



INVESTIGACIÓN ORIGINAL

<https://doi.org/10.18597/rcog.4016>

Significado de afrontar una interrupción voluntaria del embarazo tardía en mujeres que se realizaron el procedimiento en instituciones de salud de dos ciudades colombianas

Meaning of having to cope with voluntary termination of late pregnancy in women undergoing the procedure in healthcare institutions of two Colombian cities

Joaquín Guillermo Gómez-Dávila, MD, MSc, PhD¹; Carlos Enrique Yepes-Delgado, MD, MSc, PhD¹

Recibido: 29 de marzo de 2023 / Aceptado: 26 de julio de 2023

RESUMEN

Objetivos: el aborto es un derecho en salud sexual y reproductiva de la mujer en Colombia, sin embargo no toda la sociedad colombiana reconoce este derecho. Este trabajo busca comprender la transformación de los significados después de haber afrontado una interrupción voluntaria del embarazo tardía, en mujeres residentes en Colombia, y su interacción con familiares, amigos y sistema de salud.

Materiales y métodos: investigación hermenéutica desde un paradigma constructivista, el análisis se hizo desde una perspectiva feminista con técnicas de la teoría fundamentada: codificación, categorización y comparación constante. Se realizaron 19 entrevistas semiestructuradas a 18 mujeres residentes en Colombia que se sometieron a interrupción voluntaria del embarazo tardía definida por ser una gestación mayor a 20 semanas, acompañada de feticidio e inducción de parto, en dos ciudades colombianas, entre 2016 y 2020. Además, se realizaron dos grupos focales, uno con algunas

de las entrevistadas, y otro con feministas expertas para triangular la información emergente del proceso investigativo y profundizar los hallazgos.

Resultados: las mujeres tenían un significado negativo y contrario sobre la interrupción voluntaria del embarazo, pero cuando se encuentran inmersas en una situación que las obliga a terminar con la gestación, contravienen los significados propios y los de su sociedad y buscan justificaciones que les ayuden a mantener la decisión. Esta confrontación las hace reflexionar profunda e íntimamente y las lleva a transformar sus vidas.

Conclusiones: los significados sobre el aborto, en las mujeres que se realizan interrupción voluntaria del embarazo tardía, generalmente son contrarios a este derecho en salud sexual y reproductiva. Posterior al evento estos significados se transforman por medio de la reflexión consciente de las mujeres al tener que enfrentar sus propios significados y los de la sociedad.

Palabras clave: salud reproductiva; aborto legal; derechos sexuales y reproductivos; solicitantes de aborto; violencia contra la mujer; aborto inducido; violencia de género; violencia obstétrica.

* Correspondencia: Joaquín Guillermo Gómez-Dávila. Dirección: calle 20 C sur # 3-101. Envigado, Antioquia. joaquin.gomez@udea.edu.co

1. Profesor, Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia, Medellín (Colombia).

ABSTRACT

Objectives: As part of sexual and reproductive health, abortion is a woman's right in Colombia. However, not all the members of Colombian society recognize this right. The aim of this work is to understand the transformation of meanings after having to cope with voluntary termination of late pregnancy in women living in Colombia, as well as their interaction with family and friends and the health system.

Material and methods: Hermeneutic research undertaken within a constructivist paradigm and analyzed from a feminist perspective using grounded theory techniques: coding, categorization and constant comparison. Nineteen semi-structured interviews were conducted among 18 women living in Colombia who underwent voluntary termination of late pregnancy defined as more than 20 weeks of gestation, accompanied by feticide and labor induction, in two Colombian cities between 2016 and 2020. Besides, two focus groups were conducted, one with some of the interviewees and another with feminist experts in order to cross-reference the information derived from the research process and delve deeper into the findings.

Results: Women attached a negative and opposite meaning to voluntary termination of pregnancy, but once they found themselves in a situation that forced them to put an end to gestation, they transgressed their own meanings and those of society to find justifications to help them uphold their decision. This confrontation brought them to a place of profound and intimate reflection and led them to transform their lives.

Conclusions: Meanings regarding abortion in women who undergo late pregnancy termination are usually contrary to this right in sexual and reproductive health. After the event, these meanings become transformed through a process of conscious reflection as women come face-to-face with their own meanings and those of society.

