección, pero sugieren que el Ministerio de Salud de ese país debería enfocar su esfuerzo en poblaciones vulnerables como aquellas con bajo nivel socioeconómico y en la promoción de educación en SSR y en especial al uso adecuado de los métodos anticonceptivos.

También en México (Becker D, 2010), se evaluaron seis aspectos de la calidad de atención, tales como interacción clienta-personal, provisión de información, competencia técnica, servicios anticonceptivos postaborto, accesibilidad y ambiente de la institución, en 402 mujeres que habían tenido un aborto en alguno de los tres institutos públicos en la Ciudad de México. Tras un análisis de regresión logística ordinal concluyen que los esfuerzos para mejorar la experiencia de las pacientes de los servicios de aborto deben enfocarse en la interacción clienta-personal, provisión de información, accesibilidad del servicio, competencia técnica y el ambiente de la institución. El factor más importante es si el médico hace sentir cómoda a la mujer durante su visita.

En Uruguay, la organización no gubernamental Médicos del Mundo (Silva, 2014), llevó a cabo una investigación en dos fases, antes y después de la aprobación de la ley arriba mencionada, para explorar las experiencias de las usuarias de los servicios de IVE en el primer trimestre, en tres departamentos estratégicos que hacen parte del proyecto llamado “Disminución de barreras para el acceso a los servicios de Salud Sexual y Reproductiva de Calidad, particularmente a los servicios de interrupción voluntaria del embarazo en

Uruguay”. De dicho trabajo, en la segunda fase, con base en 21 entrevistas a profundidad, se resalta:

- La gran mayoría de las mujeres entrevistadas dice haber tomado la decisión antes del primer contacto con el servicio de salud.
- Los motivos para interrumpir un embarazo incluyen razones financieras, abandono de la pareja, problemas de salud, cuidado de otros hijos y distorsión del proyecto de vida. No se precisa la edad gestacional.
- La toma de decisión no es fácil para ninguna de las mujeres entrevistadas; estas expresan dudas, culpa, ambivalencia y “duelo” y hacen énfasis en el respeto a la autonomía en la toma de la decisión.
- El trato en el servicio de IVE por el equipo interdisciplinario se consideró bueno.
- Como factores que facilitan la experiencia se encuentran: el tono desestigmatizante de los servicios, el proceso ambulatorio del aborto con medicamentos, el respeto a la confidencialidad en caso de requerir hospitalización, el apoyo que encuentran en otras mujeres que experimentan una IVE y el vínculo con el servicio en atención primaria pues se facilita el seguimiento y el uso de anticoncepción en el post aborto.
- Las barreras para acceder a los servicios son: la falta de difusión de los servicios, el proceso “engorroso”, las barreras geográficas y económicas, las barreras dentro del sistema de salud y en el contexto social en que se vive, pues aun el estigma relacionado al aborto sigue siendo parte de la experiencia de muchas mujeres que buscan este servicio.
- El estudio refleja que el acceso al servicio de IVE impactó en la percepción de la seguridad del aborto, las finanzas personales y el acompañamiento al que tienen derecho.

Por último, cabe mencionar una revisión de estudios cualitativos de diferentes orígenes geográficos (Estados Unidos, Suecia y Gran Bretaña en su mayoría), que contemplaron las experiencias de las mujeres ante la terminación voluntaria del embarazo con intervención tanto médica como quirúrgica (Lie, Robson, & May, 2008). En el componente de la consejería y del soporte emocional, mencionan recomendaciones que los autores dan respecto a cómo debería realizarse aunque no ilustran la percepción de las usuarias sobre la consejería que reciben en sí. Así, se destaca la importancia de proporcionar información de forma amplia, ofrecer la oportunidad a las mujeres para expresar su sufrimiento (en particular en aquellas con pobre red de apoyo) y el rol de enfermería en

esta tarea. Finalmente de forma limitada sugieren que las mujeres que están bien informadas y apoyadas en sus decisiones experimentan desenlaces psicosociales buenos.

1.2.2 La asesoría y la orientación en la Interrupción Voluntaria del Embarazo en Colombia desde la perspectiva de las mujeres

Se presenta la situación del aborto legal en Colombia y los datos disponibles que dan muestra de la perspectiva de las mujeres sobre el servicio de IVE de manera global resaltando el fenómeno de interés pues no se encontró un documento que evalúe el componente de la asesoría y la orientación en IVE en el país de manera exclusiva.

Según un estudio realizado por el Allan Guttmacher Institute (Allan Guttmacher Institute (AGI), 2010), la tasa anual de abortos en el país ha tenido una tendencia discreta al aumento: para el año 2008 se estimaron 39 abortos por 1.000 mujeres de 15 a 44 años mientras en el año 1989 eran 36 por 1.000 mujeres. De los casos revisados para el año 2008 solo el 0.08% correspondía a interrupciones voluntarias despenalizadas del embarazo es decir 322 de 400.400 casos. Para el año 2008 una de cada 26 mujeres dijo haber tenido un aborto inducido. Las tasas para ese año más altas de aborto se ven en Bogotá y en la región Pacífica.

Para el año 2007, dentro de las primeras causas de atención en hospitalización para mujeres esta la prestación de “Embarazo terminado en aborto” con 7.862 casos (Organización Panamericana de Salud, 2010). Más recientemente, de acuerdo con los Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud del Ministerio de Salud y Protección Social (Profamilia/Fondo de Población de las Naciones Unidas, 2014), en el año 2009 se presentaron 3.674 abortos, 4.399 en el año 2010 y 3.443 casos en el año 2011. La mayor parte de los casos se presentó en el rango de edad entre 27 y 44 años, en los departamentos de Bolívar, Antioquia y Atlántico. La ciudad que reportó mayor número de casos fue Bogotá.

En Colombia, el número de muertes maternas por causa de la realización de un aborto surge a partir de estimaciones dadas por la OMS y del Ministerio de Salud y Protección Social pues la mortalidad materna es difícil de estimar (Allan Guttmacher Institute (AGI),

2010). En el estudio del Allan Guttmacher Institute, se concluye que para el año 2008, 70 mujeres mueren cada año debido a abortos inseguros.

Según la Encuesta Nacional de Demografía y Salud del año 2010, la forma de terminación del último embarazo, ocurrido antes o después de mayo del año 2006, fue en el 8% debido a interrupciones de embarazo/abortos, sin discriminar si es espontáneo o provocado, a los 2.1 meses en promedio (Profamilia, 2011).

En lo estipulado en el último documento mencionado, alrededor de las tres cuartas partes de las mujeres conocen cada una de las causales de terminación del embarazo despenalizadas por la normativa vigente. Aquellas mujeres entre los 20 y 34 años, solteras y con uno o dos hijos nacidos vivos tenían mayor información sobre las causales. Es llamativo como un porcentaje no despreciable de las mujeres encuestadas, considera que dentro de las causales que despenalizan el aborto debería incluirse el embarazo no deseado, el embarazo en los extremos de edad reproductiva y situación económica precaria.

En otro estudio (Profamilia/Fondo de Población de las Naciones Unidas, 2014), se muestra que a pesar de que un alto porcentaje de mujeres dice conocer la Sentencia, estas tienen una información muy general o fragmentada de las causales y sus requisitos. Además están más informadas sobre el marco normativo quienes consultan al sector privado.

El documento mencionado en el párrafo anterior (Profamilia/Fondo de Población de las Naciones Unidas, 2014), con base en un estudio de tipo cualitativo y descriptivo, identifica y describe los factores que anteceden una interrupción del embarazo, los factores del proceso y las barreras de acceso, así como los factores posteriores a una IVE (también fuera del marco legal), a través de las historias de vida de las mujeres que decidieron participar en el estudio. De este documento se destaca, sin diferenciar si correspondía a mujeres que habían llevado a cabo una IVE o no, que las mujeres que interrumpieron un embarazo fueron por lo general mujeres adultas, que terminaron la educación básica secundaria o que cuentan con estudios universitarios, con algún tipo de trabajo y que profesan una religión. Además no pertenecen a los estratos socioeconómicos más bajos y generalmente cuentan con una pareja.

En contraste, un estudio descriptivo y transversal con una muestra por conveniencia, tomada entre las pacientes que consultaron a Urgencias de Ginecoobstetricia del Hospital Local del Norte de Bucaramanga, muestra que aquellas mujeres que indujeron un aborto exhiben factores de riesgo para aborto inseguro. Estos son: estrato socio-económico bajo, inadecuada atención sanitaria y educativa en planificación familiar, ausencia de pareja estable, pareja disfuncional y que la pareja coaccionara la inducción del aborto por motivos económicos o de paternidad satisfecha (Quintero, Ortiz, Ochoa, Consuegra, & Oliveros, 2010).

Del mismo documento sobre determinantes del aborto inseguro (Profamilia/Fondo de Población de las Naciones Unidas, 2014), dentro de los antecedentes próximos a la interrupción del embarazo, uno de los factores con mayor influencia es el relacionado con los métodos anticonceptivos pues tan sólo el 33% de las mujeres hacía uso de algún método; con precaria adherencia a los mismos. La razón más frecuente para tomar la decisión de interrumpir el embarazo fuera de las causales despenalizadas, tiene que ver con el proyecto de vida que se han trazado, pero en general confluían varias razones como el factor económico, el rol de la maternidad y la relación de pareja conflictiva.

Por otro lado, incluyen 32 casos de IVE (Profamilia/Fondo de Población de las Naciones Unidas, 2014), para los cuales las causales bajo las cuales se llevaron a cabo las interrupciones son según su orden de frecuencia: violencia sexual, salud de la mujer y malformación fetal incompatible con la vida. De esta subpoblación, llama la atención que en el 66,7% de IVE, las mujeres que acudieron al servicio público, manifestaron haber encontrado alguna barrera. Las más importantes son la negación del servicio por objeción de conciencia por parte del personal médico, las demoras para la prestación del servicio y la solicitud de documentos adicionales. Además, se resalta con preocupación, como bajo el contexto de la IVE en la red pública el 41,7% de las mujeres entrevistadas manifestaron que se les vulneró su derecho a la privacidad.

En un estudio reciente realizado en nueve centros de atención de Profamilia en el territorio nacional, por el contrario se evidencia que la causal de salud mental tiene mayor distribución porcentual entre las usuarias de esta institución con un 75.3% (Ruiz, 2015).

Con relación a la asesoría sobre el procedimiento de aborto no despenalizado queda en evidencia que si bien la inmensa mayoría recibió información, esta no fue en todos los casos completa, clara y suficiente, en especial en las Regiones Pacífica y Amazonía-Orinoquía (Ministerio de Salud y Protección Social/Fondo de Población de las Naciones Unidas , 2014). De destacar, que quienes calificaron la calidad de la información como “buena”, recibieron respeto y calidez además de información completa, clara y suficiente. También se muestran otros escenarios desalentadores como información insuficiente, dudas no resueltas, sensación de amenaza con la información obtenida e incluso el no recibir ningún tipo de asesoría en el 20.2% de las encuestadas. Al comparar el sector privado con el público, en el último un mayor porcentaje de mujeres recibieron explicación sobre el procedimiento. En esta línea, la mayoría de las mujeres que llevaron a cabo el procedimiento con un prestador de servicios público manifestaron haber firmado un consentimiento informado.

Cabe resaltar que Ruiz y colaboradores (Ruiz, 2015), encuentran que el 89.2% de las usuarias estaban seguras de su decisión al recibir la asesoría de opciones. La mayoría de las usuarias calificaron como adecuada y positiva a la asesoría en opciones. Además identifican la asesoría en opciones como una oportunidad de apoyo y comprensión por la situación que estaban atravesando.

De forma frecuente las mujeres identifican en el personal de salud que las atendió prejuicios. Lo anterior lo ejemplifica el estudio de Profamilia (Profamilia/Fondo de Población de las Naciones Unidas, 2014), en el cual hasta el 58,3% de las mujeres que accedieron a la interrupción en el sector público manifestó haber sido juzgada frente al 15,4% de las mujeres que acudieron al sector privado. Por causal, manifiestan haber sido juzgadas en mayor porcentaje las mujeres que buscaron una IVE por violación (8,8%), y por peligro para la salud de la mujer (6,6%) y en menores proporciones por malformaciones fetales y peligro para la vida de la mujer (5,5% y 2,2% respectivamente). Al evaluar la calificación del nivel de seguridad del aborto ninguno de los 91 procedimientos identificados cumplió la totalidad de los criterios de aborto seguro ni en el marco legal ni fuera de él. Además el uso de métodos anticonceptivos previo al embarazo y el conocimiento sobre la sentencia que despenalizó parcialmente el aborto no son un diferenciador del nivel de seguridad en

los procedimientos, pero si los son la etnia, el nivel educativo y el lugar de realización de la interrupción de la gestación.

De los estudios recientes de Profamilia, se conoce que múltiples dudas e inquietudes quedan sin resolver, ya sea por ausencia de información o de controles médicos posteriores a la interrupción del embarazo (Profamilia/Fondo de Población de las Naciones Unidas, 2014). Por lo anterior, han sugerido que usuarias cuenten con una asesoría opcional post IVE (Ruiz, 2015).

Con respecto a la experiencia con la estrategia de Atención Integral al Posaborto en 13 Hospitales Colombianos en el componente de consejería/orientación, en materia de salud sexual y reproductiva específicamente anticoncepción, se resalta que hay alta dependencia económica de las mujeres de sus compañeros sentimentales y una baja escolaridad; aspectos que deben tenerse en cuenta al momento de la consejería y del seguimiento (Gómez, Escandón, & Gaitán, 2007). Este aspecto también se aprecia en el estudio en Bucaramanga (Quintero, Ortiz, Ochoa, Consuegra, & Oliveros, 2010), pues de las pacientes que habían provocado un aborto, el 43.7% dependían económicamente de su pareja y ninguna había cursado estudios universitarios.

Así mismo se insiste en que el periodo inmediatamente posterior el evento obstétrico de interés, ofrece una valiosa oportunidad a los profesionales de salud para ayudar a las mujeres a resolver ciertos problemas que contribuyen al embarazo no deseado, que se pueden mitigar con una asesoría de calidad en métodos anticonceptivos. Evidencia de las oportunidades perdidas corresponde por ejemplo a que sólo el 27.3% de las mujeres que interrumpieron el embarazo voluntariamente fuera del marco normativo vigente y que consultan a urgencias en Bucaramanga en el postaborto, recibieron asesoría calificada por personal de salud entrenado en planificación (Quintero, Ortiz, Ochoa, Consuegra, & Oliveros, 2010).

En la esfera emocional en el periodo posterior a la interrupción, se describe que si la oportunidad de tomar una decisión de manera autónoma no fue ofrecida se suelen experimentar culpa, malestar o tristeza en el corto o largo plazo (Profamilia/Fondo de Población de las Naciones Unidas, 2014). Además que algunas mujeres manifiestan necesidad de recibir apoyo adicional al que se presta en los controles después de la interrupción del embarazo.

Dentro de las recomendaciones que dan las mujeres participantes al indagar cómo consideran que se disminuiría la morbimortalidad de aquellas que tienen un aborto, ellas sugieren ofrecer acompañamiento psicológico a las mujeres durante el proceso y en el post aborto (Profamilia/Fondo de Población de las Naciones Unidas, 2014).

Para concluir en el contexto Nacional, hay una imperiosa necesidad del fortalecimiento de los sistemas y las fuentes de información sobre el fenómeno de la IVE y su calidad en general, y en el componente de la asesoría y la orientación en particular. Ello en razón a ser un evento frecuente y de gran impacto emocional no solo para las usuarias y su familia sino para los profesionales de la salud. Además los datos obtenidos en los antecedentes demuestran que no se están siguiendo a cabalidad los protocolos de atención para la IVE en el sector público. Además hay un llamado a considerar el seguimiento post IVE.

Entonces para dar una respuesta en el contexto local, ajustada a las diferentes necesidades de las usuarias según su propia vivencia y de acuerdo a la oferta institucional, se considera que merece la pena conducir un estudio cualitativo que evalúe la asesoría y la orientación para la IVE en una institución que ha contribuido a mi formación como médica general y como psiquiatra¹.

1.3 Objetivos

1.3.1 Objetivo general

Explorar las narrativas alrededor de la asesoría y la orientación recibida por las mujeres adultas que acceden a una Interrupción Voluntaria del embarazo en un centro de referencia distrital, con el fin de aportar al conocimiento de la perspectiva de éstas sobre el proceso de asesoramiento en la toma de decisiones relacionadas con la Salud Sexual y Reproductiva.

¹ Es pertinente comentar que el interés en el tema surgió desde la preparación de un caso clínico, durante mi formación de primer año en la institución de salud mencionada, que atañe a la causal salud mental en IVE. Dicho interés ha aumentado con el transcurrir de la residencia, en razón a las frecuentes inquietudes que surgen y a los dilemas a los que nos enfrentamos con este fenómeno. Además considero importante realizar una retribución a un Hospital que desde pregrado me ha permitido enriquecerme como persona.

1.3.2 Objetivos específicos

- Identificar los significados sobre el embarazo, el aborto y la IVE que circulan en las narrativas de mujeres atendidas para una IVE en un centro de referencia distrital.
- Conocer cómo fue la experiencia de la toma de decisión de la IVE dilucidando los elementos que comúnmente emergen durante el proceso según la causal y la asesoría y orientación recibida.
- Establecer cuál es la percepción de las mujeres que accede a una IVE en lo referente a la asesoría y la orientación que reciben de diferentes profesionales de la salud.
- Explorar la influencia de la satisfacción con la asesoría y la orientación en la vivencia de decisión.
- Reconocer las barreras en la atención afrontadas para el acceso a la IVE, con énfasis a las derivadas de la asesoría y la orientación suministrada.
- Indagar si los elementos de intervención usados en la orientación se adaptaron a las características y las necesidades individuales de las mujeres que solicitaron el servicio.
- Proponer recomendaciones tendientes al fortalecimiento del componente de asesoría y orientación en IVE en un centro de atención distrital.

Capítulo 2 Marco Teórico-Referencial

Se cuenta con literatura científica y documentos oficiales, que comprenden el período de los últimos 25 años, organizada temáticamente, en torno a:

- Aborto y aborto inseguro (conceptos básicos)
- IVE según el marco normativo vigente en Colombia
- Consejería en aborto en general
- Asesoría y orientación en la IVE en Colombia.

La indagación se realizó mediante diversas bases de datos (Medline, LILACS, Scielo, Redalyc) así como manualmente desde las referencias de artículos primarios.

2.1 Aborto y aborto inseguro

El aborto corresponde a la interrupción del embarazo; este puede ser espontáneo o inducido (Organización Mundial de la Salud, 1995) en razón a la ausencia o presencia de una maniobra abortiva, respectivamente, sea de tipo farmacológica o quirúrgica. Este término se equiparara con el de interrupción del embarazo voluntaria pero no legal. También se ha denominado comúnmente como “la regulación menstrual”. En el contexto clínico es la terminación, espontánea o inducida de la gestación, antes de la semana 22 o la expulsión de un feto con peso menor o igual a 500 gramos.

El aborto inseguro, según la definición de la OMS, es un procedimiento para finalizar un embarazo no deseado realizado por personas que carecen de la capacidad necesaria o que se lleva a cabo en un entorno donde se carece de un estándar medico mínimo, o ambos.

Vale la pena destacar que el aborto inseguro y el aborto ilegal no son lo mismo, así algunos abortos seguros se hacen en el contexto de la ilegalidad y del mismo modo, no todos los abortos legales son seguros. Este último aspecto es contrario a lo propuesto en la Conferencia Internacional sobre Población y el Desarrollo de Naciones Unidas realizada en el Cairo en 1994, donde se afirma que donde sea legal, el aborto debería ser seguro (Naciones Unidas, 1994). Bajo la restricción de legalidad a causales finitas, se evidencia que los abortos ilegales que cumplen con los requisitos de seguridad se convierten en el privilegio de las mujeres con mayores recursos económicos (Organización Mundial de la Salud, 2012).

Los requisitos de seguridad, que garantizan que el procedimiento implique un riesgo extremadamente bajo para la salud mujer, deben cumplirse todos para considerar un aborto como seguro, pueden resumirse escuetamente así (Ministerio de Salud y la Protección Social, 2014)

- Políticas que permitan realizar un aborto en el marco de la ley. Con la salvedad de que en ningún caso se debe promover el aborto como método de planificación familiar, ni para realización deliberada
- Proveedores de servicios de salud que estén capacitados para respaldar la toma de decisión de la mujer en forma voluntaria y con base en información suficiente y de calidad
- Información como parte esencial de los servicios de aborto de buena calidad (aspecto que se ampliará conforme se desarrolle el eje temático de asesoría y orientación en la IVE)
- Acceso, es decir la posibilidad para hacer uso, de los servicios de salud según las necesidades individuales
- Seguimiento de las técnicas y prácticas recomendadas por la OMS
- Acceso a profesional médico capacitado y a espacios físicos que cuenten con todos los estándares para la prestación del servicio en condiciones óptimas
- Confidencialidad y privacidad durante la atención
- Atención adecuada posterior al aborto (integral)
- Protección de las personas con algún tipo de vulnerabilidad.

2.2 La Interrupción Voluntaria del Embarazo en Colombia

La IVE se refiere a la terminación o el intento de terminación de un embarazo, despenalizado por la ley. En Colombia a partir de la sentencia C-355 de 2006 (Corte Constitucional, 2006), se despenaliza el aborto bajo tres causales. Las causales se cumplen cuando:

- La continuación del embarazo constituya peligro para la vida o la salud de la mujer, certificada por un profesional de salud (incluye a psicólogos).
- Exista grave malformación que haga inviable la vida, certificado por un profesional médico.
- 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 no consentido o de incesto.

La Corte Constitucional, al revisar las sentencias de tutela proferidas por diferentes despachos judiciales, en razón a la falta de información clara, que ha puesto en riesgo la garantía de la IVE, ha desarrollado importante legislación en la materia como lo demuestra:

- La Sentencia T-988 de 2007 que se pronunció frente a los casos de las mujeres con discapacidad (física, psíquica o sensorial que imposibilitan la exteriorización libre y directa de su consentimiento). La solicitud de la IVE puede hacerla cualquiera que actúe en nombre de la mujer, sin requisitos formales adicionales al denuncia penal por acceso carnal violento o no consentido o abusivo (Corte Constitucional, 2007).
- La Sentencia T-209 de 2008 (Corte Constitucional, 2008) y T-946 de 2008 (Constitucional, 2008) aclaran que el médico que se abstenga de practicar un aborto con fundamento en la objeción de conciencia tiene la obligación de remitir inmediatamente a la mujer a otro médico que sí pueda llevar a cabo el procedimiento y que los titulares de la objeción de conciencia son únicamente las personas naturales y no las jurídicas.
- La Sentencia T-009 de 2009 (Corte Constitucional, 2009) que hace referencia a la autonomía de la voluntad, menciona que es únicamente la mujer la que tiene la

decisión para continuar o interrumpir un embarazo cuando represente riesgo para su vida o su salud certificado por un profesional médico. Se hace la claridad que para salud mental puede ser un profesional de psicología.

- La Sentencia T- 388 de 2009, promueve a que todas las mujeres cuenten con información suficiente, amplia y adecuada que les permita ejercer a cabalidad y en libertad de sus derechos sexuales y reproductivos, lo que incluye, el derecho a estar plenamente enteradas respecto a lo dispuesto en la Sentencia C-355 de 2006 (Corte Constitucional, 2009).
- La Sentencia T-585 de 2010, que considera la causal salud, reitera que el derecho fundamental a la IVE en cabeza de las mujeres que se encuentran incursas en cualquiera de las hipótesis despenalizadas, se deriva del desarrollo interpretativo de las prerrogativas fundamentales ya existentes en los derechos a la dignidad humana, al libre desarrollo de la personalidad, a la vida, a la salud física y mental, a la educación y a la información y que se inscribe en la categoría de los derechos reproductivos (Corte Constitucional, 2010). Además plantea la necesidad de un protocolo de diagnóstico integral que incluya la valoración del estado de salud mental determinar si se cumple el requisito impuesto en la sentencia C-355 de 2006.
- La Sentencia T-841 de 2011 (Corte Constitucional, 2011), establece que el riesgo para la salud mental de la mujer es razón suficiente para llevar a cabo una IVE.

A nivel del Distrito Capital se siguen las directrices de la para los servicios de IVE acogidas a nivel Nacional (Ministerio de Salud y la Protección Social, 2014), además de las emanadas por la Secretaria Distrital de Salud (Secretaria Distrital de Salud de Bogotá, 2012).

2.2.1 La causal salud

Con el fin de avanzar en la comprensión del alcance de la causal salud en el contexto de los derechos humanos y la construcción de herramientas para interpretarla adecuadamente y hacer efectiva su aplicación se resumen a los principios a considerar

según el documento de fundamentación de la causal salud (La Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres y la Alianza Nacional por el Derecho a Decidir, 2008).

