

	UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA GESTIÓN DE BIBLIOTECAS					   	
	CARTA DE AUTORIZACIÓN					SC 7304-1 SA-CER 38728 OS-CER 38755	
CÓDIGO	AP-BIB-FO-06	VERSIÓN	1	VIGENCIA	2014	PÁGINA	1 de 2

Neiva, febrero 2026

Señores

CENTRO DE INFORMACIÓN Y DOCUMENTACIÓN

UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA

El (Los) suscrito(s):

Gloria Alejandra Bernate Torres, con C.C. No. 1077721759,

Sandra Lorena Mayorga Salinas, con C.C. No. 1003809419

Autor(es) de la tesis y/o trabajo de grado o investigación titulado Experiencias psico-emocionales y socioculturales de personas que accedieron a la Interrupción Voluntaria del Embarazo durante los años 2023 y 2024 en el Departamento del Huila, como requisito para optar al título de Enfermero.

Autorizo(amos) al CENTRO DE INFORMACIÓN Y DOCUMENTACIÓN de la Universidad Surcolombiana para que, con fines académicos, muestre al país y el exterior la producción intelectual de la Universidad Surcolombiana, a través de la visibilidad de su contenido de la siguiente manera:

- Los usuarios puedan consultar el contenido de este trabajo de grado en los sitios web que administra la Universidad, en bases de datos, repositorio digital, catálogos y en otros sitios web, redes y sistemas de información nacionales e internacionales “open access” y en las redes de información con las cuales tenga convenio la Institución.
- Permita la consulta, la reproducción y préstamo a los usuarios interesados en el contenido de este trabajo, para todos los usos que tengan finalidad académica, ya sea en formato Cd-Rom o digital desde internet, intranet, etc., y en general para cualquier formato conocido o por conocer, dentro de los términos establecidos en la Ley 23 de 1982, Ley 44 de 1993, Decisión Andina 351 de 1993, Decreto 460 de 1995 y demás normas generales sobre la materia.

Vigilada Mineducación

La versión vigente y controlada de este documento, solo podrá ser consultada a través del sitio web Institucional www.usco.edu.co, link Sistema Gestión de Calidad. La copia o impresión diferente a la publicada, será considerada como documento no controlado y su uso indebido no es de responsabilidad de la Universidad Surcolombiana.

	UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA GESTIÓN DE BIBLIOTECAS					   	
	CARTA DE AUTORIZACIÓN						
CÓDIGO	AP-BIB-FO-06	VERSIÓN	1	VIGENCIA	2014	PÁGINA	2 de 2

- Continúo conservando los correspondientes derechos sin modificación o restricción alguna; puesto que, de acuerdo con la legislación colombiana aplicable, el presente es un acuerdo jurídico que en ningún caso conlleva la enajenación del derecho de autor y sus conexos.

De conformidad con lo establecido en el artículo 30 de la Ley 23 de 1982 y el artículo 11 de la Decisión Andina 351 de 1993, “Los derechos morales sobre el trabajo son propiedad de los autores”, los cuales son irrenunciables, imprescriptibles, inembargables e inalienables.

EL AUTOR/ESTUDIANTE

FIRMA: 
 Gloria Alejandra Bernate Torres
 EL AUTOR/ESTUDIANTE

FIRMA: 
 Sandra Lorena Mayorga Salinas
 EL AUTOR/ESTUDIANTE

	UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA GESTIÓN DE BIBLIOTECAS					   	
	DESCRIPCIÓN DE LA TESIS Y/O TRABAJOS DE GRADO						
CÓDIGO	AP-BIB-FO-07	VERSIÓN	1	VIGENCIA	2014	PÁGINA	1 de 4

TÍTULO COMPLETO DEL TRABAJO: Experiencias psico-emocionales y socioculturales de personas que accedieron a la Interrupción Voluntaria del Embarazo durante los años 2023 y 2024 en el Departamento del Huila

AUTOR O AUTORES:

Primero y Segundo Apellido	Primero y Segundo Nombre
Bernate Torres	Gloria Alejandra
Mayorga Salinas	Sandra Lorena

DIRECTOR Y CODIRECTOR TESIS:

Primero y Segundo Apellido	Primero y Segundo Nombre
Quintero Trujillo	Eliana María
Gómez Tovar	Luz Omaira

ASESOR (ES):

Primero y Segundo Apellido	Primero y Segundo Nombre
Quintero Trujillo	Eliana María
Gómez Tovar	Luz Omaira

PARA OPTAR AL TÍTULO DE: Enfermero

FACULTAD: Salud

PROGRAMA O POSGRADO: Enfermería

CIUDAD: Neiva **AÑO DE PRESENTACIÓN:** 2026 **NÚMERO DE PÁGINAS:** 111

Vigilada Mineducación

La versión vigente y controlada de este documento, solo podrá ser consultada a través del sitio web Institucional www.usco.edu.co, link Sistema Gestión de Calidad. La copia o impresión diferente a la publicada, será considerada como documento no controlado y su uso indebido no es de responsabilidad de la Universidad Surcolombiana.

	UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA GESTIÓN DE BIBLIOTECAS					   	
	DESCRIPCIÓN DE LA TESIS Y/O TRABAJOS DE GRADO						
CÓDIGO	AP-BIB-FO-07	VERSIÓN	1	VIGENCIA	2014	PÁGINA	2 de 4

TIPO DE ILUSTRACIONES (Marcar con una X):

Diagramas___ Fotografías___ Grabaciones en discos___ Ilustraciones en general___ Grabados___
 Láminas___ Litografías___ Mapas___ Música impresa___ Planos___ Retratos___ Sin ilustraciones ☒ Tablas o Cuadros___

SOFTWARE requerido y/o especializado para la lectura del documento

MATERIAL ANEXO:

PREMIO O DISTINCIÓN (En caso de ser LAUREADAS o Meritoria):

PALABRAS CLAVES EN ESPAÑOL E INGLÉS

Español

1. Aborto inducido
2. Experiencias de vida
3. Acontecimientos que Cambian la Vida
4. Entorno sociocultural
5. Experiencia emocional

Inglés

1. Induced abortion
2. Life experiences
3. Life changing Events
4. Sociocultural environment
5. Emotional experience

	UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA GESTIÓN DE BIBLIOTECAS					   	
	DESCRIPCIÓN DE LA TESIS Y/O TRABAJOS DE GRADO						
CÓDIGO	AP-BIB-FO-07	VERSIÓN	1	VIGENCIA	2014	PÁGINA	3 de 4

RESUMEN DEL CONTENIDO: (Máximo 250 palabras)

Objetivo: Describir las experiencias psico-emocionales y socioculturales de personas que accedieron a una IVE en el departamento del Huila durante los años 2023 y 2024.

Metodología: Estudio cualitativo, con diseño fenomenológico descriptivo que contó con 6 participantes entre 22-32 años, seleccionadas mediante muestreo por conveniencia a las cuales se les aplicó una entrevista fenomenológica conformada por 2 preguntas orientadoras.

Resultados: Las mujeres describieron la Interrupción Voluntaria del Embarazo como una vivencia intensa y profundamente significativa. El análisis identificó nueve temas y diecisiete unidades de significado que muestran cómo la decisión se toma entre reflexiones propias y presiones externas. Antes, durante y después del procedimiento sintieron miedo, angustia, rabia y tristeza, y surgieron distintas formas de gestionar esas emociones. La experiencia produjo cambios en la forma de verse a sí mismas y en la manera de pensar la maternidad. También surgieron relatos de violencias desde la pareja, la familia, la sociedad y los servicios de salud, además de barreras de acceso. El estigma, las creencias y las redes de apoyo influyeron en cómo cada mujer resignificó su experiencia personal vivida.

Conclusiones: La IVE es una experiencia compleja y transformadora que va más allá del ámbito clínico, marcada por vivencias psicoemocionales y socioculturales atravesadas por el estigma, las presiones externas y las barreras institucionales; aunque genera afectaciones emocionales y en la salud integral, también posibilita aprendizajes, resignificación y cambios personales, lo que resalta la necesidad de una atención digna y basada en derechos, así como el rol de la enfermería como agente humanizado y transformador.

ABSTRACT: (Máximo 250 palabras)

Objective: To describe the psycho-emotional and sociocultural experiences of individuals who accessed Voluntary Interruption of Pregnancy (VIP) services in the department of Huila during 2023 and 2024.

Methodology: A qualitative study with a descriptive phenomenological design, involving six participants aged 22–32, selected through convenience sampling. A phenomenological interview consisting of two guiding questions was conducted.

Results: The women described Voluntary Interruption of Pregnancy as an intense and deeply meaningful experience. The analysis identified nine themes and seventeen units of meaning, showing that the decision is made amid personal reflections and external pressures. Before, during, and after the procedure, participants experienced fear, anguish, anger, and sadness, along with different ways of managing these emotions. The experience led to changes in self-perception and in how motherhood was understood. Accounts of violence from partners, family, society, and health services, as well as access barriers, also emerged. Stigma, beliefs, and support networks influenced how each woman re-signified her lived experience.

Conclusions: Voluntary Interruption of Pregnancy is a complex and transformative experience that goes beyond the clinical setting, marked by psycho-emotional and sociocultural experiences shaped by stigma, external pressures, and institutional barriers. Although it generates emotional distress and impacts overall health, it also

	UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA GESTIÓN DE BIBLIOTECAS						
	DESCRIPCIÓN DE LA TESIS Y/O TRABAJOS DE GRADO						
CÓDIGO	AP-BIB-FO-07	VERSIÓN	1	VIGENCIA	2014	PÁGINA	4 de 4

enables learning, re-signification, and personal change, highlighting the need for dignified, rights-based care and the role of nursing as a humanized and transformative agent.

APROBACIÓN DE LA TESIS

Nombre Presidente Jurado: Luz Omaira Gómez Tovar

Firma: _____



Nombre Jurado: Elsa Chacón Cuellar

Firma: _____



Nombre Jurado: Eliana María Quintero Trujillo

Firma: _____



Vigilada Mineducación

La versión vigente y controlada de este documento, solo podrá ser consultada a través del sitio web Institucional www.usco.edu.co, link Sistema Gestión de Calidad. La copia o impresión diferente a la publicada, será considerada como documento no controlado y su uso indebido no es de responsabilidad de la Universidad Surcolombiana.

EXPERIENCIAS PSICO-EMOCIONALES Y SOCIOCULTURALES DE
PERSONAS QUE ACCEDIERON A LA INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL
EMBARAZO DURANTE LOS AÑOS 2023 Y 2024 EN EL DEPARTAMENTO
DEL HUILA

GLORIA ALEJANDRA BERNATE TORRES
SANDRA LORENA MAYORGA SALINAS

UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA DE ENFERMERÍA
NEIVA - HUILA
2026

EXPERIENCIAS PSICO-EMOCIONALES Y SOCIOCULTURALES DE
PERSONAS QUE ACCEDIERON A LA INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL
EMBARAZO DURANTE LOS AÑOS 2023 Y 2024 EN EL DEPARTAMENTO
DEL HUILA

GLORIA ALEJANDRA BERNATE TORRES
SANDRA LORENA MAYORGA SALINAS

Trabajo de Investigación presentado para optar por el título de Enfermero(a)

Asesoras:

ELIANA MARÍA QUINTERO TRUJILLO
Enfermera, magíster en Enfermería

LUZ OMAIRA GÓMEZ TOVAR
Enfermera, Doctora en Enfermería

UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA DE ENFERMERÍA
NEIVA- HUILA
2026

Nota de aceptación
Trabajo de grado aprobado.



Firma del presidente del jurado

Elsa Luzián Cuello

Firma del jurado

Eliana María Quintero

Firma del jurado

Neiva (28 de noviembre del 2025)

DEDICATORIA

Este proyecto está dedicado a mis padres, Fredy y Yoana, por su amor incondicional, su apoyo constante y su paciencia.

A mi novio, Juan, por su compañía, respaldo y por creer en mí incluso en los momentos más difíciles de este camino.

Y a mis gatas, Misha y Molly, por ser refugio y calma silenciosa en las noches largas y los días de cansancio.

– Alejandra

Dedico este proyecto a mi mamá, Dors, por su apoyo incondicional, su compañía constante y por ser mi fuente de motivación más grande.

A mi papá, Carlos, por su respaldo y comprensión permanente.

A mi hermanita, Karla, quien aún estando a algunos kilómetros de distancia siempre estuvo presente con palabras de aliento y amor.

Y a mi gordito, Kero, por estar siempre a mi lado, brindándome cariño y tranquilidad en todo este camino.

– Sandra

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos profundamente a todas las personas que aceptaron compartir su historia con nosotras y nos permitieron alzar sus voces, no solo por ellas mismas, sino también por todas aquellas que aún viven sus experiencias desde la sombra.

A nuestras asesoras de tesis, Eliana y Omaira, por el acompañamiento constante desde el primer momento, incluso frente a los obstáculos presentados en el camino; por compartir generosamente sus conocimientos y, sobre todo, por confiar en nosotras y en este proyecto.

A la Red Huilense de Defensa y Acompañamiento en Derechos Sexuales y Reproductivos (RHUDA), por sumarse a esta investigación, abrirnos sus espacios y permitirnos compartir aprendizajes y experiencias significativas.

A todas las personas que hicieron parte de este proceso y que, con su apoyo y motivación, nos impulsaron a llegar hasta el final.

Finalmente, a todas las mujeres que luchan día a día para que nuestros derechos sean garantizados, respetados y reconocidos.

CONTENIDO

	Pág.
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	9
2. JUSTIFICACIÓN	15
3. OBJETIVO	18
4. MARCO CONCEPTUAL	19
5. MARCO LEGAL	23
6. ESTADO DEL ARTE	25
7. METODOLOGÍA	33
7.1. POBLACIÓN Y PARTICIPANTES	33
7.2. CRITERIOS DE ELEGIBILIDAD	33
7.2.1. Criterios de inclusión	33
7.2.2. Criterios de exclusión	34
7.3. MUESTRA Y TIPO DE MUESTREO	34
7.4. ACCESO AL CAMPO Y PROCESO DE CONVOCATORIA	35
7.5. PROCEDIMIENTOS E INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN	36
7.6. PLAN DE ANÁLISIS	37
7.7. CRITERIOS DE RIGUROSIDAD METODOLÓGICA	38
7.8. CONSIDERACIONES ÉTICAS	39
8. CARACTERIZACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA	44
9. RESULTADOS	46
9.1. EXPERIENCIAS PSICOEMOCIONALES	46
9.1.1 La decisión	46
9.1.1.1. Justificación para la decisión	46
9.1.1.2. Presión para la decisión	47
9.1.2 La vivencia emocional	48
9.1.2.1. Emociones vivenciadas	48
9.1.2.2. El reflejo de las emociones	50
9.1.3. Gestión de las emociones	52
9.1.4 Transformación de sí	54

9.1.4.2.	Concepto de sí	54
9.1.4.3.	Cambios a partir de la experiencia de IVE	55
9.1.5.	Vivencia de violencias	57
9.1.5.1.	Violencia desde la pareja	57
9.1.5.2.	Violencia desde la familia	57
9.1.5.3.	Manifestación de la violencia psicológica	58
9.1.6	Descripción del fenómeno	59
9.2.	EXPERIENCIAS SOCIOCULTURALES	59
9.2.1.	La experiencia desde las relaciones sociales	60
9.2.1.1.	Red de apoyo	60
9.2.1.2.	Transformación de las relaciones interpersonales	61
9.2.2.	La experiencia desde el estigma	63
9.2.2.1.	Vivencias desde las posturas sociales	63
9.2.2.2.	Cuestionamientos	64
9.2.3	Vivencia de barreras	66
9.2.3.1.	Desconocimiento del marco legal en materia de IVE	67
9.2.3.2.	Fallas en la prestación del servicio	67
9.2.3.3.	Interpretación restrictiva del marco legal	68
9.2.4.	Creencias y prácticas	69
9.2.4.1.	Creencias y espiritualidad	69
9.2.4.2.	Prácticas propias y culturales	70
9.2.5.	La experiencia desde la violencia ginecobstétrica	70
9.2.5.1.	Violencia psicológica	70
9.2.5.2.	Violencia institucional	71
9.2.6.	Descripción del fenómeno	72
9.3.	Aportes de las participantes	74
10.	DISCUSIÓN	75
11.	CONCLUSIONES	81
12.	RECOMENDACIONES	83
	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	84
	ANEXOS	92

LISTA DE ANEXOS

	Pág.
Anexo A. Cuestionario Minimental	93
Anexo B. Oficio aceptación de coinvestigación RHUDA	96
Anexo C. Cuestionario caracterización sociodemográfica	97
Anexo D. Preguntas orientadoras de la entrevista	99
Anexo E. Oficio aportes organización RHUDA	100
Anexo F. Guía de transcripción	102
Anexo G. Memorando No. 082	103
Anexo H. Consentimiento informado	104
Anexo I. Desistimiento informado	107
Anexo J. Ruta ante crisis psicoemocionales	108
Anexo K. Certificado primeros auxilios psicológicos de las estudiantes investigadoras que realizarán las entrevistas	109

RESUMEN

Objetivo: Describir las experiencias psico-emocionales y socioculturales de personas que accedieron a una IVE en el departamento del Huila durante los años 2023 y 2024.

Metodología: Estudio cualitativo, con diseño fenomenológico descriptivo que contó con 6 participantes entre 22-32 años, seleccionadas mediante muestreo por conveniencia a las cuales se les aplicó una entrevista fenomenológica conformada por 2 preguntas orientadoras.

Resultados: Las mujeres describieron la Interrupción Voluntaria del Embarazo como una vivencia intensa y profundamente significativa. El análisis identificó nueve temas y diecisiete unidades de significado que muestran cómo la decisión se toma entre reflexiones propias y presiones externas. Antes, durante y después del procedimiento sintieron miedo, angustia, rabia y tristeza, y surgieron distintas formas de gestionar esas emociones. La experiencia produjo cambios en la forma de verse a sí mismas y en la manera de pensar la maternidad. También surgieron relatos de violencias desde la pareja, la familia, la sociedad y los servicios de salud, además de barreras de acceso. El estigma, las creencias y las redes de apoyo influyeron en cómo cada mujer resignificó su experiencia personal vivida.

Conclusiones: La IVE es una experiencia compleja y transformadora que va más allá del ámbito clínico, marcada por vivencias psicoemocionales y socioculturales atravesadas por el estigma, las presiones externas y las barreras institucionales; aunque genera afectaciones emocionales y en la salud integral, también posibilita aprendizajes, resignificación y cambios personales, lo que resalta la necesidad de una atención digna y basada en derechos, así como el rol de la enfermería como agente humanizado y transformador.

Palabras claves: Aborto inducido, Experiencias de vida, Acontecimientos que Cambian la Vida, Entorno sociocultural, Experiencia emocional

ABSTRACT

Objective: To describe the psycho-emotional and sociocultural experiences of individuals who accessed Voluntary Interruption of Pregnancy (VIP) services in the department of Huila during 2023 and 2024.

Methodology: A qualitative study with a descriptive phenomenological design, involving six participants aged 22–32, selected through convenience sampling. A phenomenological interview consisting of two guiding questions was conducted.

Results: The women described Voluntary Interruption of Pregnancy as an intense and deeply meaningful experience. The analysis identified nine themes and seventeen units of meaning, showing that the decision is made amid personal reflections and external pressures. Before, during, and after the procedure, participants experienced fear, anguish, anger, and sadness, along with different ways of managing these emotions. The experience led to changes in self-perception and in how motherhood was understood. Accounts of violence from partners, family, society, and health services, as well as access barriers, also emerged. Stigma, beliefs, and support networks influenced how each woman re-signified her lived experience.

Conclusions: Voluntary Interruption of Pregnancy is a complex and transformative experience that goes beyond the clinical setting, marked by psycho-emotional and sociocultural experiences shaped by stigma, external pressures, and institutional barriers. Although it generates emotional distress and impacts overall health, it also enables learning, re-signification, and personal change, highlighting the need for dignified, rights-based care and the role of nursing as a humanized and transformative agent.

Key words: Induced abortion, Life experiences, Life changing Events, Sociocultural environment, Emotional experience

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En respuesta a los avances en derechos humanos y la creciente conciencia global sobre la equidad de género, la interrupción voluntaria del embarazo (IVE) se ha convertido en un tema de relevancia en un contexto sociopolítico donde los derechos reproductivos y la igualdad son fundamentales en la agenda pública mundial⁽¹⁾.

La Interrupción Voluntaria del Embarazo se configura como un procedimiento que puede ser desconocido y estigmatizado, requiriendo un acompañamiento integral para asegurar una experiencia segura y respetuosa. ⁽²⁾ Además del reconocimiento de las experiencias vivenciadas a razón de la decisión, el procedimiento como tal y lo que sucede luego de este, dicho reconocimiento, es esencial para mejorar la atención integral en salud y promover un entorno más respetuoso y empático hacia quienes deciden interrumpir su embarazo ⁽³⁾ o se enfrentan a cualquier otra decisión o situación relacionada con la salud sexual y reproductiva.

En este contexto, la salud sexual, según la Organización Mundial de la Salud (OMS), se define como un estado de bienestar físico, mental y social en relación con la sexualidad, que requiere un enfoque positivo y respetuoso, así como la posibilidad de tener experiencias sexuales seguras y libres de coacción, discriminación y violencia.⁽⁴⁾

De manera similar, la salud reproductiva, entendida como la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos, de procrear, con la libertad de decidir si tener hijos, cuándo y con qué frecuencia.⁽⁵⁾

No obstante a pesar de la claridad en la definición sobre salud sexual y reproductiva, así como las variaciones en la legislación sobre el acceso a la IVE en diferentes países, la OMS destaca que la falta de acceso a una atención segura, oportuna, asequible y respetuosa para el aborto representa un grave problema de salud pública y una violación de los derechos humanos.⁽²⁾

Se estima que, a nivel mundial, el 44% de los embarazos no fueron planeados en el periodo 2010 - 2014 ⁽⁶⁾. Unos años más tarde. Los investigadores Bearak, J. et al. (2022) del instituto Guttmacher, examinaron nuevamente la magnitud del problema del embarazo no deseado versus la tasa de abortos inducidos. El estudio reveló que se presentaron aproximadamente 121 millones de embarazos no deseados cada año entre el periodo 2015 -2019, lo que corresponde al 48% del total de embarazos anuales; de los cuales, el 61% terminaron en aborto.⁽⁶⁾ Se encontró que durante el período de 2015 a 2019, se registraron aproximadamente 1.280.000 embarazos anuales en Colombia. De estos, el 65% fueron clasificados como no deseados y el 43% de los estos terminaron en aborto. ⁽⁷⁾

“En 2022 Colombia se ha unido al grupo de países de América Latina y el Caribe que han despenalizado el aborto durante un plazo temporal determinado, que se extiende a la vigésimo cuarta semana. Este tiempo es bastante amplio, si se compara con el de otros países del sur del continente” (Center for Reproductive Rights, 2023) ⁽⁸⁾.