Keywords: Reproductive health; legal abortion; reproduction right; abortion applicant; violence against women; induced abortion; gender-based violence; obstetric violence.

INTRODUCCIÓN

La guía de la Organización Mundial de la Salud (OMS) sobre interrupción voluntaria del embarazo (IVE) desde 2012 recomienda, en embarazos superiores a 20 semanas, realizar feticidio y posterior inducción del parto, procedimiento que denominaremos IVE tardía (IVET) (1).

La Corte Constitucional colombiana, en el año 2006, emitió la Sentencia C-355 que despenalizó el aborto en tres circunstancias (riesgo para la vida o la salud de la mujer, malformación fetal incompatible con la vida extrauterina, y embarazo producto de violación, incesto o inseminación no consentida). La Corte no fijó en ese momento un límite para la IVE, lo que implica que la mujer tiene derecho a este procedimiento hasta el último día de embarazo (2), esto crea la necesidad de resolver situaciones de IVE con edades gestacionales avanzadas. En el año 2022, la misma Corte emitió la Sentencia C-055 que permite que la mujer tome libremente la decisión de abortar hasta la semana 24 de gestación (3), sin embargo, a partir de la semana 25 aún rigen las causales de la Sentencia C-355. Esta investigación es previa a la sentencia de 2022, por consiguiente, se rige por las causales de la Sentencia C-355 de 2006.

Se estima que aproximadamente el 1 al 2 % de todas las solicitudes de IVE en Colombia requieren la realización de feticidio e inducción del parto (4), sin embargo, son pocas las instituciones que prestan este servicio en el país, lo que genera dificultades en el acceso y en el proceso de atención (4,5). Las complicaciones del aborto seguro son bajas a pesar de que se presenta un leve incremento con el aumento de la edad gestacional (6). Las consecuencias psicológicas del aborto seguro en el primer y segundo trimestre son bajas y la mayoría de las mujeres no presentan ningún malestar psicológico (7), sin embargo, la IVET, que implica dar muerte al feto *in útero* y su posterior parto, puede generar un mayor sufrimiento, como lo soportan estudios en otros países, donde las mujeres manifestaron un dolor psicológico indescriptible, con deseos de morir, y consideran la experiencia como inaceptable (8-10). Estos significados podrían ser diferentes en

cada sociedad, lo que genera una vivencia única y significativa de esta situación para ellas y para su círculo más cercano.

La construcción de significado es un hecho intersubjetivo en la interacción de la mujer con los demás miembros de su sociedad ante un evento, en este caso frente a la IVET. El significado se transforma como consecuencia de la interacción de los devenires históricos de las personas que sufren los acontecimientos y de las personas externas que no viven la experiencia y solo la están observando (11). De esta manera, el significado cambia como resultado de la reflexión interna acerca de los sentimientos propios de la vivencia y los de la sociedad hacia el evento.

La sociedad colombiana es conservadora y religiosa, donde la práctica obstétrica mistifica la maternidad y condena el aborto (4,5,12). En consecuencia, los significados asignados por la sociedad sobre la mujer, la maternidad y la IVET son contrarios a los derechos sexuales y reproductivos y la transformación de estos permitiría la modificación de la práctica médica. Por consiguiente, es importante conocer estos significados, no obstante, es poco lo que se conoce en nuestro medio al respecto, de hecho, identificamos muy pocas en el mundo (8-10) y ninguna en Colombia.

Por lo tanto, el objetivo de este estudio fue comprender la transformación de los significados al haber afrontado una interrupción voluntaria del embarazo tardía, con los procedimientos que implica, en mujeres residentes en Colombia y su interacción con familiares, amigos y sistema de salud.