El primero de ellos implica que el derecho a la salud, es interdependiente con los derechos a la vida, la dignidad, la autonomía, la libertad, el libre desarrollo de la personalidad, la información, la no discriminación, la igualdad, la intimidad, la privacidad y el derecho a estar libre de tratos crueles, inhumanos o degradantes (La Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres y la Alianza Nacional por el Derecho a Decidir, 2008).

Además son las mujeres quiénes asumen el riesgo asociado al embarazo, según sus propios estándares de bienestar para así decidir qué tanto riesgo están dispuestas a asumir (Grupo Médico por el Derecho a Decidir, 2012). Es importante considerar que el riesgo debe ser entendido como la posibilidad de afectación de la salud, presente o futura, por lo que no es estrictamente necesaria la presencia de una enfermedad ni una gravedad específica. Por otro lado, se deben mitigar las complicaciones asociadas a las IVE en relación a no demorar la atención.

2.2.2 La causal malformación fetal incompatible con la vida

Esta causal se basa en que no se puede exigir a las mujeres soportar la carga de un embarazo que implique riesgo para su salud física y emocional, del que se conoce la inviabilidad del feto, por considerarse este un trato cruel e inhumano. Se hace la salvedad de que esta causal aplica para aquellas malformaciones fetales que por su importante gravedad.

2.2.3 La causal violencia sexual

Dado que el consentimiento de la mujer es fundamental para la concepción y la reproducción, la continuación de una gestación en contra de su voluntad cuando esta

producto de una violación hace que se vulnere su dignidad (Ministerio de Salud y la Protección Social, 2014). Lo anterior sustenta esta última causal.

Los casos en los que frecuentemente se imponen barreras para esta causal son (Grupo Médico por el Derecho a Decidir, 2013):

- La mujer no interpuso la denuncia tan pronto como fue victimizada
- Hay disparidad entre la edad gestacional y la fecha de la violación
- La edad gestacional es avanzada
- Se trata de una menor de 14 años en el marco de una relación que ella considera consentida
- El acto sexual violento fue perpetrado por un conocido o sin mediar la violencia física, como el caso del acoso sexual o las relaciones coaccionadas dentro del matrimonio
- La mujer no desea brindar detalles completos de los hechos o el relato no es juzgado como verosímil por los profesionales de la salud.

Es menester recordar que en presencia de más de una causal para IVE dentro de un mismo caso, debe procederse a emplear aquella cuyos requisitos resulten menos gravosos y sean más permisivos para la mujer.

2.3 La consejería en el aborto

La consejería en salud materno fetal según la OMS, corresponde a la interacción e intercambio de información entre “un experto” y una mujer (y su pareja o familia) para proporcionar apoyo en la toma de decisiones (World Health Organization, 2013). Específicamente, en la interrupción del embarazo es un término general que se aplica a diferentes aspectos: el consentimiento informado, la educación en salud sexual y reproductiva y el soporte emocional a la paciente (Johnson, 2014) (Upadhyay, Cockrill, & Freedman, 2010). El uso del término en este espectro de interacciones entre la paciente y el personal de salud es problemático (Perrucci, 2012) pero no hay a la fecha una definición más específica.

2.3.1 Los enfoques de consejería en el contexto del aborto

Existen diferentes enfoques de consejería en el contexto de la interrupción del embarazo, dichas perspectivas comparten características con la Entrevista Motivacional y la Psicoterapia Psicodinámica. Sin embargo, estos enfoques no corresponden a una psicoterapia pues tienen propiedades diferentes tales como: único encuentro, provisión de información, respuesta a inquietudes y como proceso nuclear el proceso del consentimiento informado (Perrucci, 2012).

De los enfoques disponibles se ha mencionado la perspectiva pro-elección y el enfoque feminista. Este último se basa en los derechos humanos y en los movimientos de liberación femenina de 1960, así más que una técnica específica corresponde a una filosofía de intervención terapéutica (Gretchen, 2007). Este tipo de enfoque promueve la normalización de la experiencia de la mujer y validar el contexto social en el que se producen dificultades. Todo lo anterior para permitir para un mayor empoderamiento de la usuaria en su decisión.

Por otra parte, se han diseñado enfoques integrales centrados en el paciente, que buscan la toma de una decisión reproductiva bien informada atendiendo a las necesidades, deseos y solicitudes de las mujeres (Johnson, 2014) (Perrucci, 2012). Si bien al respecto, es pertinente anotar la gran heterogeneidad y la falta de consenso sobre aspectos relevantes como las habilidades requeridas para alcanzar la competencia práctica idónea.

En su libro “Decision Assessment and Counseling in Abortion Care” Perrucci propone una aproximación, centrada en la mujer, de carácter flexible y metódico, que es adaptable a diversos tipos de conflictos en la toma de decisiones en el contexto de la interrupción del embarazo. Específicamente sobre el asesoramiento del aborto, Perrucci describe un componente denominado “valoración de la decisión”, que corresponde a un diálogo que tiene como objetivo promover la salud mental en el post-aborto y en la cual los proveedores de salud siguen diferentes pasos que incluyen (Upadhyay, Cockrill, & Freedman, 2010) (Perrucci, 2012):

1. Conocer la experiencia de la mujer en la toma de la decisión revisando la comodidad con la decisión y la voluntariedad tanto de la interrupción como de la consejería.
2. Caracterizar el apoyo social con el que cuenta la paciente con énfasis en identificar el apoyo negativo.
3. Valorar la capacidad de afrontamiento futuro.

Según Perrucci, en el componente mencionado el proveedor a través de tres “niveles” valida y normaliza las emociones (nivel 1), entiende el origen y significado de los sentimientos y las creencias del paciente (nivel 2), y permite reencuadrar las experiencias negativas (nivel 3).

Cuando afloran durante la consejería del aborto conflictos emocionales, espirituales o morales Perrucci propone utilizar el marco de trabajo por niveles que se mencionó anteriormente. Sobre el tercer nivel es importante aseverar que permite descubrir fortalezas, recursos y horizontes al promover el desarraigo de algunas formas negativas de pensar sobre sí misma y sobre el aborto.

Con relación a los conflictos emocionales, estos se presentan cuando las circunstancias que rodean el embarazo y/o la decisión frente al mismo se acompañan de emociones negativas que afectan en mayor o menor grado la salud emocional de la mujer.

Por otra parte los conflictos morales se presentan cuando la mujer que está considerando la opción de la interrupción voluntaria del embarazo o que ya ha tomado una decisión, siente o piensa que acceder a ella es incorrecto o ilegal y que por lo tanto va en contra de lo que es moralmente aceptado según su criterio. Ante este tipo de conflictos se busca que la mujer reconozca dicotomías cognitivo-emocional subyacentes y que abra una puerta de flexibilidad por la que pasen posibles excepciones a la regla o nuevas interpretaciones de la misma que disminuyan o resuelvan el conflicto moral.

En el contexto de los conflictos espirituales, que surgen cuando la mujer percibe que su decisión afecta negativamente su relación con Dios o va en contra de la doctrina religiosa con la cual se identifica, Perrucci enuncia tres componentes de la aproximación a saber: la escucha activa, el no asumir que el profesional y el paciente comparten el mismo

significado de los sentimientos y las creencias y el “autoreflejo”. Además indica que los conflictos espirituales o morales comúnmente emergen de sentimientos negativos sobre sí misma (soy pecadora por ejemplo). Es así como la resolución del conflicto se va a dar cuando la mujer logre reenfocar su cognición al contrastar creencias negativas con las positivas bajo su misma perspectiva religiosa.

En el asesoramiento del aborto, se valoran además algunos aspectos psicosociales como la violencia de pareja, la historia de abuso sexual, el abuso de Sustancias Psicoactivas y las conductas de riesgo para Infecciones de Trasmisión Sexual.

De anotar, que además de los enfoques existen diferentes tipos de consejería en relación a si la mujer se encuentra o no dubitativa sobre que alternativa escoger. Por ejemplo la consejería para la “crisis del embarazo” se ofrece a una mujer que se encuentra irresoluta sobre la decisión; así se brinda el soporte y la información necesaria para la resolución de la dificultad (Upadhyay, Cockrill, & Freedman, 2010). Esta última no corresponde a una aproximación con gran sustento teórico sino que surge a partir de la experiencia de clínicos que trabajan en el ámbito. Se ha sugerido que las opciones de consejería deben guiarse por principios tales como la escucha activa, la provisión de información precisa y la consideración de las diferentes opciones (Singer, 2004).

En este sentido, ante la ambivalencia Perrucci y Singer indican que el profesional puede usar el marco de trabajo de los tres niveles, respondiendo a tres preguntas: 1) ¿en qué grado la paciente está en contra del aborto?, ¿cuán imposible podría ser continuar con el embarazo? Y si ¿la mujer considera la adopción?. Para responder la primera pregunta recomiendan usar una escala visual sobre la certeza de la decisión. Además al considerar las alternativas disponibles por la mujer el profesional de salud, mediante el reflejo, el parafraseo y la formulación de hipótesis, permite que esta pueda reevaluar las opciones disponibles y tomar una decisión. Durante el proceso de asesoría el conocer el origen de los conflictos emocionales, espirituales o morales subyacentes permite suministrar información por el proveedor de salud que contribuya a que la consultante resuelva la ambivalencia (Perrucci, 2012) (Singer, 2004).

En el contexto contrario a la “crisis del embarazo”, en el cual las mujeres acuden con la decisión tomada de interrumpir el embarazo, la literatura es aún menos firme y también basada en consenso de expertos (Gretchen, 2007) (Upadhyay, Cockrill, & Freedman, 2010). Bajo este escenario los oponentes a la consejería de carácter obligatorio argumentan que esta sería innecesaria pues la mayoría de las mujeres asiste al servicio con la decisión tomada (Vandamme, Wyverkens, Buysse, Vrancken, & Brondeel, 2013) y proponen que se ofrezca sólo a mujeres que voluntariamente la solicitan o en quien se prevean peores desenlaces en materia de salud mental. En este escenario Perrucci menciona el uso de la validación y la normalización de las emociones sin recurrir al entendimiento de las mismas. Además se recomienda que se haga referencia escueta de las alternativas disponibles para asegurar que la mujer las conoce y las tuvo presentes al momento de decidir.

Además Simmonds y Likis citados por Upadhyay (Upadhyay, Cockrill, & Freedman, 2010) generan tres recomendaciones para los profesionales que dan la asesoría en el contexto de la resolución del embarazo no deseado: explorar cómo la mujer se siente con el embarazo y sus opciones, ayudar a la mujer a identificar su red de apoyo y los riesgos a los que está expuesta y acompañar a la mujer en la toma de la decisión. Ante esta misma situación, (Singer, 2004) una profesional de enfermería, hace énfasis en primer lugar en revisar los propios valores y sesgos y menciona que con entrenamiento adecuado los profesionales de la salud pueden mejorar la consejería que brindan al ser no directivos y no enjuiciadores.

2.3.2 La consejería en terminación de la gestación en situaciones especiales

En situaciones especiales de consejería en la interrupción voluntaria del embarazo como ante el diagnóstico de malformaciones fetales la literatura es escasa y no difiere en gran medida de los enfoques generales dados previamente. Una de los retos en este campo se relaciona con que no existe una definición médica para lo que constituye la frontera de severidad de una enfermedad fetal y tampoco existe una definición social para lo que constituye una vida normal para un neonato. La aceptación de un hijo con malformación o

discapacidad es altamente dependiente de la capacidad de los padres para sobrellevar la condición de su hijo y la decisión recae únicamente en la mujer y su pareja (FIGO, 2012).

Vale la pena mencionar la experiencia de consejería genética prenatal en el contexto de Brasil y de Estados Unidos (Correa & Guilam, 2006) (Roberts, Stough, & Parrish, 2002) desde la perspectiva de las usuarias, ya que aportan importantes consideraciones, aunque en el primer país la normatividad vigente restringe el aborto terapéutico. Una de las situaciones relevantes es que en estos casos la información compartida puede no apoyar a la mujer/pareja en sus decisiones pues la exactitud de la información presentada, no garantiza la comprensión entre el riesgo y los defectos genéticos o entre la enfermedad que se sospecha y su impacto real en la funcionalidad del fruto de la gestación. Entonces frecuentemente las mujeres quedan con dudas sobre la calidad de vida de la persona y su familia en el futuro o sobre los aspectos positivos (como mitigación de la discapacidad por programas de intervención tempranos) y negativos de una discapacidad dada.

Resaltan además el hecho de que la consejería genética ofrece poco espacio para el apoyo psicológico y el diálogo sobre cuestiones religiosas o morales que la mujer pueda enfrentar en sus decisiones sobre el embarazo (Correa & Guilam, 2006). Esta deficiencia puede abordarse a través de equipos multidisciplinarios y permitiendo la realización de ritos funerarios cuando hay mortinatos (FIGO, 2012).

Al explorar el impacto del conocimiento experimental (de forma directa e indirecta) de las posibles discapacidades asociadas a un diagnóstico de malformación fetal y la imaginación de dichas limitaciones en la toma de decisiones para continuar o terminar con el embarazo (France, y otros, 2011) se describe que con frecuencia los padres consideran los antecedentes de discapacidad en alguien cercano, su capacidad de atender cualquier padecimiento físico o emocional o el pronóstico que pueda tener su hijo y dan menor peso al sufrimiento del estigma de la discapacidad. Concluyen los autores que el conocimiento experimental por las madres y los padres, pese a ser un aspecto frecuentemente considerado, no predice la toma de la decisión frente al embarazo pero se requiere más estudio al respecto. Al respecto es importante decir que la toma de decisiones en este tipo de circunstancias corresponde a una “elección social” por lo que múltiples factores contribuyen para optar por la continuación o no del embarazo.

2.3.3 El consentimiento informado en el aborto

El consentimiento informado es un proceso de comunicación que representa una obligación legal y ética de los prestadores de servicios de salud y de los pacientes por medio de la cual se garantiza la calidad en el proceso de la toma de una decisión en el contexto médico (Perrucci, 2012). El Comité para el Estudio de los Aspectos Éticos de la Reproducción Humana de la FIGO define al consentimiento informado como “un consentimiento obtenido libremente, sin amenazas o alicientes impropios, después de proporcionarle al paciente información adecuada y comprensible, de forma y con lenguaje entendibles para el paciente sobre la evaluación del diagnóstico; el objetivo, método, duración probable y beneficio esperado del tratamiento propuesto y las alternativas de tratamiento, incluyendo aquellas menos intrusivas, y el posible dolor o malestar, riesgos y efectos secundarios del tratamiento propuesto” (FIGO, 2012). No sobra recalcar que este debe tener lugar previo al procedimiento y no corresponde a una firma.

Según el Reporte del “Study of Ethical Problems in Medicine and Biomedical and Behavioral Research” y la teoría del consentimiento informado planteado por Grisso y Appelbaum este tiene tres elementos fundamentales (Allan Guttmacher Institute (AGI), 2007) (Conejo, 2005) (Appelbaum, 2007) que corresponden a la información suministrada por el clínico, y la voluntariedad y la capacidad del paciente. Específicamente en el contexto del aborto, en el consentimiento informado se pueden diferenciar dos tareas fundamentales, que son el suministro de información y el consentimiento o disenso por la paciente del procedimiento médico (Perrucci, 2012).

El primer elemento y la primera tarea corresponden a la provisión de información por parte del clínico. En este sentido se resalta que la información suministrada debe ser completa pero relevante, veraz, acorde con la evidencia médica actualizada, continua y cualificada (emitirse en lenguaje claro y fácil de entender para una persona ajena a la medicina y asegurando que el mensaje es completamente comprendido). Debe incluir los riesgos y beneficios del procedimiento, así como la disponibilidad de alternativas (National Abortion Federation, 2015).

Durante el desarrollo de esta primera fase deben identificarse las características y necesidades de quien recibe la información para realizar los esfuerzos pertinentes para que el entendimiento de la información relevante se logre.

A manera de ejemplo sobre el debate que surge en base a qué información debe brindarse previa a una interrupción voluntaria del embarazo puedo citar a Estados Unidos (Allan Guttmacher Institute (AGI), 2015) (Gould, Greene, Perrucci, Barar, & Roberts, 2013) (Johnson, 2014). En dicho país la legislación en 27 de los 35 Estados que reglamentan obligatoriedad de la consejería previa al procedimiento farmacológico o quirúrgico de aborto, impone el tipo de información que debe ser suministrada durante el proceso del consentimiento informado (material impreso e información suministrada verbalmente). Esto se ha considerado por algunos organismos como el Instituto Guttmacher (Allan Guttmacher Institute (AGI), 2015) como inadecuado en razón a que se aleja de los elementos tradicionales e inherentes del consentimiento informado pues la información “preestablecida” incluye elementos irrelevantes y/o erróneos como el desarrollo del feto durante todo el embarazo sin considerar la edad gestacional en que se solicita la interrupción, o datos que revelan asociaciones incorrectas con infertilidad, cáncer de mama o consecuencias negativas sobre la salud mental.

La segunda tarea del consentimiento informado, se relaciona con el asentimiento o no por parte de la usuaria e involucra la evaluación de los elementos restantes descritos por Grisso y Appelbaum. Para que esta sea llevada a cabo la mujer debe ser competente, entender el propósito del tratamiento y de las posibles alternativas, dimensionar las consecuencias de la opción que hace y expresar voluntariamente su decisión de forma tangible.

Así, podría hablarse de una tarea intermedia, realizada como aspecto intrínseco de la relación médico-paciente, que corresponde a la evaluación de la capacidad de la usuaria para que de un consentimiento válido.

Antes de continuar, resulta útil definir los componentes restantes del consentimiento informado ya que pueden solaparse con las propiedades de la capacidad y dar ejemplos puntuales en el contexto de la interrupción voluntaria de la gestación.

- *La competencia:* Esta concierne a la capacidad legal y específica de un individuo para tomar decisiones por sí mismo. Sin embargo, en el ámbito clínico este término es usado de forma indiferenciada con capacidad (Appelbaum, 2007).
- *La capacidad:* La capacidad se refiere a la habilidad de razonamiento, esto significa involucrarse en un proceso de análisis de diferentes factores y aspectos de una situación para lograr la solución de problemas que incluye a la toma de decisiones. Existen cuatro habilidades básicas que deben estar presentes para considerar que una persona es capaz de tomar una decisión ((Appelbaum, 2007) (Conejo, 2005)):
 - La expresión de la elección: Este primer punto corresponde a la capacidad de comunicar la toma de una decisión ya sea mediante lenguaje verbal, preverbal, escrito o en conjunto. En el contexto del aborto, usualmente se lleva a cabo con el diligenciamiento de un formato preestablecido.
 - El entendimiento de información relevante: Esta se refiere a la capacidad de comprender el significado de la información proporcionada por el personal médico y tener en cuenta todos los elementos relacionados para la toma de la decisión. En el escenario de interés hace mención a comprender la naturaleza y propósito de un procedimiento médico en particular como el manejo farmacológico o quirúrgico para interrumpir el embarazo, así como de los riesgos y beneficios de cada alternativa al tratamiento propuesto que incluye la continuación del embarazo.
 - La valoración: Es la capacidad de valorar adecuadamente el conocimiento médico sobre la situación que experimenta el individuo y las posibles consecuencias de las opciones de tratamiento. Involucra la introspección no solo de reconocer una enfermedad sino también de la necesidad de un tratamiento.
 - El razonamiento: se refiere a la capacidad de desarrollar un sistema de argumentación lógico para llegar a una decisión con base en la información recibida y contemplada. Se precisan algunas capacidades como las de anticipar, sopesar y reconocer la probabilidad de las consecuencias. Además involucra la capacidad para comparar las alternativas disponibles. En este componente la

mujer supone el impacto de cada alternativa (interrupción del embarazo, la adopción o la maternidad) en su vida no solo en términos de probabilidad sino de trascendencia. Esta habilidad puede evaluarse cuando la mujer habla sobre las razones para tener un aborto, la certeza y voluntariedad de la decisión y los conflictos que emergen durante el proceso de la toma de decisión.

- *La voluntariedad:* Esta significa que la toma de la decisión se hace de manera personal, libre de presión o coerción de terceros. En este aspecto es importante descartar la influencia coercitiva parental sobre las decisiones médicas de sus hijos, de la pareja sobre la mujer en embarazo o de otros como cuando la mujer es víctima de cualquier tipo de violencia física o sexual. Pese a su importancia en solo 14 de los 27 estados en Estados Unidos que suministran información detallada en la consejería previa al aborto, hacen evidente la necesidad de que la decisión se haga de manera voluntaria y libre de coerción (Allan Guttmacher Institute (AGI), 2015).

2.3.4 El apoyo emocional a la mujer ante un aborto

El apoyo emocional es un proceso en el cual los sentimientos de las mujeres son discutidos y explorados. Una herramienta útil en este proceso es la normalización de los sentimientos. Esta consiste en dar a conocer a la mujer que las emociones y los sentimientos generados por la situación en que se encuentra son esperables o “normales” y que hay otras mujeres que han pasado por circunstancias similares enfrentando decisiones igualmente complejas.

Otra herramienta comúnmente usada simultáneamente con la normalización, corresponde a la validación de vivencias. Esta última consiste en comunicar a la mujer que se reconoce su vivencia como válida y entonces el(la) orientador(a) sirve de testigo de lo que ella vive y experimenta permitiendo su expresión y comunicándole que su mensaje es escuchado. Esto puede llevarse a cabo mediante el parafraseo.

El apoyo emocional debe brindarse en razón a que hay gran cantidad de factores que pueden dificultar el afrontamiento a este significativo evento vital. Dentro de los factores que se han encontrado en mujeres con pobres desenlaces postaborto en materia de Salud Mental están: antecedente de enfermedad mental, pobre red de apoyo o red de apoyo negativa y baja autoestima/autocontrol (Perrucci, 2012).

Las mujeres experimentan fuertes emociones en torno a un embarazo no deseado, a su relación de pareja, a la decisión de realizar un aborto y a la posibilidad de tener un procedimiento médico doloroso. Además, la internalización del estigma puede contribuir a sentimientos de culpa o vergüenza. Es así como se ha descrito que algunas mujeres tienen necesidad de mayor soporte emocional durante la experiencia del aborto (Gould, Greene, Perrucci, Barar, & Roberts, 2013) (Upadhyay, Cockrill, & Freedman, 2010) (Perrucci, 2012) (American Psychological Association, Task Force on Mental Health and Abortion, 2008) (Academy of Medical Royal Colleges/National Collaborating Centre for Mental Health, 2011). Es entonces mandatorio identificar aquellas mujeres que tienen mayor probabilidad de desenlaces problemáticos en materia de salud mental para así brindar apoyo adicional o referir a otro profesional según corresponda, asegurando la confidencialidad, como lo enuncian las guías clínicas del 2015 para Estados Unidos y Canadá (National Abortion Federation, 2015).

Debe aclararse que el aborto por sí solo no incrementa el riesgo de padecer trastornos mentales a largo plazo (American Psychological Association, Task Force on Mental Health and Abortion, 2008) (Academy of Medical Royal Colleges/National Collaborating Centre for Mental Health, 2011).

Upadhyay y colaboradores (Upadhyay, Cockrill, & Freedman, 2010) tras una revisión de la literatura sobre las prácticas utilizadas en el soporte emocional en situaciones de salud estigmatizadas y sensibles, parcialmente extrapolables en el contexto del aborto, describen aquellas que resultan efectivas para mejorar el afrontamiento y la adaptación psicosocial. Sin embargo aclaran que se requiere investigación formal para corroborar si resultados positivos similares en el contexto del aborto pueden ser obtenidos. Estas prácticas se sintetizan como sigue:

- Establecer una relación de soporte entre el profesional de salud y la paciente: incluye la evaluación de la auto-conciencia y la consejería por parte de pares.

- Apoyar la toma de decisiones: Involucra la ayuda en la toma de la decisión mediante herramientas didácticas (folletos, videos, entre otros). Además permite alentar la participación activa de la mujer tanto en la búsqueda de información como en la comprensión de la misma. Por último, incluye empoderar la satisfacción de la decisión mediante la consejería previa al procedimiento, el manejo de la ambivalencia y la identificación de la influencia de terceros.
- Ofrecer fuentes adicionales de soporte: comprende a los grupos de apoyo y el apoyo a través del internet o vía telefónica. Sin embargo ninguno de estos servicios ha sido evaluado formalmente y por lo tanto se desconoce su efectividad.
- Reducir el estigma por ejemplo a través de la expresión artística pública y como lo ilustra un estudio piloto titulado “Introducing abortion patients to a culture of support: a pilot study” mediante la validación de las experiencias de las pacientes, la referencia a grupos de apoyo y la identificación de información inadecuada sobre el aborto.

2.3.5 El entrenamiento para consejería en aborto

Diversas investigaciones han expuesto la importancia de la autorreflexión para identificar los propios valores, conceptos, prejuicios, creencias y motivaciones y las respuestas cognitivas y emocionales frente a las diferentes temáticas para evitar interferir inadecuadamente en la toma de la decisión de la mujer ((Perrucci, 2012) (Singer, 2004)).