Este hecho fue decisivo para fomentar la práctica de la IVE de manera segura y confiable; pues en el primer año de aprobación de la Sentencia C-055, la Fundación Oriéntame prestó el servicio de IVE a 11028 mujeres en distintas regiones del país⁽⁹⁾. Por su parte, Profamilia informó que en el primer año de la sentencia realizó 49.000 atenciones, 65.9% más que el año anterior.⁽¹⁰⁾

En un panorama más específico, Profamilia indicó que entre los años 2015 y 2019 prestó el servicio de IVE a 1861 personas en el departamento del Huila, mientras que otras entidades en las que se practica este procedimiento reportaron 2044 casos en conjunto.⁽¹¹⁾

Las personas que optan por realizarse una IVE, frecuentemente, desafían las normas sociales predominantes sobre el rol y la identidad femenina. Este acto cuestiona tres elementos fundamentales: a) la sexualidad femenina vinculada a la reproducción; b) la maternidad como destino inevitable; y c) el instinto natural de cuidado hacia los vulnerables. Al desviarse de estas normas, las mujeres

pueden ser estigmatizadas con atributos negativos. Estas percepciones negativas se intensifican bajo políticas que restringen y criminalizan el aborto⁽¹²⁾, además pueden generar impacto en las experiencias de cada persona con capacidad de gestar que vivencian no solo el aborto sino también el estigma y la penalización social.

En un estudio realizado por Stålhandske et al. en Suecia en el año 2012, en el que investigaron la prevalencia de experiencias y necesidades de 499 personas relacionadas con el aborto, se encontró que el 50% de las mujeres tenían pensamientos existenciales negativos previos al procedimiento y esto resultó en un menor bienestar psicológico. Además, para el 61% de las entrevistadas fue más complicado tomar la decisión de someterse al procedimiento y durante este experimentaron pensamientos existenciales sobre la vida, la muerte, la moralidad, sentimientos de apego al feto y la necesidad de expresión simbólica⁽¹³⁾.

Un estudio longitudinal realizado por Nordal et al. en Noruega en 2005⁽¹⁴⁾, en 40 personas que presentaron un aborto espontáneo y 80 personas que se sometieron a un aborto inducido, encontraron que las respuestas de las mujeres que sufrieron un aborto espontáneo fueron las esperadas después de experimentar un evento triste y traumático, mientras que las que se sometieron a uno inducido tuvieron respuestas atípicas como presencia de pesadillas sobre el aborto, evitación y rechazo a la hora de hablar sobre el procedimiento, observar o escuchar cosas y recordar de manera involuntaria el evento; estas respuestas fueron relacionadas con el bienestar psicológico que tenían antes de realizarse el procedimiento.

Durante la investigación de Cepeda et al, realizada en Bogotá, Colombia desde el año 2015 al 2016, se entrevistaron a 7 mujeres que experimentaron un aborto inducido, todas mayores de 18 años y con contextos socioeconómicos distintos, de estos abordajes se obtuvo que para las entrevistadas se trató de una experiencia compleja e importante en su vida, debido al involucramiento de

valores, creencias religiosas y socioculturales. Uno de los factores esenciales que se expresaron en sus vivencias, fue el entendimiento del aborto como un aspecto inmoral que se asocia al pecado religioso⁽¹⁵⁾

Siguiendo esta perspectiva, Herrera et al, en su estudio etnográfico (etnoenfermería), desarrollado en el 2024, sobre experiencias de un grupo de mujeres colombianas en torno a la IVE, se encontró que las participantes coinciden en definir la experiencia frente a la IVE como algo complejo. Este calificativo puede estar asociado no solo con el procedimiento y la invasión de la intimidad mediante dispositivos ginecológicos, sino también con la acumulación de sentimientos por los cuales deben transitar durante las diferentes fases del proceso de interrupción. Así mismo, las participantes describieron que el cumplimiento de las causales señaladas en la legislación colombiana y en algunos países donde se permite esta práctica parece reducir el sentimiento de culpabilidad ⁽¹⁶⁾.

Por su parte, Alessio Robles et al ⁽¹⁷⁾, en los resultados de su investigación fenomenológica de tipo interpretativa realizada en 2024, se describe que además el aborto ha significado una “motivación” para cumplir metas, trabajar sus problemas y sentimientos para ser “mejores personas” y “mejores madres”, si deciden serlo en un futuro, en las participantes en el estudio. Al final todas consideraron que ésta fue una experiencia relevante en su vida que les ayudó a “madurar” y “crecer”. De tal forma, que las experiencias pueden ser variables y los significados que surgen son también diversos, en muchas ocasiones influenciados por vivencias propias y su relación con el contexto.

Respecto a lo anterior, Danet Danet, en una revisión sistemática realizada en el 2019 sobre las experiencias emocionales en la IVE, destacó tres aspectos fundamentales que influyen sobre la experiencia emocional de las pacientes; 1) las condiciones de acceso a la IVE, como los tiempos de espera, las barreras y los múltiples trámites, 2) la atención sanitaria o del personal de salud, que se refleja en la falta de comunicación, el trato impersonal, distante y frío, las

actitudes negativas y desconsideradas, 3) aspectos individuales, relacionales y socioculturales, asociados con el conflicto ético, el proceso de toma de decisiones, la relación con el entorno y la experiencia del estigma, así como las manifestaciones de rechazo social y los mensajes negativos por parte del entorno político- sociocultural representan las principales barreras para el proceso de gestión emocional⁽¹⁸⁾.

El panorama de acceso y barreras hacia la IVE en la ciudad de Neiva, es problemático también, situación que puede deberse en gran medida, a que las opciones de acceso para la IVE institucional en el ámbito municipal son reducidas. Hasta la fecha, el principal aporte al conocimiento local es un diagnóstico sobre el acceso a la IVE realizado por dos organizaciones no gubernamentales en el año 2022 ⁽¹¹⁾. Este diagnóstico reveló que solo tres centros asistenciales en Neiva garantizan la ejecución de este procedimiento, ya sea de tipo farmacológico o quirúrgico e instrumental. Una institución pública de baja complejidad que cuenta con un protocolo de interrupción voluntaria del embarazo hasta la semana 14 de gestación con método farmacológico; una institución privada que garantiza la IVE hasta la semana 15 de gestación y una institución de alta complejidad que realiza el procedimiento hasta la semana 20 de gestación, no se describen en las instituciones de salud abordadas, protocolos actualizados ni procesos de capacitación sobre mitigación de las barreras hacia la IVE⁽¹¹⁾, por lo cual y de acuerdo a Danet⁽¹⁸⁾, esta problemática se consolida dentro de los aspectos de acceso y atención sanitaria que pueden impactar las experiencias emocionales, sociales y culturales de las personas que acceden a la IVE.

Teniendo en cuenta la realidad del proceso de solicitud y realización de la IVE, que es un tema relevante en nuestro país y región y considerando que las personas que optan por este procedimiento merecen vivir sin estigma ni prejuicios sociales, para lo cual es imperativo conocer las experiencias en torno a esta vivencia que se enmarca en el contexto problemático que se ha

documentado anteriormente, se ha planteado la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuáles son las experiencias psico-emocionales y socioculturales de personas que accedieron a la IVE durante el año 2023 y 2024?

2. JUSTIFICACIÓN

La interrupción voluntaria del embarazo puede constituir un evento trascendental en la vida de una persona. Los estudios sobre las implicaciones del aborto han sido limitados, en gran parte debido a que este tema sigue generando controversia en diversos ámbitos políticos, éticos y sociales ⁽¹²⁾.

Considerando la naturaleza potencialmente compleja de la interrupción voluntaria del embarazo, resulta llamativo que exista una escasez de estudios científicos en Colombia sobre la experiencia post-IVE de las personas. Esta carencia se evidencia en la búsqueda de literatura y puede estar influenciada en que el acceso a la IVE ha sido restringido hasta la reciente actualización de la norma técnica para la atención de esta.

En 2015, Soto Perea señaló en su trabajo de postgrado la necesidad de realizar estudios rigurosos sobre salud sexual y reproductiva en todo el país ⁽¹⁹⁾. Asimismo, una investigación de Silvina Ramos en 2016 resaltó la escasez de literatura sobre el aborto en América Latina y el Caribe en un contexto legal⁽²⁰⁾. Por ello, este estudio aporta novedad a la comunidad científica, proporcionando información de personas que accedieron a la IVE tras la Sentencia C-055 de 2022.

Tras una revisión exhaustiva del repositorio de investigaciones de la Universidad Surcolombiana, se puede afirmar que el presente proyecto posee un alto nivel de originalidad. En efecto, los documentos encontrados que corresponden al periodo entre 2017 y 2020 se limitan exclusivamente a información sobre percepciones u opiniones de docentes y estudiantes del pregrado de Enfermería acerca del procedimiento o la normativa de IVE. Por lo tanto, este estudio se distingue al abordar la experiencia directa de las personas, llenando así un vacío importante en la investigación local sobre el tema.

El panorama sobre conocimiento científico en torno a la IVE en la ciudad de Neiva es aún más limitado en comparación con el contexto nacional. Esta situación se debe, en gran medida, a que las opciones de acceso para la IVE institucional en el ámbito municipal son reducidas. Hasta la fecha, el principal

aporte al conocimiento local es un diagnóstico sobre el acceso a la IVE realizado por dos organizaciones no gubernamentales en el año 2022 ⁽¹¹⁾.

El anterior diagnóstico reveló que solo tres centros asistenciales en Neiva garantizan la ejecución segura de este procedimiento, ya sea de tipo farmacológico o quirúrgico e instrumental. Estas entidades son: el Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo, que realiza el procedimiento hasta la semana 20 de gestación; la ESE Carmen Emilia Ospina, que cuenta con un protocolo de interrupción voluntaria del embarazo hasta la semana 14 de gestación con método farmacológico; y Profamilia, que garantiza la IVE hasta la semana 15 de gestación⁽¹¹⁾.

En vista de las afirmaciones anteriores, el presente estudio demuestra su pertinencia, ya que indagar sobre las experiencias de las personas que acceden a la IVE en este contexto se consolida como una necesidad imperativa.

La factibilidad de esta investigación se fundamenta principalmente en la presencia en el territorio de organizaciones como la Red Huilense de Defensa y Acompañamiento en Derechos Sexuales y Reproductivos (RHUDA), organización que ha consolidado una relevante trayectoria en procesos de acompañamiento y defensa en torno a la IVE y por lo tanto, esta propuesta se proyecta a generar una articulación de co-investigación con esta.

Esta investigación se proyecta a beneficiar tanto a las personas que ya han experimentado un procedimiento de IVE como a aquellas que se encuentran en el proceso de toma de decisión. A través de este estudio, se presentará la realidad posterior al procedimiento, narrada por personas en diversas circunstancias y contextos, que evidencia los elementos desafiantes, pero también los aspectos facilitadores, contribuyendo a desmitificar el proceso.

Además, el estudio permitirá reflexionar sobre la experiencia de acompañamiento y seguimiento psicoemocional y sociocultural por parte de las instituciones prestadoras del servicio de salud tras la IVE, con el objetivo de identificar y reducir posibles barreras. Asimismo, se busca sensibilizar a la comunidad en general sobre las vivencias reales posteriores a la IVE, con el fin de minimizar el estigma y la discriminación asociados.

Es importante destacar que el cuidado, esencia de la profesión de enfermería, juega un papel crucial en este contexto, puesto que el cuidado es una actividad que requiere de un valor personal y profesional encaminado a la conservación, restablecimiento y autocuidado de la vida, fundamentándose en la relación terapéutica enfermera-paciente⁽²¹⁾. En el marco de la IVE, este cuidado adquiere una relevancia especial, abarcando no sólo los aspectos físicos, sino también los emocionales y psicosociales de la experiencia.

Un estudio publicado en 2020 destaca el papel multifacético de los enfermeros y las enfermeras en la atención durante la IVE. Su participación abarca desde el diagnóstico de embarazo, la administración de medicamentos, la identificación de violencias, la educación y el acompañamiento, hasta la atención de complicaciones, la promoción de la anticoncepción y la prestación de atención psicosocial. Esta investigación sugiere además que el alcance de la práctica de enfermería en este ámbito puede expandirse, proponiendo que los enfermeros sean capacitados para realizar las IVE de bajo riesgo⁽²²⁾.

Estos hallazgos ratifican la necesidad de incluir la IVE en las competencias del personal de enfermería. Asimismo, resaltan la importancia de realizar investigaciones desde el ámbito profesional con el objetivo de ampliar los conocimientos en esta área. Esto permitiría brindar una atención holística, humanizada y basada en evidencia científica a todas las personas que accedan al procedimiento y requieran el acompañamiento de un profesional de enfermería.

3. OBJETIVO

Describir las experiencias psico-emocionales y socioculturales de personas que accedieron a una IVE en el departamento del Huila durante los años 2023 y 2024.

4. MARCO CONCEPTUAL

4.1. Gestación: Estado en el cual las mujeres llevan en su útero un embrión o feto en desarrollo, este periodo abarca desde la fecundación hasta el nacimiento o parto⁽²³⁾.

4.2. Gestante: Persona que se encuentra en el proceso de llevar en su útero un feto que se desarrolla, la gestación puede finalizar en el parto o en la Interrupción Voluntaria del mismo⁽²⁴⁾

4.3. Aborto: El aborto se define como la interrupción del desarrollo del embrión durante el embarazo, cuando aún no ha alcanzado la madurez fetal, o capacidad suficiente para vivir por fuera del útero ⁽²⁵⁾

4.5. IVE / aborto inducido: Es la interrupción de un embarazo por intervención humana que se decide de manera libre y voluntaria. Existen cuatro tipos de abortos inducidos: libre, eugenésico, por razones terapéuticas y por motivaciones mixtas ⁽²⁵⁾.

- Aborto libre: Realizado bajo el derecho que tendría la mujer para interrumpir su embarazo. Las razones más frecuentes son las económicas y las sociales. Bajo este concepto, bastaría el hecho de ser un embarazo no deseado.
- Aborto eugenésico: Pretende la eliminación de un feto cuando se puede predecir con probabilidad o certeza que nacerá con un defecto o enfermedad.
- Aborto por razones médicas o terapéuticas: Es aquella interrupción voluntaria de un embarazo antes de la viabilidad fetal por razones de salud materna.
- Aborto por motivaciones mixtas: Se refiere a la reducción fetal selectiva, que pretende eliminar algunos embriones en el caso de embarazos múltiples, con el fin que otros tengan mejor probabilidad de sobrevivir.

La IVE tiene distintas maneras de llevarse a cabo, relacionada con la edad gestacional.

- Antes de la semana 12: Los métodos de IVE farmacológicos (misoprostol y/o mifepristona) se pueden realizar de manera ambulatoria desde la baja complejidad de atención.
- 12 o más semanas de gestación: Los tratamientos farmacológicos (misoprostol y/o mifepristona) deben ser realizados con el acompañamiento del personal sanitario y con los medios necesarios.
- Semana 15 técnicas instrumentales no farmacológicas: Se lleva a cabo la aspiración manual endouterina (AMEU) entre las 12 y las 15 semanas de gestación, para esta se requiere de personal con experiencia significativa, a través de esta, el contenido uterino es evacuado con el uso de cánulas plásticas y un aspirador manual o eléctrico utilizando técnica aséptica.
- Luego de las 15 semanas de gestación el procedimiento instrumental que se debe llevar a cabo es la Dilatación y Evacuación (DyE), un método que combina el uso de fórceps y aspiración al vacío.
- En embarazos de 20 semanas en adelante, el personal médico debe realizar la inducción de la asistolia fetal (IAF) antes de iniciar el tratamiento farmacológico. La inducción y atención del parto en los procedimientos para la IVE de más de 20 semanas de gestación requieren de la misma infraestructura y experticia que implica la inducción y atención del parto. De no contar con este servicio, la institución prestadora de servicios de salud que brinda la atención relacionada con la inducción de la asistolia fetal debe llevar a cabo los procedimientos de referencia y contrarreferencia necesarios para garantizar una atención inmediata y continua a las mujeres o personas gestantes. (34)

4.6 Experiencia: La experiencia es el resultado de una relación que el sujeto tiene con algo externo, una relación con algo que tuvo lugar en él y después de la cual ya no es el mismo; finalmente, también es una relación del sujeto con los demás, de modo que lo que impacta al sujeto tiene un efecto también en su vínculo con los otros⁽²⁶⁾.

- Experiencia psicológica: Evento de vida que involucra procesos mentales, emocionales, sentimientos y percepciones que permiten al individuo interactuar con el entorno⁽²⁷⁾
- Experiencia Psicoemocional: Esta consiste en la capacidad de vivenciar una experiencia emocional completa, esto incluye tanto las emociones positivas como las negativas y su desarrollo. Todas las emociones tienen una función determinada que garantiza tanto la supervivencia como la comunicación de una persona; las emociones principales (miedo, alegría, tristeza, ira, asco, sorpresa) tienen funciones de protección, descanso, aprendizaje y perseveración. Identificarlas correctamente y conocer su función permitirá una buena gestión posterior de las mismas⁽²⁸⁾.
- Experiencia sociocultural: Interacción de factores sociales y culturales que moldean o interceden sobre eventos de vida⁽²⁹⁾.
 - Factores sociales: Son fenómenos, eventos, agentes, hechos u otro tipo de elementos en una sociedad que influyen o afectan a subsistemas u otros fenómenos⁽³⁰⁾.
 - Factores culturales: Complejo de símbolos creados por la sociedad que son transmitidos de generación en generación como determinantes del comportamiento humano, estos símbolos pueden ser intangibles, o tangibles⁽²⁹⁾.

4.7 Red Huilense de Defensa y Acompañamiento en Derechos Sexuales y

Reproductivos (RHUDA): Es una articulación regional de activistas y profesionales que trabaja por el posicionamiento y defensa de los derechos sexuales y reproductivos en diferentes escenarios y brinda acompañamiento integral a aquellas personas que encuentran barreras en el ejercicio de los mismos cuya misión es llevar a cabo iniciativas que propenden por la defensa de los Derechos Sexuales y Reproductivos (DSR), la Salud Sexual y Reproductiva (SSR) y la Vida Sexual y Reproductiva (VSR) en diferentes escenarios, y el acompañamiento integral, con una perspectiva regional desde el sur colombiano cuenta con distintas líneas de acción:

- Línea de Acompañamiento: Realiza orientación a personas que encuentran barreras en el ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos, incluyendo el derecho a la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE), en lo relacionado con rutas de atención, servicios de salud, etc.
- Línea de Comunicaciones: Genera el contenido para redes sociales y espacios de incidencia, incluyendo la creación y diseño de contenido digital y audiovisual para la organización de sus actividades.
- Línea de Incidencia: Fomenta acciones públicas de sensibilidad en la comunidad y participación en espacios regionales y nacionales. de veeduría y exigencia de derechos.
- Línea de Pedagogía: Promueve espacios pedagógicos, internos y externos, en educación sexual y reproductiva, con enfoque de derechos.

5. MARCO LEGAL

En Colombia, desde el año 2006 la corte constitucional a través de la sentencia C-355 de 2006 despenalizó el aborto en Colombia bajo 3 causales⁽³¹⁾:

- Cuando la continuación del embarazo constituye un peligro para la vida o la salud integral de la mujer.
- Cuando existe malformación fetal inviable con la vida extrauterina.
- Cuando el embarazo es producto de violación, incesto o transferencia de óvulo no consentida.

Teniendo esto en cuenta, el ministerio de Protección social emite la resolución 4905 de 2006 que establece la norma técnica para la atención de la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE), en donde se incluye la codificación de los procedimientos y servicios, y el tiempo en el que estos deben ser llevados a cabo⁽³²⁾.

Aunque la creación de esta resolución constituyó un avance importante para la garantía y ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de las personas, presentó relevantes limitaciones.

Posteriormente, la corte constitucional declaró la Sentencia T-988 de 2007, en la que se reafirma el derecho de las mujeres a decidir y se establece la garantía que deben brindar las entidades y empresas prestadoras de salud a quienes deseen acceder a la IVE⁽³³⁾, como punto importante de esta sentencia se tiene la eliminación de presentar una denuncia penal en caso de violación o incesto para acceder a la IVE; de igual forma establece que las mujeres con discapacidad tienen el derecho de acceder al aborto .

En 2008, con la sentencia T-209 se establece el derecho del acceso al aborto para menores de 14 años⁽³⁴⁾. Con la sentencia T-946 emitida en el mismo año, se limita la objeción de conciencia en la que se establece que se debe remitir a la gestante a un centro médico donde realicen la IVE en caso de que el médico sea objetor de conciencia⁽³⁵⁾

Con la sentencia T-009 del año 2009, se reitera que únicamente la persona gestante es quien puede decidir sobre la interrupción del embarazo, y si

personas o instituciones interfieren en esta recaen en una violación a la dignidad humana⁽³⁶⁾.

Para garantizar el derecho a la intimidad de la persona gestante que desea acceder a la interrupción voluntaria del embarazo, se emite la sentencia T-841 en el año 2011 con la cual debe asegurarse el respeto a su persona y en ninguna circunstancia deberá divulgarse su identidad. Adicional a esto, la sentencia T-841, reconoce que la afectación a la salud mental de la gestante es una razón válida para poder interrumpir su embarazo⁽³⁷⁾.

Adicionalmente desde el 2006 se han emitido otras sentencias con estándares que son de cumplimiento obligatorio y que contribuyeron para que finalmente se emitiera la sentencia C-055 de 2022 ⁽³⁸⁾ donde se despenaliza el aborto hasta la semana 24.6 y luego de este tiempo se puede realizar bajo la justificación de las 3 causales establecidas en la sentencia C-355 de 2006.

Posteriormente, el Ministerio de Salud y Protección Social expide la resolución 051 el 12 de enero de 2023, en la cual se adopta la regulación única para la atención integral en salud frente a la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) y recopila los lineamientos y estándares previstos en sentencias anteriores⁽²⁵⁾.

6. ESTADO DEL ARTE

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define el aborto como “la interrupción de un embarazo tras la implantación del huevo fecundado en el endometrio antes de que el feto haya alcanzado viabilidad, es decir, antes de que este sea capaz de sobrevivir y mantener una vida extrauterina independiente a la persona gestante”⁽³⁹⁾.