MATERIALES Y MÉTODOS

Diseño y población. Investigación hermenéutica desde un paradigma constructivista, que utilizó técnicas de la teoría fundamentada (TF), como la codificación, la categorización y la comparación constante (13). La TF es un método inductivo, deductivo y abductivo, pues parte de la observación individual, elabora una teoría que vuelve a ser contrastada con los datos, además de conexiones producto del conocimiento profundo de estos (14). Se basa en la

escuela sociológica del interaccionismo simbólico (IS), que plantea que el comportamiento de las personas es explicado por los significados que los fenómenos tienen para ellas, estos son construidos intersubjetivamente y se pueden modificar por la propia interpretación (15). En consecuencia, como la investigación aborda los significados de las mujeres que se sometieron a la IVET, la TF y el IS constituyen la herramienta y la teoría sociológica por emplear (16). Adicionalmente, se utilizó la perspectiva feminista de Sandra Harding que contempla que la pregunta de investigación provenga del mundo de las mujeres; que el investigador esté a favor de ellas; y que esté situado en el mismo plano crítico que el objeto de estudio: las mujeres y sus significados de la IVET (17).

La población estuvo constituida por mujeres mayores de 18 años residentes en Colombia, sin discapacidad mental certificada por psicología, a quienes se les realizó una IVET entre 2016 y 2020. Ellas fueron atendidas por el médico investigador, quien presta atención a mujeres de todo el país, pertenecientes a los diferentes regímenes del Sistema General de Seguridad Social en Colombia (SGSSC).

Los investigadores son hombres, uno de ellos ginecobstetra, que fue el que realizó las asistencias cardiacas fetales en ambas instituciones, pidió autorización a las mujeres para ser llamadas e invitadas a participar de la investigación y realizó las entrevistas. El otro investigador es médico, doctor en epidemiología y con amplia experiencia en investigación cualitativa. Ambos investigadores están a favor de la IVET y de las mujeres, pues consideran que son seres autónomos y responsables de sus propias decisiones, igual que los hombres. Estas características les permitieron cumplir con los postulados de la investigación feminista (17), a pesar de ser hombres, lo que los facultó para tener una visión comprensiva de las participantes y elaborar una investigación desprovista de prejuicios morales, hecho que influyó en la confrontación y toma de conciencia frente a las construcciones que se usaron como puntos de partida, así como las decisiones tomadas a lo largo de la investigación.

En una primera etapa, el muestreo fue por conveniencia (18). Se seleccionaron mujeres de las bases de datos de las dos instituciones de salud que vivieran en diferentes departamentos del país y con tiempos diversos entre la IVET y la entrevista. Se asumió que el tiempo prolongado entre la IVET y la entrevista no era relevante dado lo significativo del evento. Posteriormente, el muestreo fue teórico de acuerdo con las necesidades de información detectadas en el análisis inicial, seleccionando mujeres conocidas por los investigadores para profundizar en los temas que emergieron (19).

Procedimiento. Con las mujeres seleccionadas se concertó la fecha, el lugar y la hora de la entrevista. Las entrevistas se realizaron en las poblaciones de residencia de las mujeres, en un lugar seleccionado por ellas, como bibliotecas, hoteles y parques. Previa a la entrevista, se explicó detalladamente el consentimiento informado: el objetivo de la investigación, la confidencialidad, los derechos que tenían y los riesgos identificados, como la posibilidad de una crisis emocional —para lo cual se haría contención y apoyo—, y la posibilidad de retirarse libremente de la entrevista. Para participar se requería la firma del consentimiento informado.

El guion de la entrevista fue elaborado por los investigadores, probado por mujeres estudiantes de medicina y, posteriormente, por una mujer que se había realizado la IVET. Se hicieron los ajustes pertinentes al guion, además se calificó la capacidad del investigador para realizar las entrevistas. La recopilación y el análisis de datos se llevaron a cabo simultáneamente, tras las primeras once entrevistas semiestructuradas.

En la entrevista se dejó hablar libremente a la mujer y se realizaron preguntas adicionales para aclarar apartes del relato. Todas las entrevistas fueron grabadas previa autorización de la participante. Las entrevistas fueron transcritas y ambos investigadores verificaron la coincidencia entre los audios y las transcripciones, tanto de las entrevistas como de los grupos focales. Se obtuvieron los primeros códigos y categorías propias de la TF. Luego se modificó el guion de entrevista con el fin de profundizar de

acuerdo con los asuntos emergentes y se realizaron ocho entrevistas más (una mujer fue entrevistada de nuevo), con lo que se logró avanzar hacia la saturación de las categorías.