En la formación para la consejería durante décadas se han usado “la auto-conciencia”, el conocimiento y la clarificación de los valores propios y el “mindfulness” que permiten reconocer en los(las) profesionales cómo la subjetividad afecta la consejería que brindan y cómo puede modificar la relación con las usuarias de los servicios (Upadhyay, Cockrill, & Freedman, 2010). Sin embargo estas prácticas no han sido evaluadas formalmente.

Además se ha planteado que el abordaje puede hacerse sin necesidad de entrenamiento formal y frecuentemente por los (las) profesionales de la salud no médicos (Engenderhealth, 2003). En este sentido, también se ha propuesto la consejería por pares (Upadhyay, Cockrill, & Freedman, 2010).

2.4 La asesoría y la orientación en la Interrupción Voluntaria del Embarazo en Colombia

En países como el nuestro donde se ha flexibilizado la legislación sobre aborto, el sistema de salud no ha sido reestructurado para atender el volumen de casos, ni se ha capacitado masivamente al personal médico ni sobre las técnicas adecuadas según cada caso, ni tampoco en la orientación y asesoría y acompañamiento psicosocial durante la atención (Profamilia/Fondo de Población de las Naciones Unidas, 2014). Esto último puede influir de manera negativa en la prestación del servicio en el ámbito psicosocial.

En el lineamiento técnico de la IVE en Colombia, (Ministerio de Salud y Protección Social/Fondo de Población de las Naciones Unidas , 2014), se evita el uso de la palabra consejería por las connotaciones paternalistas que de esta se derivan y se equipara a los términos de orientación y asesoría². Se menciona que no es un espacio para aconsejar, modelar, adoctrinar o enseñar con el ejemplo de quien orienta pero que involucra el amplio espectro al que alude el término consejería en la IVE.

2.4.1 La asesoría para la Interrupción Voluntaria del Embarazo

En el lineamiento técnico (Ministerio de Salud y Protección Social/Fondo de Población de las Naciones Unidas , 2014), se define a la asesoría como el proceso en el que se brinda información sobre diferentes aspectos sobre la IVE, así como sobre educación y promoción en salud en materia de derechos sexuales y reproductivos y anticoncepción. Por ende incluye la motivación para la prevención del embarazo no deseado y el desarrollo de habilidades personales de autocuidado y control de factores de riesgo en salud sexual y reproductiva. Idealmente debería realizarse secuencialmente la asesoría y la orientación por el mismo proveedor de salud.

² Fuente: comité de documento técnico

Pese a que los temas a incluir en la asesoría varían de acuerdo a las necesidades de la mujer y a la causal prevista en cada caso, se describe que todas las asesorías deben abordar:

- El derecho a la IVE, las causales de excepción establecidas en la Sentencia C-355 de 2006 de la Corte Constitucional y los requerimientos para acceder a ella.
- Los métodos médicos y quirúrgicos para la realización de la IVE, las complicaciones médicas y los cuidados posteriores al procedimiento en caso de que la mujer opte por esta alternativa.
- Anticoncepción con métodos modernos (Independientemente de la decisión hecha por la mujer).
- Derechos sexuales y reproductivos.

En relación a la información sobre los procedimientos disponibles para la interrupción del embarazo esta debe contemplar una descripción sucinta del procedimiento, efectos asociados esperados y su manejo (por ejemplo con respecto al dolor), posibles complicaciones, signos de alarma y cuidados posteriores al procedimiento.

2.4.2 La orientación la Interrupción Voluntaria del Embarazo

La orientación se define como un proceso de comunicación que busca incrementar el bienestar físico y mental de la mujer durante la toma voluntaria de una decisión informada, en el marco de los derechos, sobre la continuación o no de su embarazo y el uso de métodos de anticoncepción. Este proceso se lleva a cabo de forma voluntaria, tanto durante como después de la IVE. Su enfoque concierne al “apoyo en la toma de decisiones”, en base a una relación colaborativa, dando elementos de intervención según las características de las mujeres que demanden el servicio (Ministerio de Salud y Protección Social/Fondo de Población de las Naciones Unidas , 2014).

La orientación comprende una serie de procesos, que no necesariamente han de darse en estricto orden, tales como:

- **Presentación y encuadre:** Se refiere al primer contacto en el que además de una cálida presentación personal se menciona el objetivo de la orientación, los temas que tentativamente componen la sesión y la duración aproximada de la misma. Se hace énfasis en aclarar y mostrar la importancia de que el marco de la conversación es el de los Derechos Humanos y Sexuales y Reproductivos.
- **Exploración y valoración:** Esta central etapa busca identificar sentimientos y necesidades de la mujer con respecto a su vivencia y a las alternativas frente al embarazo y a examinar los posibles conflictos en la toma de la decisión y las circunstancias familiares y socioculturales en que se circunscribe.
- **Abordaje de conflictos.** Siguen las recomendaciones dadas por el enfoque de Perrucci en el que se realiza un esfuerzo por comprender los sentimientos conflictivos y su origen, con el fin de elaborarlos y llegar idealmente a su resolución o a la adaptación emocional.
- **Identificación de estrategias de afrontamiento.** Consiste en reconocer los elementos emocionales y cognitivos que permiten a la mujer minimizar el impacto negativo de los conflictos subyacentes en el proceso de la IVE y potenciar los aspectos positivos de su situación, con el objeto de lograr la adaptación emocional necesaria durante y después del proceso.
- **Valoración de las redes de apoyo.** Consiste en identificar tanto las fortalezas de dichas redes como los aspectos negativos de las mismas con el fin de potenciar los aspectos positivos y de diseñar estrategias de afrontamiento con respecto a los negativos. Además se debe contemplar la remisión a instituciones que brinden soporte social.
- **Consideración de alternativas.** En este punto se presenta de manera imparcial las opciones a las cuales una mujer gestante tiene derecho con respecto a su embarazo (continuación del mismo/maternidad, interrupción voluntaria del embarazo adopción). Es un ejercicio de previsión de las implicaciones de la decisión a corto, mediano y largo plazo que permita a la mujer entender que su situación actual y la decisión que tome pueden formar parte integral de una experiencia vital completa en la que hay un proyecto de vida que continúa.
- **Retroalimentación y reenfoque de la situación.** Es un espacio para resaltar los aspectos positivos de la decisión tomada y hacer una referencia a los recursos personales, familiares y/o sociales identificados para afrontar las emociones negativas que puedan aparecer o reincidir. Para finalizar es recomendable que

quien orienta haga una reformulación de la situación en términos positivos y que afirmen la decisión tomada por la usuaria con una perspectiva de derechos.

- Cierre de la orientación. Permite resolver inquietudes o requerimientos adicionales. En caso de evidenciarse la necesidad de una nueva sesión esta debe programarse inmediatamente.

Bajo las causales actualmente despenalizadas en Colombia se describen las características adicionales que deben tenerse en cuenta a la hora de realizar la orientación. Para la causal salud quien orienta debe ayudar a la consultante a comprender las implicaciones a corto, mediano y largo plazo de los factores de riesgo o de la condición de salud actual sobre su embarazo y su salud, y a determinar la cantidad de riesgo que la mujer está dispuesta a asumir. Ante esta causal debe indagarse sobre los determinantes culturales y sociales que modelan los conceptos, imaginarios y expectativas de la mujer con respecto a la salud, al embarazo, y a la interrupción del embarazo. Además quien orienta mediante la escucha atenta, la normalización, la validación y la comprensión de los sentimientos de culpa y/o de egoísmo o falta de solidaridad, reenfoca estos sentimientos en el marco positivo del autocuidado, la consideración con otros que valoran y necesitan a la mujer y para quienes su bienestar es importante. Lo anterior para permitir un proceso de reflexión que lleve a la mujer a sentirse tranquila con el ejercicio de sus derechos y la priorización de su salud y su vida. Además quien orienta debe valorar la red de apoyo con la que cuenta la paciente.

Se debe asesorar a la mujer con respecto a que el único requisito para acceder a la IVE por la primera causal es una certificación emitida por un profesional médico o profesional en psicología (en razón a lo estipulado en la Sentencia T-388 de 2009).

Con respecto a la causal malformación fetal incompatible con la vida, es frecuente que bajo esta causal emerjan más conflictos emocionales/espirituales y morales y un duelo intenso pues generalmente la mujer ha experimentado la vivencia del embarazo por más tiempo y tiene mayores expectativas con respecto al mismo cuando se hace el diagnóstico de malformación fetal. La OMS recomienda que los profesionales de la salud informen exhaustivamente a la mujer sobre el diagnóstico de malformación fetal incompatible con la vida y las consecuencias que esto acarrea sobre la salud y el bienestar integral de ella,

con el objetivo de que esta use dicha información para tomar una decisión voluntaria, libre y autónoma con relación a su embarazo. Y que si la mujer lo demanda o se considera pertinente se pueda remitir para que se le dé información médica detallada por diferentes especialistas.

En estos casos la orientación debe ayudar a la elaboración de la experiencia cognitivo-emocional que puede incluir un espectro amplio de sentimientos y emociones originados al recibir la noticia sobre estado de salud del fruto de la gestación, así como a elaborar todos aquellos que surgen al considerar la IVE. Entonces la mujer requiere apoyo para construir una perspectiva positiva de la elección que haga voluntariamente.

Se recomienda que quien orienta evalúe la necesidad de buscar apoyo de especialistas en salud mental previa y posteriormente a la IVE en razón a las posibles consecuencias derivadas de esta difícil situación. No sobra aclarar que el único requisito para la procedencia de esta causal es el certificado médico de las malformaciones fetales incompatibles con la vida.

Por último, para la causal violencia sexual es necesario que quien orienta exprese continuamente empatía y sensibilidad y evite la revictimización de la mujer, esto es, solicitar a las mujeres relatos detallados de los acontecimientos que por recrear la experiencia traumática puedan producir perturbación y afectación psicológica. En caso de que la mujer narre voluntariamente sus experiencias, pensamientos y sentimientos alrededor del acto de violencia se recomienda enfocar los esfuerzos en la identificación de sentimientos de vergüenza, temor, baja autoestima o culpa, los cuales suelen estar asociados a experiencias de violencia sexual.

La orientación en el ámbito de esta causal debe estar unido con el Protocolo de Atención Integral en Salud para Víctimas de Violencia Sexual (Ministerio de Protección Social, 2011) vigente y debe usar el sistema de referencia y contrarreferencia según sea necesario.

Es importante transmitir la información que para acceder a la IVE bajo la tercera causal se requiere únicamente presentar la denuncia, interpuesta por la víctima o por cualquier persona, ante la autoridad competente (Ministerio de Salud y Protección Social/Fondo de Población de las Naciones Unidas , 2014). Quien orienta debe indagar sobre barreras a la

presentación de dicha denuncia, tales como amenazas, presiones, miedo a retaliaciones, sentimientos de vergüenza o de inhabilidad o desconocimiento de los derechos legales, con el fin de guiarla hacia instituciones que puedan ayudarla con la presentación de la denuncia y/o brindarle protección.

En relación al personal que orienta y asesora el documento describe que los prestadores de diversas áreas, por ejemplo trabajo social, psicología, enfermería o medicina, que tengan suficiente capacitación y experiencia en el manejo de temas de salud sexual y reproductiva pueden brindarla. Dan relevancia a ciertos elementos que deben caracterizar a quien orienta tales como la escucha empática y el parafraseo, el uso del lenguaje claro y acorde a las características sociodemográficas de las usuarias, el reconocimiento de los límites personales y la flexibilidad que permita individualizar la intervención sin perder el enfoque en la necesidades más álgidas o prioritarias para la mujer.

Según el Modelo de Atención Integral del Postaborto, la orientación y la asesoría busca, entre otros, ayudar a la mujer a aclarar sus pensamientos y sentimientos respecto al aborto y brindar apoyo psicológico (Ministerio de Salud y Protección Social/Fondo de Población de las Naciones Unidas, 2014). Además pretende identificar las necesidades físicas y mentales, así como los factores que puedan afectar la salud sexual y reproductiva de la mujer, para remitirla efectivamente a los servicios correspondientes en caso de ser necesario.

2.4.3 Calidad en la Asesoría y Orientación para la Interrupción Voluntaria del Embarazo

Los parámetros de calidad en la orientación y asesoría para la IVE son aquellos que rigen a los servicios de salud en general (Organización Mundial de la Salud, 2012). Hablar de calidad en este contexto hace referencia a un proceso dinámico que involucra actividades de monitoreo y evaluación de los servicios prestados y de los niveles de satisfacción de las usuarias, así como búsqueda de oportunidades para mejorar los servicios, la resolución de los problemas que se presenten y la identificación y resolución de barreras para la

atención (Ministerio de Salud y Protección Social/Fondo de Población de las Naciones Unidas , 2014). En consecuencia la calidad involucra todo aquello que incrementa la probabilidad de alcanzar los resultados esperados en el acompañamiento e información brindados a la mujer que está en proceso de tomar decisiones concernientes al embarazo, la anticoncepción y el ejercicio de derechos sexuales y derechos reproductivos.

Los servicios de orientación y asesoría deberían caracterizarse por (Ministerio de Salud y Protección Social/Fondo de Población de las Naciones Unidas , 2014):

- Disponibilidad: Los servicios de atención en salud de este tipo deben estar a disposición de las mujeres en todo el territorio nacional y en todos los niveles de complejidad del sistema de salud con los sistemas de referencia y contrarreferencia requeridos. Deben proveerse facilidades geográficas como que estén disponibles en el mismo sitio donde se van a realizar otros procedimientos médicos.
- Accesibilidad: La prestación de los servicios y la provisión de información suficiente, amplia y adecuada sobre dónde y cómo acceder a la IVE debe estar libre de barreras de toda índole.
- Locación adecuada: Las características físicas del lugar donde se realiza la orientación y la asesoría conviene se ajusten a estándares aceptables de dignidad, garantizando comodidad y privacidad. Además se recomienda que cuente con ayudas didácticas que faciliten la comprensión de los contenidos de la asesoría.
- Oportunidad: Los servicios de orientación, asesoría, interrupción del embarazo y anticoncepción deben brindarse tan pronto como sea posible y sin demoras. El tiempo dedicado a cada sesión de orientación y asesoría debe ser suficiente para el desarrollo de los objetivos propuestos.
 - Continuidad: Que estén disponibles regularmente cumpliendo sin interrupción los horarios más amplios posibles de acuerdo con las capacidades institucionales.
 - Eficiencia: Que hagan uso óptimo, maximizado de todos los recursos disponibles y eviten sobrecostos.
 - Efectividad: Que respondan adecuadamente a las necesidades de las mujeres que consultan.
 - Competencia: Que quien desempeña la labor cuente con el conocimiento actualizado basado en la evidencia y con las

competencias actitudinales, destrezas técnicas, implementos y recursos materiales necesarios para la provisión de los servicios.

- **Equidad:** Que se provean con la misma calidad a todas las mujeres sin distinciones de raza, etnia, edad, religión, lugar de origen, procedencia o nivel socioeconómico. Debe garantizarse la equidad de manera especial a mujeres que pertenecen a minorías étnicas, que están en condición de desplazamiento forzado, que son víctimas de violencia doméstica, que presentan discapacidad y/o que están infectadas por el Virus de Inmunodeficiencia Humana.
- **Centrados en las mujeres:** Que respondan a las necesidades y preferencias de las mujeres y que se brinden de acuerdo con sus características socioculturales.
- **Seguridad:** Que minimicen los riesgos para las usuarias y sigan el “principio de no hacer el daño” en todas las intervenciones realizadas.
- **Privacidad:** Que se desarrollen en un espacio reservado en el que intervengan solamente quien orienta y asesora, la usuaria y quien esta última autorice voluntariamente a participar.
- **Confidencialidad:** Que garanticen que la información transmitida por la usuaria sea guardada como parte del secreto profesional al cual solamente puede acceder esta, quien orienta y asesora y las personas autorizada por la usuaria o por la ley para hacerlo.

2.4.4 Barreras de acceso a la Interrupción Voluntaria del Embarazo

Se han identificado y descrito las barreras que se presentan para la garantía del derecho a la IVE (Grupo Médico por el Derecho a Decidir, 2012). En un ámbito general, las barreras suelen clasificarse como:

- Las provenientes de la organización de los servicios y de aspectos administrativos.
- Las relacionadas con la calidad de los servicios.
- Las relativas a la formación y capacitación del personal de salud

- Las ligadas a sistemas de información, vigilancia, y control.
- Las derivadas de los costos de la atención.

Se ha descrito un conjunto de barreras específicas relacionadas con el modo como está regulada la causal; estas surgen generalmente por divergencias en la interpretación de la causal y sus normas procedimentales.

Con respecto a la causal violencia sexual (Grupo Médico por el Derecho a Decidir, 2013), pueden presentarse por denegación u obstrucción de la IVE ante:

- Incertidumbre, cuestionamiento, y/o desinformación sobre la existencia de dicha causal.
- Cuestionamiento a la constitucionalidad de la causal o a su aplicación cuando se trata de mujeres que no presentan discapacidad mental.
- Malinterpretación de la causal como una excusa absolutoria y negación del servicio de IVE por entender que se encuentra prohibido y puede ser penalizado.
- Incremento de los requisitos solicitados, más allá de la denuncia.
- Interpretación restrictiva de la causal, desconociendo la violencia psicológica, en presencia o no de coacción durante el acceso carnal
- Denegación de aplicación de la causal por cuestionamiento de dicha aplicación a una mujer que ha sido violada por su cónyuge, pareja estable, o que se encuentre en situación de prostitución y trabajo sexual.

Además, debe tenerse en cuenta que las experiencias vividas por los profesionales son determinantes en la operacionalización del marco normativo vigente para la IVE a nivel hospitalario y en las actitudes asumidas hacia el fenómeno y las mujeres (Laza & Castiblanco, 2013), lo que modifica entonces la prestación de los servicios. Por ejemplo, las actitudes varían según las causales por las que la mujer decide solicitar un aborto (Laza & Castiblanco, 2014).

Capítulo 3. Metodología

3.1 Diseño metodológico

Se trata de un estudio enmarcado metodológicamente en los estudios cualitativos de diseño emergente, de tipo fenomenológico descriptivo. Lo anterior en razón a que se pretendía comprender la experiencia vivencial de las mujeres que acceden a una IVE con énfasis en la asesoría y la orientación que reciben (Giraldo & González, 2013) (Vanderstoep & Johnston, 2009).

Debe hacerse la salvedad de la complejidad y sensibilidad del fenómeno de estudio. Por lo anterior, se hizo énfasis en la percepción de las mujeres sobre el seguimiento por parte de los profesionales de salud de las pautas dadas según los documentos técnicos nacionales para la asesoría y la orientación para la IVE.

3.2 Población y muestreo

3.2.1 Población a estudio

La población está compuesta por mujeres adultas que interrumpieron su embarazo por las causales incursas en el marco normativo vigente en Colombia, en el HLV, en los meses de mayo a agosto del 2016 y que decidieron participar en la investigación. Se tuvieron en cuenta como criterios de inclusión los siguientes:

- Mujeres entre los 18 y 45 años de edad, que tomaron la decisión de una IVE por cualquiera de las causales despenalizadas según el marco normativo vigente y que recibieron asesoría y/u orientación antes, durante o posterior al procedimiento en el HLV.
- Mujeres adultas que tengan la disposición para que la entrevista sea llevada a cabo.

- Mujeres adultas que completen el proceso del consentimiento informado para participar en el estudio.
- Mujeres adultas que permitan la grabación de la entrevista.

Además fueron criterios de exclusión:

- Déficit cognitivo moderado a severo, limitación sensorial o del lenguaje que dificulte la entrevista.
- La no aceptación voluntaria o el abandono, en algún momento, de la entrevista.

3.2.2 Muestreo

La elaboración de la muestra cualitativa fue de tipo no probabilístico, a conveniencia (Giraldo & González, 2013). La convocatoria de participación a las mujeres se hizo a través de los ginecólogos tratantes y en formación, inmediatamente después del evento obstétrico de interés. Ello en razón a que fue infructuoso el concertar encuentros con las mujeres posterior al egreso médico.

Dado que los significados atribuidos por las mujeres a la experiencia del aborto voluntario no son homogéneos y se relacionan con la historia personal y los contextos socio-económicos y culturales en los cuales se producen, se buscó lograr representación según grupos etarios y edad gestacional al momento de la interrupción del embarazo (ver cuadro 2).

Cuadro 2 Niveles considerados para asegurar la heterogeneidad de la muestra

Posición Socio – Económica	Tiempo
Edad: 18 a 24 años, 25 a 34 años, 35 a 45 años Causal	Edad gestacional en la que ocurre la IVE (primera o segunda mitad)

El tamaño de la muestra se perfiló conforme avanzó la investigación mediante la estrategia de saturación, teniendo en mente lo propuesto por Bertaux (Mejía, 2000) para asegurar el mínimo de heterogeneidad. Así, se entrevistaron 10 mujeres entre los 18 y los 45 años.

3.3 Estrategias y técnicas para la recolección de la información

La entrevista individual focalizada fue el instrumento técnico que permitió la recolección de la información. Esta se realizó en las instalaciones del HLV, principalmente en la habitación bipersonal de las participantes, previo al egreso del evento obstétrico de interés. Las entrevistas, que en general tuvieron una duración de 45 minutos a una hora, fueron grabadas para luego ser transcritas.

Antes del inicio formal de la entrevista focalizada, se comentó a cada participante el propósito de esta, el tiempo estimado y el tipo de preguntas a explorar, se solicitó de nuevo verbalmente la autorización para realizar grabación de la entrevista. Se prosiguió a indagar diversos datos sociodemográficos y tópicos fundamentales según lo propuesto en el Anexo A. En el cierre se indagó si la entrevistada tenía algo más que añadir, se clarificó el tipo de interacción a futuro, se agradeció por su participación, y en caso de considerarse pertinente, se derivó a los servicios de salud. Los datos de la historia reproductiva de la mujer fueron tomados de la historia clínica de la institución.

Otro instrumento que se usó en la recolección de datos, fue el diario de campo por la investigadora principal.

3.4 Estrategias y técnicas para el análisis de la información

El proceso de análisis de la información se hizo manualmente, según las técnicas habituales del análisis narrativo de narrativas desde una perspectiva fenomenológica descriptiva (Wojnar & Swanson, 2007), con apoyo del Software Excel. Vale la pena mencionar que el análisis de los datos se llevó a cabo concurrentemente con la recolección de la información. Los pasos para el análisis de la información fueron:

- Lectura y relectura de las transcripciones: Esta etapa buscó adquirir la percepción de experiencia general sobre el tema de estudio.

- Extraer las frases significativas: Corresponde a la fase en que se generó la información directamente relacionada con el fenómeno a estudio.
- Formular significados: Durante este paso se dilucidaron los significados emergentes en varios contextos donde se expresó el fenómeno.
- Categorizar en grupos de temas y validar confrontando con el texto original: En la cual se identificaron las experiencias o estructuras comunes para todas las participantes.
- Describir: Es el momento en el que se generó un modelo prototípico y se plasmó gráficamente.
- Efectuar devolución a los participantes: Se realizó mediante validación cara a cara durante la entrevista y a través de la entrevista transcrita
- Incorporar cualquier cambio basado en la retroalimentación de las personas informantes.

Cabe adicionar que el análisis incluyó además reflexiones sobre el contexto y la relación entre el fenómeno y el contexto. El análisis de la información fue realizado por la investigadora principal, con la orientación y el acompañamiento de la directora de tesis y mentora con el fin de aumentar la consistencia interna del estudio.

3.5 Estrategias para asegurar el rigor de la investigación

Los criterios que permiten evaluar el rigor y la calidad científica de una investigación cualitativa fueron inicialmente descritos por Lincoln y Gubba, en los años 1985 y 2000 respectivamente, bajo los conceptos de dependencia, credibilidad, auditabilidad y transferibilidad (Shank, 2006). Todos los cuatro criterios describen la validez del estudio y se agrupan bajo el término de integridad. Tales criterios se entendieron y aseguraron en este estudio así (Giraldo & González, 2013):

- Dependencia o consistencia lógica: Se refiere a la habilidad de conocer de donde surgen los datos en un estudio dado, cómo fueron recolectados los datos y cómo estos son usados. Corresponde al término anglosajón de “reliability” de la investigación cuantitativa. Un plan de auditoria o revisión y la incorporación de

revisores externos son estrategias para asegurar la dependencia. En este caso, la revisión la hizo la directora de tesis, el codirector y la mentora académica.

- **Credibilidad:** Corresponde al grado en que los resultados de la investigación son veraces para los participantes del estudio y para otras personas que han experimentado u observado el fenómeno estudiado. La credibilidad se logró mediante un contacto empático con las informantes, la validación cara a cara durante la entrevista y la triangulación de investigadores de carácter multidisciplinar.
- **Auditabilidad o Confirmabilidad:** Se refiere a la habilidad de otro investigador de seguir la ruta que el investigador original ha realizado para llegar a conclusiones similares y depende de la descripción detallada de la metodología usada. En este sentido se describió el proceso de recolección de los datos, la grabación magnetofónica y la transcripción de las entrevistas.
- **Transferibilidad o Aplicabilidad:** Se define como el grado en que los resultados pueden ser extendidos a otros contextos o a otras poblaciones. Para lograr este criterio se describió exhaustivamente la población en la que se realizó la investigación.