La interrupción voluntaria del embarazo es un tema que ha generado a lo largo del tiempo mucha controversia en Colombia. Hace aproximadamente 2 años fue despenalizado para realizarse de manera voluntaria y por fuera de las 3 causales hasta la semana 24 de gestación. De igual manera, a lo largo del tiempo, se han abordado las respuestas luego de someterse al procedimiento de aborto, donde se encuentran factores psicológicos, socioculturales, entre otros. A continuación, se presenta una síntesis de algunas investigaciones que se han realizado a lo largo de los años sobre lo que le ocurre a una persona luego de someterse a una IVE.

En un estudio realizado por Stålhandske et al. en Suecia en el año 2012, en el que investigaron la prevalencia de experiencias y necesidades de 499 personas relacionadas con el aborto, se encontró que el 50% de las mujeres tenían pensamientos existenciales negativos previos al procedimiento y esto resultó en un menor bienestar psicológico. Además, para el 61% de las entrevistadas fue más complicado tomar la decisión de someterse al procedimiento y durante este experimentaron pensamientos existenciales sobre la vida, la muerte, la moralidad, sentimientos de apego al feto y la necesidad de expresión simbólica⁽¹³⁾.

Un estudio longitudinal realizado por Nordal et al. en Noruega⁽¹⁴⁾, en 40 personas que se presentaron un aborto espontáneo y 80 personas que se sometieron a un aborto inducido, encontraron que las respuestas de las mujeres que sufrieron un aborto espontáneo fueron las esperadas después de experimentar un evento triste y traumático, mientras que las que se sometieron a uno inducido tuvieron respuestas atípicas como presencia de pesadillas sobre el aborto, evitación y

rechazo a la hora de hablar sobre el procedimiento, observar o escuchar cosas y recordar de manera involuntaria el evento; estas respuestas fueron relacionadas con el bienestar psicológico que tenían antes de realizarse el procedimiento. Las mujeres fueron sometidas 10 días después de la interrupción del embarazo a una prueba denominada IES (Escala del Impacto de un Evento) usada para monitorear el progreso de la exposición a eventos traumáticos específicos, teniendo esto en cuenta, se obtuvo que las mujeres que experimentaron un aborto inducido obtuvieron puntuaciones IES significativamente mayores para la evitación y estos resultados persistieron durante dos y cinco años posterior al evento, para los sentimientos de culpa, vergüenza y alivio en comparación con el grupo de aborto espontáneo; seis meses posterior a la primera medición, se realizó una segunda prueba, en la que se usó la escala HADS (Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión) que de igual manera, evidenció puntuaciones mayores a lo esperado en el grupo de aborto inducido en comparación con el grupo de mujeres que experimentaron un aborto espontáneo.

Durante la investigación de Cepeda et al, realizada en Bogotá, Colombia durante los años 2015 y 2016, se entrevistaron a 7 mujeres que experimentaron un aborto inducido, todas mayores de 18 años y con contextos socioeconómicos distintos, de estos abordajes se obtuvo que para las entrevistadas se trató de una experiencia compleja e importante en su vida, debido al involucramiento de valores, creencias religiosas y socioculturales. Uno de los factores esenciales que se expresaron en sus vivencias, fue el entendimiento del aborto como un aspecto inmoral que se asocia al pecado religioso⁽¹⁵⁾

Los países con mayor restricción en el proceso de acceso a la IVE, son los que presentan tasas sustancialmente más altas de embarazos no deseados, por esta razón se debe mejorar la calidad y las capacidades de los sistemas de salud en los países de bajos y medianos recursos, con mayor inversión e investigación en temas de salud sexual y reproductiva para la eliminación de barreras e inequidades en la prestación y acceso a la atención médica de las mujeres, respetando sus derechos y autonomía⁽⁴⁰⁾.

En Argentina, Tiseyra y asociados , realizaron un estudio cuyo objetivo fue identificar las principales barreras de acceso al aborto legal, en el cual participaron 117 mujeres (23 entrevistadas y 94 encuestadas), a través de este, se concluyó que el 48,7% de las mujeres indicó que no tenían conocimiento respecto a qué lugar acudir para llevar a cabo el procedimiento, adicionalmente el 60% no contaban con información sobre la legalidad del aborto, es decir, no sabían cuándo el aborto es considerado como legal; 4 de 10 mujeres encuestadas manifestaron que la principal fuente de información sobre el aborto fueron sus amigas, 3 de las 10 mujeres refirieron que la información provino de instituciones de salud y el número restante obtuvo la información de internet y de familiares. Algunos de los obstáculos institucionales identificados por las mujeres fue la vivencia de situaciones de violencia simbólica por parte del personal de salud, por ejemplo: *“Ese fue el único obstáculo que tuve, la ginecóloga me insistía demasiado en que yo lo piense y lo piense”*. (Julieta, 20 años, Rosario), además se identificaron demoras de atención por la escasa disponibilidad de turnos y se hallaron barreras administrativas que incluyen sistemas de derivación deficientes e inadecuados, fallas en la información brindada, no respeto por la confidencialidad del paciente y falta de lugares específicos para consultas y acceso al aborto⁽⁴¹⁾.

Gonzáles et al. llevaron a esto, se concluyó que se deberán mejorar y agilizar los procesos en los sectores de salud y justicia para evitar la revictimización y la imposición de barreras de forma injustificada a mujeres que solicitan la IVE, especialmente a las mujeres que lo solicitan en el segundo trimestre de gestación, hecho que se presenta con mayor frecuencia en niñas y adolescentes que son víctimas de acceso carnal violento y que descubren su embarazo en periodos avanzados o que lo denuncian tardíamente por distintas razones; también se debe agilizar la atención en aquellos casos que inician como embarazos deseados y posteriormente se tornan en indeseados o inoportunos, debido a malformaciones fetales o riesgos graves para la salud de la madre, la demora para llevar a cabo el procedimiento de IVE en estos casos, somete a las mujeres a sufrimientos innecesarios, sobre todo cuando existen técnicas seguras, cuya disponibilidad podría estar al alcance de quienes lo requieran. Por

último, sugieren reconocer el aporte de la telemedicina para el acceso a un aborto legal y seguro que brinda oportunidad a las mujeres de zonas de difícil acceso para que puedan acceder a la IVE con la asesoría de personal especializado, contribuyendo, así, a la autonomía de las mujeres ⁽⁴²⁾.

En el contexto nacional, la organización La Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres realizó un diagnóstico detallado, identificando cuatro principales barreras que afectan el acceso a este procedimiento ⁽⁴³⁾, a saber:

La primera barrera se denomina “Desconocimiento del marco legal en materia de IVE”, la cual abarca el “Desconocimiento de la Sentencia C-055 de 2022”, que ocurre cuando los prestadores y profesionales de salud carecen de información o no consideran las decisiones judiciales relacionadas con la práctica del aborto. Adicional a esto, incluye la “Violación de las regulaciones sobre los derechos de las mujeres frente a la IVE”, sucede cuando los actores e instituciones implicados en el proceso de solicitud, acceso y garantía desconocen o desestiman las normas referentes a los derechos de las mujeres al optar por una IVE. Como resultado se viola la intimidad y privacidad o se provee información incompleta o imparcial. Finalmente, el “Incumplimiento de las obligaciones generales relacionadas con la IVE” se manifiesta cuando los profesionales de salud e instituciones generan respuestas a solicitudes de IVE que exceden los plazos establecidos, carecen de protocolos para la realización del procedimiento o no disponen de redes de servicio adecuadas.

La segunda barrera, denominada “Interpretación restrictiva del marco legal de la IVE”, se manifiesta con el “Uso inconstitucional de la objeción de conciencia”, además de la “Solicitud de requisitos adicionales”, los cuales no se encuentran establecidos por la Sentencia C-055 de 2022. Por último, la “Limitación en la prestación con fundamento en la edad gestacional” que ocurre cuando las instituciones y/o profesionales de salud utilizan el número de semanas gestacionales como un obstáculo para realizar la IVE.

La tercera barrera es “Fallas en la prestación del servicio de salud”. Esta barrera incluye las “Fallas en la accesibilidad a la IVE en zonas rurales”, donde las mujeres en áreas rurales de Colombia enfrentan desigualdades en el acceso a servicios de salud debido a factores geográficos, presencia de grupos armados,

etc; Además, se presentan “Prejuicios, estigma y violencia en torno a la IVE”, donde las solicitantes enfrentan actitudes de rechazo, menosprecio y enjuiciamiento por parte de los profesionales de salud.

La última barrera identificada son las “Barreras específicas para las mujeres migrantes”; según la Procuraduría General de la Nación, estas mujeres a menudo no pueden acceder libremente al sistema de salud debido a la falta de documentación, lo que limita su atención a casos de urgencias médicas.

Según una revisión sistemática de la literatura realizada en el 2019 por Dialnet Dialnet, sobre las experiencias emocionales en la IVE, se destacan 3 aspectos fundamentales que influyen sobre la experiencia emocional de las pacientes⁽⁴⁴⁾:

- Acceso a IVE: Las mujeres que tuvieron un tiempo de espera prolongado para acceder a una IVE, con múltiples visitas al médico y/o cuando el proceso se vió dificultado por barreras, percibieron estrés, cansancio y angustia por la falta de información, las esperas prolongadas y la dificultad de conciliar tareas laborales y familiares, Los tiempos de espera antes de la intervención fueron considerados «la peor parte del proceso».

- Impacto emocional de la asistencia sanitaria: El procedimiento representó un determinante fundamental de la experiencia emocional del aborto y todas las participantes mostraron la necesidad y el deseo de información sobre los aspectos técnicos y las intervenciones que se realizaran, se documentó la falta de comunicación, el trato impersonal, distante y frío, o la percepción de actitudes negativas y desconsideradas del personal sanitario que, provocaron mayor sensación de soledad, tristeza o apremio

- Aspectos individuales, relacionales y socioculturales: Las principales dificultades emocionales se relacionaron con el conflicto ético, el proceso de toma de decisiones, la relación con el entorno y la experiencia del estigma. Cuando las propias actitudes y creencias en torno al aborto fueron negativas, las mujeres experimentaron el estigma internalizado, sentimientos de culpa, vergüenza y autocrítica, y todo el proceso como «su error». Al contrario, cuando el aborto se vivió como un «evento desafortunado», las mujeres experimentaron menos estrés aunque sí anticiparon con temor las posibles consecuencias del estigma social y algunas vivieron con tristeza y preocupación, el rechazo por

parte de su entorno social⁵⁹ y el mito social negativo del aborto. En el proceso de gestión emocional, sentirse como agente principal en la toma de decisiones y percibir el apoyo familiar durante todo el proceso fueron identificados como principales factores facilitadores, mientras que las manifestaciones de rechazo social y los mensajes negativos por parte del entorno político y sociocultural representaron las principales barreras.

Adicionalmente, respecto a impacto psicológico y emocional que puede tener una IVE se señala que las mujeres pueden mantener un vínculo emocional con el bebé incluso después del procedimiento, lo que intensifica la percepción de pérdida y el sufrimiento emocional, además, el estigma social emerge como un factor determinante que agrava los problemas psicológicos preexistentes y dificulta el ajuste psicosocial posterior al aborto por último, la evidencia sugiere que el estigma no solo afecta la salud mental de las mujeres, sino que también limita su capacidad para buscar apoyo emocional y social, en consecuencia, los factores psicosociales, como el apoyo social y la autoeficacia, desempeñan un papel crucial en el ajuste emocional de las mujeres tras un aborto inducido

En una investigación realizada por Cardoso Cano, et. al, en 2023, se encontró que después del evento, todas las participantes manifestaron arrepentimiento, culpa e insatisfacción con el proceso, por no haber hecho las cosas con mayor seguridad, por no comentar el fenómeno con la familia, e incluso, por situaciones de perdón a sí mismas por el “descuido” al no prevenir el embarazo. También se concluyó que el haber experimentado un aborto per se, sea o no inducido voluntariamente, implica un impacto emocional y físico para la mujer, a lo que se le suma la gran carga moral y social, lo que incrementa el impacto inicial, sumando las condiciones en que se realizó, lo que lleva a quienes tienen la vivencia, a una situación que las marcará de por vida. Además, destacan el hecho de que son escasos los estudios publicados sobre este tipo de temática, sobre todo indicando experiencias vividas, esto consultado en SAGE, PubMed y Google Académico; los artículos que se ubican giran en torno a aspectos religiosos, posturas en torno al aborto, conocimientos⁽⁴⁵⁾.

Continuando con la descripción de experiencias y sentimientos posterior a la IVE, se tienen los hallazgos de un estudio realizado por Alessio y García, en 2024, en el que relatan que el aborto fue percibido como un hito que tuvo consecuencias tanto positivas como negativas para las entrevistadas. Algunas refirieron sentir temor de las posibles repercusiones, por ejemplo, experimentar dificultades para embarazarse en un futuro, o que su hijo(a) nazca con algún problema. Esto puede deberse a desinformación y mitos sobre las consecuencias que el aborto puede tener en la fertilidad y en la reproducción. En algunos casos, el aborto ha significado una “motivación” para cumplir metas, trabajar sus problemas y sentimientos para ser “mejores personas” y “mejores madres”, si deciden serlo en un futuro. Todas consideraron que ésta fue una experiencia relevante en su vida que les ayudó a “madurar” y “crecer”. Sumado a esto, argumentan que la despenalización del aborto no necesariamente resuelve el estigma en torno a éste, de tal forma que por una ruta avanza la despenalización legal del aborto, pero por otra, aún con mucha resistencia, la despenalización social y moral⁽¹⁷⁾.

A pesar de que los pocos estudios que existen alrededor de las experiencias posterior a la IVE documentan sentimientos negativos, se encontró que no en todas las vivencias se presentan estos sentimientos, tal como se describe en un estudio realizado en México, por Ballesté, et. al⁽⁶⁴⁾, en 2025, en donde se menciona que en cuanto a las secuelas emocionales, las mujeres compartieron diversos efectos a largo plazo. Algunas, mencionaron que el proceso les brindó tranquilidad, crecimiento personal en aspectos como responsabilidad y una mayor comprensión. Mientras que otras aún presentan tristeza, decepción y sentimientos de culpa y arrepentimiento hasta la fecha. Mostrando que el procedimiento sigue teniendo un impacto emocional significativo. Las respuestas reflejan que, en algunos casos, las creencias religiosas o los juicios de valor del círculo cercano aumentaron la presión sobre las mujeres antes y después del aborto. Algunas de ellas sintieron que debían justificar su decisión o que el juicio de los demás exacerbó sus sentimientos de culpa. Adicional a esto, se planteó la importancia de explorar el impacto emocional en mujeres de que se indujeron a un aborto, debido a que esta experiencia no solo involucra un procedimiento

médico, sino también componentes emocionales influidos por diversos factores internos y externos. Finalmente, se destacó la influencia de factores culturales y sociales, como el estigma que percibían en su entorno, lo cual aumentaba la presión para tomar una decisión que consideraban "aceptable" ante sus círculos sociales⁽⁴⁶⁾.

En una investigación realizada por Herrera, et. al, en 2024, en Colombia se obtuvo que las participantes coinciden en definir la experiencia frente a la IVE como algo traumático. Este calificativo puede estar asociado no solo con la crueldad del procedimiento y la invasión de la intimidad mediante aparatología ginecológica, sino también con el cúmulo de sentimientos por los cuales deben transitar durante las diferentes fases del proceso de interrupción. Por otra parte, las participantes expresaron que, pese a las vivencias negativas y traumáticas, todo esto les sirvió para reflexionar e interiorizar los aprendizajes en su vida. Por otro lado, la narrativa de las participantes en esta categoría deja entrever un marcado temor a la estigmatización social, incluso por parte del equipo de salud, por lo que se puede afirmar que la experiencia de una mujer durante la interrupción voluntaria de su embarazo está influenciada por el temor al estigma social⁽¹⁶⁾.

7. METODOLOGÍA

El estudio se desarrolló siguiendo un enfoque cualitativo y un diseño fenomenológico descriptivo, teniendo en cuenta que se buscó describir las experiencias psicoemocionales y socioculturales de una persona tras acceder a una IVE; este diseño se consideró adecuado puesto que la fenomenología aborda la experiencia humana subjetiva y se utiliza comúnmente para responder preguntas fundamentales⁽⁴⁷⁾, además, siguiendo los planteamientos de Husserl, la fenomenología descriptiva que fue usada en este estudio, pretende describir la esencia de las experiencias sin interpretarlas ni explicarlas y es un método que permite llegar al conocimiento científico⁽⁴⁸⁾, adicionalmente, toma la experiencia, tal como la percibe la conciencia humana, y le da valor necesario para ser objeto de estudio en sí⁽⁴⁹⁾. Un componente importante de la fenomenología es la creencia de que es esencial que el investigador se desprenda de todo conocimiento personal previo para conocer las experiencias vividas esenciales de quienes aborda⁽⁴⁹⁾. Esto significa que la persona investigadora debe despojarse activamente de su conciencia, de todo conocimiento experto previo, así como de los sesgos personales.

7.1. POBLACIÓN Y PARTICIPANTES

Como lo plantea Van Manen⁽⁵⁰⁾ los participantes son aquellos que han vivido la experiencia, por lo cual para esta investigación fueron las Personas que accedieron a la IVE y que cumplan los criterios de elegibilidad.

7.2. CRITERIOS DE ELEGIBILIDAD

7.2.1 Criterios de inclusión

- Personas que accedieron a la IVE durante los años 2023 y 2024 en el departamento del Huila.
- Personas que accedieron a la IVE y residen en el departamento del Huila.
- Personas mayores de 18 años de edad que accedieron a la IVE.
- Personas que aceptaron participar en el proceso investigativo.

7.2.2 Criterios de exclusión

Personas con deterioro cognitivo o de la comunicación, que dificulte la comprensión de las preguntas o la comunicación entre entrevistadoras y entrevistada, que será indagado en el cuestionario de caracterización sociodemográfico, debido a que las investigadoras no cuentan con el entrenamiento para el abordaje de los instrumentos de recolección en población con esta condición, adicionalmente se hará uso del cuestionario minimental (anexo A) para confirmar si se presenta deterioro cognitivo o de la comunicación.

7.3. MUESTRA Y TIPO DE MUESTREO

El tipo de muestreo que se aplicó para este estudio fue por conveniencia, el cual comprende una técnica de muestreo no probabilístico en la que las personas participantes se seleccionan en función de su disponibilidad y proximidad a la persona investigadora. A diferencia de los métodos de muestreo probabilístico, el muestreo por conveniencia no pretende obtener una muestra representativa de la población⁽⁵¹⁾; esto implica que en esta propuesta las participantes serán aquellas que cumplan los criterios de elegibilidad, que el grupo investigador considere que puedan aportar a los objetivos de investigación y acepten la participación. Este tipo de muestreo es adecuado debido a que es una población de difícil acceso, su información es confidencial y las investigadoras forman parte del colectivo coinvestigador que brinda acompañamiento a esta población lo cual facilita su abordaje.

Para definir la cantidad de personas participantes, se tuvo en cuenta lo planteado por Gordón de Isaac⁽⁵²⁾ que indica que la saturación es la técnica que nos permite saber cuándo tenemos los datos “completos”, del fenómeno estudiado y por lo tanto dejamos de incluir otras participantes en el estudio. Con estos datos “completos” realizamos las descripciones en la investigación fenomenológica.

Este concepto de saturación es lo que fundamenta nuestra propuesta ya que lo que corresponde es trabajar con los temas que han surgido de todas las entrevistas, para realizar la descripción textural, estructural y compuesta del estudio. Cuando saturamos sabemos que tenemos todos los temas y, por tanto, las unidades de significado del fenómeno de estudio. Estos temas son los

completos, los globales, el resultado de cada entrevista, se considera como aproximaciones o sea que no nos dan el panorama integral.

Así, la concepción de saturación es coherente con los planteamientos de Husserl sobre la reducción eidética, la cual es el centro de la reflexión en su fenomenología trascendental, busca describir aquello que se muestra a nuestra conciencia de la experiencia y cómo se nos muestra. La reducción eidética se enfoca en aquello que es distinto o único de la experiencia. Nos permite identificar los significados y describir los temas centrales de la experiencia⁽⁴⁸⁾.

7.4. ACCESO AL CAMPO Y PROCESO DE CONVOCATORIA

Se cuenta con el aval de la organización social denominada Red Huilense en Defensa y Acompañamiento en Derechos Sexuales y Reproductivos (RHUDA), como organización co-investigadora de este proyecto (Anexo B). Esta organización tiene trayectoria en incidencia y acompañamiento en situaciones de IVE, vulneración de derechos en este contexto y se consolidan como voceras, además de hacer parte del grupo coordinador del movimiento Causa Justa para el Departamento del Huila, el cual impulsó y movilizó la despenalización dada por la sentencia C-055 de 2022, dentro de sus líneas de acción, cuenta con una línea que brinda acompañamiento psicosocial a personas que accedieron a la IVE en el departamento y sus alrededores, a través de la red, se iniciará una convocatoria dirigida a todas las personas que han accedido a una IVE, para este proceso se hará uso de dos estrategias:

Se impulsó mediante las redes sociales de la organización una convocatoria a participar del proyecto, puesto que la organización cuenta con un red social consolidada y adicionalmente, cuenta con experiencia en convocatorias virtuales para actividades propias.

Se realizó convocatoria dentro de las actividades de incidencia presenciales programadas por la organización, en estas, se dará a conocer el proyecto de investigación y se hará la invitación a las personas interesadas en participar.

7.5. PROCEDIMIENTOS E INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

Una vez se obtuvo el aval del comité de ética en investigación y bioética de la facultad de ciencias de la salud de la universidad Surcolombiana, la autorización de la institución u organización social y la intención de participación voluntaria de las personas interesadas en ser parte del estudio, las investigadoras de la Universidad Surcolombiana, contactarán a las personas que accedieron a hacer parte del proyecto.

Con el previo diligenciamiento del consentimiento informado, se llevará a cabo la aplicación de un cuestionario en el cual se identificarán las características sociodemográficas (Anexo C). Posteriormente se realizará una entrevista fenomenológica, esta, se entiende como un espacio de encuentro entre dos personas comprendidas como el entrevistador y el entrevistado, en la que se establece un diálogo que mediante el lenguaje tanto verbal como no verbal se aprehende un fenómeno, este tipo de entrevista se desarrolla libre de prejuicios, preconceptos, valoraciones o clasificaciones, un factor característico de esta entrevista es que se desarrolla manteniendo un diálogo abierto entre dos personas y el entrevistador se establece como el instrumento que está dispuesto a escuchar, captar y convivir con el fenómeno que será transmitido a través de los discursos de las personas (lenguaje), esos discursos son rescatados por la misma persona respecto a una vivencia que ha sido experimentada por ella en un momento de su vida y que ha codificado almacenándola en su conciencia, es decir, le ha dado significación⁽⁵³⁾.