Para contrarrestar la perspectiva de los investigadores y garantizar su objetividad, la codificación fue realizada por ambos expertos, se trianguló la información (20) emergente con las notas de campo y los memos teóricos, así como con dos grupos focales, uno con mujeres participantes en el estudio realizado en la ciudad de Medellín, y otro con feministas expertas en IVE en la ciudad de Cali, lo que ratificó la consistencia y la relevancia de los hallazgos. Los grupos focales fueron conducidos por ambos investigadores.

Durante todo el proceso se verificó la calidad de las transcripciones de las entrevistas y la calidad y pertinencia de los códigos por parte de los dos investigadores, y en el momento analítico se contrastaron los relatos de las entrevistas con los códigos y las categorías emergentes, la información de los grupos focales, las notas de campo, las teorías revisadas durante el ejercicio y los puntos de vista de los investigadores (20).

Variables medidas. Las entrevistas incluían variables cuantitativas, tales como: edad, años de escolaridad, estado civil, número de hijos, lugar de residencia, creencia religiosa, semanas de gestación al momento de la IVET y la causal para la IVET; se evaluaron tres momentos, el primero indagó por los significados de la IVE antes de presentarse la situación, las circunstancias que llevaron a la decisión y los motivos que llevaron a que la IVE fuera tardía. El segundo indagó por la experiencia de la realización de la asistolia cardiaca fetal y la inducción del parto, y el tercero por los significados de la IVET luego de su realización.

Análisis cualitativo. Se realizó con el método comparativo constante (21), como proceso interactivo, iterativo y sistemático que involucró códigos, categorías y referencias teóricas, sumados a la reflexividad de los investigadores (22). El análisis comprendió tres momentos, uno descriptivo, otro analítico y el último interpretativo (13). El primero

incluyó la codificación abierta, donde se identifican los conceptos o códigos basados en la teoría, y se descubren las propiedades y dimensiones en los relatos de las participantes. Estos códigos se agruparon en categorías descriptivas que son conceptos que representan fenómenos (miedo, vergüenza, estigma, ausencia de respeto por los derechos de la mujer, violencia obstétrica, entre otros) y, dentro de estos, se identificaron propiedades o características, y sus dimensiones, que explican la variación y los matices de cada categoría.

El momento analítico permitió el surgimiento de las categorías analíticas por medio de la codificación axial que relaciona el eje central de una categoría con sus propiedades y dimensiones. A partir de este proceso se pudieron identificar fenómenos emergentes con sus contextos, causas, relaciones de acción-interacción y consecuencias, lo que lo convirtió en el insumo para la construcción de una matriz paradigmática propia de la TF (13).

En el momento interpretativo, mediante la codificación selectiva se logró un refinamiento de la categoría o fenómeno central y su integración con la teoría, proceso de abstracción que refleja lo que ocurre con muchas mujeres que viven esa misma experiencia, y que da cuenta de procesos psicológicos y sociales más generales. Estos hallazgos fueron discutidos y validados con ambos grupos focales.

Aspectos éticos. El protocolo del estudio y el consentimiento informado fueron aprobados por el Comité de Ética en Investigación de la Facultad Nacional de Salud Pública de la Universidad de Antioquia en el acta CI 00440 de noviembre de 2017. Se garantizó la confidencialidad de las participantes sustituyendo el nombre y apellido por un sistema de códigos numéricos que solo conocían los investigadores; adicionalmente, las entrevistas fueron fragmentadas y codificadas, lo que impidió el reconocimiento de las participantes. La información se guardó en el Google Drive de la Universidad de Antioquia que cuenta con su protocolo de seguridad.

Se instauró la intervención psicológica para todas las mujeres, independientemente de que decidieran participar o no de la investigación.

RESULTADOS

Entre 2016 y 2020 se atendieron 1.370 mujeres que solicitaron IVE en las dos instituciones, de las cuales a 1.151 se les realizó una IVET y fueron elegibles para participar en la investigación. Se seleccionaron 18 mujeres. No hubo mujeres que rechazaran participar.