3.6 Consideraciones éticas

El presente trabajo se adecuó a las recomendaciones para investigación biomédica de la Declaración de Helsinki (Asociación Médica Mundial , 2013) con la última revisión del año 2013. Adicionalmente, a nivel nacional, según las “Normas Científicas, Técnicas y Administrativas para la Investigación en Salud”, establecidas en la Resolución No 8430 de 1993 del Ministerio de la Protección Social (Ministerio de la Protección Social, 1993). Con base dicha Resolución, se consideró una investigación de “riesgo mínimo”, pues se trataron aspectos sensibles de la conducta humana. No se encontraron salvedades de la investigación en mujeres en el postaborto según la Resolución mencionada

Esta tesis de grado, fue conducida con el aval del Comité de Ética de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Colombia y del HLV. Cuyas actas de evaluación

fueron la N° 021-286-15 de diciembre de 2015 y la 001/16 de marzo de 2016, respectivamente.

En razón a que se pretendió velar por la salud, el derecho a la autodeterminación, la intimidad y la confidencialidad de la información personal, de las mujeres que participarán en la investigación, se hicieron las siguientes salvedades:

- Ninguna de las participantes se sometió a intervenciones experimentales.
- La convocatoria de participación a las mujeres se hizo a través de los ginecólogos tratantes durante el evento de interés, para ser garantes de los derechos de privacidad e intimidad.
- Se cumplió con la obligatoriedad de obtener el consentimiento informado de las mujeres que participan en la investigación. (ver formato de Consentimiento Informado en Anexo B).
- Por tratarse de un tema sensible y estigmatizado en salud se hizo énfasis en la voluntariedad en la participación en el estudio, independiente de la fase en la que se encontrara el proceso de recolección o análisis de los datos.
- Se aclaró expresamente que la participación en el estudio no influía en la prestación de los servicios de salud.
- Además ante la mayor posibilidad de que el estudio involucrara mujeres con vulnerabilidades de diversa índole, si se detectaban, necesidades en materia de salud física, mental o social, se hizo la actuación o derivación respectiva al médico tratante. Es decir se realizó contención emocional en la mayoría de los casos y se comentó al tratante la necesidad de seguimiento por Psiquiatría para una de las entrevistadas.
- Para respetar la privacidad de las mujeres, la recolección de la información se realizó en un ambiente contenedor que mitigara el impacto de terceros ajenos a la investigación durante la entrevista.
- La confidencialidad de las mujeres participantes se protegió ocultando su identidad con la asignación de una cifra de dos dígitos secuenciales. Además, una vez terminada la investigación, se borraron los archivos digitales originales de la grabación y se destruyeron los soportes en medio físico de las transcripciones de las entrevistas, conservándose solamente una copia en medio magnético bajo la

custodia de la investigadora principal. La información recolectada se utilizó solamente para los fines del estudio.

- Se presentó un informe final a los respectivos comités con un resumen de los resultados y las conclusiones del estudio.

Capítulo 4. Resultados

En primer lugar se realizó la caracterización sociodemográfica y de los antecedentes reproductivos de las mujeres consultadas. Así, se entrevistaron 10 mujeres entre los 18 y los 45 años con una media de 27.5 años. De estas sólo una participante se identificó con una pertenencia étnica particular (afrodescendiente). La mayoría no eran originarias de Bogotá y se han asentado en el Distrito por desplazamiento por violencia, migración por razón socioeconómica e inmigración. El estrato socioeconómico más frecuente fue el 2 (bajo). Las mujeres generalmente viven en arriendo con su(s) hijo(s). El nivel educativo más común es medio (bachiller incompleto), pero fueron entrevistadas dos mujeres con estudios profesionales. El estado civil que predomina en las mujeres participantes fue soltera y unión libre. La religión con la que más se identifican las participantes fue la católica. El 90% de ellas pertenecían al régimen subsidiado de salud. Además 8 de las 10 entrevistadas manifiesta haber sido o ser actualmente víctima de violencia de pareja de diversa índole, física, psicológica, económica y sexual. En contraste, la única paciente que accedió a la IVE por causal malformación fetal, no reportó la presencia de ningún antecedente de violencia.

Dentro de los antecedentes reproductivos comunes se encuentran los embarazos a término, el embarazo adolescente y los abortos espontáneos de gestaciones deseadas. Además sólo el 30% usaban un método de planificación durante el último mes.

En la sede del Materno Infantil fueron atendidas la mayoría de las participantes. La causal salud mental fue la causal casi exclusiva, con coexistencia con la causal violencia sexual y salud física, en 3 de las 10 mujeres entrevistadas. Más de la mitad de las participantes fue diagnosticada con un trastorno del afecto. Sin embargo, síntomas de “ansiedad, angustia, anodinia, llanto fácil, tristeza” son registrados en la enfermedad actual de todas las mujeres entrevistadas.

La edad gestacional en la que se realiza la interrupción va desde las 10 hasta las 28 semanas con una media de 17 semanas.

En primer lugar se realizó la caracterización sociodemográfica y de los antecedentes reproductivos de las mujeres consultadas, la cual se logró mediante la revisión de la historia clínica institucional digital y la exploración directa durante la entrevista focalizada.

Para salvaguardar el derecho a la privacidad y confidencialidad se recurrió al uso de las instalaciones de la Unidad de Salud Mental de la sede de La Victoria y las habitaciones uni o bipersonales del MaternoInfantil. Cuando no fue posible un lugar particular para la entrevista, se logró un ambiente contenedor con la mujer participante incluso en sala de recuperación.

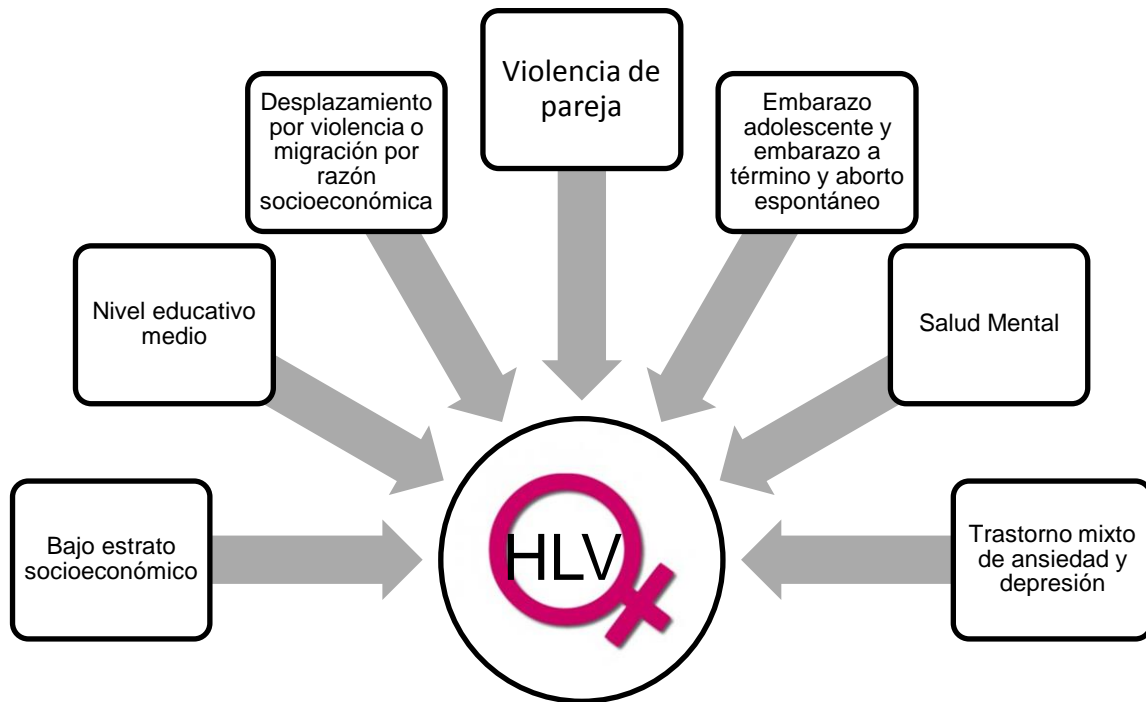
Como se mencionó previamente, la totalidad de las participantes fueron entrevistadas inmediatamente después del evento obstétrico de interés, pues no fue posible realizar la entrevista en la cita de control post egreso ni durante un encuentro diferente. Dentro de las dificultades asociadas para realizar la recolección de datos después del egreso, se encontró:

- Pobre asistencia a la cita de control
- Inconsistencias en los números de teléfono de contacto consignados en la historia clínica que no corresponde a la usuaria o está fuera de servicio
- No deseo de participar en la investigación. En general acusan no tener disponibilidad de tiempo o no sentirse capaces de compartir su experiencia en el momento
- Incumplimiento de las citas acordadas

El perfil sociodemográfico de las mujeres que se negaron a participar en el estudio es similar al descrito tanto en la casuística del Hospital La Victoria como de la muestra estudiada.

En el gráfico 1, se enuncian los temas centrales identificados que posteriormente serán tomados en detalle en la discusión de los resultados.

Gráfico 1 Temas centrales: caracterización sociodemográfica y de los antecedentes reproductivos



Fuente: Elaboración propia.

4.1 Significados sobre el embarazo, el aborto y la Interrupción Voluntaria del Embarazo

El primer objetivo del presente trabajo fue identificar los significados sobre el embarazo, el aborto y la IVE que circulan en las narrativas de mujeres atendidas para una IVE en un centro de referencia distrital. Así se les preguntó a las participantes qué significaba para cada una de ellas los términos mencionados, las similitudes y las diferencias entre dichos conceptos y su conocimiento sobre el marco normativo de la IVE. Vale la pena resaltar que para la mayoría de las mujeres entrevistadas la conceptualización inicial es difícil, sin embargo este obstáculo se solventa al reconocer desde la experiencia propia las definiciones, ello en razón a que la mayoría de las participantes describen dentro de sus antecedentes reproductivos abortos espontáneos, gestaciones llevadas al término y la misma interrupción del embarazo.

Para las mujeres atendidas en el HLV por una IVE, un embarazo es una experiencia generalmente descrita con adjetivos positivos tales como lindo, hermoso y bonito, así el valor asignado a un embarazo es alto si es deseado, si se trata de la primera gestación/hijo o si se considera como un evento normativo dentro del ciclo vital familiar. El significado del embarazo es asociado comúnmente por las entrevistadas a una vida, al ejercicio del rol materno, a una responsabilidad y a un periodo de autocuidado (ver gráfico 2). Además algunas participantes mencionan que un embarazo involucra un vínculo, no sólo físico sino afectivo, con el fruto de la gestación.

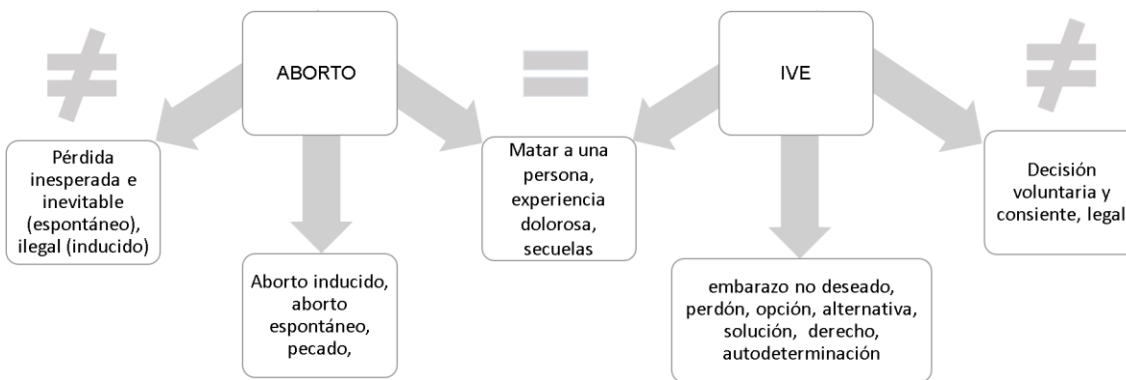
Gráfico 2 Temas centrales: Embarazo



Fuente: Elaboración propia.

En el gráfico 3, se resumen los temas centrales de los significados sobre el aborto y la IVE algunos de los cuales serán tomados en detalle en la discusión de los resultados.

Gráfico 3 Temas centrales: Aborto e IVE



Fuente: Elaboración propia.

Por otra parte, al explorar las creencias sobre el aborto se evidencia que este es considerado eminentemente 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”.

“Como matar a una persona... y matan a una persona, porque en psicología cuando uno va y le dicen: “tú puedes abortar, tú puedes hacerlo voluntariamente, tú puedes

interrumpir el embarazo, eso no es un aborto”, ¿si es un aborto!, porque es una personita...estoy matando mi bebe, ¿si me entiende?”³

Además es considerada por las participantes como una experiencia dolorosa, difícil y con posibles secuelas psicológicas tanto para aquellas que consideran que es indistinguible de una IVE, como para las que marcan claras diferencias entre ambos términos.

“Un aborto es muy doloroso, doloroso en todos los sentidos, psicológico y demás. Absolutamente doloroso, lo doloroso es porque uno le está quitando la vida a una personita, y el embarazo tú lo sientes, y es lo más lindo que puedes sentir en ese momento, un aborto es quitarle la vida a un ser indefenso”⁴

Vale la pena resaltar que las opiniones divergentes al comparar los significados de aborto e IVE se acentúan con la diferenciación que ellas hacen del aborto en espontáneo e inducido. Es así como algunas participantes consideran que un aborto, específicamente espontáneo, y una IVE son términos diferentes en razón a que el primero es inevitable e inesperado, mientras el segundo es voluntario, consciente y de nuevo doloroso.

“No son lo mismo, en el primero {aborto espontáneo} no tenía otra opción, evidentemente ya no había nada que hacer, aunque dijera que lo quería no había nada que hacer, y en este caso llega en un segundo en el que digo me voy a arrepentir, entonces empieza uno como a no saber si realmente lo va a hacer, si va a tener la fuerza para terminar de hacerlo o no. Entonces psicológicamente es bastante fuerte”⁵

“y ya más ahora en mi caso ya es algo de muchísima responsabilidad, conciencia y que le genera mucho dolor a uno, porque uno ya estaba preparado, uno quería tener su hijo, uno empieza a asumir el rol de mama, uno empieza a tener un vínculo afectivo con el hijo, porque uno está prácticamente preparado para eso, y que por motivos de peso...”⁶

En contraste, otras participantes piensan que un aborto inducido y una IVE corresponden al mismo concepto pues se acaba con una vida pese a que la segunda tiene un soporte normativo. Incluso una mujer afirma que la única diferencia se basa en el carácter peyorativo de la palabra aborto que se mitiga al denominarlo IVE.

“aborto suena como feo, en cambio interrupción voluntaria del embarazo suena un poco más moderado, no suena tan... aborto suena como tan feo, son lo mismo... pero suena distinto”⁷

En las narrativas circulantes se evidencia la percepción dominante de que dicho acto es moral y religiosamente reprochable. La minoría reconoce a la IVE como un derecho de las

³ Entrevistada 2. Causal salud mental. 18 años.

⁴ Entrevistada 3. Causal salud mental. 26 años.

⁵ Entrevistada 5. Causal salud Mental. 34 años.

⁶ Entrevistada 6. Causal malformación fetal. 26 años.

⁷ Entrevistada 7. Causal salud mental. 21 años.

mujeres pese a que frecuentemente se habla de la capacidad de autodeterminación de la mujer para la toma de la decisión.

“Pues cuando me dicen esto acá {despenalización parcial del aborto en Colombia}, me pareció como impresionante que la mujer tuviera derecho a tomar esa decisión sola, o sea uno se coloca en el papel del hombre, es un poco injusto pero si es el cuerpo de uno y finalmente uno decide lo que quiere hacer con su propio cuerpo”⁸.

Además la IVE, según el grueso de la muestra estudiada, corresponde a una alternativa a la continuación del embarazo cuando este último no es deseado, es producto de violencia sexual o pone en riesgo la salud física, mental o social de la gestante.

“yo antes nunca pensé en hacer esto, de yo interrumpir mi embarazo, o sea porque mis principios, yo estoy actuando por encima de mis principios, pero ahora lo hago y de hecho así me lo encargaron, yo no estoy acostumbrada a esto..., sino por salud, más que todo por salud. Y con mi niño de 4 años pues imposible... entonces todas estas cosas han hecho de que yo tome la decisión. Y mi esposo también está muy enfermo, está sufriendo de la tensión... tiene de todo”⁹.

Con relación al conocimiento del marco normativo lo común fue la ignorancia del mismo antes de la experiencia de la IVE, con un conocimiento limitado de la normativa posterior al procedimiento.

“No sabía nada, me vine a enterar el día que hice la interrupción, es por tres cosas... la verdad no me acuerdo bien”¹⁰.

Los términos específicos de asesoría y orientación no fueron indagados en la mayoría de las participantes, sin embargo, los procesos inmersos en dichos conceptos fueron explorados: particularmente consentimiento informado y apoyo emocional. Cuando se les preguntó a las mujeres sobre dichas palabras hay una conceptualización vaga y lacónica.

“eso si no lo entiendo...la orientación es por ejemplo... que lo orientan a uno como mujer y ahí si pues le..., le siguen a uno el proceso. Eso es lo único que yo entiendo, no entiendo más”¹¹.

Se subraya que para algunas entrevistadas ambas palabras corresponden a los procesos de aclarar dudas y temores sobre el procedimiento a llevar a cabo y de acompañamiento y guía que se realizan por el personal de salud y que corresponden a su responsabilidad.

⁸ Entrevistada 5. Causal salud Mental. 34 años.

⁹ Entrevistada 1. Causal salud física y mental. 45 años.

¹⁰ Entrevistada 10. Causal salud mental. 26 años.

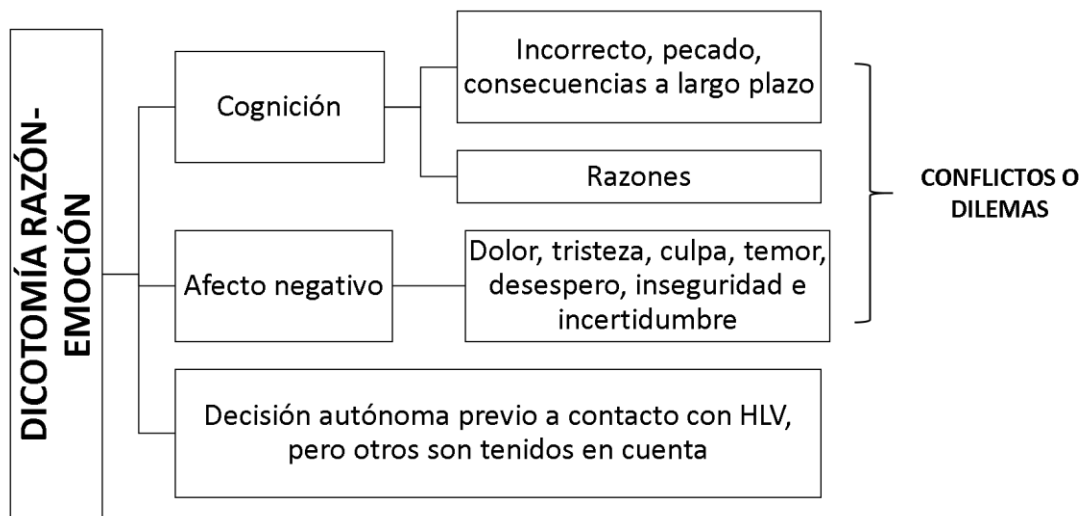
¹¹ Entrevistada 9. Causal salud mental. 42 años.

"Es como ese acompañamiento o proceso que te brinda una persona especializada referente a un tema específico... Como esa ayuda, como esa guía que te pone en conocimiento y la responsabilidad que tiene ese profesional para poder indicarte, guiarte acerca de algo, para poder aclarar dudas. Sí, es acompañamiento, sin que vayan a tomar la decisión ellos..."¹²

4.2 Experiencia de la toma de decisión de la Interrupción Voluntaria del Embarazo

El segundo objetivo de la investigación fue conocer cómo fue la experiencia de la toma de decisión de la IVE dilucidando los elementos que comúnmente emergen durante el proceso según la causal y la asesoría y orientación recibida. Así se indagó sobre la experiencia de decidir interrumpir un embarazo en general, las razones y los actores tomados en cuenta, lo que se sentía en relación a la decisión tomada y los procesos de asesoría y orientación que las participantes identificaban. El gráfico 4, resume los hallazgos comunes a todas las mujeres, independiente de la causal por la que se accede a la IVE.

Gráfico 4 Experiencia de la toma de decisión de la Interrupción Voluntaria del Embarazo



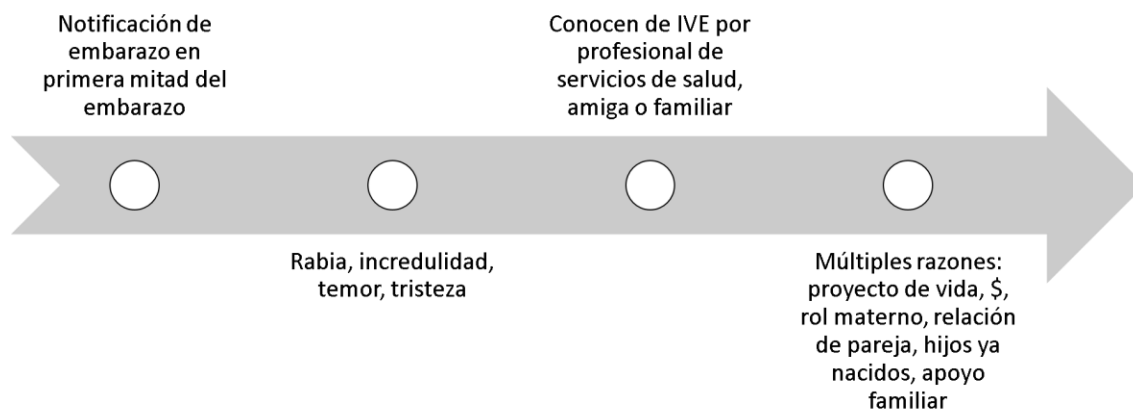
Fuente: Elaboración propia.

Para las mujeres que acceden a una IVE por causal salud mental la experiencia de la toma de la decisión inicia generalmente con la noticia inesperada de un embarazo en el primer

¹² Entrevistada 6. Causal malformación fetal. 26 años.

trimestre al consultar por síntomas asociados o no a embarazo, o como parte de protocolos tanto para esterilización quirúrgica como de violencia intrafamiliar (ver gráfico 5).

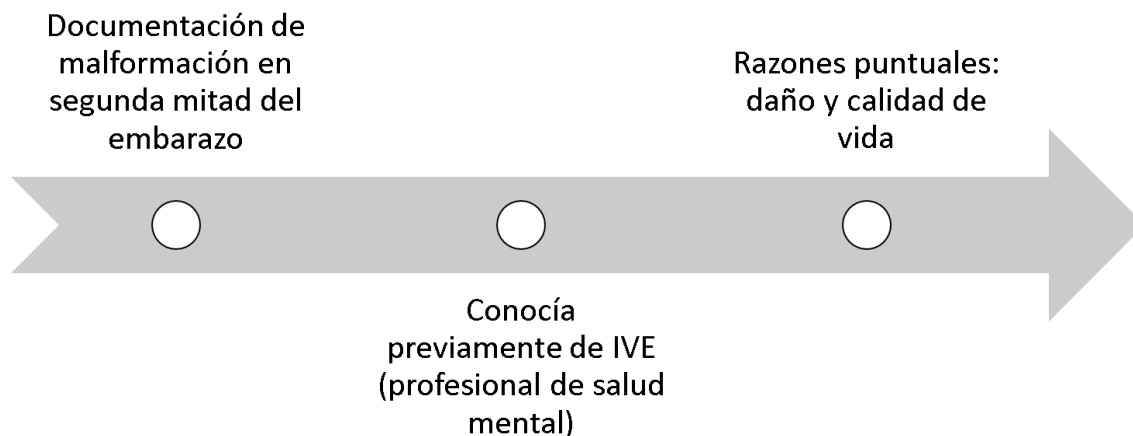
Gráfico 5 Experiencia de la toma de la decisión de la Interrupción Voluntaria del Embarazo causal salud



Fuente: Elaboración propia.

En contraste, la mujer que solicitó la IVE por causal malformación fetal inicia la experiencia de la toma de la decisión durante el segundo trimestre de un embarazo deseado cuando se documenta compromiso neurológico por toxoplasmosis (ver gráfico 6).

Gráfico 6 Experiencia de la toma de la decisión de la Interrupción Voluntaria del Embarazo causal malformación fetal



Fuente: Elaboración propia.