Este tipo de entrevistas se lleva a cabo a partir de una pregunta orientadora cuyo objetivo es conducir la entrevista, si el fenómeno es complejo de aprehender, como corresponde a este caso, se puede hacer uso de dos o máximo tres preguntas⁽⁵⁴⁾; las preguntas orientadoras se describen en el Anexo D.

Las entrevistas se realizaron en el lugar que las personas participantes del estudio decidieran, esto, con el objetivo de brindar un ambiente cómodo y seguro para todas las participantes voluntarias de la investigación.

El financiamiento para las salidas de campo a entrevistas que se realizaron en la ciudad de Neiva será cubierto por las investigadoras de la Universidad

Surcolombiana; el financiamiento de las salidas de campo para las entrevistas que se realicen fuera de la ciudad de Neiva será cubierto por la organización RHUDA, se anexa oficio certificando lo anterior (Anexo E).

Las entrevistas fueron grabadas con el consentimiento de las participantes y posteriormente serán transcritas, en estas se tendrá en cuenta tanto el lenguaje verbal, como el no verbal manifestado por las entrevistadas; seguidamente, se clasificará la información en función del objetivo y planteamiento del problema del trabajo investigativo.

7.6. PLAN DE ANÁLISIS

Las entrevistas grabadas serán etiquetadas con un número para garantizar el anonimato de los participantes. Todas las entrevistas serán transcritas en un procesador de palabras, de manera textual en un periodo no mayor a 24 horas, salvaguardando el lenguaje no verbal, de igual manera, los silencios, risas y otras expresiones que se encuentren dentro del proceso de entrevista (anexo F). La información será guardada y almacenada por las investigadoras de la Universidad Surcolombiana, siendo las únicas personas que tendrán acceso a esta, salvaguardando la confidencialidad de la misma.

El análisis de los datos se realizará siguiendo la propuesta de Colaizzi, este propone 7 pasos para el análisis de datos producto de una investigación fenomenológica descriptiva⁽⁵⁵⁾:

- Paso uno: Lectura y relectura de transcripciones, es necesario leer y releer las veces que sean necesarias las entrevistas para lograr abordar un sentido global del fenómeno.
- Paso dos: Extraer declaraciones significativas pertenecientes y necesarias para el fenómeno investigado, este paso será revisado con un especial énfasis por las investigadoras de la Universidad Surcolombiana y una investigadora perteneciente a RHUDA conocedora del fenómeno abordado y del proyecto de investigación .
- Paso tres: formular significados a las declaraciones significativas.
- Paso cuatro: crear grupos temáticos y temas, se agrupan declaraciones significativas con términos similares y sus significados formulados para

formar grupos de temas. Luego, se agregan grupos con temáticas similares, es importante validar los temas con las transcripciones originales puesto que ello garantiza la autenticidad de los temas.

- Paso cinco: descripción exhaustiva del fenómeno, se integran todos los hallazgos encontrados, para lo cual es necesario examinar las transcripciones muchas veces para encontrar nuevas perspectivas garantizando la interpretación completa de las mismas.
- Paso seis: descripción de la estructura fundamental del fenómeno, se busca eliminar cualquier descripción mal utilizada o repetitiva a través de un riguroso análisis de la información.
- Paso siete: validación de las participantes, el propósito de este paso es poder confirmar que la información recolectada es la descripción precisa de la experiencia propia del investigado.

Este proceso se apoyará del software ATLAS. ti, versión 8.

7.7. CRITERIOS DE RIGUROSIDAD METODOLÓGICA⁽⁵⁶⁾

- Credibilidad: La guía de entrevista se desarrollará teniendo en cuenta las revisiones de literatura realizada, además, será revisada por distintos tutores y profesionales sabedores del tema que se asegurarán de que el instrumento sea acorde a las necesidades de la población y lo encontrado en la literatura.
- Confirmabilidad: Los resultados se socializarán con las personas participantes de la investigación y estas serán las encargadas de verificar la correspondencia entre los resultados del proyecto y las experiencias que compartieron en su desarrollo.
- Transferibilidad: Se garantizará llevando a cabo procesos de divulgación tanto en ámbitos académicos como en ámbitos digitales, en el que se darán a conocer los resultados de la investigación, adicionalmente, se propondrán ideas para investigaciones futuras relacionadas con el tema.
- Autenticidad: Este estudio se realiza teniendo en cuenta los vacíos del conocimiento identificados durante la búsqueda de la literatura.

7.8. CONSIDERACIONES ÉTICAS

Con el propósito de velar por la dignidad, integridad y derecho a la intimidad, este estudio de investigación se lleva a cabo teniendo en cuenta la aprobación del Comité de Bioética de la Facultad de Salud de la Universidad Surcolombiana memorando 082 (Anexo G).

Principios éticos: Esta investigación sigue los principios propuestos en la declaración de Helsinki como la protección de la intimidad y la confidencialidad de la información personal de las personas que participan en la investigación⁽⁵⁷⁾. Los principios éticos básicos de respeto a las personas como lo son la autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia individual propuestos en el informe de Belmont se obedecen en esta investigación; este último es tenido en cuenta para el proceso de selección de las personas que participarán en la investigación⁽⁵⁸⁾.

- Autonomía: Hace referencia al derecho de las personas a tomar decisiones sobre sus propios cuerpos y sus vidas, incluyendo la decisión de participar o no en una investigación. Para esto último, se debe obtener el consentimiento informado de las personas antes de iniciar cualquier estudio.
- Beneficencia: Este principio exige que la investigación busque maximizar los beneficios para las personas y minimizar los posibles daños. Por lo tanto, deben elegirse métodos de investigación que sean menos invasivos y más seguros para las participantes. Esta investigación se desarrollará desde una metodología cualitativa, que no invade las características de las experiencias.
- No maleficencia: Implica el deber de no causar daño a las personas durante la investigación. Esto incluye evitar prácticas que puedan generar estrés, angustia o daño físico o psicológico a las participantes, debido a esto, se hizo la construcción de una ruta ante crisis emocionales.
- Justicia: Indica que la investigación debe ser justa y equitativa en la selección de participantes, así como en la distribución de los beneficios y riesgos de la investigación. Para lo cual se realizará una convocatoria abierta sin discriminación, en articulación con una organización social.

Protección de datos personales y anonimato: Para el manejo de los datos suministrados por las participantes, se tendrá en cuenta lo establecido en la Ley 1581 del 2012 y el decreto 1377 del 2013 las cuales reglamentan la protección de datos a nivel nacional y desarrollan el derecho constitucional que tienen todas las personas a conocer, suprimir, actualizar y rectificar todo tipo de datos personales recolectados, almacenados o que hayan sido objeto de tratamiento en bases de datos en las entidades del públicas y privadas⁽⁵⁹⁾. Esto asegura y afirma que nuestra investigación hará un tratamiento adecuado con los datos personales recolectados durante la investigación, prevaleciendo la ética y respeto, con respecto a los derechos individuales de las participantes.

Se destaca que cualquier tipo de información que requiera grabación de voz será primero consultada con la participante de la investigación para pedir su aprobación y se usará únicamente con fines investigativos y educativos. Adicionalmente, las declaraciones de las personas que accedan a participar en este proyecto permanecerán en el anonimato y serán utilizadas exclusivamente para fines académicos, siendo este un compromiso innegociable del equipo investigador.

Clasificación del riesgo

Según la resolución 8430 de 1993⁽⁶⁰⁾, esta investigación se considera de riesgo mínimo, puesto que no se realizan intervenciones o modificaciones a las variables biológicas, psicológicas, fisiológicas o sociales de las personas participantes.

Consentimiento y desistimiento informado: Todas las personas que decidan voluntariamente participar en la investigación, firmarán un consentimiento informado en el que autoriza su participación en la investigación, con pleno conocimiento de la naturaleza de los procedimientos, beneficios y riesgos a que se someterá, con la capacidad de libre elección y sin coacción alguna, en este se explicará la justificación y los objetivos de la investigación, la herramienta de recolección de la información que vaya a usarse y su propósito, las molestias o riesgos esperados, los beneficios que puedan obtenerse, la garantía de recibir respuesta a cualquier pregunta y aclaración a cualquier duda acerca de los procedimientos, riesgos, beneficios y otros asuntos relacionados con la

investigación, la libertad de retirar su consentimiento en cualquier momento y dejar de participar en el estudio, la seguridad que no se identificará al sujeto y que se mantendrá confidencialidad de la información relacionada con su privacidad (Anexo H) de igual manera, se incluye el desistimiento informado para aquellos participantes que quieran abandonar el proyecto en cualquiera de sus etapas (Anexo I).

Adicionalmente al tratarse de temas de alta sensibilidad, se contará con acompañamiento psicosocial e intervención en crisis de ser necesario, se ha construido de manera conjunta con RHUDA, una ruta de atención en caso de crisis emocionales durante la realización de las entrevistas (Anexo J), con el fin de garantizar la seguridad y el bienestar de los participantes. La cual inicia desde la atención brindada por las investigadoras, quienes cuentan con certificado en primeros auxilios psicológicos obtenido mediante un curso virtual realizado en la página de la OPS (anexo K), posterior a esto, si se resuelve la crisis de la persona participante, se solicitará autorización para reprogramar y continuar con la entrevista; si, en caso contrario, la crisis emocional continúa, se finaliza la entrevista y la atención es brindada por una profesional en psicología con enfoque de género. Si la crisis emocional de la persona participante persiste aún después de esto, se derivará a la ruta de atención psicológica desde su EAPB.

Alcance: Se orienta a describir las experiencias psicoemocionales y socioculturales de personas que accedieron a la Interrupción Voluntaria del Embarazo en la región, tal cual son vividas y descritas por las participantes, sin manipular o condicionar la descripción de estos significados.

Impacto: Esta investigación responderá a la necesidad de visibilizar las experiencias alrededor de la IVE, contribuyendo a la desmitificación y la despenalización social del aborto. Debido a la articulación con la organización social RHUDA, los productos de la investigación serán divulgados a la comunidad y a tomadores de decisiones, de tal forma que pueda llegar a la sensibilización.

Logrará beneficiar tanto a las personas que ya han experimentado un procedimiento de IVE como a aquellas que se encuentran en el proceso de toma de decisión, presentando la realidad alrededor del procedimiento, narrada por

personas en diversas circunstancias y contextos, que evidenciará los elementos desafiantes, pero también los aspectos facilitadores, contribuyendo a la orientación o guía de las experiencias propias.

Impactará desde lo académico al abordar fenómenos inmensamente relevantes y complejos, de tal forma que aperturará la posibilidad de dar continuidad a otros procesos investigativos.

Aportará a la consolidación de redes de investigación colaborativa con organizaciones sociales, respondiendo también a la responsabilidad social universitaria.

Riesgos - Costos - Beneficios:

Riesgos: Los riesgos asociados al proyecto de investigación son mínimos y se relacionan con la situaciones de crisis emocionales que puedan enfrentar las participantes en las entrevistas, para lo cual desde las investigadoras de la universidad y la organización RHUDA se construyó una ruta de acción.

Costos: La presente investigación no genera costos para las participantes, solo para las investigadoras y su desplazamiento para la ejecución de entrevistas, sin embargo se cuenta con la propuesta de financiación para desplazamiento intermunicipal por parte de la organización RHUDA (anexo E), las investigadoras correrán con los gastos necesarios para la realización de las entrevistas en el municipio de Neiva. Debido a que esta corresponde a una investigación de tipo cualitativo, la cantidad de personas a entrevistar no se define de forma probabilística, garantizando la posibilidad de optimizar recursos.

Beneficios: Al describir las experiencias psicoemocionales y socioculturales, con el fin de brindar orientación a aquellas personas que estén cursando o que cursarán por una IVE, esta orientación puede facilitar la toma de las decisiones informada. El impacto social de la investigación, podrá beneficiar de forma indirecta a las personas que acceden o acceden a una IVE.

Derechos de autor: La investigación se realizará teniendo en cuenta el acuerdo 014 del 2018⁽⁶¹⁾, los productos derivados de la investigación hacen parte de la propiedad intelectual de las autoras, se dará reconocimiento a la Universidad Surcolombiana, las participantes en la investigación, al programa de enfermería

de la Universidad Surcolombiana y a las personas participantes de la organización RHUDA.

Conflicto de intereses: Las autoras declaran no tener conflicto de intereses, las autoras son independientes a las participantes.

8. CARACTERIZACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA

La investigación contó con la participación voluntaria de seis mujeres, quienes accedieron a relatar y compartir sus experiencias en torno a la IVE.

Las edades de las participantes oscilan entre los 22 y 32 años, perteneciendo en su mayoría al curso de vida de juventud; en lo que refiere al estrato socioeconómico, se evidenció un nivel medio-bajo, ya que cuatro de las participantes pertenecen al estrato 2 y dos participantes pertenecen al estrato 1. Respecto al área de residencia, cuatro de las participantes residen en zonas urbanas y dos en zona rural.

Todas las participantes cuentan con afiliación al sistema de salud, cuatro pertenecientes al régimen contributivo y dos al régimen subsidiado.

Ninguna se autorreconoció como parte de un grupo étnico o diverso; de igual forma, ninguna manifestó presentar discapacidad física, sin embargo, una participante indicó que tiene una alteración genética (mutación genética BRCA1) y antecedentes de alteración de la salud mental (ansiedad, depresión y estrés postraumático).

En cuanto al nivel educativo, dos participantes cuentan con posgrado, una con educación superior completa, dos con bachillerato completo y una con bachillerato básico, esto indica una diversidad académica aunque hay predominio en niveles educativos superiores. Adicional a esto, se identificó que dos participantes son profesionales en Enfermería, una es profesional en Derecho con desempeño en gestión artística, dos se encuentran laborando de forma independiente y una se encuentra realizando un pregrado. Sobre la información de ingresos económicos se tiene una heterogeneidad, ya que dos personas manifestaron recibir menos de un salario mínimo mensual legal vigente (SMMLV), una indicó que recibe entre 1 y 2 SMMLV, una entre 2 y 3 SMMLV y dos reciben un SMMLV.

Finalmente, respecto al tipo de Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE), dos participantes indicaron que accedieron mediante tratamiento farmacológico, tres tuvieron una aspiración manual endouterina (AMEU) y a una persona le realizaron legrado.

En conjunto, los datos sociodemográficos obtenidos muestran que las participantes son principalmente mujeres jóvenes, con niveles educativos medios y superiores, pertenecientes a estratos socioeconómicos bajos y con una distribución diversa en cuanto a las condiciones laborales.

9. RESULTADOS

La Interrupción Voluntaria del Embarazo se configuró como una experiencia retadora y trascendental en la vida de las personas que accedieron a esta, la cual no solo involucró un procedimiento médico doloroso sino que significó transformaciones internas, cuestionamientos propios y sobretodo cambios, cambios que se abordarán con el fin de desmitificar estas experiencias y alzar la voz de estas y todas las personas que han atravesado por lo mismo desde el silencio, la culpa y el miedo:

“Quien se atreva a decir que las mujeres abortan por placer no tienen ni puerca idea de lo que se siente estar en esa situación” (Margarita, 32 años)

9.1. EXPERIENCIAS PSICOEMOCIONALES

Las experiencias psicoemocionales representaron un factor fundamental en la vivencia de una Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE), ya que influyeron de manera directa en la forma en que cada participante afrontó, comprendió y resignificó el proceso. Estas experiencias no solo estuvieron determinadas por las emociones inmediatas asociadas al procedimiento, sino también por las construcciones personales, sociales y culturales que rodean el hecho de interrumpir un embarazo. A través de los relatos se evidencian sentimientos que reflejan la complejidad emocional de esta experiencia y la diversidad de significados que cada mujer le atribuye.

A continuación, se describen algunos de los temas descriptivos que emergieron del análisis, los cuales permiten conocer con mayor profundidad las dimensiones psicoemocionales implicadas en este proceso.

9.1.1. La decisión

9.1.1.1. Justificación para la decisión: “era lo mejor y no veía otra solución”. Al momento de enterarse de un embarazo no deseado se plantean las diferentes

opciones a las que se tienen acceso teniendo en cuenta muchos factores (proyecto de vida, red de apoyo, entre otras), sin embargo, al tomar la decisión de interrumpir el embarazo siempre se plantea una justificación para esta decisión. Se percibió durante la investigación que esta justificación no era necesariamente para validar su decisión frente a otras personas, sino para validar la decisión hacia ellas mismas, lo cual posiblemente surge a raíz de lo fuertemente cuestionado que se tiene este procedimiento:

“No es porque yo no quiera ser mamá, sino porque no era el momento en el que quería y tenía unos planes de vida” (Orquídea, 24 años)

“Yo sé que 9 meses soy mamá, no podré empezar a trabajar porque yo me voy apenas a graduar y, a veces, digamos que a muchas empresas no les gusta contratar a una mujer embarazada porque van a tener que darle un permiso de maternidad o para las citas o todo eso y todo va a ser un conflicto”. (Orquídea, 24 años)

“yo en el fondo sí quería pero yo sabía que no podía mantenerlo y no podía tenerlo” (Clavel, 22 años)

9.1.1.2 Presión para la decisión: “yo no estaba 100% convencida”. Uno de los factores más determinantes en el momento de tomar la decisión de realizar una IVE es la presión o coacción que puede ejercerse sobre la persona que toma dicha decisión. En las entrevistas realizadas, se evidenció que esta presión fue ejercida principalmente por la pareja sentimental, algunas participantes relataron que sus parejas influían a través de argumentos relacionados con el bienestar físico o emocional de ellas:

“Porque además mi pareja me decía: es que mejor no dejarlo avanzar tanto, porque luego puede ser más doloroso; entonces, mejor que vayamos rápido”. (Margarita, 32 años)

“Pues fue muy duro, porque en el fondo sí lo quería, pero (→) digamos que con la persona que estaba en ese momento, él no y pues entonces yo decidí que no, pues por eso” (Clavel, 22 años)

En otros casos, la presión no se manifestaba de manera explícita, pero sí se daba a entender con claridad a través de comentarios que cuestionaban las capacidades o condiciones de la mujer:

“Él me decía: usted no es una persona saludable. Y posiblemente el hecho de que usted no sea una persona saludable, tanto física como mentalmente, va a hacer que no lleve ese embarazo de la mejor forma”. (Tulipán, 24 años)

Asimismo, algunas expresiones ambiguas encubrían una intención de orientar la decisión hacia la Interrupción del Embarazo:

“Entonces me decía: es lo que tú quieras, yo no me voy a meter con eso... pero ¿dónde vas a abortar, no? O sea, hagámoslo de una”. (Margarita, 32 años)

Como se evidencia, las narrativas de las participantes reflejan cómo la influencia de la pareja o de otras personas, puede desempeñar un papel decisivo en el proceso de toma de decisiones frente a una IVE, este tipo de presión, aunque a veces se presenta de forma sutil o disfrazada de apoyo, limita la autonomía de la mujer y se configura como un escenario de violencia psicológica.

9.1.2. La vivencia emocional

9.1.2.1. Emociones vivenciadas. “Una es la que lo vive”. Las emociones toman un papel relevante antes del procedimiento, incluyendo todas las que surgieron y se experimentaron en el proceso de la toma de la decisión, durante el procedimiento, y después de este mismo, estas emociones se vieron

influenciadas tanto por factores internos como por factores externos a la persona, pero sin duda, marcaron y marcan la experiencia de manera significativa; antes del procedimiento el miedo y la angustia son emociones que atraviesa la experiencia:

“Estaba tan empujada a hacerlo, tenía muchos nervios, tenía como una sensación de incertidumbre, tenía miedo”. (Margarita, 32 años)

“se presentó este embarazo y dije no, o sea no, siento que no puedo con más, que en el momento no doy para más, y pues, fue duro, la verdad. Porque pues ya teniendo un bebé, todos los sentimientos y que pues mi hijo no estaba muy grande, entonces todavía tenía ese, como que todavía no tenía las hormonas estables” (Amapola, 25 años)

Estas emociones también se vieron envueltas en una presión o coacción por parte de personas externas, hacia la decisión o vivencia específica del procedimiento:

“Yo sí quiero seguir, o sea el embarazo, pero me daba miedo, o sea, también sentía que si yo le seguía insistiendo en que, sí, que entonces él me iba a dejar”. (Margarita, 32 años)

“Las que más tuve en el momento en el que me enteré fue (/) como mucha angustia y miedo de afrontarme pues a una situación que claramente no esperaba” (Tulipán, 24 años)

Así mismo, se vivenció rabia y frustración producto de las barreras del sistema de salud y de los tratos deshumanizantes por parte de profesionales de la salud:

“Sí sentí mucha rabia, mucha frustración. Evidencia y vive uno que es la violación a la dignidad humana en esos términos, que es la violación a la privacidad, a la intimidad, a la toma de libres decisiones”. (Margarita, 32 años)

“Sí, fue muy frustrante, no me frustró en el sentido tanto emocional, de sentirme mal ni nada por el estilo, sino que me generaba mucho estrés, que no podía avanzar a hacer el procedimiento” (Rosa, 22 años)

Durante el procedimiento de IVE las personas experimentaron angustia, principalmente porque su familia o conocidos no debían enterarse:

“Era como un poquito como angustiante estar ahí haciendo todo como a escondidas” (Orquídea, 24 años)

“Yo temblaba con las pastillas en la mano, sentía frustración, me sentía completamente desolada profundamente triste” (Margarita, 32 años)

Posterior al procedimiento las personas experimentaron tristeza, producto de una carga emocional interna y de factores externos que influyeron, como la violencia gineco-obstétrica que todas las personas describieron haber vivido, los prejuicios y el estigma social.

“Previamente había sido manipulada psicológicamente y emocionalmente por quien era mi pareja”...“Empecé a sentirme muy muy muy muy triste, o sea ya una tristeza inexplicable” (Margarita, 32 años)

“También tenía miedo a ese estigma de que lo juzguen a uno por eso” (Orquídea, 24 años)

9.1.2.2. El reflejo de emociones: “me siento rota”. Todas las emociones que surgieron en las etapas de la IVE, se vieron reflejadas en cada una de las esferas en las que se desenvuelven estas mujeres.