La reacción emocional al corroborarse el estado de gestación se caracteriza, según lo descrito por las participantes de la causal salud, por: rabia e incredulidad ya sea por no

usar un método de planificación o por el fallo del mismo, temor de no ser apoyada por familiares y pareja, o temor a ser juzgada por el personal de salud, o la sociedad en general, por desear interrumpir un embarazo y tristeza por las situaciones vitales aunadas a un embarazo no deseado (pobreza, violencia sexual y maltrato intrafamiliar).

"Bueno, entonces yo fui al médico a mirar a ver que sería lo que yo tenía... y entonces me preguntaba el médico que con que estaba planificando, y yo le dije que con el ritmo... Y entonces ya me hice la prueba de embarazo y me salió positiva, y ahí llego la rabia. Si rabia, mejor dicho me dio de todo. ¿Cómo pudo pasar eso?. A mi cuando tuve mi niño de 4 añitos me decían mándese a operar, y yo no lo quise hacer porque mi esposo me dijo no. Él no está de acuerdo con la operación, que eso era mutilarse el cuerpo, entonces que si yo lo hacía entonces que se podía separar de mí, y yo dije no pero tantos años, y yo quiero mucho a ese hombre. Entonces yo pensaba ayer, él también es culpable porque si me hubiera dejado operar hace 4 años entonces no estaría pasando esto".¹³

La mayoría de las entrevistadas que interrumpieron un embarazo por causal salud desconocían el marco normativo antes de la experiencia de la IVE, por lo que lo consideraban un acto ilegal. Así, las mujeres comentan que conocieron el soporte legislativo y la posibilidad de acceder al servicio como parte del Plan Obligatorio de Salud (POS), a través de un profesional de servicios de salud, una amiga o un familiar que ya había realizado una IVE. Por otra parte, el haber accedido a una IVE previamente, el desempeñarse como profesional de salud o el haber sido informada por un prestador de salud pública en el contexto extramural permitió que la minoría conociera el soporte normativo previo al evento objeto de interés.

Todas las mujeres que interrumpen un embarazo por cualquiera de las causales describen la experiencia como dolorosa y relatan una dicotomía razón-emoción para toma de la decisión. Vale la pena aclarar que la totalidad de las mujeres entrevistadas habían tomado la decisión antes de ingresar a la institución.

Por un lado, las razones para interrumpir un embarazo por causal salud mental en las mujeres entrevistadas son múltiples y con frecuencia coexistentes. Las principales motivaciones son: la interferencia de un embarazo no deseado y de un hijo(a) en el proyecto de vida trazado para el corto y mediano plazo, las condiciones económicas actuales, la incapacidad para asumir el rol materno, la relación de pareja insatisfactoria con antecedente de violencia intrafamiliar, el impacto negativo de un nuevo hijo(a) sobre los hijos ya nacidos, y el temor a que se retire el apoyo familiar de diversa índole. Además se considera el temor a desenlaces materno fetales fatales, tales como muerte materna e imaginarios de malformación fetal por toxas tóxicas tempranas, en la tercera parte de las entrevistadas.

¹³ Entrevistada 1. Causal salud física y mental. 45 años.

“{motivos para interrumpir el embarazo}... lo del trabajo, lo de que él estuvo conmigo a la fuerza, que si él no responde por los hijos que tiene mucho menos por dos más, todo eso que te comentaba. Además yo tuve cuatro embarazos... en el segundo me culparon que porque otra vez y en el tercero, me juzgaron, me señalaron con lo de siempre, que yo si era bruta, bueno en fin, tantas cosas que uno se gana, y si ellos se hubieran dado cuenta que yo estaba embarazada ahora me quitaban el apoyo, de siquiera cuidarme los niños cuando yo no pudiera, entonces eso fue otra cosa para tomar la decisión, porque yo toque el temita por encima, y me dijeron: “cuidado queda embarazada, usted sabe que no puede, usted sabe que lo otro, usted sabe que nosotros no le ayudaríamos”.¹⁴

Por el contrario, cuando se trata de la causal malformación fetal las motivaciones para interrumpir el embarazo son puntuales y relacionadas con el daño físico e irreversible en el fruto de la gestación, y la pobre calidad de vida esperada para este.

El estigma hacia el mismo embarazo es una razón para interrumpirlo según lo documentado en la historia clínica de las mujeres atendidas en la institución donde se llevó a cabo el estudio.

“...teme estigmatización social y familiar y teme no alcanzar el potencial laboral planeado para ella o para sus hijos. Por lo anterior, reitera que no desea continuar el embarazo”.¹⁵

La mayoría de las mujeres no tienen en cuenta como alternativa a la IVE la adopción por diversas creencias. Cuando las participantes consideran la continuación del embarazo frecuentemente lo hacen en relación a las barreras de acceso al servicio de la IVE que encuentran. Ejemplos de las barreras encontradas son la objeción de conciencia institucional, ausencia de disponibilidad de personal no objetor todos los días, o no brindarse el servicio después del primer trimestre (este tópico será ampliado bajo el título de barreras).

Por otra parte, son frecuentes sentimientos de tristeza, culpa, autoreproche, de ser “mala madre”, temor, desespero, inseguridad e incertidumbre durante la toma de la decisión en todas las mujeres entrevistadas. De las participantes sólo una de las mujeres que accedió a una IVE por causal salud mental relató síntomas de carácter depresivo.

De lo anterior, se desprenden dilemas o conflictos morales (algo incorrecto aunque legal), emocionales (afecto negativo como tristeza y culpa) y espirituales (pecado, pagar consecuencias a largo plazo) en la toma de la decisión en las mujeres entrevistadas independiente de la causales. La mayoría de las participantes aseveran que dichos conflictos no fueron abordados en los espacios de interacción mujer-profesional de salud en la institución. La excepción es la participante que fue valorada por psiquiatría en la sede

¹⁴ Entrevistada 3. Causal salud mental. 26 años.

¹⁵ Historia clínica de entrevistada 1. Causal salud física y mental. 45 años.

principal de La Victoria. Inmediatamente después del procedimiento de interrupción del embarazo se evidencia la persistencia de dichos conflictos, por ejemplo cuando se indaga sobre cómo se sienten con respecto a la decisión tomada.

“Que Dios le perdona todo a uno, pero quien sabe ya dos, no creo {risa}. Porque diría él, si te di este hijo al mundo porque lo vas a hacer otra vez. Si te lo di otra vez”.¹⁶

“Me arrepiento porque él no tenía la culpa, porque él es un bebe y ellos no tienen la culpa, la culpa es de uno por ponerse a abrir las piernas, y no me arrepiento porque yo sé que lo que estoy haciendo, bueno está mal, pero va a ser para bien mío, que no voy a tener al papá del niño me esté molestando siempre o que me esté echando en cara lo de los pañales o cosas así”.¹⁷

Las mujeres que acceden a una IVE, independiente de la causal, toman en cuenta para la toma de la decisión a la pareja y los familiares cercanos, al personal de psicología (extrainstitucional), al equipo de ginecología y las figuras religiosas. Sin embargo, precisan que la decisión fue autónoma y libre de coacción y que más que influir apoyan una decisión ya tomada. Algunas mujeres entrevistadas comentan que se les dió un tiempo de espera después del primer contacto en la institución tanto por razones administrativas (no se encontraba el medico no objetor) o para que se reafirmaran en la decisión.

“Desde el domingo y hasta el lunes que vine por la noche, me dijeron que lo pensara que hablara con el Doctor, en ningún momento dijeron que para no hacérmelo, sino para asimilar la noticia porque yo esperaba que fuera uno y no dos. Sí, porque cuando a mí me dijeron, yo me puse a llorar ahí y yo no me controlaba, entonces el doctor no siguió con el procedimiento ahí, sino me dijo salgase, relájese un poquito, respire, tome aire libre y ahí si vuelve y hablamos, y pidió asesoría con otro médico, para que me dijera, y me asesoraron los dos. Entonces de ahí me dijeron vaya a su casa, relájese, y tome la decisión y usted decide”.¹⁸

Un subtema emergente es la actitud previa hacia la IVE, así antes de pasar por la vivencia de una IVE, algunas mujeres la concebían como un pecado no susceptible de perdón y en contravía de sus principios, mientras otra comenta que ante malformación fetal creía que estaría justificada la IVE. Durante la experiencia de la IVE es común que las mujeres entrevistadas juzguen con mayor frecuencia a las mujeres jóvenes o aquellas que solicitan una IVE en edades gestacionales avanzadas (segundo trimestre). También durante la vivencia de la IVE una mujer preguntó la percepción de los profesionales de salud tratantes y de la investigadora acerca de la interrupción del embarazo.

¹⁶ Entrevistada 2. Causal salud mental. 18 años.

¹⁷ Entrevistada 8. Causal salud mental. 20 años.

¹⁸ Entrevistada 3. Causal salud mental. 26 años.

Otro subtema emergente se relaciona con el énfasis que las mujeres hacen al periodo post IVE, similar al de una dieta de maternidad y referido como un tiempo de restauración de diversa índole.

De la narrativa de varias mujeres se desprende una visión influenciada por el machismo, que incluso se convierte en un argumento para no denunciar un abuso sexual o una motivación más para interrumpir el embarazo:

"Porque la verdad yo no quiero más problemas, tantos problemas que yo he tenido con esa señora, además están mis hijos, y yo no quiero que me cojan rencor. Porque yo é que él se va preso, porque uno no le pasa la cuota de alimentos y por abuso, y eso tiene cárcel, entonces mis hijos son muy apegados a él, más el mayor, entonces no quiero que si es así, que él me reproche porque el papá no está al lado de él, porque él a veces me dice que yo eché al papá, no quiero ese rencor. Y como es varón, peor, no nos digamos mentiras, la sociedad aun protege más a los varones, entonces yo quiero llevar la fiesta en paz, y que no se den cuenta de las cosas, con cárcel ya toca decírselo".¹⁹

"Sabiedo más lo que le pasó a mi abuelita y que mi abuelita siempre nos decía que no se dejen llenar de hijos porque los hombres siempre son así, a uno lo dejan embarazado y ellos salen a bailar y a cualquier cosa y uno siempre se tiene que quedar en la casa con los niños".²⁰

La asesoría, con énfasis en el consentimiento informado, es realizada por el equipo de ginecología institucional. Las mujeres que acceden a una IVE concuerdan en que es un proceso amigable en el que se recibe información detallada y clara tanto de los riesgos como del procedimiento a realizar. Si las mujeres planteaban dudas estas fueron respondidas por el equipo, muchas mujeres dicen no haber quedado con dudas tanto por la calidad de la asesoría como por que ya habían sido sometidas a procedimientos similares a causa de un legrado obstétrico. Sin embargo, una mujer manifiesta que no expuso sus dudas por temor a que se le negara el acceso al servicio de IVE. Además se diligenció un formato de consentimiento informado en todos los casos.

Para la causal Violencia Sexual se reconoce como particularidad en la asesoría dada por ginecología la denuncia penal optativa que permitió acceder al servicio por coexistencia con la causal salud. Dicha particularidad fue motivo de discordia entre la mujer y la trabajadora social, pues la mujer percibió un tono impositivo y poco comprensivo sobre las razones para no denunciar debidamente el caso y para no considerar como alternativa a la IVE la adopción.

"...me iba dando rabia con la trabajadora social, porque me empezó a decir que si ya sabía de la fundación, que si no lo había pensado... no me gustaba como muchas

¹⁹ Entrevistada 3. Causal salud mental. 26 años.

²⁰ Entrevistada 8. Causal salud mental. 20 años.

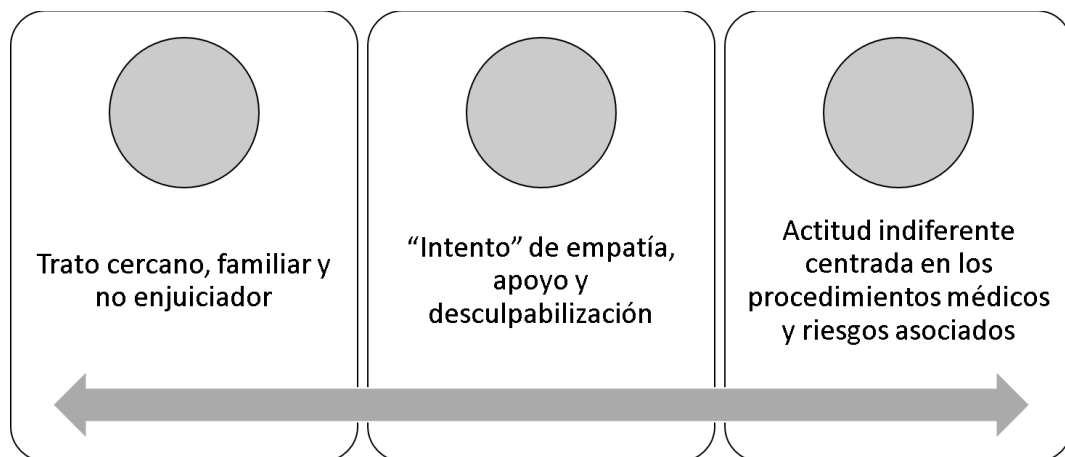
formas de ella, como que no decía las cosas directamente, sino para que uno termine diciendo sí. Por ejemplo, yo no he colocado la demanda y ella pidió, escuché, no me dijeron, que había pedido la cadena de custodia, pero yo no voy a poner la demanda, entonces para qué, si yo ya había dicho que era voluntario. Y yo no voy a colocar la demanda así se caiga el mundo, porque primero esta lo de mi hijo, y yo estoy pensando en mi hijo, psicológicamente y todo, y primero él antes que cualquier cosa". (Entrevistada No. 3. Causal salud mental. 26 años).

Por otra parte, para la causal Malformación fetal, en la asesoría brindada por ginecología, la mujer resalta la imprecisión sobre las consecuencias puntuales del daño neurológico en el fruto de la gestación. Además comenta que se le brindó la posibilidad de realizar inhumación y rito funerario o estudio anatomopatológico del feto.

*"Se informa a J*** las opciones de manejo del feto: se sugiere estudio anatomopatológico - necropsia por diagnóstico, segunda opción manejo por Secretaría de Salud como material biológico, y tercer opción que ella y sus familiares realicen inhumación. Ella manifiesta que el diagnóstico causal está confirmado y que no desea más estudios. Se envía feto para manejo como material biológico por Secretaría de Salud".²¹*

La orientación ilustrada en el apoyo emocional es reconocida con mayor facilidad por las mujeres en la interacción con psicología (extra institucional) y clamada durante la atención de enfermería. El acompañamiento emocional en la relación médico-paciente es percibido por las mujeres en un "espectro" que va desde un trato cercano, familiar y no enjuiciador hasta una actitud indiferente centrada en los procedimientos médicos y los riesgos asociados (ver gráfico 7).

Gráfico 7 "Espectro" de la percepción de la orientación brindada por el personal médico



²¹ Historia clínica de entrevistada 6. Causal malformación fetal. 26 años.

Fuente: Elaboración propia.

*“Con los doctores, el Dr. A*** que me atendió cuando entré, también un amor, para qué. Son de esas personas que se ve que entienden, que no te tratan de decir “tú lo buscaste, tú lo hiciste”, sino que tratan de si ¡tú puedes, ánimo!...que es el apoyo que uno necesita en estos momentos de los médicos”.*²²

*“Ya digamos en el tema de los ginecólogos, todos son más como de procedimientos médicos, no hay crítica, no me importa porque lo vas a hacer, no es mi problema, esto es lo que te voy a hacer y ya”.*²³

De forma intermedia describen a un equipo médico que intenta establecer empatía, apoyar y desculpabilizar, pero que nunca supe al apoyo familiar.

*“ellos {ginecólogos de lugar de remisión} trataban de establecer empatía con uno, de apoyarlo a uno... acá la primera chica que me atendió que creo que era una residente, me explicó el tema, y todos tratan como de explicarte que la culpa no es tuya, de que si están pasando las cosas es por algo, en el caso de la toxoplasmosis, como hacerte entender que lo que está pasando no es culpa tuya, fortalecerte y todo esto...y pues yo no voy a poner problema porque que más psicólogo que la familia de uno”.*²⁴

Las mujeres entrevistadas, independiente de la causal y la edad gestacional, identifican momentos de alta carga emocional, como durante la realización de la ecografía obstétrica, la maduración cervical (inicio) y la expulsión fetal.

4.3 Percepción de las mujeres de la asesoría y la orientación para la Interrupción Voluntaria del Embarazo

El tercer objetivo de la investigación fue establecer cuál es la percepción de las mujeres que acceden a una IVE en lo referente a la asesoría y la orientación que reciben de diferentes profesionales de la salud. Lo anterior se logró preguntando su opinión sobre la atención recibida tanto de forma general como diferencial por disciplinas. Además se tomó en consideración la competencia de los trabajadores de salud desde la perspectiva de las mujeres y otros factores involucrados en la atención (derecho a la privacidad y la confidencialidad y el ambiente físico). La gráfica 8 ilustra los hallazgos encontrados.

Gráfico 8 Percepción de las mujeres de la asesoría y la orientación para la Interrupción Voluntaria del Embarazo en general

²² Entrevistada 3. Causal salud mental. 26 años.

²³ Entrevistada 5. Causal salud mental. 34 años.

²⁴ Entrevistada 6. Causal malformación fetal. 26 años.



Fuente: Elaboración propia.

Las mujeres atendidas en el Hospital de La Victoria con frecuencia califican positivamente la atención recibida de manera global por los trabajadores de la salud, a quienes consideran competentes. Además la mayoría de las entrevistadas manifiestan estar satisfechas con la asesoría y orientación que tuvo lugar. Lo anterior soportado en los argumentos de sentirse apoyadas tanto en la toma de la decisión como en momentos de alta carga emocional, no sentirse enjuiciadas, sentirse más tranquilas con la decisión tomada y acceder a un servicio seguro y “gratuito”.

“Pues ha sido muy buena, porque yo ignoraba todo esto, y cuando me empezaron a hablar de eso, no sé, me parecía que, que bien, y en serio que he tenido no sé, yo pensaba que todo el mundo me iba a dar la espalda en esto y yo me sentía muy triste, y que día yo dije es que no paga ni vivir... Porque mira que yo había pensado que como que la gente lo mirara como un bicho raro. Y yo he visto que no, que ellos me han dado el apoyo...”²⁵

“Para ser gratis, es bueno o llevan un proceso bueno porque sé de otros casos que les he escuchado a mis amigas es riesgoso, entonces pues me pareció bueno... en otros lugares donde cobran solamente les dan sus pastillas o algo y se van a su casa y se corre mucho riesgo de una hemorragia, fiebre, en cambio aquí tiene uno todo el control del médico y las enfermeras, entonces, eso me parece bueno porque prácticamente no nos están cobrando nada”²⁶

²⁵ Entrevistada 1. Causal salud física y mental. 45 años.

²⁶ Entrevistada 7. Causal salud mental. 21 años.

Aquellas que tienen una opinión divergente tienen un mayor nivel socioeconómico y educativo.

"Desde cuando llegue a urgencias hasta estar acá fue bien, pues para ser un hospital público no esta tan mal, ya después dije: "es un Hospital Público" (risas), las enfermeras son regañonas y criticonas, entonces normal. Dentro de sala de partos todo el mundo se peleaba, o sea entre los enfermeros y los doctores, que los van a botar, que si les van a pagar, que la ARL... que trabajaban hasta el sábado, que no habían pasado hojas de vida".²⁷

Cuando se evalúa la percepción de las mujeres sobre la asesoría y orientación según las disciplinas se encuentra:

- Las mujeres generalmente se refieren a la atención de Ginecología y de los médicos hospitalarios de forma positiva (muy buena, súper, bien), resaltando cualidades personales de los profesionales (muy buena persona, un amor, amables, tranquilos) y haciendo símiles con el ideal de un padre o con un psicólogo. Además consideran adecuado que el personal médico se centre en la asesoría y no en la orientación. Otra mujer que encontró barreras derivadas de la asesoría se muestra comprensiva con relación al tipo de atención que recibió y la justifica con el rol asignado socialmente a los médicos.

"A mí el doctor acá me dijo que lo pensara, que ¿por qué iba a hacer eso? Y yo le dije: "es que yo tengo dos bebés, yo no puedo" y me decía: "si hay para dos hay para tres y yo si le dije "Dr. Es que como usted piensa diferente, lo que ustedes quieren es salvar vidas". Entonces el Doctor me miraba... pues yo los entiendo porque la misión de ellos es salvar vidas...".²⁸

- La única mujer que recibió la atención por Psiquiatría comenta que se sintió tranquila cuando se aclaró el motivo de la valoración y se abordaron conflictos asociados con la experiencia de la IVE.

"El psiquiatra, él me decía que para que venía, que lo importante es para los que sufren de retardos mentales, porque yo nunca he tratado con ellos. Entonces yo me sentía un poquito rara, pero él me explico y esto y ya, todo me quedo claro".²⁹

²⁷ Entrevistada 5. Causal salud mental. 34 años.

²⁸ Entrevistada 8. Causal salud mental. 20 años.

²⁹ Entrevistada 1. Causal salud física y mental. 45 años.

Vale la pena mencionar que la evaluación por este servicio sólo está disponible en la sede principal y está sujeta a la disponibilidad del personal.

- De la atención de Psicología en la institución las mujeres poco o nada comentan, incluso algunas de ellas perciben como insuficiente el número de personal en salud mental y recomienda que se promueva un ambiente de dialogo y la atención por psicología no sólo antes sino después del procedimiento.

"En ningún momento me remitieron a donde un psicólogo, en ningún momento me vio un trabajador social, en ningún momento recibí ningún tipo de psicoorientación, ni de valoración psicológica... no debería ser así, porque toda persona que pasa por un proceso de estos debe tener una valoración psicológica, hay personas que pueden estar muy decidida para estos momentos, pero una persona que no tenga adecuada toma de decisiones...con la única persona con la que estoy tratando de la salud mental aquí es contigo, de resto...{recomendación} se le brinde esa atención psicológica antes a las pacientes".³⁰

"{recomendación} Si, de que hubieran psicólogos que hablaran mucho con ellas, como que en este hospital, uno llega y como que no hay con quien hablar, como que no hay quien lo aconseje, o sea este hospital es bueno en unas partes, pero tiene sus cosas feas".³¹

Además el soporte de la intervención por estos profesionales no está en la historia clínica digital.

En contraste, las mujeres que recibieron atención psicosocial desde el lugar de referencia cuentan que posterior a la intervención por psicología sentían mayor seguridad y tranquilidad con la decisión tomada y menos culpa.

³⁰ Entrevistada 6. Causal malformación fetal, 26 años.

³¹ Entrevistada 8. Causal salud mental. 20 años.

*“Si ayudan mucho, ayuda mucho por lo menos que uno tenga una cita con una psicóloga, porque o sea le aclara muchas dudas a uno, le da más tranquilidad, más... como te digo, o sea no es ayudarlo a tomar la decisión a uno pero si hacerlo sentirse seguro de la decisión que uno vaya a tomar, cualquiera que sea”.*³².

Además, algunas mujeres afirman que durante las evaluaciones de psicología extrainstitucional no se abordaron dilemas morales ni espirituales por el temor ser juzgadas o porque no se dio la oportunidad de expresarlos.

*“No, eso si no lo hablamos bien, porque no salió, pero la primera psicóloga con la que estuve, ella me miraba, que porque así, yo sentía que me quería, yo me sentía, si yo digo, me va a juzgar”.*³³

- Sobre la atención recibida por trabajo social son escasas las referencias hacia dicha disciplina. Una mujer que accedió por coexistencia de causal salud y violencia sexual opinó que la atención dada por trabajo social hubiera podido ser más comprensiva y abierta, similar al apoyo que encontró en el personal de psicología extra institucional en razón a que se cuestionó su decisión de no denunciar el abuso sexual. Otra participante, ilustra con su vivencia que la atención por esta disciplina no fue oportuna, porque entre otras ginecología no hizo la remisión pese a identificar necesidades particulares.

“Hubo el martes antepasado que me mandó a venir el Dr., y me tocó quedarme, que espérelo y espérelo..., lo esperé hasta las doce de la noche..., y me tocó quedarme ahí en la sala de espera abajo. Un Doctor dijo: “usted no se me va a ésta hora, porque usted viene desde lejos, usted me parece que no conoce bien Bogotá. Se me queda abajo en la sala de espera y hasta que aclare se va”... me dijo una enfermera “usted por qué no habló con la trabajadora social para que le hubiera dado una cama o una cobija cuando sea”, porque yo me quedé ahí sin taparme ni nada, la toalla que traía para secarme con esa será que me tapé... Después ya ella {la trabajadora social}, me

³² Entrevistada 4. Causal salud mental. 18 años.

³³ Entrevistada 2. Causal salud mental. 21 años.

*dijo que cualquier cosa ella me colaboraba que cualquier cosa que me pasara o algo que la llamara y le, o sea que le hablara, o sea no, no me callara la boca".*³⁴

- La percepción con relación a la atención de enfermería es heterogénea; unas mujeres refieren que se sintieron apoyadas durante la maduración cervical y la expulsión fetal.