En la esfera física, se evidenció una disminución del apetito, “yo triste de no desayunar, ni almorzar” (Margarita, 32 años),

“No, pues no podía ni comer. Era todo el tiempo pensando en eso” (Orquídea, 24 años).

Adicional a la somatización física de todo lo que vivieron:

“Yo me enfermé, me bajé de peso, yo vomitaba de vez en cuando, me daba malestar, pero yo creo que era algo más psicológico o sea, de lo mal que me sentía” (Margarita, 32 años)

También describieron cambios en el patrón del sueño.

“Llegó un punto en el que yo ya no estaba durmiendo”. (Margarita, 32 años)

En la esfera mental/ emocional experimentaron negación producto de la culpa autoimpuesta:

“O sea hubo mucho negación digamos, yo sentí que hubo mucha negación en mi parte, o sea como de que no, no lo tuve aceptado hasta el momento en que no estuve ahí” (Amapola, 25 años)

“Yo estaba con ese sentimiento de culpa” (Clavel, 22 años)

Pero, ¿puede este sentimiento de culpa tener solamente orígenes propios?; el llanto se expresó como un reflejo primario de las emociones:

“Pues se me cortaba la voz para hablar, porque ya empezaba como este choque, como esas ganas de querer llorar” (Amapola, 25 años)

“Yo lloré mucho durante el proceso” (Amapola, 25 años)

“Ese día fue el que más lloré porque estaba tan frustrada” (Rosa, 22 años)

Además se presentó irritabilidad posterior al procedimiento:

“Eso me puso muy mal, muy mal o sea, como que todo me afligía” (Margarita, 32 años)

“Entonces yo empecé a entrar en crisis por todo” (Margarita, 32 años).

También presentaron pesadillas nocturnas que revivían todas las emociones experimentadas durante el procedimiento:

“He llegado a tener pesadillas, la verdad algunas noches que me he despertado o sea no recordando exactamente el momento pero si me despierto con todas esas sensaciones que tuve ese día”. (Amapola, 25 años)

Un hecho relevante, es que una de las mujeres que pasaron por esta experiencias, refirió ideas suicidas:

“Yo entré en una crisis terrible en la que me quería suicidar”. (Margarita, 32 años)

En la esfera social, la expresión predominante fue la soledad y el aislamiento autoimpuesto:

“Entonces estuve muy sola, encerrada”, “yo había estado encerrada todos esos días, no salía del cuarto, en la oscuridad”. (Margarita, 32 años)

“No sé, siento que me aislé un poquito. Pues yo ya por sí soy una persona que tiende a ser muy solitaria, como que me gusta mi soledad, pero siento que en ese momento sí me aislé un poco” (Tulipán, 24 años)

“Yo era sola en mi casa y ya” (Clavel, 22 años)

9.1.3. Gestión de las emociones

Todas las emociones producto del procedimiento y de lo que conlleva en los ámbitos humanos, se gestionaron de manera consciente o inconsciente a través de ayuda psicológica, prácticas propias, red de apoyo, entre otros. En algunas ocasiones de forma que beneficia la transición correcta del proceso:

“Entonces como también aprender a ser consciente de que muchas cosas externas pueden ser detonantes me ayudó a como empezar a aliviar y a dejar de auto-infringirme dolor o juicio”, (Margarita, 32 años)

“en ese momento estaba estudiando, entonces el estar acá en la universidad también me despejaba un poquito de esa situación y aparte me ayudaba también como a afrontarlo” (Tulipán, 24 años)

“el contacto humano, eso me ayuda más en sí” (Amapola, 25 años)

“Lo que empecé fue a intentar tranquilizarme con mi voz” (Margarita, 32 años)

“A mí me gusta mucho nadar, entonces me dije: voy a dejar de pensar un momento en todo eso” (Orquídea, 24 años)

“hice vocalizaciones para ayudarme un poco a calmarme”. (Margarita, 32 años)

“De hecho un día que estuve muy, muy triste, yo no me acuerdo, estaba muy mal ese día, como muy antes de, y una amiga, una de mis amigas que me acompañó más me llevó a la finca de ella y me ayudó como a liberar” (Rosa, 22 años)

Pero también se evidenciaron otros tipos de gestión:

“o sea yo no tuve un acompañamiento distinto al de mis animales, mis gatos, si yo estoy viva ahora fue porque tenía mis gatos”. (Margarita, 32 años)

“Cada ocho días yo salía, yo tomaba, o sea, yo trataba de hacer cualquier cosa menos estar en mi casa y pensar en eso” (Clavel, 22 años)

Ambas formas son válidas, pues reflejan que se trata de procesos para los cuales muchas veces no se está preparada y que, aún hoy en día, suelen ser satanizados e invalidados, lo que dificulta la aceptación y la comprensión interna de la experiencia que se atraviesa. Precisamente por ello, estos procesos se aprenden, se reconstruyen y se resignifican en el camino.

9.1.4. Transformación de sí

10.1.4.1. Proyección de la maternidad. La maternidad y el deseo de ser madre son ideas que se han inculcado desde la infancia, especialmente, en las infancias femeninas, esto marca, sin duda, un momento decisivo cuando una mujer descubre que está en proceso de gestación y se enfrenta a la realidad de no poder o no querer continuarlo hasta el parto, en ese instante surgen sentimientos de duda, culpa y autoestigma; gran parte de tener un proyecto de vida definido, es encontrar y desear un espacio de tiempo para la vivencia plena de la maternidad

“El día que decidas ser madre si lo puedes ser, lo vas a disfrutar y vivir bien”.
(Orquídea, 24 años)

“Voy a comenzar a luchar para tener un buen futuro, para poder tener un hijo”
(Clavel, 22 años)

Pero, ¿qué sucede cuando este proyecto de vida se ve interrumpido por algo que no tenía previsto y que altera todos los planes que ya se tenían?

“Yo ahora no quiero ser mamá pero pues más adelante puedo serlo, cuando complete las metas que yo tenía inicialmente en mi vida y cuando tenga, digamos, no siga viviendo en la casa con mis papás, cuando pasen todas esas cosas yo esté lista para ser mamá, podré serlo”. (Orquídea, 24 años)

Todas las participantes de la investigación coinciden en esto, aunque cada una posee un contexto diferente, su postura frente a la maternidad es muy clara, esta debe ser completamente deseada y la llevarán a cabo en el momento en el que se sientan preparadas (ya sea desde el ámbito profesional, emocional e incluso físico) y cuenten con un apoyo que les acompañe durante todo el proceso de la maternidad.

9.1.4.2. Concepto de sí: “la culpabilidad me hace sentir muy diferente”. Luego de vivir una experiencia que transforma o impacta de muchas formas en todas las

dimensiones de las mujeres, es importante tener en cuenta el concepto que se tiene de sí misma; el preguntar esto, hizo que cada una realmente tomara una actitud introspectiva, que tal vez no habían tenido en cuenta anteriormente

“El tener como pensamientos contrarios, hace que uno se cuestione mucho” (Tulipán, 24 años).

“Al comienzo sí me sentía muy mal y como que me autosabotea” (Clavel, 22 años)

Al ser algo tan subjetivo y personal, surgieron diferentes respuestas; desde quienes tienen un concepto claro y definido

“Yo tengo mi postura, tengo mi punto, y eso no hace que cambie lo que pasó” (Tulipán, 24 años).

“No por eso yo voy pensar como que, ay, soy mala persona o me volví mala persona, no” (Rosa, 22 años)

Hay quienes tal vez aún no lo tienen

“No me defino, no me encuentro muchas veces conmigo misma, es raro” (Amapola, 25 años).

E incluso, quienes aún se encuentran en una ambivalencia

“Siento que hice algo mal entonces por más de que yo sienta que, o sea, eso es lo que tenía que hacer a la vez, siento que fue como si hubiera hecho algo malo”. (Orquídea, 24 años)

9.1.4.3. Cambios a partir de la experiencia de IVE: “eso le hace dar a uno cierta madurez”. Todas las participantes concluyeron que pasar por una experiencia de IVE cambia significativamente diversos aspectos de la vida de la mujer y que, a

pesar de que para la mayoría fue una experiencia descrita como “horrible” o “fea”, pero que generó en todos los casos crecimiento personal:

“Pude salir de una relación abusiva, pude hablar, tener otras herramientas para gestionar y para entender que cuando se está sometida a una serie de situaciones tú no tienes el control de ti misma y bajo esa lógica uno no puede juzgarse por lo que a uno se le escapa del control” (Margarita, 32 años)

“Pero también como que también me enseñó como a hacer, o sea, yo desde eso miro mucho como con los hombres que me meto, porque antes no era como tan, yo como, ay, sí me gustó y ya me lo cuadré, en cambio después de eso es como que no, yo miro pues como la persona, como sería si es papá, o sea, como todo” (Clavel, 22 años)

“Si siento, me volví mas cuidadosa, con las relaciones sexuales y con los hombres que me rodean” (Rosa, 22 años)

Adicionalmente generó avance profesional:

“La decisión que tomé permitió que yo avanzara profesionalmente y también personalmente. Hace que ahora ya sea más consciente de todo lo que hago y de las decisiones que tomo” (Orquídea, 24 años).

O incluso hizo que se reafirmaran ideales que tenían:

“Toda esa situación, me hizo como ser más, más afín con ese pensamiento que tenía ya simplemente respetar las decisiones que toman las mujeres en estas situaciones” (Tulipán, 24 años).

Estos testimonios generan un punto de vista diferente alrededor de este procedimiento, el cual muchas veces es desconocido; quienes hicieron parte de la investigación contando sus vivencias, dejaron ver que aunque hay

experiencias negativas en este, también se pueden dar cambios positivos en distintos aspectos en la vida de cada una de ellas.

9.1.5. Vivencia de violencias

9.1.5.1. Violencia desde la pareja. La violencia psicológica experimentada durante este proceso fue ejercida principalmente por la pareja sentimental. Una de las participantes relató:

“Previamente había sido manipulada psicológicamente y emocionalmente por quien era mi pareja” (Margarita, 32 años).

Esta forma de violencia se manifestó, en muchos casos, a través de la presión ejercida para influir en la decisión de abortar

“Lo mismo que alguna vez había hablado con él, se había empezado a instrumentalizar para un propósito puntual, que era que yo decidiera abortar”. (Margarita, 32 años)

“Y él me dijo: ay pero pues mejor así, ya no tiene una carga, usted con un bebé y ya toda gorda” (Clavel, 22 años)

Dicha presión implicaba el uso de experiencias previas y aspectos significativos de la relación que la pareja sabía podían llevar a la mujer a ceder

“Él sabía lo importante que era para mí que compartiera tiempo de calidad, que era algo que le venía pidiendo hace tiempo, y ese día me estaba ofreciendo, en bandeja, plata para que yo abortara”. (Margarita, 32 años)

9.1.5.2. Violencia desde la familia. No obstante, la violencia psicológica también fue ejercida por miembros de la familia nuclear, quienes reforzaron sentimientos de culpa

“Mi hermana me dijo: si usted estaba tan decidida, ¿por qué me contaba?”
(Amapola, 25 años)

“Mi mamá, ella y mi hermana fueron quienes me hicieron sentir mucha culpa por lo que decían, que eso es pecado y esas cosas”. (Amapola, 25 años)

“Mi mamá me decía: “usted como me va a matar a mi nieto”” (Clavel, 22 años)

A esto se suma la influencia de los mensajes moralizantes recibidos desde la infancia, especialmente en espacios educativos, que contribuyeron a internalizar el miedo y la culpa frente al aborto

“Los videos que a uno le mostraron en el colegio y eso, del feto que salía, digamos, es una parte traumática y fea”. (Amapola, 25 años)

Asimismo, se identificaron manifestaciones de violencia provenientes de la familia extensa, evidenciando la persistencia del estigma y la sanción moral en el entorno cercano

“Mi tía me dice: hoy en día su hijo tendría dos años y usted no tiene eso”.
(Tulipán, 24 años)

9.1.5.3. Manifestación de la violencia psicológica. En conjunto, estos relatos muestran que la violencia psicológica no solo proviene de la pareja, sino que se reproduce en el ámbito familiar y social, configurándose como un entramado de coerción emocional, moral y simbólica que se manifiesta a través el sufrimiento emocional y el sentimiento de culpa de las mujeres durante el proceso.

“Todo se había empezado a instrumentalizar para un propósito puntual, que era que yo decidiera abortar”. (Margarita, 32 años)

“Yo planificaba, sino que yo dejé planificar porque yo planificaba con la pila y pues la pila me estaba haciendo demasiado daño por muchos cambios hormonales y yo me la quité y apenas me la quité al mes quedé embarazada. Y

pues, o sea él decía que era mi culpa por no cuidarme y pues como yo estaba enamorada yo decía, sí es mi culpa”. (Clavel, 22 años)

9.1.6. Descripción del fenómeno

Las experiencias emocionales representaron un factor fundamental en la vivencia de una Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE), ya que se relacionaron de manera directa en la forma en que cada participante afrontó, comprendió y resignificó el proceso. Estas experiencias no solo estuvieron marcadas por las emociones inmediatas en torno al procedimiento, sino también por las construcciones personales, sociales y culturales que rodean el hecho de interrumpir un embarazo. A través de los relatos se evidencian sentimientos que reflejan la complejidad emocional de esta experiencia y la diversidad de significados que cada mujer le atribuye.

9.2. EXPERIENCIAS SOCIOCULTURALES

Al ser la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) una experiencia tan significativa en la vida de una persona, resulta necesario abordar los aspectos socioculturales que atraviesan dicha vivencia en todas sus etapas. Estos aspectos influyen profundamente en la forma en que las mujeres comprenden, enfrentan y resignifican su decisión, pues no solo es determinada por condiciones externas del proceso, sino también por juicios, creencias y valores que inciden en la aceptación interna de la decisión tomada.

Aspectos como las redes de apoyo, los juicios sociales y la espiritualidad, configuran un entramado simbólico que puede facilitar o dificultar la vivencia del procedimiento y el proceso posterior a este. En muchos casos, estas influencias se manifiestan en sentimientos de culpa, vergüenza, o miedo al juicio social; mientras que en otros, pueden generar procesos de autonomía y reflexión crítica sobre los propios derechos reproductivos.

A continuación, se presentan las unidades de significado que emergieron del análisis y que permiten comprender de manera más profunda las experiencias socioculturales de las mujeres que vivieron una IVE.

9.2.1. La experiencia desde las relaciones sociales

10.2.1.1. Red de apoyo. Al atravesar por una experiencia que influencia tanto física como emocionalmente, es crucial contar con alguien que puede ser soporte y sostén, que brinde su compañía plena y consciente, desde el momento de la toma de decisión hasta después del procedimiento y todo lo que este implica. Esta red de apoyo puede verse afectada por las creencias o deseos de las personas:

“Si yo llegaba a decirles, no, es que estoy embarazada, pero yo no quiero tener bebé, entonces me iban a, como a hacer sentir una presión encima, no sé, como a tratar de cambiar mi decisión, y yo no quería eso”. (Orquídea, 24 años)

Las amigas de quienes accedieron al procedimiento desempeñaron un papel fundamental, pues en muchos casos fueron las únicas que conocieron el proceso en todas sus etapas. Por ello, se convirtieron en las principales fuentes de apoyo y cuidado emocional, brindando acompañamiento, contención y comprensión en un momento de alta vulnerabilidad.

“Tuve un buen apoyo por parte de mi amistad, pese a que mi familia nunca se enteró”. (Tulipán, 24 años)

“yo no hablaba con nadie, nadie sabía que yo había estado embarazada, solo una amiguita la que le escribí por chat, que estaba en ese momento deseando ser mamá, y me dijo como lo que tú quieras amiga, yo te apoyo” (Margarita, 32 años)

“Entonces yo viajé de noche y yo fui con una amiga que me acompañaba” (Clavel, 22 años)

“Entonces, pues mis amigas, principalmente dos que podían, un amigo y una amiga que eran de acá de Pitalito me acompañaron a las citas” (Rosa, 22 años)

Es importante también contar con el apoyo y la compañía de la familia o de la pareja sentimental, sin embargo, esto no sucede siempre:

“Terminé sola en ese momento, cuando se supone que tenía un compañero que estaba súper pendiente” (Margarita, 32 años)

“No hubo así como un apoyo emocional o algo así, no, de ninguna forma”. (Tulipán, 24 años)

De igual manera se evidenció que el sentimiento de compañía y apoyo no siempre provenía de seres humanos, sino también de las mascotas, los que estuvieron cuando ningún humano estuvo:

“Los únicos que estuvieron pendientes de mí esa noche fueron mis gatos, yo tengo gatos y fueron los únicos seres vivos que estuvieron cerca de mí”
(Margarita, 32 años)

9.2.1.2. Transformación de las relaciones interpersonales. Tras una experiencia retadora y conflictos internos tanto de la persona que atravesó por la IVE, como de las personas que se enteraron de la decisión, surgieron algunos cambios en sus relaciones interpersonales, muchos de estos cambios estuvieron relacionados con el estigma y la invalidación de lo que atravesó la mujer:

“como que la relación con mi mamá en ese momento fue como mucha lejanía”
(Tulipán, 24 años)

“Cuando mi mamá se enteró pues a ella le dió muy duro, me dejó de hablar”
(Clavel, 22 años)

Sin embargo las relaciones familiares, especialmente de madre e hija, también tuvieron transformaciones positivas:

“Ella cambió mucho entonces fue como para mejor” (Amapola, 25 años)

“Y mi mamá luego como que comprendió. Y pues esa es la única conversación que hemos tenido porque ya nunca más volvimos a tocar el tema” (Clavel, 22 años)

“Yo creería que de pronto fortalecerse las relaciones de amistad que tenía”
(Rosa, 22 años)

En cuanto a las relaciones sentimentales, muchas de estas tuvieron cambios marcados por el distanciamiento y/o la falta de apoyo emocional:

“Quien era mi pareja, nunca estuvo pendiente de mi salud post-aborto, jamás”
(Margarita, 32 años)

“Con la persona con la que estuve sexualmente y por la que quedé embarazada, se fue de una vez al caño esa relación” (Tulipán, 24 años).

“Y él se perdió como por dos días, o sea dos días en los que no hablamos nada, y pues en ese momento éramos pareja. Entonces pues a mí me dio muy duro porque o sea, yo a él le dije ese día que yo estaba mal” (Clavel, 22 años)

“El tenía como su parte emocional que resolver mientras yo tenía mi parte emocional que resolver. Entonces eso hizo que al principio como que generara conflictos en la relación. (/) Entonces eso de todas maneras como que nos escuchábamos y una cosa y la otra, pero al principio, los primeros meses fue como un poquito pesado” (Orquídea, 24 años).

9.2.2. La experiencia desde el estigma

9.2.2.1. Vivencias desde las posturas sociales. Las posturas sociales marcan de manera significativa el proceso de vivencia y aceptación de la IVE, sin duda, todos crecemos escuchando frases e ideas que minimizan la experiencia de la IVE y que maltratan a las personas que optan por esta opción, estas ideas no solo provienen del núcleo familiar, puesto que se replican en medios de comunicación masivos, en colegios, en iglesias y se interiorizan a tal punto de difundir discursos que promueven la estigmatización, sin reconocer el trasfondo y las diversas variables que pueden llevar a estas decisiones; productos de estas posturas sociales las mujeres afrontaron diversas dificultades a la hora de atravesar este proceso, volviéndolo un proceso indigno y doloroso, no solo a nivel físico, sino principalmente a nivel emocional:

“Volvió el tema, de, de, de, la sensación de rabia, por lo indigno, que era que las mujeres, que han solicitado un aborto, tuvieran que pasar por esa situación” (Margarita, 32 años)

“Esos discursos que me parece más como queriendo decir: usted se embarazó, fue muy responsable pues ahorita no vaya a estarse dejando embarazarse otra vez para pedir otro aborto” (Margarita, 32 años)

“Insistir en que existe todavía demasiado prejuicio moral y ético con respecto a las decisiones que la gente toma y el curso de procedimiento de una IVE, al menos en una EPS” (Margarita, 32 años)

“Otra cosa que me hacía sentir miedo era que me cuestionaran mucho” (Rosa, 22 años)

También se evidencian casos en los que la decisión es tan clara y tan contundente que no hay espacio para permitir que estas ideas sociales intervengan en esta:

“Habladurías que me hacían pensar cómo será que si estoy tomando la decisión correcta, si es el camino correcto, pero al final pues siempre llegaba al mismo punto que era lo mejor” (Tulipán, 24 años)

“Aunque hablan cositas, me juzgan, es como ah, no le presto atención a eso, porque realmente nadie, nadie puede ponerse mis zapatos” (Tulipán, 24 años)

“Siempre están los juzgamientos, uno escucha y uno en el fondo la risita porque es muy difícil cambiar el pensamiento de alguien” (Amapola, 25 años).

Por estas razones, resulta fundamental promover la reflexión antes de emitir juicios hacia las mujeres que han atravesado un proceso tan complejo como la IVE, ya que, en muchos casos, ellas mismas han experimentado profundos

cuestionamientos y sentimientos de culpa incluso antes de recibir críticas externas:

“Ya de por si uno mismo ya se está juzgando como para tener que aguantar que alguien más venga a hacerlo” (Amapola, 25 años)

“Siento que cada uno vive en su mundo, en su burbuja, y muchas veces por el desconocimiento, por la ignorancia, como que no conocen muchas situaciones, y no les ponen un nombre y no aterrizan a lo real que puede ser” (Tulipán, 24 años).