"¡Súper!. Ayer fue un día que cuando ya estaba en el trabajo llegaron (equipo de enfermería), que cualquier cosa que necesitara, y la llame la primera vez, y a los cinco minutos o menos de los cinco minutos estaban ahí, me revisaron, después me dijeron que todavía no, que esperaríamos, de todas maneras estaba la opción para ver si me pasaban en seguida, pero no, y así, todo bien".

35

Otras participantes mencionan un trato hostil durante dichos momentos y las describen negativamente como "regañonas y groseras". Además las mujeres identifican comentarios y actitudes discriminantes cuando se compara con el trato que reciben mujeres que no están realizando una IVE.

*"Yo ayer estuve en sala de partos, y una jefe enfermera...que trata muy mal...una discriminación a las que estuvimos nosotras... El trato fue como diferente...en qué forma...eh... (silencio breve), cómo decir "ah, estas para que se ponen a meter las patas", "para que se ponen de..." ¿si me entiende? Eso fue lo único cómo discriminación a que...porque éramos solamente a las que estábamos en interrupción de parto. Interrupción... No sé ella que tiene en contra de la interrupción o a favor de las de parto...".*³⁶

- Por último, se hace mención al personal en formación de forma positiva durante la atención de la expulsión fetal.

Además todas las participantes consideran que se salvaguardó su derecho a la privacidad y a la confidencialidad durante el evento de interés.

³⁴ Entrevistada 9. Causal salud mental. 42 años.

³⁵ Entrevistada 3. Causal salud mental. 26 años.

³⁶ Entrevistada 10. Causal salud mental. 25 años.

El ambiente físico es reconocido como un factor negativo en la mitad de los casos, tanto por la estructura externa como por la disposición locativa durante la maduración cervical y en la sala de partos donde se comparte espacio con maternas en trabajo de parto.

"¿Francamente? ¿Puedo ser sincera? Francamente pienso que las instalaciones del hospital no son muy favorables para este tipo de procesos, por la soledad, la falta de distracción, o sea no hay posibilidad que una paciente con un daño de estos por cualquier tipo de motivo logre distraerse... esto le da más pánico a uno, más miedo, uno llega y uno ve esto y uno dice: "Dios mío yo donde me metí?", en serio, así francamente, lo sentí yo..."³⁷

"[sobre la permanencia de las pacientes de IVE en la sala de partos] por qué, porque hay unas que han hecho procesos y procesos para tener esos hijos, para que otras vengamos a quedar embarazadas así por así, y venir a interrumpirlo. Porque allá que hablaban que, hablaban de que era el primer bebé, qué estaban muy contentas; sentí...sentimos, todas las que estábamos, había una que dijo...había una que dijo que "que feo esas mujeres que abortaban" y nosotras todas respondimos "pero...nosotras somos unas de esas", y se quedó callada y que "por qué?", nosotras le respondimos: "interrumpimos porque...por tal y tal cosa", y le dije "usted también va a pasar por lo mismo. Algún momento usted no puede quedar embarazada así y tener cuatro, cinco, seis hijos. O tu familia no te apoya". Entonces nos sentimos muy...muy mal; porque nosotras botando una criatura y tener a otra al lado que dirá: "ay mire, así hubiera sido mi hija, ya estuviera así mi hija".³⁸

4.4 Calidad del servicio de asesoría y orientación para la Interrupción Voluntaria del Embarazo: satisfacción

El cuarto objetivo fue explorar la influencia de la satisfacción con la asesoría y la orientación en la vivencia de decisión. Para ello se intentó profundizar en la utilidad percibida por las mujeres de dichos procesos en una IVE.

Más allá de la satisfacción manifiesta con la atención recibida, las mujeres entrevistadas consideran que la utilidad de la asesoría radica en aclarar dudas, alcanzar mayores niveles de responsabilidad en planificación y aumentar la tranquilidad con la decisión tomada por tener un respaldo normativo y acceder a un proceso seguro.

"Sí, es útil porque hay cosas que como que uno ignora, y como que ellos a uno le aclaran, si yo estoy muy contenta por todo lo que ellos me han brindado. Inclusive

³⁷ Entrevistada 6. Causal malformación fetal. 26 años.

³⁸ Entrevistada 10. Causal salud mental. 25 años

¿sabe que me hicieron? Me hicieron volverme más responsable. Más responsable, o sea yo me creía responsable pero me volví más responsable. Porque no era una condición pero a mi si me dijeron usted tiene que mandarse a operar o usted planifica con algo.³⁹

Por otra parte, la orientación es concebida como muy útil puesto que el trato de los profesionales de ginecología con un tono desestigmatizante y no enjuiciador, no esperado de los familiares, crea un ambiente favorable para expresar las motivaciones para tomar la decisión de una IVE.

Al considerar la vivencia de la decisión, las mujeres que recibieron orientación por psicología antes del contacto con el Hospital de La Victoria, reconocen que ello aumentó el nivel de seguridad y tranquilidad con la decisión tomada. Así mismo consideran necesaria dicha intervención para resignificar sentimientos de culpa asociados a la decisión de una IVE. En un caso excepcional en el que no se recibió atención por psicología ni trabajo social la mujer resalta la importancia de una evaluación previa a la IVE para corroborar, entre otras, la capacidad para la toma de decisiones (ver cita en la sesión previa cuando se aborda la percepción de la orientación de psicología).

*"Fue muy útil, porque nadie de mi familia me diría lo mismo, nadie, antes me acusarían de asesina y eso, pero no me dijo nada de eso, fue muy útil. ¿En esto es muy importante que le pregunten a uno, por ejemplo uno quiere decirlo, si? Siente que no puede decirlo, si se lo pregunta uno puede hablar. Entonces si es muy importante".*⁴⁰

*"Pues todo el tema de los psicólogos fue muy muy bueno, uno realmente necesita esa valoración para tomar la decisión, y un poquito quitar el tema de la culpa de la cabeza, porque yo les decía a ellos que a mí me da mucho miedo el después, quizás no haya antes porque uno puede tomar una decisión y ser ciego para tomar la decisión, ¿pero y el después? O sea la culpa que uno siente pero ya lo hice, ya no hay vuelta a atrás, pero ellos me insistían mucho en que no tenía porque tener un sentimiento de culpa, que eso no tenía que existir, que era una decisión necesaria en el momento, entonces ahí fue súper bien".*⁴¹

4.5 Calidad del servicio de asesoría y orientación para la Interrupción Voluntaria del Embarazo barreras en la atención

³⁹ Entrevistada 1. Causal salud física y mental. 45 años.

⁴⁰ Entrevistada 2. Causal salud mental. 18 años.

⁴¹ Entrevistada 5. Causal salud mental. 34 años.

El quinto objetivo fue reconocer las barreras en la atención afrontadas para el acceso a la IVE, con énfasis a las derivadas de la asesoría y la orientación suministrada. Así se realizó la lectura detallada de la narrativa de cada mujer para identificarlas.

Un requisito primordial para que una persona pueda hacer exigibilidad de un derecho, y disfrutarlo, consiste en que sea consciente de la existencia de ese derecho. Al respecto, siete de las diez mujeres entrevistadas manifestaron que, antes del evento obstétrico actual, desconocían su derecho a acceder a una IVE en caso de encontrarse en una de las tres causales despenalizadas por la Sentencia C-355 de 2006.

En tales casos, fue en el marco del proceso de diagnóstico del último embarazo, y cuando expresaron ante profesionales de salud, familiares o amigos, su rechazo ante éste junto con las dificultades para asumirlo, que fueron informadas por éstos de la posibilidad de acceder a una IVE despenalizada ante ciertas circunstancias. En el caso de las tres mujeres que, en cambio, sí conocían los contenidos de la sentencia, se trató de una de las dos con escolaridad más alta (profesional), y de dos que habían afrontado previamente procesos de interrupción despenalizada del embarazo, en sí mismas o en personas familiares:

“Porque cuando yo fui allá a tomarme la prueba me dijeron: “usted está embarazada, es positivo”, y yo como “no, no puede ser” y dijo ¡sí!, no yo a esta edad no puedo quedar embarazada y yo estoy muy enferma, tengo tantas cosas, y dijeron bueno, me nombraron la ley, porque bueno yo no la conocía”⁴².

Antes del evento obstétrico de IVE actual, entre las mujeres que desconocían la sentencia predominaban conceptos erróneos en cuanto a la inexistencia de procedimientos posibles para interrumpir un embarazo, el supuesto carácter ilegal de cualquier interrupción del embarazo en Colombia, la inseguridad de los procedimientos de IVE, los supuestos altos costos para acceder a ellos o su prestación solo por servicios privados de salud:

“No sabía que se podía hacer algo así, que fuera legal y que no atentara contra la vida de uno”⁴³.

“Pues [creía] que era ilegal, no sabía que esto lo hacían por el SISBEN porque siempre supe que cobraban o cosas así... antes me habían dicho que lo podían denunciar [a uno]...”⁴⁴.

En algunos casos, las mujeres que requieren una IVE se ven enfrentadas a barreras de acceso que no afectan exclusivamente a quienes buscan dicho servicio, sino que afectan a la gran mayoría de las personas colombianas, en virtud de las características del actual Sistema General de Seguridad Social en Salud vigente en Colombia. Fueron mencionadas

⁴² Entrevistada 1. Causal salud física y mental. 45 años.

⁴³ Entrevistada 5. Causal salud mental. 34 años.

⁴⁴ Entrevistada 7. Causal salud mental. 21 años.

en éste marco barreras relacionadas con la ausencia de portabilidad del aseguramiento entre regiones del país:

“Y como también la cuestión de mi carnet de allá de la Costa, también me tuvieron que hacer una vuelta allá las muchachitas para que me pudieran ayudar”⁴⁵.

Igualmente, la insuficiencia de prestadores de servicios de IVE en todas las redes de servicios de la ciudad, lo cual en algunos casos obligó a las pacientes a largos recorridos por distintas entidades de salud, hasta encontrar una en que les pudieran atender acorde con sus necesidades:

“...Entonces ahí en Chapinero estuve en varias citas con psicología, después me enviaron a Suba para el Proyecto de la Mujer, ahí también estuve en psicología, y el proyecto como que lo están cerrando y allí como que ya no tienen ginecólogo y ya no podían hacer nada y me mandaron a un Hospital en el Guavio, pero allá no atienden sino hasta las 12 semanas y yo ya tenía 13, entonces me remitieron para acá. ¡De hospital en hospital! Nunca había conocido tantos hospitales y ya acá finalmente se pudo hacer”⁴⁶.

“Yo ya había venido aquí dos..., tres veces, yo dije, pues el médico me está cómo..., yo entré..., yo dije cómo mamándome..., cómo mamándome gallo..., porque me mandaba a venir los días martes, todos los martes a las siete de la noche... y que no estaba, y que no estaba; y duraba hasta las doce de la noche esperándolo. Hubo el martes antepasado que me mandó a venir, y me tocó quedarme, que espérela y espérela..., lo esperé hasta las doce de la noche..., y me tocó quedarme ahí en la sala de espera abajo. Entonces yo le dije a X (hija mayor): “voy a hacer el último intento, si no..., ya no..., ya no me atienden ni nada, ni me reciben...”⁴⁷.

Estas situaciones son vividas como traumáticas por algunas pacientes, quienes ponen en evidencia en sus relatos la importancia de contar con redes de servicios de IVE más organizadas y rutas de atención más explícitas, que les permitan un acceso con la mayor rapidez y oportunidad:

“Podría haber alguna forma de que a uno lo enviaran acá directamente en vez de pasearlo por todos los hospitales de la ciudad para terminar acá y que no fuera tan traumático esto, o sea esto es algo que pude haber hecho la semana pasada, y no saltando de lugar en lugar, o sea nadie sabía que este era el lugar... de resto.... creo que fue bastante buena la atención”⁴⁸.

⁴⁵ Entrevistada 4. Causal salud mental. 18 años.

⁴⁶ Entrevistada 5. Causal salud mental. 34 años.

⁴⁷ Entrevistada 9. Causal salud física y mental. 42 años.

⁴⁸ Entrevistada 5. Causal salud mental. 34 años.

A las anteriores, se ven adicionadas otras barreras que están específicamente relacionadas con el acceso a servicios de interrupción del embarazo. Algunas de ellas emergen de las actitudes sociales imperantes en torno a la IVE, que en ocasiones determinan conductas de rechazo e incluso hasta de agresión verbal de parte de particulares y profesionales de salud hacia las mujeres que buscan una IVE; tales acciones de violencia verbal pueden tener el efecto de disuadir a las potenciales usuarias del servicio en su búsqueda del servicio que requieren:

"A mí me atendieron en el barrio donde yo vivo, la médica general yo le dije, también pase por ella, uf! Pase por mucha gente... ella me dijo: "¿por qué no lo quieres tener, no has mirado la adopción?, porque quien te mandó a abrir las piernas"...entonces desde ahí, yo dije si me preguntan yo digo, pero de ahí a hablar más no"⁴⁹.

En contraposición con lo esperado en la conducta de un profesional de salud que atiende a una mujer en proceso de acceder a una IVE, algunos prestadores de servicios de salud anteponen sus propias creencias y valores a los de las usuarias, y a partir de allí generan situaciones de violencia obstétrica de tipo verbal y psicológico hacia ellas, las cuales potencialmente pueden tornarse en barreras de acceso, como comentado antes:

"Hubo una cosa que me molestó ayer de las enfermeras, es que yo estaba muy firme en el tema y cuando me están llevando como a sala de partos me dicen: ¿te vas a hacer el Pomeroy o la ligadura? Y yo le digo ¡no! Y me dice: ¿y por qué?, porque yo quiero tener más hijos pero en este momento no, y entonces me dice; entonces todo lo que haces es pecado. Y yo me quede mirándola y le dije; ¡no! no es pecado y me dice claro que es pecado lo que estás haciendo"⁵⁰.

"Me dijeron que él {el feto} estaba bien, "para que usted venga y le haga esto", me dijo el doctor... es que nadie sabe con la sed que el otro bebe...A mí el doctor acá me dijo que lo pensara, que por que iba a hacer eso. Y yo le dije: "es que yo tengo dos bebés, yo no puedo" y me decía: "si hay para dos hay para tres" y yo si le dije "Dr. Es que como usted piensa diferente..."⁵¹.

"Hubo una psicóloga que me llamó y me dijo, si yo lo podía tener y que..., lo podía dar en adopción, no; le dije no, yo no... dar a..., dar a luz y ahí mismo llegar y regalarlo no..., eso no tiene..., o sea para mí no tengo sentido eso"⁵².

La objeción de conciencia es un derecho de los prestadores de servicios de salud que por razón de sus profundas convicciones morales o religiosas consideran inviable para ellos la ejecución directa de un servicio de IVE. No obstante, el ejercicio de ese derecho a la

⁴⁹ Entrevistada 2. Causal salud mental. 18 años.

⁵⁰ Entrevistada 5. Causal salud Mental. 34 años.

⁵¹ Entrevistada 8. Causal salud mental. 20 años.

⁵² Entrevistada 9. Causal salud física y mental. 42 años.

objeción de conciencia no da lugar a la obstrucción del acceso a dicho servicio para las pacientes que lo requieran. Sin embargo, son muchas las conductas indebidas de obstrucción al acceso a los servicios de IVE que son desplegadas por parte de prestadores de servicios de salud, aduciendo de forma indebida la figura de la objeción de conciencia.

Tales obstrucciones del acceso pueden tomar varias formas, incluyendo entre otras, la ausencia de disponibilidad de profesionales no objetores en determinada institución o inclusive ciudad del país, que no es subsanada oportunamente por las personas e instituciones responsables, y las mal llamadas “objeciones de conciencia institucionales”, a través de lo cual se expone a las pacientes que requieren una IVE a obstáculos geográficos para el acceso, que en algunos casos podrían constituirse en barreras infranqueables:

“Inmediatamente fue y hablo con todos los materno-fetales que me habían visto, y ellos hablaron entre todos y me dijeron “como tu decidiste interrumpir el embarazo, te tienes que ir de aquí porque nuestra clínica...” (risas), bueno no me dijeron te tienes que ir de acá, pero “aquí no se hace el procedimiento, toca con tu EPS que te busquen un lugar” y fueron claros y me dijeron “aquí en Medellín, nadie te lo va a hacer, creo que se hace en dos partes de Colombia, en Materno Infantil y en Valle de Lili en Cali...”⁵³.

En otros casos, las posturas personas de los profesionales de la salud contrarias a la IVE se convierten en barreras de acceso tomando la forma de ocultamiento indebido de información o información errónea o incompleta sobre derechos en SSR relativos a IVE, a las mujeres que la podrían requerir:

“En Medellín nadie me nombro interrupción del embarazo, de hecho me encontré con una médica que me hablo de objeción de conciencia, que eran muy radicales en el tema, eran muy claros por su cultura y que ellos no lo hacían por objeción de conciencia, y trataban prácticamente de decirte que no justificaban tu caso... La opción era tenerlo o tenerlo, y hacían todo lo posible por ayudarlo a uno y al bebé pero la otra opción no me la nombraron, de hecho me dijeron que no estaba dentro de las causales, de las tres”⁵⁴.

En suma, aunque en algunos casos no fueron reconocidas explícitamente por las entrevistadas las barreras de acceso que pudieran haber sido enfrentadas cuando se les indagó de manera directa por ellas, finalmente en el marco de los relatos de las diez participantes se evidenciaron barreras de distintos tipos para su acceso a la IVE requerida, como fue descrito.

⁵³ Entrevista 6. Causal malformación fetal. 26 años.

⁵⁴ Entrevista 6. Causal malformación fetal. 26 años.

4.6 Calidad del servicio de asesoría y orientación para la Interrupción Voluntaria del Embarazo: efectividad y equidad

El sexto objetivo fue indagar si los elementos de intervención usados en la orientación se adaptaron a las características y a las necesidades individuales de las mujeres que solicitaron el servicio.

Al explorar si el servicio de orientación y asesoría era efectivo y centrado en la mujer se encuentra que la mayoría de las entrevistadas piensa que ambos procesos fueron adaptados a sus características individuales. Dentro de las particularidades tenidas en cuenta por los profesionales, según las mujeres, van desde ser sensible emocionalmente, ser dependiente emocional y económicamente, ser primigestante y ser libre y autónoma en la toma de decisiones.

"se adaptó a algunas particularidades, cómo le digo... (Silencio breve) libre, que tomo mis decisiones yo misma, no necesito de ninguna decisión. Eh...trabajo, y...que más...no, no libremente...tomo mis decisiones, se me respetó mi decisión".⁵⁵

Considerando necesidades potenciales dentro de la asesoría y la orientación, a las mujeres les cuesta aún más identificar si estas fueron tenidas en cuenta. No obstante, cuando se pregunta específicamente por necesidades evidentes, la mayoría de las mujeres comenta que no fueron abordadas por los profesionales de salud. Por ejemplo en materia de salud mental: duelos en curso que influían en la toma de la decisión de la IVE, duelo no resuelto por aborto espontáneo reciente, reexperimentar vivencia de IVE previa y síntomas depresivos que se benefician de seguimiento.

Para la mayoría de las entrevistadas la experiencia de la atención durante la IVE en comparación con las expectativas fue igual o mejor que estas últimas. Los argumentos asociados a que lo sucedió superara las expectativas pueden clasificarse según si involucra al talento humano (buen trato por el equipo de salud y apoyo emocional durante la expulsión fetal), a los trámites administrativos (autorización del servicio por la Empresa Promotora de Salud y tiempo de espera para la atención oportunos), al procedimiento en sí mismo (poco doloroso y rápido) o al ambiente físico (condiciones de limpieza y orden).

⁵⁵ Entrevistada 10. Causal salud mental. 25 años.

Capítulo 5. Discusión

5.1 Caracterización sociodemográfica y de los antecedentes reproductivos

Las participantes están dentro del rango de edad reproductiva y con una media similar a la de la población atendida en el Hospital de la Victoria en lo corrido del año 2016 (25.6 años).

A nivel nacional para el censo del 2005, el 85,94% de la población general no se reconoció perteneciente a ninguno de los grupos étnicos (DANE, 2005), y en el actual estudio el comportamiento es similar: la mayoría no se reconoce como perteneciente de ninguna etnia, inclusive se verificó la ausencia de reconocimiento como indígena de una mujer con fenotipo y apellido indígena y el único caso de autoreconocimiento de pertenencia étnica estuvo limitado a una mujer procedente del Chocó que se identifica como afrodescendiente.

El lugar de residencia en el área urbana de la mayoría de las participantes del estudio se corresponde con que el 79% de las colombianas en edad fértil vive en las ciudades (Profamilia, 2011) y que Bogotá constituye el principal centro receptor de población. Las mujeres participantes reflejan fenómenos de movilidad y migración tales como:

- Movimientos temporales rural-urbano-rural: para cumplir con labores agrícolas
- Movimientos definitivos: desplazamientos generados por conflictos sociales y violencia
- Movimiento de inmigración: Colombia se ha convertido recientemente para los venezolanos en un destino de interés para establecer su residencia habitual.

Actualmente ellos corresponden al 33.9% de los extranjeros en Colombia (Banco Mundial , 2011)

Lo anterior considero que interfiere en el logro académico y el desempeño laboral acorde al nivel educativo y se asocia a mayor exposición a violencia de pareja, violencia sexual, embarazo no deseado y finalmente con la decisión de una IVE.

El ser soltera con hijo(s) o vivir en unión libre como estado civil es similar a lo descrito a nivel nacional, donde las solteras representan casi la tercera parte de las mujeres en edad fértil y ponen en evidencia el fenómeno de feminización de la jefatura del hogar y la tendencia de la disminución del matrimonio (Profamilia, 2011). Además guarda relación con los estados civiles predominantes en la población que asiste a la institución donde se desarrolló el estudio. Con respecto al nivel educativo, la muestra estudiada exhibe un patrón similar a lo descrito para las mujeres en edad reproductiva de nuestro país, donde cerca de la mitad de las mujeres tiene secundaria o educación superior (Profamilia, 2011). Sin embargo, en la muestra estudiada la escolaridad va desde primaria incompleta hasta profesional.

El hecho de que la mayoría de las participantes cuenten con antecedentes reproductivos múltiples puede corresponder a que son adultas maduras, 27 años en promedio. Otro fenómeno visto en algunas de las participantes es el antecedente de embarazo adolescente, con convivencia marital antes de la mayoría de edad. Llama la atención que la mayoría manifiesta que los embarazos previos fueron deseados, en contraste con lo descrito en el estudio de Determinantes del aborto inseguro (Profamilia/Fondo de Población de las Naciones Unidas, 2014).

El uso actual de un método de planificación familiar de las entrevistadas diverge de la tendencia vista a nivel nacional, en la que el 61% de las mujeres en edad fértil utilizó un método en el último mes (Profamilia, 2011). Sin embargo, la ausencia de un método de planificación en la mayoría de las entrevistadas es un hallazgo también encontrado en la casuística de la institución para el 2016, de un estudio en Bucaramanga (Quintero, Ortiz, Ochoa, Consuegra, & Oliveros, 2010) y del estudio de determinantes de aborto inseguro en Colombia (Profamilia/Fondo de Población de las Naciones Unidas, 2014). Lo anterior, sugiere que las mujeres atendidas en el Hospital La Victoria de Bogotá y la Comuna Norte de Bucaramanga comparte algunas características sociodemográficas que favorecen la

inequidad para acceder a métodos de planificación seguros que eviten el embarazo no deseado.

Además resulta congruente que la mayoría de las entrevistadas tengan afiliación al régimen subsidiado de salud y sean de un estrato socioeconómico bajo por ser una institución de carácter público del sur-oriental de Bogotá.

Las razones para que la mayoría de las entrevistadas fueran atendidas en el Materno Infantil son que esta sede atiende el doble de los casos cuando se compara con la sede principal y que hubo mayor facilidad de contacto con las mujeres a través del personal en formación. Dado que las mujeres entrevistadas comparten características tales como edades obstétricas mayores a 12 semanas, víctimas de violencia de pareja bajo medidas de protección, gestantes añosas con antecedentes obstétricos importantes se requería un centro de alto nivel complejidad, tal como el Hospital de la Victoria.

La causal salud Mental fue la causal casi exclusiva para el acceso a la IVE, pues corresponde a la causal que puede hacerse efectiva con menos perjuicios para las mujeres. Dicho hallazgo es esperable si se tiene en cuenta que el 93% de los casos atendidos en el Hospital de La Victoria son por causal salud Mental. Además es similar a lo reportado a nivel nacional por el último estudio de Profamilia en donde la distribución porcentual por causal para Salud Mental fue del 76.3% (Profamilia, 2015). Con respecto a lo reportado en años previos por Profamilia (Profamilia/Fondo de Población de las Naciones Unidas, 2014), se observa una tendencia a que la causal salud mental se convierta en la causal exclusiva a expensas que disminuyan los casos por malformación fetal o violencia sexual. Dicho fenómeno probablemente se relacione con que frecuentemente las causales coexisten o por la lectura amplia de la Sentencia 355 del 2006.