9.2.2.2. Cuestionamientos. Los cuestionamientos formaron parte de toda la dinámica de la experiencia, para poder entenderlos, se han dividido en:

- Cuestionamientos internos: “yo era la que me juzgaba”

Son los juicios o reflexiones que surgieron a partir de la experiencia y que tiene como trasfondo todo la moralidad, espiritualidad y juicios con los que se crece y muchas veces se replica, esto va a producir pensamientos que ponen en duda la decisión y el procedimiento:

“la crianza de uno interfiere bastante, por más que uno digamos se va creando sus ideales, sus cosas conforme va creciendo, sin embargo lo que a uno lo criaron, pues está muy radicado, muy de ahí adentro” (Amapola, 25 años)

“Entonces empezar a escuchar todas esas cosas le hace sentir a uno como que será que yo soy la que no puede o porqué estoy haciendo esto si ellas tienen más problemas que yo”...“A veces uno como que siente que las razones que uno tiene como que perdieran validez frente a las otras” (Orquídea, 24 años)

“Yo sentía que en algún momento me iban a juzgar, porque usted conociendo de salud, y no se cuidó” (Orquídea, 24 años)

“Me ha hecho dejar tomar por el pensamiento de haberme como arrepentido, pero siempre caigo en la misma idea de que era lo mejor y no veía otra solución” (Tulipán, 24 años)

“me criticaba mucho, como no, ¿usted por qué lo hizo?” (Clavel, 22 años)

En otras ocasiones estos cuestionamientos internos se producen por, la toma de la decisión de forma coaccionada:

“Estaba entre reprocharme, no haber realmente decidido por mí misma y sin ningún tipo de acción o de manipulación y me sentía muy traicionada conmigo misma o sea, no fue por la situación de aborto, seguramente si yo hubiera estado muy convencida no habría entrado en toda esa crisis pero pasaban otras cosas” (Margarita, 32 años)

- Cuestionamientos externos:

Son juicios y estigma ejercidos por terceras personas, , entre esos la familia y la sociedad en sí, que refuerzan la culpabilidad en la mujer que vivió la experiencia:

“Una tía en particular que la quiero mucho, pero ella me recrimina mucho eso. Es como que no sé, me dice: hoy en día su hijo tendría dos años” (Tulipán, 24 años)

“Mi mamá porque ella me juzgó mucho” (Clavel, 22 años)

“Mi mamá, ella y mi hermana, pues fue un sector que también digamos hacían como sentir como mucho esa culpa” (Amapola, 25 años)

“Pues mi mamá en su parte católica, en su parte de eso es pecado”
(Amapola, 25 años)

También se evidencia la presencia de grupos “providas” en la entrada de instituciones de salud que practican aborto con el fin de intimidar a las mujeres que ingresan a estos lugares, sin saber realmente si ingresan con el objetivo de interrumpir un embarazo, puesto que en estos lugares se ofertan servicios distinto a IVE:

“Estas señoras que se hacen ahí afuera a rezar y con sus carteles y pancartas de provida, yo sí recuerdo que la primera vez que yo fui a pedir la cita ahí estaban afuera y es como juzgando a todos los que entran”
(Amapola, 25 años)

9.2.3. Vivencia de barreras

Cuando se habla sobre experiencias de IVE se presenta un escenario común que es la descripción de diversos inconvenientes que afectan el que debería ser el curso normal del procedimiento⁽⁶³⁾, estos obstáculos se pueden presentar ya sea desde la solicitud de la IVE a una EPS, hasta la atención de el procedimiento en sí, e incluso posterior a este. En la mayoría de narrativas de las mujeres, se identificaron diversas barreras las cuales hicieron que su experiencia se viera afectada y no se llevara de la mejor manera; dichas barreras pueden definirse como el conjunto de conductas que por acción o por omisión, constituyen limitaciones u obstáculos para que las mujeres accedan de forma efectiva al aborto legal, en el servicio de salud, sin importar el régimen de afiliación; para efecto de clasificación de estas, se tuvo en cuenta el diagnóstico realizado por la mesa por la vida y la salud de las mujeres en el que identificaron las principales barreras que afectan el acceso a la IVE:

9.2.3.1. Desconocimiento del marco legal en materia de IVE. En esta barrera se identifican acciones dadas por el personal de salud en las que no se brinda la información completa referente al procedimiento y todo lo que este conlleva,

adicional a esto, se considera el desconocimiento de las rutas y protocolos de atención:

“cuando me dieron la medicación, el médico me atendió y me dieron la medicación y chao, a mí no me remitieron, de pronto que una valoración con psicología, nada, nada más, eso fue todo” (Margarita, 32 años)

9.2.3.2. Fallas en la prestación del servicio. Esta es una de las barreras que, desafortunadamente se presenta con mayor frecuencia; es caracterizada por actitudes de rechazo y menosprecio hacia las solicitantes del procedimiento:

“se demoraron como una hora en entregarme la medicación, yo, espere y espere, y la vieja me miraba de malas ganas” (Margarita, 32 años).

También se encuentran en este tipo de barreras fallas sistémicas en la atención en salud, como demoras injustificadas:

“yo hice mi solicitud a las dos semanas y media, pero pudo hacerse efectiva después de muchos tropiezos y situaciones indebidas que violan los derechos de las mujeres en ese trámite, cuando yo estaba en mi semana, siete y media más o menos” (Margarita, 32 años)

Y dentro de muchas otras, se presentan fallas en la calidad de atención:

“Es sí o sí obligatorio que expliquen a nivel fisiológico los efectos adversos de la medicación. Eso lo tienen que hacer, a mí eso no me lo dijo el médico que me atendió” (Margarita, 32 años)

Adicional a esto, se encuentran problemas de accesibilidad a los servicios:

“yo tenía el DIU y yo fui al primer control en profamilia y me dijeron que lo siguientes era con la EPS, cosa que ha sido muy difícil porque generalmente no hay para planificación familiar” (Orquídea, 24 años).

9.2.3.3. Interpretación restrictiva del marco legal. Este último tipo de barrera identificada dentro de las experiencias de las mujeres que participaron en la investigación incluye la limitación del procedimiento con fundamento en la edad gestacional y la solicitud de requisitos adicionales:

“primero me dijo que es que estaba muy, muy reciente el embarazo para eso, que me tenía que mandar a tomar una ecografía y un exámen de sangre (/) yo le dije, no, pero yo ya traigo” (Margarita, 32 años).

Todas estas barreras tienen un fuerte impacto en las personas que acceden a una IVE, ya que, además de vulnerar el ejercicio de la autonomía se refuerza el estigma y la discriminación. Si estas acciones se continúan perpetuando, no se garantizará una adecuada atención, lo cual afectará la libertad, dignidad y el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de las personas que decidan interrumpir su embarazo.

9.2.4. Creencias y prácticas

9.2.4.1. Creencias y espiritualidad. Las creencias religiosas, transmitidas desde la familia y la infancia, desempeñan un papel fundamental en la manera en que las mujeres enfrentan la decisión, el procedimiento y el estigma social asociado. Una participante señaló:

“La crianza de uno interfiere bastante; por más que uno se vaya creando sus ideales conforme va creciendo, como a uno lo criaron, pues está muy radicado eso de Dios y el infierno”. (Amapola, 25 años)

Por otro lado, algunas entrevistadas manifestaron haber vivido su espiritualidad desde una perspectiva energética más que religiosa:

“Considero que me hizo más sensible, no de creer en un ser superior, sino de hacerme más consciente de mi cuerpo desde otra posibilidad, más energética”, (Margarita, 32 años) o “Solo pensé en que toda esa energía iba a ir al caos del cosmos y que iba a estar como ahí”. (Margarita, 32 años)

Finalmente, algunas mujeres experimentaron este proceso desde el reconocimiento de una pérdida, enmarcándolo en una dimensión afectiva y simbólica:

“Más que pedir perdón a Dios o algo así, fue como haber llegado a pedirle perdón a mi papá, que había muerto”. (Amapola, 25 años)

En conjunto, estas experiencias evidencian que la espiritualidad ya sea expresada a través de la religión, la energía o los vínculos afectivos constituye un recurso simbólico que permite a las mujeres resignificar la experiencia, otorgarle sentido y transitar el proceso con mayor contención emocional.

10.2.4.2. Prácticas propias y culturales. Se identificaron tradiciones transmitidas intergeneracionalmente orientadas al cuidado de la salud y la recuperación física, como:

“Cada vez que la visitaba, me tenía jugo de mora, de frutos rojos, porque decían que eso era bueno para recuperarse”. (Margarita, 32 años)

De igual manera, se evidenció una práctica simbólica destinada a propiciar un cierre significativo de la experiencia:

“Cuando por fin expulsé el saco, lo guardé en el congelador porque dije: quiero estar lista y hacer una especie de ritual, sembrarlo debajo de un naranjo que había plantado antes y que estaba por dar frutos. Entonces pensé: cuando empiecen a salir las florecitas, quiero sembrarlo ahí”. (Margarita, 32 años)

9.2.5. La experiencia desde la violencia ginecobstétrica

Se entiende como violencia ginecobstétrica como aquella violencia que es ejercida por el personal de salud exclusivamente; lamentablemente, todas las mujeres entrevistadas sufrieron de este tipo de violencia, y esto demuestra una gran falta de conocimiento y empatía al momento de brindar una atención integral ⁽⁴⁵⁾; los tipos de violencia gineco obstétrica que se evidenciaron fueron:

Violencia psicológica: Es la que se ejerce como resultado de la dominación. Resulta del consentimiento por interiorización y/o naturalización de las relaciones jerárquicas y la normalización de este tipo de relación (1), se evidenció:

9.2.5.1. Violencia psicológica

“Yo dije que solicité una IVE, y le cambió la cara de una vez a la doctora, entonces, de mala gana, me atendió, yo me acuerdo de su expresión, vi como con rabia, y fue supremamente, ordinaria, cuando me introdujo el transductor, y me dice, ahí está el bebé, el bebé está vivo, y le subió volumen, al aparato este de los latidos, le subió el volumen y se sacó una camándula que tenía debajo del uniforme” (Margarita, 32 años)

“Cuando dije que fue una IVE, el médico cambió fue súper ordinario al hacerme el tacto vaginal para saber si estaba todavía el saco” (Margarita, 32 años)

“Y dijo: no pero la embarraste, esto te lo voy a decir por fuera de la atención médica, entonces se quitó el fonendo y dijo: pero la embarraste porque es que los hijos son lo mejor que uno puede tener” (Margarita, 32 años).

“Me dijo: ¿Usted quiere la T, usted sabe que con la T usted va a mantener abortando? Porque usted va a tener relaciones con su pareja, y esa persona pues se le va a venir adentro y los fetos van a comenzar a subir y cuando lleguen a la T ellos se devuelven, y eso es abortar, entonces usted se la pasaría abortando” (Clavel, 22 años)

9.2.5.2. Violencia institucional. Se manifiesta según como⁽⁴⁵⁾: negar tratamiento sin referir a otros servicios para recibir asistencia oportuna, proveer deliberadamente información defectuosa o incompleta, largas esperas para ser atendida en las instalaciones de salud que pueden contribuir a aflicciones psicológicas y daños físicos, negación de medicamentos, atención o manejo del dolor como 'castigo'(2), se evidenció como:

“Usted puede pasar toda la mañana en ayuno con dolor porque le ponen analgésicos solo cuando llegan y le ponen a todos por eso usted pasa a las 5 de la tarde” (Orquídea, 24 años)

“Cuando llegué a reclamar las pastas, la primera vez, me entregaron, de mala gana, la que me atendió, me recibió el, el papel, me dijo “¿Cuál es el diagnóstico?”, dije aborto, y dijo, la señora acá necesita, gritó, ¿no? para todo el mundo” (Margarita, 32 años)

“Me entregaron los medicamentos de abortar vencidos, me di cuenta cuando ya me los había tomado”, “me estaban cobrando los medicamentos y fue por la EPS” (Margarita, 32 años)

9.2.6. Descripción del fenómeno

Los aspectos socioculturales se relacionan profundamente en la forma en que las mujeres comprenden, enfrentan y resignifican su decisión, pues no solo es marcada por condiciones externas del proceso, sino también por juicios, creencias y valores que inciden en la aceptación interna de la decisión tomada. Aspectos como las redes de apoyo, los juicios sociales y la espiritualidad, configuran un entramado simbólico que puede facilitar o dificultar la vivencia del procedimiento y el proceso posterior a este. Estas influencias se manifiestan en sentimientos de culpa, vergüenza, o miedo al juicio social; también, pueden

generar procesos de autonomía y reflexión crítica sobre los propios derechos reproductivos.

9.3. APORTES DE LAS PARTICIPANTES

Con el fin de dar cumplimiento al séptimo paso del plan de análisis de Colaizzi (validación de las participantes), se les preguntó a dos participantes qué aportes había tenido el proyecto en el que participaron a sus vidas:

“Haber hecho parte de este proyecto fue realmente una experiencia muy inesperada y bonita, poder soltar, hablar, compartir digamos toda esta vivencia hace parte también de hacer como una catarsis y poder liberar cosas, hablar con personas que lo hagan sentir a uno cómoda, que lo hagan de una forma más delicada, más humana cuando le hablan a uno fue bueno, y fue una experiencia bastante agradable, me siento muy agradecida por eso” (Amapola, 25 años)

“Primero que todo el proyecto me pareció increíble porque muchas veces no se habla de esto, y seguimos como en la sombra de que nadie puede saber, pero poder participar de esto, me hizo sentir más libre y me hace pensar que se están haciendo cosas para que exista un cambio desde el sector salud, mostrarlo de una forma más sensibilizada es super bueno y que sepan que no somos una estadística sino que somos humanas y que por x o y razón tuvimos que hacer esto, pero eso no nos hace menos humanas.” (Margarita, 32 años)

10. DISCUSIÓN

Una Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) es un evento que genera cambios significativos en todas las esferas de la vida de la persona que vive esta experiencia. Al respecto, Cardoso Cano et al.⁽⁴⁶⁾, en su investigación “Experiencias ante el aborto de estudiantes universitarias de Querétaro, México”, señalan que haber experimentado un aborto inducido o no implica un impacto emocional y físico para la mujer, al cual se suma la carga moral y social que rodea esta vivencia. Dichos factores intensifican el impacto inicial, especialmente cuando se consideran las condiciones en las que se llevó a cabo el procedimiento. Todo ello sitúa a quienes lo experimentan ante una situación que marca sus vidas de manera duradera.

La experiencia psicoemocional se configura como un factor fundamental en la aceptación plena de la vivencia. Dentro de esta dimensión se identificó que la justificación de la decisión desempeña un papel central para alcanzar dicha aceptación, pues responde a una necesidad interna de las participantes. Aunque en ningún momento se les preguntó por las razones de su decisión, todas consideraron necesario mencionarlas, lo que evidencia la importancia que atribuyen a este proceso de autoexplicación y legitimación personal, adicionalmente, este factor clave no fue identificado en ninguno de los artículos revisados en la literatura.

Las emociones vivenciadas durante todas las etapas del procedimiento fueron predominantemente el miedo, la angustia y la frustración, desencadenadas por factores tanto internos como externos. Entre estos factores se encuentra la presión o coacción ejercida por personas del entorno, que influyó directamente en la toma de la decisión, adicional a esto se halló que el reflejo de las emociones se da en la esfera emocional predominando el llanto y la culpabilidad, además de afectar esferas física y sociales. En relación con esto, Ballesté et al.⁽⁶⁴⁾, en su estudio denominado “Impacto emocional en mujeres que se indujeron un aborto entre los 18 y 25 años”, señalaron que, en este tipo de experiencias, suelen predominar el miedo, la culpa y la indecisión ante la posibilidad de realizarse un

aborto. Las participantes de su estudio expresaron un profundo nerviosismo y ansiedad, acompañados de tristeza, llanto y angustia al enfrentarse al proceso de decisión. Además, algunas manifestaron sentirse confundidas y experimentar sentimientos de duda, generando un conflicto entre lo que deseaban hacer y lo que percibían como “debido hacer”, influenciadas por la presión externa o por sus propias expectativas personales.

La gestión de las emociones se aborda en esta investigación como las distintas formas en que las participantes procesan y vivencian las emociones previamente mencionadas. Estas estrategias incluyen la asistencia a terapia psicológica, el contacto humano, la presencia de una red de apoyo positiva, el aislamiento o la búsqueda de la soledad, entre otras. Teniendo esto en cuenta, Purcet et al.⁽⁶⁵⁾ señalan que, en los procesos de autogestión, las mujeres suelen valorar especialmente la privacidad, la seguridad y la comodidad. Aunque muchas agradecen el acompañamiento y el apoyo familiar, otras refieren sentimientos de vergüenza o incomodidad, lo que las lleva a preferir transitar la experiencia en solitario, sin embargo en este estudio se encontró que las formas de gestionar las emociones incluyen el contacto humano, la actividad física, el consumo de alcohol y el esparcimiento con amigas.

La proyección de la maternidad se construye desde la crianza y se ve influida por los mandatos sociales que rodean esta experiencia. Cuando una mujer se enfrenta a un embarazo no planeado y a la realidad de no poder o no querer continuarlo, suelen emerger sentimientos de duda y culpa. No obstante, varias participantes expresaron que la maternidad sigue presente en su horizonte vital, proyectándola hacia un momento futuro en el que consideren que existen las condiciones adecuadas para vivirla de manera plena. Según Rostagnol ⁽⁶⁶⁾ en su estudio “de la maternidad elegida a no ser madre (por ahora): anticoncepción y aborto en la vida de las mujeres”, la maternidad forma parte de los mandatos sociales que hacen a la identidad femenina, aunque no todas las mujeres lo asumen de la misma manera. Puede decirse que, a través de sus relatos, las mujeres pendulan entre una posibilidad siempre presente y su concreción como destino, y para muchas mujeres lo adoptan como elemento constitutivo básico de su identidad, la maternidad ‘naturalmente’ forma parte de su proyecto de vida

o se la asume irreflexivamente, estas mujeres se ven a sí mismas como madres (en algún momento), pero con frecuencia convertirse en madres no está presente en sus proyectos de vida de corto y mediano plazo.

Cockrill et al.⁽⁶⁷⁾ en su estudio "I'm Not That Type of Person": Managing the Stigma of Having an Abortion", establece que el concepto de sí está estrechamente relacionado con el autoestigma, y menciona que una vez consideraron abortar, las mujeres tuvieron que conciliar sus propias comportamientos sexuales y sus decisiones de aborto con prejuicios previos hacia las mujeres "malas". Así, el autoestigma se manifestó cuando una mujer había estado expuesta a discursos negativos sobre las mujeres que abortan, creyendo además que los discursos eran legítimos y que se aplicaban a ellas, además aquellas que creían que las mujeres son responsables de prevenir el embarazo se juzgaron a sí mismas con dureza: describieron sentirse "estúpidas" cuando buscaban un aborto. En esta investigación se percibió que si bien es cierto que muchas mujeres adoptaron actitudes de autoestigma y autojuicio, muchas otras tenían ideales fuertemente definidos que se configuraron como un factor protector y que impidieron desarrollar pensamientos negativos en torno a su decisión.

Guevara⁽⁶⁸⁾, en su estudio "La corresponsabilidad ética de los varones frente al aborto", menciona que, los varones son parte central del engranaje social que desconoce a las mujeres como agentes morales capaces de decidir sobre sus cuerpos y sus vidas. Es decir, los varones son partícipes, voluntaria o involuntariamente, en los riesgos a la salud y la vida de las mujeres. Además, al no reconocer el derecho y la capacidad de decisión de ellas, contribuyen al mantenimiento de un orden social que las limita para ejercer derechos sobre su cuerpo y su proyecto de vida. En este estudio, se identificó la presencia de presión para la decisión, ejercida por personas externas a la mujer. Aunque la pareja apareció como el actor que con mayor frecuencia influía para que la decisión fuera interrumpir el embarazo, también se evidenció que la familia nuclear puede desempeñar un papel significativo al ejercer presión para que la mujer continúe con el embarazo.

Otro factor que se relaciona con lo anterior y que fue encontrado en esta investigación, es la vivencia de violencia emocional la cual es principalmente ejercida por la pareja y va muy de la mano con la presión que se ejerce para la toma de la decisión, pero adicional a esto, también es ejercida por la familia para evitar este procedimiento y un factor muy relevante, es que se evidenció que de igual manera se ejerce mediante los medios de comunicación masivos que difunden mensajes moralizantes que incrementan el estigma en torno al procedimiento.

Contar con el acompañamiento de personas cercanas (amigas, pareja sentimental o familia) que constituyan una red de apoyo estable en una experiencia tan significativa como lo es una IVE, resulta ser un aspecto importante que impacta en la percepción y el afrontamiento de quienes acceden al procedimiento. Así lo manifiestan Robles et al.⁽¹⁷⁾, quienes en su estudio “Experiencias y significados del aborto legal con medicamento en mujeres jóvenes en la Ciudad de México y Zona Metropolitana” desarrollado en 2024, describieron el acompañamiento como un elemento clave que ayuda a hacer la experiencia más llevadera.

En relación con esta red de apoyo, se identificó que aconteció (aunque no en todos los casos) una transformación de las relaciones interpersonales, ya fuera de acercamiento y fortalecimiento de estas (como las relaciones madre-hija o las amistades), o en otros casos, un alejamiento definitivo (de la persona quien al momento de la IVE era su pareja sentimental).

A pesar de los numerosos avances normativos que ha tenido la IVE, aún se encuentran procesos o actos incorrectos que dificultan el transcurso de esta experiencia; como parte de esto, se tienen las diferentes formas de violencia ginecoobstétrica que son perpetradas en los diferentes momentos que hacen parte de la ruta de una IVE por los diferentes actores que componen al sistema de salud. Dichas violencias fueron manifestadas por la mayoría de mujeres participantes en la investigación, siendo las más comunes la violencia simbólica y la violencia institucional. Gómez y Escobar⁽⁶⁹⁾ en su estudio denominado “Significado de afrontar una interrupción voluntaria del embarazo tardía en mujeres que se realizaron el procedimiento en instituciones de salud de dos

ciudades colombianas”, establecieron que la demora injustificada en la atención y los juicios emitidos por algunos profesionales dejan ver una falta de empatía y práctica clínica insensible, lo que evidencia una atención deshumanizada que afecta el bienestar físico y emocional de las mujeres que acceden a la IVE.

Adicional a las violencias, se identificaron diversas barreras que entorpecen el acceso a la IVE y hacen que su experiencia se vea afectada. De esta forma lo manifestó González⁽⁶²⁾, quien en su análisis estratégico “La producción de conocimiento experto: un eje central en la implementación del aborto legal en Colombia” señala las múltiples fallas que aún se presentan en la accesibilidad, disponibilidad, calidad y aceptabilidad de servicios de salud hacen que no se garantice la atención correcta del procedimiento.

Un factor que resulta importante en las experiencias socioculturales, son las vivencias desde las posturas sociales; todos estos prejuicios y estigmas que existen alrededor de la IVE los cuales se han replicado a través del tiempo y se hacen evidentes en diferentes espacios, son un aspecto en común identificado en las diferentes vivencias de quienes accedieron a la IVE. Esto puede llegar a afectar significativamente la experiencia, haciendo incluso que las personas que acceden al procedimiento sientan un frecuente temor a ser juzgadas y estigmatizadas socialmente, tal como lo indicaron Arequipa-Reatiqui et al⁽⁷⁰⁾, el estigma social emerge como un factor determinante que agrava los problemas psicológicos preexistentes y dificulta el ajuste psicosocial posterior al aborto.