La edad gestacional en la que se realiza la interrupción va desde las 10 hasta las 28 semanas con una media de 17 semanas, en congruencia con los datos procedentes de los casos que tuvieron lugar para el primer semestre de 2016.

5.2 Significados sobre el embarazo, el aborto y la Interrupción Voluntaria del Embarazo

Es importante relacionar la conceptualización del embarazo y la ponderación que se da a cada embarazo con la toma de la decisión de una IVE. Por lo que se puede decir que es más probable que un embarazo no deseado se interrumpa conforme aumenta el número de gestaciones. .

La conceptualización del aborto inducido y de la IVE para las mujeres participantes como algo malo y pecaminoso representa el estigma interiorizado del aborto en una sociedad con importante influencia judeocristiana. Este hallazgo es contrario a lo descrito en un estudio cualitativo, en el que el aborto/IVE para la mayoría de las mujeres que han interrumpido un embarazo, es un derecho, una opción con la que deben contar las mujeres en algunas condiciones y un problema de salud pública (Profamilia/Fondo de Población de las Naciones Unidas, 2014). Lo anterior, probablemente reflejando las diferencias en los contextos socio-culturales de procedencia de las participantes de ambos estudios.

Llama la atención que la experiencia de una IVE para las mujeres que son atendidas en el HLV, no modifica significativamente en cómo se define el aborto ni la IVE tal como fue documentado en un estudio de Profamilia (Profamilia/Fondo de Población de las Naciones Unidas, 2014). Ello puede deberse al hecho de que la concepción de algo malo y pecaminoso no es ajena a la de algunos profesionales de la salud, quienes lo transmiten directa o indirectamente a las mujeres que acceden a una IVE en la institución estudiada. Estos hechos contribuyen a que la vivencia de la IVE sea muy dolorosa. Sin embargo, considero que el evento obstétrico de interés es una oportunidad única para que estas percepciones sean modificadas en pro de mejorar la vivencia de la IVE, por ejemplo mediante el énfasis de que está ejerciendo un derecho más que un acto inmoral o pecaminoso.

El desconocimiento del marco normativo vigente por la mayoría de las mujeres que acceden al servicio de IVE, es contrario a lo reportado por la última Encuesta Nacional de Demografía y Salud, en la que hasta el 79% conocían las tres causales que despenalizan el aborto (Profamilia, 2011). Por lo anterior, el pobre conocimiento en materia de salud sexual y reproductiva además de contribuir al embarazo no deseado, limita el acceso al derecho de una IVE en condiciones legales.

La dificultad para conceptualizar los términos de asesoría y orientación por las participantes en el presente estudio puede deberse a que son términos hasta cierto punto ajenos a la experiencia personal y no reconocidos durante la interacción con el personal de salud. Este fenómeno ya había sido descrito en Estados Unidos, donde las mujeres reportaron menos veces haber recibido consejería, con relación a lo referido por los trabajadores de salud (Gould, Greene, Perrucci, Barar, & Roberts, 2013). También considero que influye el nivel educativo bajo de las participantes y la percepción de estar siendo evaluadas. Sin embargo, todas las mujeres entrevistadas pudieron exteriorizar sus distintas experiencias positivas y negativas en relación con las actividades orientación y asesoría que les fueron ofrecidas por diferentes profesionales de salud.

5.3 Experiencia de la toma de decisión de la Interrupción Voluntaria del Embarazo

La mayoría de las mujeres atendidas en el HLV recibieron la información del soporte legislativo y administrativo de la IVE de los profesionales de la salud en diferentes ámbitos. Mientras que si se trata de un aborto ilegal es más común que los amigos sean la fuente de información (Profamilia/Fondo de Población de las Naciones Unidas, 2014). Lo anterior puede estar relacionado con el papel fundamental de los trabajadores de salud en la educación continuada en Salud Sexual y Reproductiva y la preferencia de las mujeres por ser asesoradas por estos.

Llama la atención que aunque la mayoría de las mujeres entrevistadas desconocían la alternativa de la IVE, acceden a dicha opción, en la medida en que expresaron a trabajadores de salud, familiares y conocidos las múltiples circunstancias asociadas a un embarazo no deseado y fueron asesoradas, para finalmente llevar a cabo una IVE.

Al igual que lo reportado por estudios cualitativos a nivel de Latinoamérica (Silva, 2014) (Profamilia/Fondo de Población de las Naciones Unidas, 2014), las mujeres atendidas en el Hospital La Victoria mencionan la coexistencia de múltiples razones para interrumpir un embarazo. Además la afectación en el proyecto de vida y las condiciones económicas son los motivos más frecuentes para una IVE en las participantes del presente estudio y del

estudio de determinantes de aborto inseguro de Profamilia (Profamilia/Fondo de Población de las Naciones Unidas, 2014).

Según lo expuesto por las participantes del estudio cuando la motivación para interrumpir un embarazo es la incapacidad para asumir el rol materno en ese momento si se relaciona con la edad. Así por ejemplo aquellas mujeres mayores de 40 años consideran que no es edad para ser madres. Este hallazgo es contrario a lo plasmado por el estudio de Profamilia arriba mencionado (Profamilia/Fondo de Población de las Naciones Unidas, 2014).

Otra motivación expresada por varias de las participantes, consistente en las dificultades familiares y con las parejas; en las dificultades familiares resaltando la pobre calidad de vida que se encuentran llevando en el momento del embarazo que interrumpen, a partir de lo cual conceptúan que tampoco podrían dar calidad de vida a un nuevo hijo; y entre las dificultades de pareja todas aquellas relacionadas con violencia de pareja hacia ellas, junto con actitudes de rechazo o ausencia de apoyo de sus compañeros hacia ellas en cuanto al embarazo actual, lo anterior, reproduce los hallazgos del estudio titulado “El aborto con medicamentos en América Latina. Las experiencias de las mujeres en México, Colombia, Ecuador y Perú”. (Lafaurie, Grossman, Troncoso, Billings, & Chavez, 2005).

Es evidente tanto en el presente estudio como en los documentos revisados (Silva, 2014) (Profamilia/Fondo de Población de las Naciones Unidas, 2014), que la mayoría de las mujeres no consideró una alternativa diferente a la interrupción del embarazo. Incluso siempre manifiestan tajantemente no contemplar la adopción como una opción a la IVE.

Es importante resaltar la influencia que tiene la relación de pareja vivida por las mujeres tanto en la actual investigación como por las mencionadas por otros autores (Silva, 2014) (Profamilia/Fondo de Población de las Naciones Unidas, 2014). El común denominador para las mujeres participantes en la actual investigación son relaciones de pareja no satisfactorias o disfuncionales con antecedente de violencia de pareja. Dicho panorama no es ajeno a la realidad del país en la que para el año 2015 se registraron 47.248 casos de violencia de pareja en Colombia, de los cuales 40.943 corresponde a violencia contra las mujeres. Además el nivel de escolaridad que mayor número de casos reporta se concentra en básica secundaria, que es el nivel educativo frecuente en la muestra estudiada. Otros factores de vulnerabilidad reportados en el informe más reciente de Forensis, tales como el desplazamiento forzado y ser trabajadoras del campo, están presentes en algunas de las mujeres atendidas en el HLV (Acosta, 2016)

Impresiona que la multiplicidad de razones para una IVE por Salud Mental cuando se compara con malformación fetal habla de una decisión sumamente dolorosa y difícil, pero que a la vez es una estrategia de las mujeres para justificar su decisión. Una decisión que va en contravía de lo que para ellas y una proporción de la sociedad es moral y religiosamente aceptable.

Así mismo, el imaginario del embarazo como un periodo de autocuidado estricto se asocia al temor de teratogénesis lo que lleva a algunas mujeres a asumir dicho temor como el hecho de que haya malformación fetal. Esta consecuencia en la toma de decisión para una IVE no había sido descrito en los estudios cualitativos revisados (Profamilia/Fondo de Población de las Naciones Unidas, 2014) (Silva, 2014)

Resulta interesante como el estigma hacia el mismo embarazo es una razón para interrumpirlo aunque no es identificado como tal por las mujeres cuando exponen los motivos para un IVE pero si documentado en la historia clínica de las mujeres y por investigaciones precedentes (Profamilia/Fondo de Población de las Naciones Unidas, 2014).

Además se hace evidente en el discurso de las participantes, al igual que lo descrito en Uruguay, que la concepción dominante es que el cuidado y la responsabilidad de los hijos recaigan en la madre preferentemente (Silva, 2014)

El proceso de la toma de la decisión es siempre difícil para las mujeres entrevistadas y está acorde con lo encontrado en otras investigaciones (Silva, 2014) (Profamilia/Fondo de Población de las Naciones Unidas, 2014). Llama la atención que los sentimientos vividos durante la experiencia de la IVE no fueron explorados por los profesionales de salud a excepción del equipo de psicología de las instituciones de remisión o que brindan protección a las mujeres entrevistadas. Así, queda en evidencia que continúa siendo álgida la exploración de los sentimientos asociados a la vivencia de la IVE durante la investigación. Lo que puede deberse tanto al poco entrenamiento para ello de los profesionales de salud no psicólogos, como al gran malestar que genera en las mujeres por lo que prefieren no expresarlo.

Además en el actual estudio se evidencia la escasa discusión de los conflictos morales, emocionales y religiosos, durante la atención tal y como lo había reportado Vandamme (Vandamme, Wyverkens, Buysse, Vrancken, & Brondeel, 2013). Sin embargo a diferencia

del estudio belga las mujeres atendidas en el HLV consideran que es útil y necesario discutirlos con el personal de salud. Así las participantes de la presente investigación que tuvieron la oportunidad de abordar dichos dilemas con algún profesional de la salud mental se muestran más conformes con la decisión tomada. Por lo anterior, considero que es de capital importancia que dicho abordaje se haga antes, y si se considera necesario después, del procedimiento médico requerido.

Considero que un tiempo de espera después del primer contacto en la institución que puede considerarse como optativo según el caso pero en ningún momento como algo de rutina.

Nuevamente infiero que el contexto sociocultural y religioso en el que estamos inmersos es responsable de la actitud descrita de las participantes hacia otras mujeres que interrumpen un embarazo. Por lo anterior, al igual que en el estudio de determinantes del aborto inseguro (Profamilia/Fondo de Población de las Naciones Unidas, 2014), algunas mujeres proponen que se utilice un límite de edad gestacional para el acceso a la IVE. Al respecto, algunas organizaciones no gubernamentales de alcance internacional han documentado según la evidencia disponible las razones para que dicho límite no tenga lugar en la normativa de nuestro país. Entre los argumentos se encuentran el diagnóstico tardío del embarazo en casos de violencia sexual, las barreras psicológicas y geográficas que impiden la solicitud de atención médica oportuna, el temor a represalias por los victimarios y el riesgo de que al ser un embarazo no deseado, termine en un procedimiento inseguro en el contexto ilegal (La Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres/Grupo Médico por el Derecho a Decidir, 2014) En contraste, un estudio comparte la sugerencia desde el gremio médico de estandarizar un tiempo de gestación máximo para el acceso a la IVE (Quintero-Roa & Ochoa-Vera, 2015).

Me parece valioso la consideración de los cuidados post IVE propuesta por las participantes en este estudio, pues cabría evaluar qué tiempo de incapacidad o recomendaciones se dan actualmente y si son susceptibles de cambio. Además, es importante reconocer cuales son las razones para que las mujeres atendidas en el Hospital de La Victoria, no regresen a la institución a la consulta post IVE, y sean renuentes a ser contactadas nuevamente por ejemplo para fines investigativos o de control post IVE. Lo anterior, para generar mecanismos correctivos que hagan posible un seguimiento clínico.

Así, en consonancia con lo propuesto en el documento técnico “Atención Post Aborto (APA) y sus complicaciones (Ministerio de Salud y Protección Social/Fondo de Población de las Naciones Unidas, 2014), que contempla la asesoría y la orientación como procesos que permiten identificar y responder a las necesidades de salud de las mujeres, atender otras necesidades e inquietudes. Ello probablemente contribuya a reconocer los factores que contribuyen a la inasistencia en el periodo por IVE.

El reconocimiento de las actividades de asesoría y orientación parece estar ligado a los roles asignados socialmente a cada trabajador de la salud. Dada la complejidad de las relaciones humanas y de la interacción profesional de salud-mujer es esperable encontrar un número variable de percepciones en relación al apoyo emocional y la atención en general.

Un tema emergente corresponde a la violencia obstétrica de la atención de la IVE. Es conveniente antes de continuar, dar una definición de la misma: “la apropiación del cuerpo y procesos reproductivos de las mujeres por personal de salud, que se expresa en un trato deshumanizador, en un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, trayendo consigo pérdida de autonomía y capacidad de decidir libremente sobre sus cuerpos y sexualidad, impactando negativamente en la calidad de vida de las mujeres”. Así pues, el tipo de violencia obstétrica predominante en la atención de las mujeres que acceden a una IVE en el Hospital de la Victoria, es el trato deshumanizante principalmente por enfermería. Además es un fenómeno que puede acentuarse por un recurso humano escasamente capacitado en el tema de IVE en los servicios obstétricos y una infraestructura física que puede actuar como un castigo social (ser alojadas y atendidas con gestantes en trabajo de parto). Además para la mayoría de las entrevistadas el maltrato al que son sometidas es normalizado y justificado. En contraste, aquellas mujeres con un mayor nivel educativo y socioeconómico si reconocen el tipo de trato que reciben por lo que son quienes denuncian aspectos de la atención que van en contravía de sus derechos. Todo lo anterior, ha sido revisado previamente por otros autores, en pro de abrir el debate y hacer intervenciones a nivel personal, institucional y legislativo (Tamayo, 2015).

Considero que los períodos de alta carga emocional identificados por las mujeres que llevan a cabo una IVE son de gran importancia para realizar apoyo psicológico.

Llama la atención la medicalización de una situación vital por el imaginario de cumplir con un requisito legal: el 60% de las participantes fueron diagnosticadas con un trastorno mixto de ansiedad y depresión. Así mismo, para ninguna de las mujeres para las cuales se registró ese diagnóstico, se indicó un tratamiento específico. Por otro lado, surge la inquietud si todas las mujeres con un trastorno del afecto deberían tener un seguimiento posterior al procedimiento.

Por último, dado que la causal salud Mental fue casi exclusiva en la muestra estudiada y que les resulta difícil a las mujeres identificar actividades de orientación inmersas en el quehacer clínico no fue posible establecer diferencias en la orientación según la causal por la que se accede a una IVE.

5.4 Percepción de las mujeres de la asesoría y la orientación para la Interrupción Voluntaria del Embarazo

La percepción positiva y la satisfacción adecuada de las mujeres entrevistadas con la asesoría y la orientación para la IVE guarda coherencia con lo encontrado en algunos países de Latinoamérica, Estados Unidos y Bélgica (van Dijk, y otros, 2011) (Gretchen, 2007) (Vandamme, Wyverkens, Buysse, Vrancken, & Brondeel, 2013)

Considero que el hallazgo de que las mujeres con una opinión divergente sobre la atención recibida por los trabajadores de la salud tengan un mayor nivel socioeconómico y educativo, guarda relación con una mayor facilidad para identificar barreras derivadas de la atención, habilidad para realizar una oposición asertiva y patrones de comparación sobre la calidad de los servicios diferentes. Incluso la conceptualización de la IVE como un derecho y de la asesoría y orientación como una responsabilidad de los trabajadores de la salud influyen en cómo aprecian la atención que recibieron y como se sienten llamadas a exigir más.

Por otra parte, hipotéticamente la percepción positiva de la atención en la gran mayoría de la muestra puede deberse a que el maltrato de diversa índole está muy arraigado a su día a día, y por lo tanto un trato amable se califica como muy bueno.

Desafortunadamente la atención por el servicio de salud mental no es uniforme y no tiene soporte en la historia clínica digital. Además la mención de la orientación con frecuencia se refiere al personal extrainstitucional. Lo anterior en consonancia con ser un Hospital de referencia pero que deja un sinsabor sobre la atención que se brinda. Como dije previamente es muy importante que la valoración por salud mental, sin ánimo de generar demoras en la atención, se realice antes del procedimiento médico requerido.

Considero que la opinión derivada del cuidado del personal de enfermería es un llamado a revisar las propias concepciones sobre una IVE que influyen dramáticamente en la interacción con las mujeres atendidas en el Hospital. De igual manera la narrativa de las entrevistadas confirma la necesidad de un mayor acompañamiento a lo largo de todo el proceso.

La percepción de las participantes de que sus derechos a la privacidad y a la confidencialidad se hayan salvaguardado durante la atención es contrario a informes previos a nivel público (Profamilia/Fondo de Población de las Naciones Unidas, 2014). Lo que se relaciona posiblemente con una puesta en marcha para lograr mejor calidad en los servicios ofertados.

Por último, creo que queda abierta la discusión sobre si las mujeres que están interrumpiendo voluntariamente un embarazo deben ser atendidas en una sala de partos general en el HLV.

5.5 Calidad del servicio de asesoría y orientación para la Interrupción Voluntaria del Embarazo: satisfacción

Impresiona que la total satisfacción manifestada con la asesoría y la orientación tienen un impacto positivo en la vivencia de decisión de la IVE para la mayoría de las participantes. Lo anterior es sugerido por Vandamme y colaboradores cuando dice que posterior a la consejería las mujeres experimentan menos malestar emocional y mayor satisfacción con su decisión (Vandamme, Wyverkens, Buysse, Vrancken, & Brondeel, 2013). Además la utilidad percibida por algunas mujeres de la asesoría y la orientación aporta argumentos

para que el mejoramiento y la continuidad de estos procesos se den pese a que la mayoría de las mujeres ya tengan la decisión tomada cuando asisten al servicio

5.6 Barreras en la atención a la Interrupción Voluntaria del Embarazo

La posibilidad de acceso a servicios de interrupción voluntaria del embarazo implica un proceso integral, que inicia con el empoderamiento de las mujeres para hacer la demanda del servicio ante los prestadores, la recepción de las usuarias potenciales por los sistemas de salud, y la prestación adecuada de los servicios requeridos en el marco de los mejores estándares de calidad (Carino, González, & Durán, 2008).

En ese transcurso, las mujeres pueden enfrentar distintos tipos de barreras de acceso, algunas de ellas son compartidas con los usuarios de otros servicios de salud dentro de un determinado sistema, mientras que otras emergen de manera específica para quienes buscan servicios de IVE (González & Gil, 2012).

Entre las barreras generales para acceder a servicios de salud que pueden afectar a una potencial usuaria de IVE están: las derivadas de la organización de los servicios de salud y de sus aspectos administrativos; aquellas relacionadas con la calidad de los servicios prestados; las ligadas a la formación y capacitación del personal de salud; las que se consolidan en torno a sistemas de información, vigilancia y control; y aquellas que tienen que ver con los costos de la atención. Por otra parte, entre las barreras específicas que afectan a las usuarias de IVE se pueden contar en Colombia las siguientes: desinformación de las potenciales usuarias sobre sus derechos en SSR relativos al acceso a una IVE despenalizada en las tres causales contempladas por la Sentencia C-355 de 2006; cuestionamientos y malinterpretación restrictiva por parte de los prestadores sobre si aplica o no una determinada causal despenalizada en el caso particular de cada mujer que busca servicios de IVE; solicitud de requisitos adicionales a los legales para dar acceso a la IVE; malinterpretación y uso indebido del derecho a la objeción de conciencia que deriva en obstrucción del acceso a servicios; derivadas del uso indebido del derecho a la libre expresión por parte de funcionarios públicos; entre otras (González & Gil, 2012) (Vásquez & García, 2013).

Entre las participantes en éste estudio se pudieron evidenciar múltiples barreras de acceso, tanto generales como específicas de los servicios de IVE, que aunque finalmente fueron superadas por todas ellas, hicieron más difícil y lenta su experiencia. Las más frecuentes resultaron ser aquellas relacionadas con el desconocimiento inicial de su derecho a la IVE ante ciertas causales por parte de las usuarias potenciales, seguidas por las derivadas de deficiencias en calidad de la atención, así como de la organización de los servicios de salud y sus aspectos administrativos, junto con otras menos frecuentemente mencionadas pero no por ello menos significativas, tales como diversos modos de obstrucción del acceso en virtud de prejuicios del personal de salud, o malinterpretación y uso indebido del derecho a la objeción de conciencia.

Hacen falta estudios en nuestro país sobre barreras de acceso a servicios de IVE efectuados en diversos contextos clínicos y sociales, con el fin de poder establecer tendencias y distinciones en éste tema.

5.7 Calidad del servicio de asesoría y orientación para la Interrupción Voluntaria del Embarazo: efectividad y equidad

Llama la atención que las respuestas sobre la efectividad de la atención son escuetas y ocasionalmente las mujeres manifestaban no tener una comprensión clara de lo que se estaba preguntando. Lo anterior puede estar relacionado con que la forma en la que se indagó el tema que resultó limitada. Posiblemente el colocar situaciones puntuales según la vivencia de la mujer, o casos hipotéticos ilustrativos pueda ayudar a identificar si los procesos de asesoría y orientación son efectivos y centrados en la mujer. Además una explicación alternativa puede ser que tanto a las mujeres como a los profesionales les cuesta identificar necesidades en materia de salud, desde su concepción biopsicosocial. Esto último limitado por el modelo biomédico dominante.

6. Conclusiones y recomendaciones

6.1 Conclusiones

1. La mayoría de las mujeres participantes en el estudio comparten, entre otras características sociodemográficas, antecedentes de fenómenos de movilidad y migración, y violencia de diversa índole.
2. Se identificaron los significados para el embarazo, el aborto y la IVE que circulan en las narrativas de las mujeres que son atendidas en el HLV por una IVE. Así la conceptualización del embarazo con respecto al del aborto inducido y de la IVE (concebidos como similares), son antagónicos. Además la forma de concebir dichos términos como algo malo y pecaminoso influye negativamente en la toma de la decisión y en la experiencia misma de la IVE.
3. Se conoció cómo fue la experiencia de la toma de decisión de la IVE según la causal mental. Sin embargo, no fue posible establecer diferencias en la orientación que tuvo lugar según las causales malformación fetal y violencia sexual. Además el fenómeno de predominio de la causal salud mental como aquella por la cual se interrumpe la mayoría de los embarazos en la institución puede corresponder a una alternativa para facilitar el acceso a la IVE o a la medicalización de una situación vital. Lo anterior, abre la discusión para que el tema sea explorado en trabajos posteriores.
4. Se estableció que la mayoría de las mujeres que acceden a una IVE por causal salud mental consideran que la asesoría y la orientación que reciben de ginecología es buena, mientras para enfermería la percepción es heterogénea. Por otra parte, el personal de salud mental y de trabajo social de la institución tuvieron poco protagonismo en las narrativas de las mujeres.
5. Se puso en evidencia que la satisfacción manifiesta con la atención recibida durante la asesoría y la orientación se relaciona positivamente con la vivencia de la decisión

de la IVE, pues las entrevistadas consideran que son procesos útiles y necesarios durante la experiencia de la IVE.

6. Las participantes en éste estudio superaron múltiples barreras de acceso, que hicieron más difícil su experiencia. Las más frecuentes son las relacionadas con el desconocimiento inicial de su derecho a la IVE y las derivadas de deficiencias en calidad de la atención, así como de la organización de los servicios de salud y sus aspectos administrativos.
7. Con el análisis narrativo resultó evidente que pese a la buena percepción y satisfacción con la atención recibida, la asesoría y la orientación carecen de la calidad deseada, especialmente si es ofrecida por profesionales de salud no médicos. La discrepancia obedece, entre otros, al poco reconocimiento por parte de las mujeres del trato deshumanizante del que son objeto y del estigma interiorizado de la IVE.
8. Hacen falta estudios en nuestro país sobre barreras de acceso a servicios de IVE efectuados en diversos contextos clínicos y sociales, particularmente relacionados con la violencia obstétrica, con el fin de poder establecer tendencias y distinciones en éste tema.
9. Los fenómenos de la IVE y de la calidad de los servicios de salud sexual y reproductiva y salud mental son difíciles de estudiar por el estigma asociado a estos, por lo que para llevar a cabo el actual trabajo tuvieron que ser superados múltiples inconvenientes.
10. Se realizaron algunas recomendaciones tendientes al fortalecimiento del componente de asesoría y orientación en IVE en la institución. Para ello se tomaron en cuenta las recomendaciones expresas de las participantes y aquellas concebidas por la investigadora principal y la directora del trabajo de investigación. El énfasis se hizo en la orientación según si es antes, durante o después del procedimiento de la IVE.