Estas posturas sociales pueden llegar a ser desencadenantes de cuestionamientos tanto externos, como internos; se pudo evidenciar que algunas de las participantes se reprochaban la toma de la decisión o incluso sentían culpa por haber accedido al procedimiento. Además de las posturas sociales, estos cuestionamientos se ven influenciados por diferentes creencias (religiosas o espirituales) que están enmarcadas muchas veces por la crianza que se ha recibido; de acuerdo a Ballesté et al.⁽⁶⁴⁾ las creencias religiosas o los juicios de

valor del círculo cercano aumentaron la presión sobre las mujeres antes y después del aborto.

11. CONCLUSIONES

La Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) se establece como una experiencia compleja y transformadora para las mujeres que la atravesaron, sus relatos evidencian que este proceso no se reduce a un procedimiento médico, sino que implica una vivencia marcada por emociones intensas, barreras institucionales y una confrontación con sus proyectos de vida, sus creencias y sus relaciones interpersonales. Aunque muchas describen la experiencia como difícil y frustrante, todas coinciden en que atravesarla generó cambios significativos y aprendizajes de vida. Finalmente, sus testimonios revelan la importancia de garantizar una atención digna, libre de juicios y basada en los derechos, así como la necesidad de transformar las narrativas sociales que perpetúan el estigma y la culpa.

Las experiencias psicoemocionales asociadas a la IVE fueron especialmente determinantes en la forma en que cada mujer transitó este proceso. Emociones como miedo, angustia, tristeza, culpa, frustración y soledad emergieron en todas las etapas: desde la toma de la decisión, hasta el proceso de autoaceptación posterior al procedimiento. Estos estados emocionales no sólo surgieron producto de la carga interna del proceso, sino también por la influencia de presiones externas, la vivencia de violencia psicológica, las barreras de la atención en salud experimentadas y del estigma social profundamente arraigado que aún hoy en día se vive.

Adicionalmente, se evidenció que la vivencia emocional se manifestó en la salud mental, física y social de las participantes, generando síntomas somáticos, cambios en el patrón del sueño, aislamiento y, en algunos casos, crisis emocionales severas, sin embargo, también se identificó que esta experiencia aunque compleja, trajo consigo transformaciones positivas a la vida de estas mujeres, como madurez emocional, motivación para desarrollar la vida profesional y certeza y claridad respecto a las relaciones de pareja que se tenían en ese momento, además de una proyección clara y definida de la maternidad, lo cual involucró una planificación familiar adecuada. Adicionalmente, se

evidenciaron formas de afrontamiento y gestión emocional mediante redes de apoyo, acompañamiento profesional facilitaron la resignificación del proceso y permitieron reconstruir gradualmente un bienestar emocional.

Las experiencias socioculturales mostraron que el contexto social, familiar e institucional condiciona profundamente la vivencia de la IVE. El estigma, las creencias religiosas, la formación moralizante impartida desde la crianza y difundida por medios de comunicación masivos, la presión familiar o de pareja y la violencia ginecobstétrica ejercida por el personal de salud crearon un entorno hostil que facilitó el sufrimiento emocional de las mujeres. Las redes de apoyo, especialmente las amistades, fueron esenciales para brindar contención y acompañamiento, ante la ausencia de apoyo de la familia o la pareja en muchos casos.

Asimismo, prácticas culturales o propias y formas alternativas de espiritualidad sirvieron como recursos simbólicos para procesar esta experiencia. Las barreras institucionales y los discursos sociales punitivos y prejuiciosos evidencian que la IVE, pese a su respaldo legal en Colombia, se vivencia en un marco sociocultural que aún cuestiona, limita y estigmatiza la autonomía reproductiva de las mujeres, esto refuerza la importancia de transformar las prácticas de atención en salud y los discursos sociales para garantizar experiencias dignas y respetuosas.

Finalmente, a través de este proyecto se evidenció que desde el ejercicio de la enfermería, es posible dar voz a temas que durante mucho tiempo han sido estigmatizados y relegados socialmente, esto implica asumir un rol enfermero activo en la visibilización de realidades silenciadas y estigmatizadas incluso por el mismo personal salud, cuestionar los discursos y acciones que vayan en contra del deber ser del enfermero y promover una atención basada en el respeto, la dignidad y el acompañamiento humanizado. De esta manera, la enfermería no solo contribuye al abordaje clínico, sino que se posiciona como un agente transformador que impulsa cambios socioculturales y abre espacios para que estas experiencias sean nombradas y comprendidas.

12. RECOMENDACIONES

Se invita a la comunidad educativa a desarrollar proyectos de investigación que articulen esfuerzos con organizaciones sociales y que aborden problemáticas de interés público, con el fin de contribuir a la transformación de la realidad social y al fortalecimiento del impacto comunitario.

De igual manera, se sugiere incorporar en la formación de los profesionales de la salud o en el currículo de los programas académicos, contenidos orientados al abordaje integral, ético y humanizado de la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE), con el propósito de promover una atención digna, respetuosa y basada en derechos.

Asimismo, se incentiva la continuación de investigaciones y de proyectos de proyección social en torno a la Interrupción Voluntaria del Embarazo haciendo uso de la metodología Investigación Acción Participación (IAP) con el objetivo de impactar desde las políticas públicas.

Finalmente, se recomienda a las instituciones prestadoras de servicios de salud del departamento del Huila que brindan servicios de IVE, implementar de manera rigurosa la Resolución 051 de 2023, que establece los lineamientos para la atención del procedimiento, con el fin de reducir las barreras identificadas y garantizar un acceso oportuno, seguro y libre de estigmas y violencia.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Guttmacher.org. A Time for Change: Advancing Sexual and Reproductive Health and Rights in a New Global Era | Guttmacher Institute [Internet]. 2021 [citado 18 de agosto de 2024]. Disponible en: <https://www.guttmacher.org/gpr/2021/02/time-change-advancing-sexual-and-reproductive-health-and-rights-new-global-era>
2. OMS. Aborto def. 2020; Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/abortion>
3. Flanagan M. Alicia. Women's social and emotional experiences with abortion. [Internet] [Tesis de maestría] Smith College; 2012 [citado 18 de agosto de 2024]. Disponible en: <https://scholarworks.smith.edu/theses/1075>
4. Who.int. Salud sexual [Internet]. Organización Mundial de la Salud. [citado 18 de agosto de 2024]. Disponible en: <https://www.who.int/es/health-topics/sexual-health>
5. Agency of Sweden [Internet]. [citado 18 de agosto de 2024]. Disponible en: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/the-public-health-agency-of-sweden/living-conditions-and-lifestyle/sexual-health/>
6. Bearak J, Popinchalk A. Unintended pregnancy rates declined globally from 1990 to 2014 [Internet]. Guttmacher Institute. 2018 [citado el 29 de mayo de 2025]. Disponible en: <https://www.guttmacher.org/news-release/2018/unintended-pregnancy-rates-declined-globally-1990-2014>
7. Datos sobre el embarazo no deseado y aborto inducido en Colombia [Internet]. Guttmacher Institute. 2022 [citado el 29 de mayo de 2025]. Disponible en: <https://www.guttmacher.org/es/fact-sheet/datos-sobre-el-embarazo-no-deseado-y-aborto-inducido-en-colombia>
8. Sonia Ariza Navarrete · Viviana Bohórquez Monsalve · Josefina Brown Susana Chávez A. · Claudia Díaz Olavarrieta · José Manuel Morán Faúndes · Alejandra López Gómez · Mario Pecheny · Mónica Petracci Agustina Ramón Michel · Silvina Ramos · Nina Zamberlin. INVESTIGACIÓN SOBRE ABORTO EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE UNA AGENDA RENOVADA PARA INFORMAR POLÍTICAS PÚBLICAS E INCIDENCIA. Compiladora SR, editor : P. 177; 2015.
9. Primer aniversario del aborto libre en Colombia [Internet]. Oriéntame. 2023

- [citado el 30 de marzo de 2025]. Disponible en: <https://orientame.org.co/primer-aniversario-del-aborto-libre-en-colombia/>
10. Defensoría del Pueblo &, Fondo de Población de Naciones Unidas 2024., Informe Defensorial. Interrupción Voluntaria del Embarazo e Implementación de la Sentencia C-055 de 2022 [Internet]. Disponible en: <https://colombia.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/informe-web.pdf>
 11. RHUDA. Diagnóstico participativo sobre la garantía de los Derechos Sexuales y Reproductivos de las mujeres de Neiva, con énfasis en la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) 2015-2019. 2021.
 12. Zamberlin N. ESTIGMA Y ABORTO. En: Investigación sobre aborto en América Latina y El Caribe [Internet]. 2019. p. 173–90. Disponible en: <https://clacaidigital.info/bitstream/handle/123456789/675/Estigma%20y%20Aborto.pdf?sequence=5&isAllowed=y>
 13. Stålhandske ML, Makenzius M, Tydén T, Larsson M. Existential experiences and needs related to induced abortion in a group of Swedish women: a quantitative investigation. *J Psychosomf*
 14. Broen AN, Moum T, Bødtker AS, Ekeberg O. The course of mental health after miscarriage and induced abortion: a longitudinal, five-year follow-up study. *BMC Med*. 2005 Dec 12;3:18. doi: 10.1186/1741-7015-3-18. PMID: 16343341; PMCID: PMC1343574.
 15. Cepeda-Saavedra LJ, Gómez-Sánchez PI, Pardo-Mora YY. Experiencia vivida frente al aborto inducido en un grupo de mujeres en Bogotá, Colombia. *Rev Colomb Enferm* [Internet]. 2020;19(3), e026. <https://doi.org/10.18270/rce.v19i3.3055>
 16. Jorge Luis Herrera Herrera, Yolima Judith Llorente Pérez, Candelaria Isabel Padilla Choperena^{2,c}, Concepción Elena Amador Ahumada¹, Cleiver José Orozco Gómez. Interrupción voluntaria del embarazo: experiencia de un grupo de mujeres colombianas. *Dialnet*. 2024;7.
 17. Amber Jacob Alessio Robles GEGH. Experiencias y significados del aborto legal con medicamento en mujeres jóvenes en la Ciudad de México y Zona Metropolitana. *Scielo*. 2024;22.
 18. Danet AD. Experiencias emocionales en la interrupción voluntaria del embarazo. *Scielo*. 2019;13.
 19. Soto Perea FC. El estado de la salud sexual y reproductiva en América Latina y el Caribe: Una visión global. 2020.

20. Ramos S. Investigación sobre aborto en América Latina y El Caribe : una agenda renovada para informar políticas públicas e incidencia. Resumen ejecutivo. Estudios Demográficos y Urbanos [Internet]. 2016 [citado el 5 de junio de 2025];31(3):833–60. Disponible en: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0186-72102016000300833
21. Báez-Hernández F, Nava-Navarro V, Ramos-Cedeño L, Medina-López OM. El significado de cuidado en la práctica profesional de enfermería. Aquichan [Internet]. 2009 [citado el 30 de marzo de 2025];9(2):127–34. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972009000200002
22. de Brito Pitilin É, Banazeski AC, Bedin R, Gasparin VA. Cuidados de enfermería en situaciones de aborto inducido / provocado: una revisión integral de la literatura. Enferm Glob [Internet]. 2016 [citado el 5 de junio de 2025];15(43):439–51. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412016000300017
23. INC. Definición de gestación [Internet]. 2021. Disponible en: <https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionarios/diccionario-cancer/def/embarazo>
24. Glosario - Mujer gestante [Internet]. [citado 15 de agosto de 2024]. Disponible en: <https://www.minjusticia.gov.co/programas-co/conexion-justicia/Lists/Glosario/DispForm.aspx?ID=81&ContentTypeId=0x0100D1019FEA35E140B49EE2F9D98FF623BE004374DBD3BC22BD42BB79D9EAC4CC037D>
25. Resolución 051 de 2023. En: Ministerio de Salud y Protección Social [Internet]. Bogotá; 2023. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%20051%20de%202023.pdf
26. Guzmán-G C, Saucedo-R CL. EXPERIENCIAS, VIVENCIAS Y SENTIDOS EN TORNO A LA ESCUELA Y A LOS ESTUDIOS. Abordajes desde las perspectivas de alumnos y estudiantes. RMIE [Internet]. 28 de agosto de 2024 [Citado 28 de agosto de 2024]; 2015, 20(67), 1019-1054]. ISSN: 1405-6666. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=14042022002>
27. De psicólogos C. La experiencia psicológica: sensaciones, emociones y

- pensamientos. Scielo. 2020.
28. Salud psicoemocional [Internet]. Adolescere.es. [citado el 30 de marzo de 2025]. Disponible en: <https://www.adolescere.es/salud-psicoemocional/>
 29. Adrián DM. SIGNIFICADO DE LOS FACTORES SOCIALES Y CULTURALES EN EL DESARROLLO COGNITIVO. Dialnet. 2009;11.
 30. Sarasola J. Factores sociales [Internet]. 2024 [Citado 30 de agosto de 2024]. Disponible en: <https://ikusmira.org/p/factores-sociales>
 31. Corte Constitucional de Colombia. Sentencia C-355 2006. 2006 [consultado 2024 sep 16]. Disponible en: <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2006/c-355-06.htm>
 32. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 4905 de 2006: NORMA TÉCNICA IVE. 2006 [consultado 2024 sep 16]. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%204905%20de%202006.PDF
 33. Corte Constitucional de Colombia. Sentencia T-988 2007. 2007 [consultado 2024 sep 16]. Disponible en: <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2007/t-988-07.htm>
 34. Corte Constitucional de Colombia.SENTENCIA T-209 2008. 2008 [consultado 2024 sep 16]. Disponible en: <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2008/t-209-08.htm>
 35. Sentencia T-946 de 2009 Corte Constitucional - Gestor Normativo [Internet]. Gov.co. [citado el 27 de mayo de 2025]. Disponible en: <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=72675>
 36. Corte Constitucional de Colombia. Sentencia T-009 2009. 2009 [consultado 2024 sep 16]. Disponible en: <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2009/t-009-09.htm>
 37. Corte Constitucional de Colombia. Sentencia T-841 2011. 2011 [consultado 2024 sep 16]. Disponible en: <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2011/t-841-11.htm>
 38. Corte Constitucional de Colombia. Sentencia c-055 de 2022. 2022 [consultado 2024 sep 16]. Expediente D-13.956 Disponible en: <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2022/C-055-22.htm>
 39. OMS. Interrupción Voluntaria del Embarazo: definición. 2022; Disponible en: https://obtienearchivo.bcn.cl/obtienearchivo?id=repositorio/10221/21343/4/BCN%20Interrupcion%20voluntaria%20del%20embarazo_2015_FINAL_v3.pdf

40. Grass-C DE. Interrupción voluntaria del embarazo en Latinoamérica, superando barreras. 2020.
41. Tiseyra MV, Ortiz MV, Romero M, Abalos E, Ramos S. Barreras de acceso al aborto legal en el sistema público de salud de dos jurisdicciones de Argentina: Rosario y Ciudad Autónoma de Buenos Aires, 2019-2020. Salud colect. [Internet]. 2022 [citado 2024 Aug 28] ; 18: e4059. Disponible en: https://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-82652022000104059&lng=es. Epub 07-Dic-2022. <https://dx.doi.org/10.18294/sc.2022.4059>.
42. González-Q AI, Moreno-L DJ, Grass-C DE. Interrupción voluntaria del embarazo en Latinoamérica, superando barreras. Rev. Univ. Ind. Santander. Salud [Internet]. 2021 Dec [cited 2024 Aug 28] ; 53: e500. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-08072021000100500&lng=en. Epub Apr 01, 2021. <https://doi.org/10.18273/saluduis.53.e:21013>.
43. de las Mujeres Ana Cristina González Vélez Laura Castro LMP la V y. la S. Barreras de Acceso a la Interrupción Voluntaria del Embarazo en Colombia. gliphos, editor. 2021.
44. María CC, Bonachea Z, Alva López M del C. Depresión y estrés postraumático en mujeres con pérdidas gestacionales inducidas e involuntarias. Dialnet. 2023;56.
45. Ginecología y Obstetricia de México. Vol. 92. Nieto Editores; 2024.
46. Cardoso et al. EXPERIENCIAS ANTE EL ABORTO EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIAS DE QUERÉTARO, MÉXICO. Scielo [Internet]. 2023; Disponible en: <file:///C:/Users/DELL/Downloads/61209-Texto%20del%20art%C3%ADculo-210691-1-10-20231217.pdf>
47. Moreno López M, Flores Celis K, González-Forteza C, Saltijeral MT, Schiavon R, Collado ME, et al. Relationship between perceived stigma and depressive symptomatology in women who legally interrupt pregnancy in Mexico City. Salud Ment (Mex) [Internet]. 2019;42(1):25–32. Disponible en: https://iydt.wordpress.com/wp-content/uploads/2025/02/2_65_impacto-emocional-en-mujeres-que-se-indujeron-un-aborto-entre-los-18-y-25-anos_.pdf
48. Grove SK, Gray JR, Burns N. Understanding Nursing Research, Building an Evidence-Based Practice. Six Editio. St Louis: Elsevier Inc; 2018. 547 p.
49. Husserl, E. (1992). Artículo “fenomenología”. En: Invitación a la fenomenología.

Barcelona: Paidós, 35-73.

50. Kay A. Lopez DGW. QUALITATIVE HEALTH RESEARCH [Internet]. Boston College; 2004. Pages 726 - 728. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/8598343_Descriptive_Versus_Interpretive_Phenomenology_Their_Contributions_to_Nursing_Knowledge
51. Van Manen M. Researching Lived Experience, Human Science for an Action Sensitive Pedagogy [Internet]. New York: State University of New York Press; 1990. 219 p. Available from: http://www.ghbook.ir/index.php?name=فرهنگ_و_رسانه_های
52. Stewart L. Método de muestreo por conveniencia en la investigación [Internet]. ATLAS.ti. 2025 [citado el 26 de mayo de 2025]. Disponible en: <https://atlasti.com/es/research-hub/muestreo-de-conveniencia>
53. Gordon de Isaacs L. El análisis de datos en la investigación con el método fenomenológico. Enfoque, Rev científica Enfermería. 2017;XXI(17):134–41.
54. Guerrero-C RF, Menezes TMO, Prado ML. Características de la entrevista fenomenológica en investigación en enfermería. Rev. Gaúcha Enferm. [Internet]. 2017; Disponible en: <https://www.scielo.br/j/rgenf/a/GDjsMnYpgDBM5cL55msXpwg#>
55. Clark Moustakas. Phenomenological Research Methods. 1994. 160 p.
56. Wirihana L, Welch A, Williamson M, Christensen M, Bakon S, Craft J. Using Colaizzi's method of data analysis to explore the experiences of nurse academics teaching on satellite campuses. Nurse Res [Internet]. 2018;25(4):30–4. Disponible en: <https://www.proquest.com/openview/806158f5f917cebac86aab4d7e3506db/1?pq-origsite=gscholar&cbl=2042229>
57. Varela-R M, Vives-V T. Autenticidad y calidad en la investigación educativa cualitativa: multivocalidad. Inv Ed Med [Internet] 2016; Disponible en: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S2007-50572016000300191&script=sci_arttext
58. ASOCIACIÓN MÉDICA MUNDIAL. Declaración de Helsinki de la AMM – Principios éticos para las investigaciones médicas en participantes humanos [Internet]. wma.net. 2024. Disponible en: <https://www.wma.net/es/politicas-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/>
59. Universitat de Barcelona. EL INFORME DE BELMONT: PRINCIPIOS Y GUÍAS

- ÉTICOS PARA LA PROTECCIÓN DE LOS SUJETOS HUMANOS DE INVESTIGACIÓN COMISIÓN NACIONAL PARA LA PROTECCIÓN DE LOS SUJETOS HUMANOS DE INVESTIGACIÓN BIOMÉDICA Y DEL COMPORTAMIENTO [Internet]. Bioética i Dret. 1979. Disponible en: <https://www.bioeticayderecho.ub.edu/archivos/norm/InformeBelmont.pdf>
60. Protección de Datos Personales - Protección de Datos Personales [Internet]. Portal MEN - Presentación. [citado el 26 de mayo de 2025]. Disponible en: <https://www.mineducacion.gov.co/portal/micrositios-institucionales/Modelo-Integrado-de-Planeacion-y-Gestion/Data/387771:Proteccion-de-Datos-Personales>
61. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución número 8430 de 1993: Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. 4 de octubre de 1993. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/lists/bibliotecadigital/ride/de/dij/resolucion-8430-de-1993.pdf>
62. Universidad Surcolombiana. ACUERDO 014 DE 2018. 2018; [consultado 2024 sep 16].
63. de las Mujeres Bogotá Colombia. ACG-VLMP la V y. la S. La producción de conocimiento experto: un eje central en la implementación del aborto legal en Colombia. 2020; Disponible en: <https://www.scielo.br/j/csp/a/Jk7RRnvb3V3m6YxMsj7hKBK/?format=html&lang=es>
64. Hernández JAF. Impacto emocional en mujeres que se indujeron un aborto entre los 18 y 25 años. Innovación y Desarrollo Tecnológico Revista Digital [Internet]. 2025 [citado el 1 de diciembre de 2025];17(2):1–10. Disponible en: <https://research.rciueducation.org/es/publications/impacto-emocional-en-mujeres-que-se-indujeron-un-aborto-entre-los/>
65. Heller R, Purcell C, Mackay L, Caird L, Cameron ST. Barriers to accessing termination of pregnancy in a remote and rural setting: a qualitative study. BJOG [Internet]. 2016;123(10):1684–91. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1111/1471-0528.14117>
66. Rostagnol S. De la maternidad elegida a no ser madre (por ahora): anticoncepción y aborto en la vida de las mujeres. 2012; Disponible en: <https://www.scielo.br/j/sess/a/xtBJQbYZwtHSfDXXXHkyRMv/?format=html&lang=es>

67. Cockrill K. "I'm Not That Type of Person": Managing the Stigma of Having an Abortion. 2013; Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/263060601_I'm_Not_That_Type_of_Person_Managing_the_Stigma_of_Having_an_Abortion
68. Ruiseñor G, Elsa S. La corresponsabilidad ética de los varones frente al aborto. Desacatos [Internet]. 2005 [citado el 1 de diciembre de 2025];(17):33–56. Disponible en: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1607-050X2005000100003
69. Gómez y Carlos Delgado G. Significado de afrontar una interrupción voluntaria del embarazo tardía en mujeres que se realizaron el procedimiento en instituciones de salud de dos ciudades colombianas. 2023; Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74342023000300202
70. Reatiqui y Israel Cabrera A. Impacto psicológico y emocional de aborto inducido. Revisión sistemática. 2024; Disponible en: <https://revistasinstitutopectivasglobales.org/index.php/sanitas/article/view/481>.

ANEXOS

Anexo A. Cuestionario Minimental

MINI MENTAL STATE EXAMINATION (MMSE)

Basado en Folstein et al. (1975), Lobo et al. (1979)

NOMBRE:
FECHA:

F. NACIMIENTO:
N.H9:

VARÓN /
MUJER
EDAD

¿En qué año estamos?	0 - 1	ORIENTACIÓN TEMPORAL (Máx.5)
¿En qué estación?	0 - 1	
¿En qué día(fecha)?	0 - 1	
¿En qué mes?	0 - 1	
¿En qué día de la semana?	0 - 1	

¿En qué lugar estamos?	0 - 1	ORIENTACIÓN ESPACIAL (Máx.5)
¿En qué piso (o planta, sala, servicio)? NA	0 - 1	
¿En qué municipio (ciudad)?	0 - 1	
¿En qué departamento estamos?	0 - 1	
¿En qué país?	0 - 1	

Nombre tres palabras Peseta-Caballo-Manzana (o Balón-Bandera-Árbol) a razón de 1 por segundo. Luego se pide al paciente que las repita. Esta primera repetición otorga la puntuación. Otorgue 1 punto por cada palabra correcta, pero continúe diciéndolas hasta que el sujeto repita las 3, hasta un máximo de 6 veces. Peseta 0-1 Caballo 0-1 Manzana 0-1 (Balón 0-1 Bandera 0-1 Arbol 0-1)	N° de repeticiones necesarias FIJACIÓN-Recuerdo Inmediato (Máx.3)
Si tiene 30 pesetas y me va dando de tres en tres, ¿Cuántas le van quedando?. Detenga la prueba tras 5 sustracciones. Si el sujeto no puede realizar esta prueba, pídale que deletree la palabra MUNDO al revés. 30 0-1 27 0-1 24 0-1 21 0-1 18 0-1 O 0-1 D 0-1 N 0-1 U 0-1 M 0-1	ATENCIÓN-CÁLCULO (Máx.5)
Preguntar por las tres palabras mencionadas anteriormente Peseta 0-1 Caballo 0-1 Manzana 0-1 (Balón 0-1 Bandera 0-1 Arbol 0-1)	RECUERDO diferido(Máx.3)

Anexo B. Oficio aceptación de coinvestigación RHUDA



Neiva, Huila
01 de abril del 2025

GLORIA ALEJANDRA BERNATE TORRES
SANDRA LORENA MAYORGA SALINAS
Estudiantes de Séptimo de Semestre
Universidad Surcolombiana

ELIANA MARÍA QUINTERO TRUJILLO
Docente PTC-Programa de Enfermería
Facultad de Salud-Universidad Surcolombiana

Buenos días.

A través de la presente nos permitimos confirmar nuestra participación en el proyecto “Experiencias psico-emocionales y socioculturales de personas que accedieron a una IVE en el departamento del Huila durante el año 2023 y 2024”, en calidad de co-investigadoras. Así mismo, damos nuestro aval para continuar el proceso ante las instancias pertinentes.

Muchas gracias por la invitación y esperamos poder articular las acciones favorablemente para todas y sobre todo para la comunidad huilense, en defensa de los derechos sexuales y reproductivos.

Cordialmente,

Zulma Ximena Chamorro Rondón
Representante Legal, RHUDA

Erika Lisseth Saldarriaga Gonzáles
Coordinadora de Línea

Luisa Fernanda Torres Siatame
Coordinadora de Línea

Karla Oliva Ibáñez Perdomo
Coordinadora de Línea

Nathaly Salas Cubillos
Coordinadora de Línea

+57 322 3410702
+57 315 4540958

+57 315 6235121
rhudaneiva@gmail.com

Calle 16 #50C-79
Víctor Félix - Neiva, Huila

Anexo C. Cuestionario caracterización sociodemográfica

Caracterización sociodemográfica			
No	Ítems	No	Ítems
1	Edad: ____años	2	Estrato socioeconómico: 1__ 2__ 3_ 4__ 5__ 6__
3	Género: a. Masculino b. Femenino c. No binario d. Intersexual	4	Nivel de escolaridad: a. Primaria b. Bachillerato c. Técnico d. Tecnólogo e. Universidad f. Postgrado g. Ninguno
5	Profesión/ Ocupación: _____	6	Área de residencia a. Urbana b. Rural
7	Ingresos mensuales a. Menos de 1 smmlv b. 1 smmlv c. Entre 1 y 2 smmlv d. Entre 2 y 3 smmlv	8	Régimen de salud a. Subsidiado b. Contributivo c. Régimen especial
9	¿Pertenece a un grupo étnico? a. Indígenas	10	¿Presenta alguna discapacidad? a. Visual b. Auditiva

	b. Afrodescendientes c. Romanos d. Migrantes e. Ninguno		c. Motora d. Cognitiva e. Ninguna
--	--	--	---

Anexo D. Preguntas orientadoras de la entrevista

Experiencias psico-emocionales y socioculturales de personas que accedieron a la IVE durante los años 2023 y 2024 en el Departamento del Huila

Preguntas orientadoras de la entrevista

- ¿Cómo fue su experiencia alrededor de la interrupción voluntaria del embarazo en el aspecto emocional?
- ¿Cómo fue su experiencia alrededor de la interrupción voluntaria del embarazo relacionada con su dinámica familiar y social?
- ¿Cómo fue su experiencia alrededor de la interrupción voluntaria del embarazo relacionada con su concepto de sí y sus creencias?

Anexo E. Oficio aportes organización RHUDA



Neiva, Huila
20 de mayo del 2025

GLORIA ALEJANDRA BERNATE TORRES
SANDRA LORENA MAYORGA SALINAS
Estudiantes de Séptimo Semestre – Programa de Enfermería
Universidad Surcolombiana

ELIANA MARÍA QUINTERO TRUJILLO
Docente PTC-Programa de Enfermería
Facultad de Salud-Universidad Surcolombiana

Cordial saludo.

Por medio de esta comunicación hacemos aclaración sobre el aporte desde RHUDA para el desarrollo del proyecto “Experiencias psico-emocionales y socioculturales de personas que accedieron a una IVE en el departamento del Huila durante el año 2023 y 2024”, del cual la organización es coinvestigadora. Para lo cual manifestamos:

Apoyo a proceso de convocatoria de participantes

- En vista de la trayectoria de la organización y el reconocimiento en la región, nos comprometemos a apoyar el proceso de convocatoria de las participantes, para lo cual colocamos a disposición nuestras redes sociales y el apoyo estratégico de nuestra línea de comunicaciones para el diseño y divulgación de información de dicha convocatoria, así mismo, manifestamos el compromiso con la protección de datos y la garantía de la privacidad.
- Por otro lado, abriremos espacios para la convocatoria en los encuentros colectivos que RHUDA desarrolle, incluyéndola en los protocolos organizativos de las actividades.

Apoyo a salidas de campo intermunicipales

- Para las salidas de campo a entrevistas fuera de la ciudad de Neiva, la organización se compromete a financiar el transporte de dos investigadoras de la universidad.

Apoyo al proceso de análisis de la información y construcción de productos

- La organización se compromete a acompañar el proceso de análisis de información cualitativa para lo cual coloca a disposición a dos investigadoras.

+57 322 3410702
+57 315 4540958

+57 315 6235121
rhudaneiva@gmail.com

Calle 16 #50C-79
Víctor Félix - Neiva, Huila



RHUDA

Red Huilense de Defensa y Acompañamiento
en Derechos Sexuales y Reproductivos
NIT - 901578415-6

Se compromete además a apoyar la construcción del policy brief y de los productos para divulgación científica.

Por último, estamos atentas a otros requerimientos y reafirmamos nuestra disposición para este proyecto de tan alta pertinencia e impacto en la región.

Cordialmente,

Zulma Ximena Chamorro Rondon
Representante Legal, RHUDA

Erika Lisseth Saldarriaga Gonzáles
Coordinadora de Línea

Luisa Fernanda Torres Siatame
Coordinadora de Línea

Karla Oliva Ibáñez Perdomo
Coordinadora de Línea

Nathaly Salas Cubillos
Coordinadora de Línea

+57 322 3410702
+57 315 4540958

+57 315 6235121
rhudaneiva@gmail.com

Calle 16 #50C-79
Víctor Félix - Neiva, Huila

Anexo F. Guía de transcripción

CONVENCIONES	
(Risas)	Risas
(Rndo:)	Risas durante el habla. Después de los dos puntos la intervención afectada por la risa.
(Tos)	Tos
(ajá, uhum, hum, mm)	Sonidos de asentimiento: del tipo ajá, uhum, hum, mm, etc.
(---)	Silencios
¡!	Enunciados exclamativos
¿?	Enunciados interrogativos
/	Pausa mínima
//	Pausa
(///)	Interrupción de la grabación
...	Pausa final de enunciado sin terminar o con entonación suspendida.
=	Autointerrupción o abandono del enunciado (el hablante no continúa con la idea anterior).
<u>Énfasis</u>	Fragmento con pronunciación claramente enfática
(→)	Alargamiento de sonido (sin espacios)
(Pal/abra cort/ada)	Palabra cortada
(~)	Vacilación; titubeo breve
(Ininteligible)	Fragmento ininteligible
#	Pausa no prosódica sin intención expresiva (Ej. cuando hablante está pensando una palabra o lo que va a decir).
Xxx	Fragmentos ininteligibles.
(cursiva)	Aclaraciones o aportes del entrevistador

Adaptada de: Bejarano D, Llanos A, Rubio R y Bonilla J. Protocolo de Transcripción Ortográfica. Instituto Caro y Cuervo. 2018. Y de Convenciones de Transcripción CORPUS ELE.

Anexo G. Memorando No. 082



UNIVERSIDAD
SURCOLOMBIANA
NIT: 891180084-2



CONSTRUYAMOS
UNIVERSIDAD
PARA EL DESARROLLO Y EL BUEN VIVIR

2-1-04-COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN Y BIOÉTICA DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD (CEIB) MEMORANDO No. 082

Neiva, 16 de junio de 2025

PARA: ELIANA MARÍA QUINTERO TRUJILLO - Tutora/Coordinadora del proyecto
ZULMA XIMENA CHAMORRO RONDÓN (Integrante RHUDA) - Co-ejecutor
ERIKA LISSETH SALDARRIAGA GONZÁLEZ (Integrante RHUDA) - Co-ejecutora
KARLA OLIVA IBÁÑEZ PERDOMO (Integrante RHUDA) - Co-ejecutora
LUISA FERNANDA TORRES SIATAME (Integrante RHUDA) - Co-ejecutora
NATHALY SALAS CUBILLOS (Integrante RHUDA) - Co-ejecutora
GLORIA ALEJANDRA BERNATE TORRES - Estudiante Enfermería
SANDRA LORENA MAYORGA SALINAS - Estudiante Enfermería

DE: WILMER BOTACHE CAPERA
Presidente del CEIB

ASUNTO: Respuesta a solicitud de revisión por parte del CEIB

Cordial saludo,

En respuesta a su solicitud, radicada ante el Comité de Ética en Investigación y Bioética de la Facultad de Ciencias de la Salud inicialmente el día 2 de abril de 2025 y actualizada el día 26 de mayo de 2025 con los ajustes solicitados por el Comité; considerando las revisiones previas según Acta No. 017 CEIB, Memorando No. 071 CEIB y Acta No.018 CEIB (Memorando No. 079 CEIB), luego de estudiar nuevamente el proyecto de investigación **“Experiencias psico-emocionales y socioculturales de personas que accedieron a la Interrupción Voluntaria del Embarazo durante los años 2023 y 2024 en el Departamento del Huila”** y sus anexos, en la sesión extraordinaria del 11 de junio de 2025 se definió aprobar y dar aval al proyecto, ya que se verificó que se tuvieron en cuenta las observaciones y/o sugerencias propuestas por el Comité.

Es de anotar que se deben radicar ante el Comité las copias de los informes parcial y final de la ejecución del proyecto de investigación.

Agradecemos la atención prestada. Su liderazgo, dedicación, esfuerzo y compromiso son fundamentales para el desarrollo de su proyecto.

Cordialmente,

WILMER BOTACHE CAPERA
Presidente del CEIB
Facultad de Salud

Vigilada Mineducación

Anexo H. Consentimiento informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO

FACULTAD DE ENFERMERÍA

UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA

Este consentimiento informado se encuentra ligado al Proyecto de investigación denominado: **Experiencias psico-emocionales y socioculturales de personas que accedieron a la IVE durante el año 2023**; Liderado por Gloria Alejandra Bernate y Sandra Mayorga Salinas, asesorado por la profesora Eliana María Quintero Trujillo, de la Facultad de Enfermería de la Universidad Surcolombiana, contando con la coinvestigación de Red Huilense de Defensa y Acompañamiento en Derechos Sexuales y Reproductivos (RHUDA).

El presente documento, tiene como finalidad darle a conocer las etapas en las que se desarrollará el trabajo y proporcionar la información suficiente relacionada con el estudio en el que usted participará, el cual tiene por objetivo: Comprender las experiencias psico-emocionales y socioculturales de personas que accedieron a una IVE en el departamento del Huila durante el año 2023 y 2024 , el cual se logrará mediante una entrevista a profundidad.

Tenga presente que, si usted tiene preguntas u observaciones como participante en esta investigación, podrá realizarlas cuando lo requiera. Para esto se podrá comunicar con las investigadoras principales Gloria Alejandra Bernate su celular 3162902300 y Sandra Lorena Mayorga al celular: 3176192725.

Propósito del estudio: Comprender las experiencias psico-emocionales y socioculturales de personas que accedieron a una IVE en el departamento del Huila durante los años 2023 y 2024.

Procedimientos: Su participación es totalmente voluntaria y es muy valiosa para nosotros. Si usted acepta participar es importante que sepa que en ningún momento será juzgada (o) por sus opiniones. A continuación, se le informará algunos aspectos importantes y que serán de interés para usted como participante de este estudio.

Dadas las características del estudio usted será invitado a responder una entrevista a profundidad que será aplicada por el grupo investigador.

Los resultados de este estudio serán publicados en revistas científicas y presentados en eventos académicos, manteniendo siempre la confidencialidad de los participantes.

Si en algún momento durante el desarrollo de la entrevista el participante se siente incómodo, puede comunicarlo e inmediatamente la entrevista será interrumpida. Usted como participante se puede retirar del estudio en el momento que lo desee o lo considere pertinente. Su desistimiento por participar en el estudio no llevará ninguna consecuencia negativa.

Beneficios: Al describir las experiencias psicoemocionales y socioculturales, con el fin de brindar orientación a aquellas personas que estén cursando o que cursarán por una IVE, esta orientación puede facilitar la toma de las decisiones informada. El impacto social de la investigación, podrá beneficiar de forma indirecta a las personas que acceden o acceden a una IVE.

Riesgos: Los riesgos asociados al proyecto de investigación son mínimos y se relacionan con las situaciones de crisis emocionales que puedan enfrentar las participantes en las entrevistas, para lo cual se construyó una ruta de acción.

Confidencialidad: Sus datos personales incluyendo su nombre serán anonimizados, por lo tanto, no aparecerán en las entrevistas ni en otro documento resultado de esta investigación. Las entrevistas solo serán manipuladas por el grupo investigador. La información que se recopile de las entrevistas solo será utilizada para fines de esta investigación.

De acuerdo con lo anterior, YO _____, identificado(a) con (tipo de documento: CC o CE) N° _____ de _____, declaro que estoy dispuesto(a) a participar voluntariamente en el estudio y tengo en cuenta que en cualquier momento puedo solicitar información adicional, así como suspender mi participación en el mismo, independientemente de la etapa de desarrollo en que se encuentre.

Soy consciente que la información suministrada para el estudio tiene carácter confidencial y sólo será utilizada por los autores con fines académicos; se guardará la fidelidad de los datos, bajo parámetros de reserva.

En constancia de lo anterior, informo que he leído los aspectos mencionados y he tenido la oportunidad de preguntar y aclarar cualquier duda sobre mi participación en el estudio, obteniendo una respuesta satisfactoria. Adicionalmente, aclaro que no exigiré ningún tipo de

retribución económica o material por contribuir con información a los investigadores, co-investigadores ni a la Universidad.

Consiento mi participación:

Nombre de participante: _____

Firma del participante _____

Fecha _____

Firma de investigador principal: _____

Anexo I. Desistimiento informado

UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA

FACULTAD DE SALUD. PROGRAMA DE ENFERMERÍA

DESISTIMIENTO INFORMADO

Yo _____ identificado con cédula de ciudadanía número _____ de la ciudad de _____ he participado voluntariamente en el estudio “Experiencias psico-emocionales y socioculturales de personas que accedieron a la IVE durante los años 2023 y 2024 en el Departamento del Huila” hasta el día de hoy (día__ / mes __ / año____), donde haciendo uso de mi derecho a retirarme voluntariamente en cualquier etapa de desarrollo del estudio, sin que esto ocasione ningún tipo de represalia contra mí, decido a partir de este momento no participar más en esta investigación, siendo mis motivos de desistimiento los siguientes:

Como constancia del desistimiento en la participación de este estudio firman a continuación:

Firma de la persona que desiste de su participación en el estudio

CC. _____

Fecha: _____

Firma de uno de los investigadores

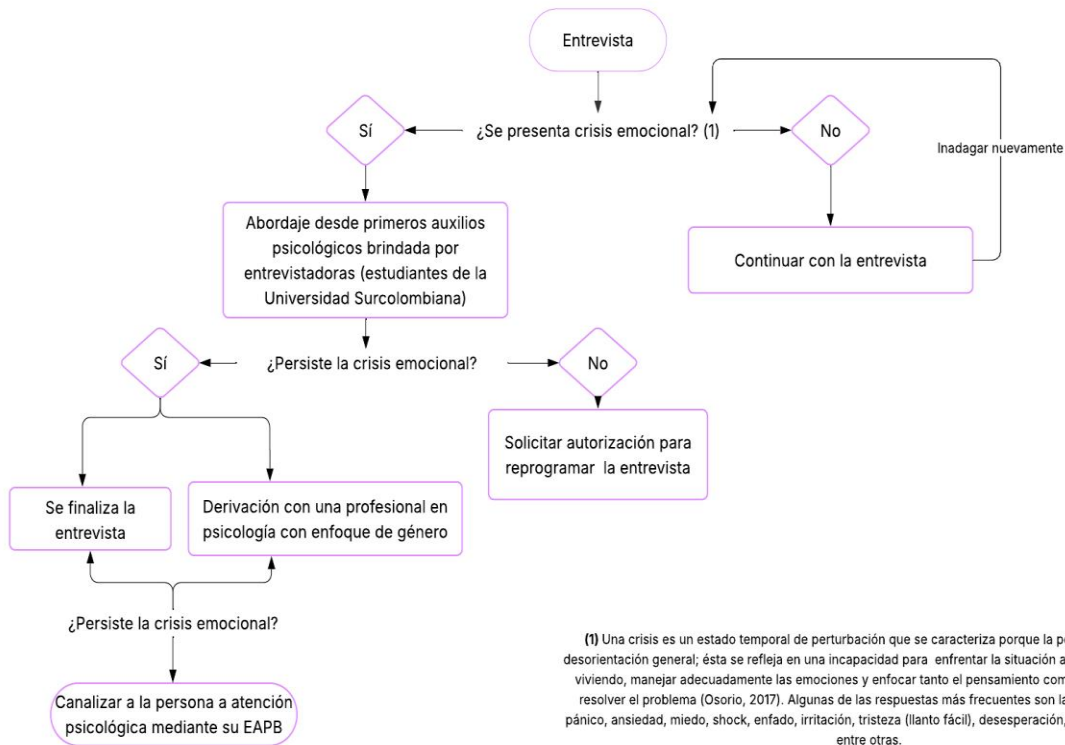
CC. _____

Fecha: _____

Anexo J. Ruta ante crisis psicoemocionales



RUTA ANTE CRISIS EMOCIONALES



(1) Una crisis es un estado temporal de perturbación que se caracteriza porque la persona presenta desorientación general; ésta se refleja en una incapacidad para enfrentar la situación adversa que se está viviendo, manejar adecuadamente las emociones y enfocar tanto el pensamiento como la conducta en resolver el problema (Osorio, 2017). Algunas de las respuestas más frecuentes son las reacciones de pánico, ansiedad, miedo, shock, enfado, irritación, tristeza (llanto fácil), desesperación, hostilidad, rencor, entre otras.

Tomado del la Guía de Primeros Auxilios Psicológicos para Víctimas de Violencias de Género, de RHUDA, basado en: Francisco O. Revista de la Asociación Latinoamericana para la Formación y Enseñanza de Psicología. 2017.

Construcción conjunta por investigadoras de la Universidad Surcolombiana y organización RHUDA.

Anexo K. Certificado primeros auxilios psicológicos de las estudiantes investigadoras que realizarán las entrevistas



68278afb-0a78-4a2a-82c1-0c4dac1f5974

Certificado de Participación

La Organización Panamericana de la Salud
certifica que:

Gloria Alejandra Bernate Torres

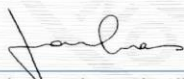
ha participado y aprobado el Curso Virtual:

Primera ayuda psicológica (PAP) en el manejo de emergencias

Ofrecido a través del Campus Virtual de Salud Pública

Horas: 10 - Porcentaje de aprobación: 81,25 %

16 de mayo de 2025


Dr. Jarbas Barbosa da Silva Jr.
Director



*La autenticidad de este certificado se puede verificar en <https://campus.paho.org/mooc/mod/simplecertificate/verify.php?code=68278afb-0a78-4a2a-82c1-0c4dac1f5974>



682e84f0-41d0-4e5c-9778-15acac1f5fcd

Certificado de Participación

La Organización Panamericana de la Salud
certifica que:

Sandra Lorena Mayorga Salinas

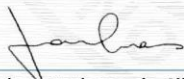
ha participado y aprobado el Curso Virtual:

Primera ayuda psicológica (PAP) en el manejo de emergencias

Ofrecido a través del Campus Virtual de Salud Pública

Horas: 10 - Porcentaje de aprobación: 84,00 %

21 de mayo de 2025


Dr. Jarbas Barbosa da Silva Jr.
Director



*La autenticidad de este certificado se puede verificar en <https://campus.paho.org/mooc/mod/simplecertificate/verify.php?code=682e84f0-41d0-4e5c-9778-15acac1f5fcd>