6.2 Recomendaciones

6.2.1 Recomendaciones antes del procedimiento de la Interrupción Voluntaria del Embarazo

- Se recomienda que la orientación por el personal de psicología sea ofrecida a todas las mujeres que ingresan para una IVE, antes de la misma, sin retrasar la realización del procedimiento médico. Lo anterior, en razón a que la orientación especialmente en el contexto de la interacción de la mujer con el equipo de psicología es bien evaluada y solicitada tanto por las que la recibieron fuera de la institución como por quienes no la tuvieron. Pues consideran que tiene un impacto positivo en la vivencia de la decisión. Además es el profesional de salud idóneo para abordar diferentes dilemas asociados a la experiencia de una IVE y para facilitar la expresión emocional.
- Se recomienda soportar detalladamente en la historia clínica digital la orientación que tuvo lugar por psicología y trabajo social. Además en la historia clínica de ginecología se propone evitar el uso de plantillas que describan un estado mental que no corresponde a las mujeres y considerar como innecesario el diagnóstico rutinario de trastornos mentales.
- Posterior a la asesoría y la orientación institucional se recomienda un tiempo de espera solo si la mujer se beneficia del mismo, pero en ningún momento como algo de rutina.

6.2.2 Recomendaciones durante el procedimiento de la Interrupción Voluntaria del Embarazo

- Se sugiere continuar el debate sobre las condiciones locativas de las mujeres que están interrumpiendo voluntariamente un embarazo en la institución.
- Se propone el acompañamiento cercano y amable del personal de enfermería y si es posible por un familiar durante los períodos de alta carga emocional identificados por las participantes.
- Se hace una invitación a todos los profesionales de salud que atienden a mujeres durante la interrupción de un embarazo, al reconocimiento de sus valores, prejuicios, creencias y respuestas cognitivas y emocionales frente a la IVE para evitar interferir inadecuadamente en la experiencia de la mujer. Si es necesario puede brindarse capacitación específica y sensibilización.

6.2.3 Recomendaciones después del procedimiento de la Interrupción Voluntaria del Embarazo

- Se considera importante realizar un seguimiento post IVE a aquellas mujeres en las que se prevén posibles desenlaces negativos en materia de Salud Mental.
- Se recomienda tener en cuenta que de los cuidados post IVE se adapten a las condiciones de las usuarias. Por ejemplo, si se justifica una incapacidad médica.
- Es perentorio diseñar estrategias que aseguren la asistencia a las citas de control post IVE, iniciando por tratar de esclarecer cuales son las razones para no asistir.

Anexo A: Guía de entrevista: historia reproductiva, perfil sociodemográfico y preguntas guía

Fecha:

Hora de inicio y terminación

Código de la informante: _ _

Asentimiento de Consentimiento Informado:

Datos obtenidos de la Historia Clínica institucional

- Formula obstétrica:
- Uso de anticonceptivos en el último mes:
- Otros Antecedentes obstétricos y sexuales de interés:
- Causal(es) para Interrupción Voluntaria del Embarazo Actual:
- Semanas de gestación al momento de la solicitud inicial de la IVE y al momento de realización de la IVE:

Tópico	Preguntas guía sugeridas según tópicos específicos	
Presentación	La entrevistadora y la entrevistada se presentan, la entrevistadora pide permiso para grabar la entrevista; si le es concedido se inicia la grabación; la entrevistadora presenta la actividad a realizar y la encuadra. Recibe y aclara preguntas efectuadas por la entrevistada. Inicia la exploración sobre los tópicos de entrevista.	
Caracterización sociodemográfica	¿Cuál es su edad?, ¿A cuál raza o etnia considera usted que pertenece?, ¿Dónde nació?, ¿Dónde vive actualmente (vereda, pueblo, municipio, ciudad, barrio, según corresponda)?, ¿Cuál es el estrato socio-económico de su vivienda?, ¿Usted vive en vivienda propia, en arriendo o en vivienda familiar?, ¿Hace cuánto tiempo vive allí?, ¿Hace cuánto tiempo llegó a Bogotá? (si corresponde). ¿Ha estudiado usted?, ¿Hasta cuál nivel?, ¿Cuál es su estado civil?, ¿Hace cuánto tiempo tiene ese estado civil?, ¿A qué se dedica usted?, ¿Qué tipo de seguridad social en salud tiene?, ¿Tiene alguna religión en particular?	
Significados	Embarazo	¿Qué es para usted...?, ¿Similitudes y diferencias?, ¿Qué conoce de la IVE en el País?
	Aborto e IVE	
	Orientación y asesoría	
Toma de decisión de la ive	Hábleme sobre la toma de decisión de la IVE. ¿Cómo describiría su experiencia de decidir interrumpir el	

	embarazo?, ¿Qué tuvo en cuenta para tomar la decisión?, ¿A quiénes tuvo en cuenta para tomar la decisión?, ¿Qué siente sobre dicha decisión?	
Asesoría y orientación	Orientación y apoyo emocional	Cuénteme sobre la orientación que recibió, ¿Cómo le pareció esa orientación?, ¿Se sintió apoyada?, ¿Se habló de sus necesidades con respecto a esta situación?, ¿Se identificaron personas e instituciones que podrían ayudarla en el momento?, ¿Se hablaron de las opciones disponibles?, ¿Se consideraron sus conflictos o dudas?, ¿Se habló de sus sentimientos?, ¿Cómo percibió el apoyo emocional durante y después del proceso?
	Consentimiento informado	¿Cómo fue el proceso del consentimiento informado?, ¿Qué tipo de información se le proporcionó?, ¿Cómo fue el lenguaje usado?, ¿Se le aclararon dudas?, ¿Se diligenció un formato?
Calidad del servicio de asesoría y orientación (1)	Satisfacción de la usuaria en general	¿Cómo se sintió con la atención que le brindaron?, ¿Qué piensa sobre la utilidad de la orientación?, ¿Que efecto tuvo sobre su decisión?
	Privacidad y confidencialidad	¿Cómo se sintió con respecto a la privacidad y la confidencialidad durante la orientación?, ¿Cómo fue el ambiente físico?
	Competencia	¿Qué impresión tuvo de las habilidades de los profesionales que le brindaron la asesoría y orientación?
Calidad del servicio de asesoría y orientación (2)	Efectividad	¿Piensa que la asesoría se adaptó a sus necesidades?, ¿Piensa que la orientación se adaptó a sus características individuales?, ¿Se sintió incomoda en algún momento sobre como ocurrió la conversación?, ¿Qué relación guardan sus expectativas con lo que sucedió?
	Equidad y centrado en la mujer	
Barreras en la atención	Relacionadas con la calidad de los servicios	¿Encontró algunas dificultades antes, durante o después de la IVE relacionadas con la orientación recibida?
	Relativas a la formación y capacitación del personal de salud	

Recomendaciones	¿Qué recomendaciones les daría a los profesionales que la atendieron durante la orientación?, ¿Quiere agregar o hablar de algo más?
-----------------	---

Anexo B: Consentimiento informado

Con el presente documento escrito se pretende informar a usted acerca de la investigación/entrevista en la cual participará, y que tiene como puntos de su interés los siguientes:

1. El proyecto de investigación de “ASESORÍA Y ORIENTACIÓN PARA LA INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO: NARRATIVAS DE MUJERES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL DE LA VICTORIA DE BOGOTÁ, 2016”, se desarrolla dentro de las líneas de trabajo de los grupos de investigación de “Racionalidades Medicas y Practicas en Salud y Enfermedad” y “Salud Sexual y Reproductiva” adscritos a la Universidad Nacional de Colombia. La Dra. MARÍA PAULA VILLALBA CUADRADO, Médica de la Universidad Nacional de Colombia y Psiquiatra en formación de la Universidad Nacional de Colombia, es la investigadora principal y es quien se encargará de realizar las entrevistas.
2. Este estudio, de diseño cualitativo, tiene como propósito contribuir al fortalecimiento de las fuentes de información sobre el fenómeno de INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO (para el cual se usará de aquí en adelante la sigla IVE) y su calidad en general y del componente de la asesoría y la orientación en IVE, en particular, desde la perspectiva de las mujeres. Lo anterior con miras a promover recomendaciones y futuras investigaciones relacionadas con el soporte emocional, como elemento del proceso de orientación en IVE, ajustado a las necesidades de las usuarias.
3. La población corresponde a mujeres adultas que accedieron a una IVE por las causales incursas en el marco normativo vigente en Colombia, en los tres meses previos a la vinculación a la investigación, en un centro de referencia de la ciudad de Bogotá (Hospital de La Victoria).

4. La entrevista focalizada es el instrumento de recolección de datos de la investigación, tendrá una duración aproximada de 1 hora y será grabada para poder ser luego analizada. Para que se lleve a cabo la entrevista se verificará el consentimiento informado dado voluntariamente por usted. En primer lugar se hará la recolección de sus datos sociodemográficos. Posteriormente, se llevará a cabo una entrevista individual guiada sobre el tema de interés (experiencia de la toma de decisión de la IVE y sobre percepción de la orientación que tuvo lugar durante el proceso).
5. Se prevé algún malestar asociado a la discusión de temas sensibles de la historia personal. Sin embargo como beneficios se destacan: la seguridad que el investigador es un profesional competente que podrá sortear las dificultades que aparezcan durante la entrevista y la contribución para el desarrollo de planes de mejoramiento en la prestación de los servicios de orientación en IVE a futuro.
6. Por otra parte, recuerde que usted está en la libertad de retirar su consentimiento en cualquier momento y dejar de participar en el estudio sin que por ello se creen daños para continuar su cuidado y tratamiento en la Institución.
7. Además se asegura que no se dará a conocer su identidad, pues se contara con una serie de códigos numéricos que la reemplacen y se mantendrá la confidencialidad de la información suministrada. Por último, se hace el compromiso de proporcionarle la transcripción de la entrevista de rutina y de los resultados obtenidos del estudio, para su conocimiento, rectificación y retroalimentación, según lo desee.
8. Es importante anotar que si tiene preguntas o dudas acerca de los procedimientos, riesgos, beneficios y otros asuntos relacionados con la investigación, puede realizarlas.

Teniendo presente los puntos enunciados, a continuación le solicitamos llene de su puño y letra los espacios en blanco.

Yo, _____, doy mi consentimiento para que me entreviste la Dra. María Paula Villalba Cuadrado en el marco del desarrollo del proyecto de investigación de "ASESORÍA Y ORIENTACIÓN PARA LA INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO: NARRATIVAS DE MUJERES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL DE LA VICTORIA DE BOGOTÁ, 2016".

Entiendo que cumpla el perfil para participar en la investigación porque en los tres meses previos accedí a una IVE en el Hospital de La Victoria. Comprendo y acepto que por la naturaleza del estudio, al participar en éste no recibiré ningún tratamiento en salud por parte del equipo investigador ni beneficio directo.

Entiendo que seré entrevistada en el Hospital de La Victoria ambas Sedes según mi disponibilidad, preferiblemente en la consulta de control posterior al procedimiento. Además sé que se me harán preguntas sobre la experiencia de la toma de decisión de la IVE y sobre percepción de la orientación que tuvo lugar durante el proceso. Se me ha notificado que es totalmente voluntaria la participación y que aún después de iniciada la entrevista puedo rehusarme a responder cualquier pregunta o decidir darla por terminada en cualquier momento.

Se me ha dicho que mis respuestas no serán reveladas a nadie de manera separada del análisis general efectuado por el estudio y que en ningún informe de éste estudio se me identificará por mi nombre. Entiendo y acepto que tal confidencialidad es la estrategia empleada por el equipo investigador para proteger mi intimidad. También se me ha dicho que tanto si participo como si no lo hago, o si me rehúso a responder alguna pregunta, no se verán afectados mi cuidado y tratamiento en la Institución. Sin embargo que sin son identificadas necesidades en materia de salud será remitida según sea pertinente.

Es también de mi conocimiento que la entrevistadora puede ponerse en contacto conmigo en el futuro a fin de un intercambio de información sobre los mismos temas tratados en la entrevista inicial. Además que la transcripción de la entrevista y los resultados finales de la investigación me serán proporcionados si los solicito con la investigadora principal a través del número de contacto de 3208818114.

Se me ha preguntado si tengo alguna duda sobre el estudio en éste momento.

Al firmar este formulario reconozco que he leído o que me ha sido leído y explicado y que comprendo perfectamente su contenido.

Fecha:

Firma de la participante

C.C.

Firma de la investigadora principal

C.C.

Bibliografía

Academy of Medical Royal Colleges/National Collaborating Centre for Mental Health. (2011). *Induced abortion and mental health a systematic review of the mental health outcomes of induced abortion, including their prevalence and associated factors*.

Acosta, M. (2016). *Comportamiento de la Violencia de Pareja. Colombia 2015*. Bogotá: Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses.

Allan Guttmacher Institute (AGI). (2007). . *PoliReview. State Abortion Counseling Policies and the Fundamental Principles of Informed Consent*. New York.

Allan Guttmacher Institute (AGI). (2010). *Embarazo no deseado y aborto inducido en Colombia. Causas y consecuencias*. Nueva York.

Allan Guttmacher Institute (AGI). (2015). *State Policies in Brief. Counseling and Waiting Periods for Abortion*. New York.

American Psychological Association, Task Force on Mental Health and Abortion. (2008). Report of the Task Force on Mental Health and Abortion. *Report of the Task Force on Mental Health and Abortion*. Washington, D.C. Obtenido de 49. American Psychological Association, Task Force on Mental Health and Abortion. (2008). «Report of the Task Force on Mental Health and Abortion.» Washington <http://www.apa.org/pi/wpo/mental-health-abortion-report.pdf>

Appelbaum, P. (2007). Assessing patient's capacities to consent to treatment. *N Engl J Med*, 1834-1840.

Asociación Médica Mundial . (2013). *Asociación Médica Mundial*. Obtenido de Asociación Médica Mundial: <http://www.wma.net/es/30publications/10policias/b3/>

Banco Mundial . (2011). Banco Mundial .

Becker D, D. C. (2010). Clients' Perceptions of the Quality of Care in Mexico City's Public-Sector Legal Abortion Program. *International Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 191- 201.

Carino, G., González, A., & Durán, J. (2008). *Aborto legal: regulaciones sanitarias comparadas. Un análisis en América Latina y algunos países de Europa y África. Federación Internacional de Planificación Familiar - Región del Hemisferio Occidental* . Montevideo .

Conejo, J. (2005). *Psiquiatria.com* . Obtenido de http://www.psiquiatria.com/articulos/psiquiatria_legal/21248/?

Constitucional, C. (2008). *Sentencia T-946 de 2008*. Colombia.

Correa, M., & Guilam, M. (2006). O discurso do risco e o aconselhamento genético pré-natal. *Cad. Saúde Pública*, 2141-2149.

Corte Constitucional. (2006). *Sentencia C-355 de 2006*. Colombia.

Corte Constitucional. (2006). *Sentencia C-355 de 2006*. Bogotá, Colombia.

Corte Constitucional. (2007). *Sentencia T-988 de 2007*. Colombia.

Corte Constitucional. (2008). *Sentencia T-209 de 2008*. Colombia.

Corte Constitucional. (2009). *Sentencia T-009 de 2009*. Colombia.

Corte Constitucional. (2009). *Sentencia T-388 de 2009*. Colombia.

Corte Constitucional. (2010). *Sentencia T-585 de 2010*. Colombia.

Corte Constitucional. (2011). *Sentencia T-841 de 2011*. Colombia.

DANE. (2005). *La visibilización estadística de los grupos étnicos colombianos*. Bogotá: DANE.

Engenderhealth. (2003). *engenderhealth*. Obtenido de engenderhealth: http://www.engenderhealth.org/files/pubs/counseling-informed-choice/ccrh_ph.pdf

FIGO. (2012). *Recomendaciones sobre temas de ética en obstetricia y ginecología*. Reino Unido.

- France, E., Locock, L., Hunt, K., Ziebland, S., Field, K., & Wyke, S. (2011). Imagined futures: how experiential knowledge of disability affects parents' decision making about fetal abnormality. *Health Expectations*, 139–156.
- Giraldo, D., & González, E. (2013). *Investigación Cuantitativa: un recorrido por el interior del ser*. Medellín: Universidad Pontificia Bolivariana.
- Gómez, P., Escandón, I., & Gaitán, H. (2007). Evaluación de la Atención Integral al Posaborto, en 13 Hospitales de Colombia. *Rev Salud Pública*, 241-252.
- González, A. (2011). *Una mirada analítica a la legislación sobre interrupción del embarazo en países de Iberoamérica y el Caribe*. Santiago de Chile: Observatorio de Igualdad de Género de América Latina y el Caribe (CEPAL).
- González, A., & Gil, L. (2012). *Lineamientos básicos para la elaboración de peritajes: hacia la garantía de los derechos sexuales y reproductivos*. Bogotá: Grupo Médico por el Derecho a Decidir Colombia.
- Gould, H., Greene, D., Perrucci, A., Barar, R., & Roberts, S. (2013). Predictors of Abortion Counseling Receipt and Helpfulness in the United States. *Women's Health Issues*, 249–255.
- Gretchen, E. (2007). The Abortion Counseling Experience: A Discussion of Patient Narratives and Recommendations for Best Practices. *Best Practices in Mental Health*, 62-74.
- Grupo Médico por el Derecho a Decidir. (2012). *Caso Karla. Afectación de la salud mental y continuación forzada del embarazo no deseado*. Colombia.
- Grupo Médico por el Derecho a Decidir. (2012). Lineamientos básicos para la elaboración de peritajes: hacia la garantía de los Derechos Sexuales y Reproductivos. *Lineamientos básicos para la elaboración de peritajes: hacia la garantía de los Derechos Sexuales y Reproductivos*. Bogotá, Colombia.
- Grupo Médico por el Derecho a Decidir. (2013). *Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) por Causal Violencia Sexual: estudio de un caso en la ciudad de Bogotá*. Colombia.
- Johnson, K. (2014). Protecting women, saving the fetus: Symbolic politics and mandated abortion counseling. *Women's Studies International Forum* 47 , 36–45.
- La Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres y la Alianza Nacional por el Derecho a Decidir. (2008). *Causal Salud*. Colombia.

- La Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres/Grupo Medico por el Derecho a Decidir. (2014). Aborto legal y edad gestacional: escenarios para la garantía del derecho a la interrupción voluntaria del embarazo en Colombia. Bogotá.
- Lafaurie, M., Grossman, D., Troncoso, E., Billings, D. L., & Chavez, S. (2005). Women's Perspectives on Medical Abortion in Mexico, Colombia, Ecuador and Peru: A Qualitative Study. *Reproductive Health Matters*, 75-83.
- Laza, C., & Castiblanco, R. (2013). Experiencias y opiniones de los profesionales de la salud frente a la despenalización del aborto. *Revista Cubana de Salud Pública*, 939-949.
- Laza, C., & Castiblanco, R. (2014). La realidad de la práctica: vivencias de un médico frente a la interrupción voluntaria del embarazo. *Index Enferm*, 167-170.
- Lie, M., Robson, S., & May, C. (2008). Experiences of abortion: A narrative review of qualitative studies. *BMC Health Services Research*, 150-159.
- Médicos del Mundo Francia. (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.
- Mejia, J. (2000). El muestreo en la investigación cualitativa. *Investigaciones Sociales*, 165-180.
- Ministerio de la Protección Social. (1993). Resolución No 8430 de 1993. *Resolución No 8430 de 1993*. Colombia.
- Ministerio de Protección Social. (2011). Modelo de Atención Integral en Salud para Víctimas de Violencia Sexual. *Modelo de Atención Integral en Salud para Víctimas de Violencia Sexual*. Colombia.
- Ministerio de Salud y la Protección Social. (2014). *Prevención del Aborto Inseguro en Colombia Protocolo para el Sector Salud*. Colombia.
- Ministerio de Salud y Protección Social/Fondo de Población de las Naciones Unidas . (2014). Orientación y asesoría para la para la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE). *Orientación y asesoría para la para la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE)*. Bogotá, Colombia.
- Ministerio de Salud y Protección Social/Fondo de Población de las Naciones Unidas. (2014). Atención Post Aborto (APA) y sus complicaciones. Documento técnico para prestadores de servicios de salud. *Atención Post Aborto (APA) y sus*

- complicaciones. Documento técnico para prestadores de servicios de salud.* Colombia.
- Naciones Unidas. (1994). *Informe de la Conferencia Internacional sobre la población y el Desarrollo.* . El Cairo.
- National Abortion Federation. (2015). Lineamientos sobre Políticas Clínicas. *Lineamientos sobre Políticas Clínicas.* Washington.
- Organización Mundial de la Salud. (1995). *Complicaciones del aborto, Directrices técnicas y gestoriales de prevención y tratamiento.* Ginebra.
- Organización Mundial de la Salud. (2010). *Aborto sin riesgos. Guía técnica y de políticas para sistemas de Salud.* Ginebra.
- Organización Mundial de la Salud. (2012). *Aborto sin riesgos: guía técnica y de políticas para sistemas de salud.* Montevideo.
- Organización Panamericana de Salud. (2010). *Perfil Sistema de salud en Colombia.* Washington D.C.
- Perrucci, A. (2012). *Decision Assessment and Counseling in Abortion Care: Philosophy and Practice.* New York: Rowman & Littlefield Publishers.
- Profamilia. (2011). *Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS).* Bogotá.
- Profamilia. (2015). *Estigma asociado a la interrupción voluntaria del embarazo en Colombia Una aproximación a partir de la experiencia en nueve Centros de Atención de Profamilia.* Bogotá: Profamilia.
- Profamilia/Fondo de Población de las Naciones Unidas. (2014). *Determinantes del aborto inseguro y barreras de acceso para la atención de la interrupción voluntaria del embarazo en mujeres colombianas.* Bogotá, Colombia .
- Quintero, E., Ortiz, R., Ochoa, M., Consuegra, M., & Oliveros, C. (2010). Características socio demográficas de las mujeres con abortos inducidos en un Hospital Público de Bucaramanga. . *Rev. salud pública.*, 570-579.
- Quintero-Roa, E., & Ochoa-Vera, M. (2015). Actitudes de los gineco-obstetras ante la interrupción legal voluntaria del embarazo. *Rev. salud pública* , 776-788.
- Roberts, C., Stough, L., & Parrish, L. (2002). The role of Genetic Counseling in the Elective Termination of Pregnancies Involving Fetuses with Disabilities. *The Journal of Special Education*, 48-55.
- Ruiz, F. G. (2015). Estigma asociado a la interrupción voluntaria del embarazo en Colombia. Una aproximación a partir de la experiencia en nueve centros de

atención en Profamilia. *Estigma asociado a la interrupción voluntaria del embarazo en Colombia. Una aproximación a partir de la experiencia en nueve centros de atención en Profamilia*. Bogotá: Profamilia.

Secretaría Distrital de Salud de Bogotá. (2012). *Circular 43 de 2012: Lineamientos técnicos para la prestación de servicios de salud en interrupción voluntaria del embarazo (IVE)*. Bogotá.

Secretaría General de la Alcaldía Mayor de Bogotá, D.C. (2001). *Alcaldía Mayor de Bogotá*. Obtenido de Alcaldía Mayor de Bogotá:
<http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=49981>

Serrano, J., Pinilla, M., Martínez, M., & Ruiz, F. (2010). *Panorama sobre derechos sexuales y reproductivos y políticas públicas en Colombia*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia/Centro Latinoamericano de Sexualidad y Derechos Humanos (CLAM)/IMS-UERJ.

Shank, G. (2006). *Qualitative research. A Personal Skills Approach*. . New Jersey: Pearson Prentice Hall.

Silva, M. (Abril de 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.

Singer, J. (2004). Options Counseling: Techniques for Caring for Women With Unintended Pregnancies. *J Midwifery Womens Health*, 235–242.

Superintendencia Nacional de Salud. (2013). Circular Externa No 003 de 2013. Colombia.

Tamayo, J. R. (2015). *Violencia obstétrica y aborto. Aportes para el debate en Colombia*. . Bogotá: Grupo Médico por el Derecho a Decidir - Colombia.

Upadhyay, U., Cockrill, K., & Freedman, L. (2010). Informing abortion counseling: An examination of evidence-based practices used in emotional care for other stigmatized and sensitive health issues. *Patient Education and Counseling* , 415–421.

van Dijk, M., Arellano, L., Arangure, A., Peraza, Toriz, A., Krumholz, A., & Yam, E. (2011). Women's Experiences with Legal Abortion in Mexico City: A Qualitative Study. *Studies in Family Planning*, 167–174.

Vandamme, J., Wyverkens, E., Buysse, A., Vrancken, C., & Brondeel, R. (2013). Pre-abortion counselling from women's point of view. *The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*, 309–318.

- Vanderstoep, S., & Johnston, D. (2009). *Research methods for everyday life: blending qualitative and quantitative approaches*. San Francisco: Wiley.
- Vásquez, C., & García, I. (2013). *Barreras de acceso a la interrupción voluntaria del embarazo. Trabajo de Grado para optar al título de abogado*. . Santiago de Cali: Universidad ICESI. .
- Wojnar, D., & Swanson, K. (2007). Phenomenology: An Exploration. *J Holist Nurs*, 172 – 180.
- World Health Organization. (2013). *Counselling for maternal and newborn health care: a handbook for building skills. Counselling for maternal and newborn health care: a handbook for building skills*. Geneva.