La mediana de la edad de las mujeres que se hicieron IVET fue de 23 años, con un percentil 25 y 75 de 20 y 29 años. El 63,3 % de las mujeres que se realizaron una IVET tenía educación secundaria, el 27,5 % tenía educación universitaria, el 6,3 % tenía educación primaria, el 0,4 % no tenían ninguna educación y en el 3,5 % no se contó con esta información. De las mujeres entrevistadas el 58 % tenía secundaria y el 42 % eran universitarias. Las características de las 18 mujeres entrevistadas se presentan en la tabla 1.

Hallazgos finales del proceso de codificación y abstracción, y su correlación con la construcción de una teoría sustantiva que permite comprender los hallazgos

Las mujeres tenían un significado negativo y contrario sobre la IVE y nunca la habían considerado en su vida, pero cuando se encontraron inmersas en una situación adversa, que las llevó a tomar la decisión de contravenir los significados propios y de su sociedad, se enfrentaron a una construcción social y cultural que considera la IVET como algo pecaminoso, reprobable e injustificable, un tema tabú y, en consecuencia, surgieron los comentarios desobligantes, condenatorios, estigmatizantes por parte de personas cercanas y desconocidas, incluido el personal de la salud que se siente con el derecho de juzgar y condenar a las mujeres.

Esta confrontación, incluso con sus propios significados sobre la IVE, las hizo reflexionar profunda e íntimamente sobre su relación consigo mismas y también con los demás, lo que las llevó a buscar y encontrar justificaciones suficientes que reforzaran su decisión de interrumpir el embarazo. Como consecuencia de estos significados de la sociedad sobre la IVE, esta experiencia se vivió en secreto y profunda soledad, pues de lo contrario

Tabla 1.
Características sociodemográficas de mujeres que se sometieron a una IVET en dos instituciones de dos ciudades de Colombia y residentes en el país*.

Número de entrevista	Edad en años cumplidos	Años de escolaridad	Estado civil	No. de hijos	Creyente religiosa	Semanas de gestación al momento de la IVET	Causal para la IVET†
1	36	13	Separada	2	Sí	22	Malformación fetal incompatible con la vida
2	39	11	Soltera	1	Sí	32	Malformación fetal incompatible con la vida
3	33	11	Unión libre	2	Sí	22	Salud mental
4	22	9	Soltera	1	Sí	24	Malformación fetal incompatible con la vida
5	25	13	Soltera	0	Sí	24	Salud mental
6‡	47	10	Separada	1	Sí	24	Salud mental
7	27	11	Unión libre	2	Sí	22	Salud mental
8	26	11	Soltera	3	No	36	Violación
9	30	16	Soltera	0	Sí	23	Salud mental
10	30	13	Soltera	1	Sí	29	Salud mental
11	28	16	Soltera	0	Sí	28	Malformación fetal incompatible con la vida
12	25	13	Soltera	0	Sí	26	Malformación fetal incompatible con la vida
13	38	11	Soltera	2	Sí	24	Salud mental
14	32	13	Unión libre	2	Sí	28	Salud mental
15	30	9	Separada	2	No	32	Malformación fetal incompatible con la vida
16	37	11	Soltera	2	Sí	22	Salud mental
17	28	16	Soltera	0	Sí	29	Malformación fetal incompatible con la vida
18	23	11	Soltera	2	Sí	24	Salud mental

* Esta investigación se realizó antes de la sentencia C-055 de 2022, por consiguiente, la información se recolectó bajo el modelo de causales, según está consignado en la Sentencia C-355 de 2016.

† IVET: interrupción voluntaria del embarazo tardía, que incluye el feticidio y la inducción del parto con feto muerto.

‡ La mujer # 6 fue entrevistada de nuevo un año después.

Fuente: elaboración propia.

hubieran corrido el riesgo de que otras personas se interpusieran en el ejercicio de su autonomía, como efectivamente ocurrió, llegando incluso a sufrir violencia obstétrica. Al final, la experiencia vivida las llevó a modificar sus propios significados sobre

la IVET y a transformar sus vidas, pues aceptaron su decisión con sus consecuencias. Admitieron que fue doloroso, pero era la única alternativa posible, y expresaron sororidad con otras mujeres en situaciones similares (Figura 1).

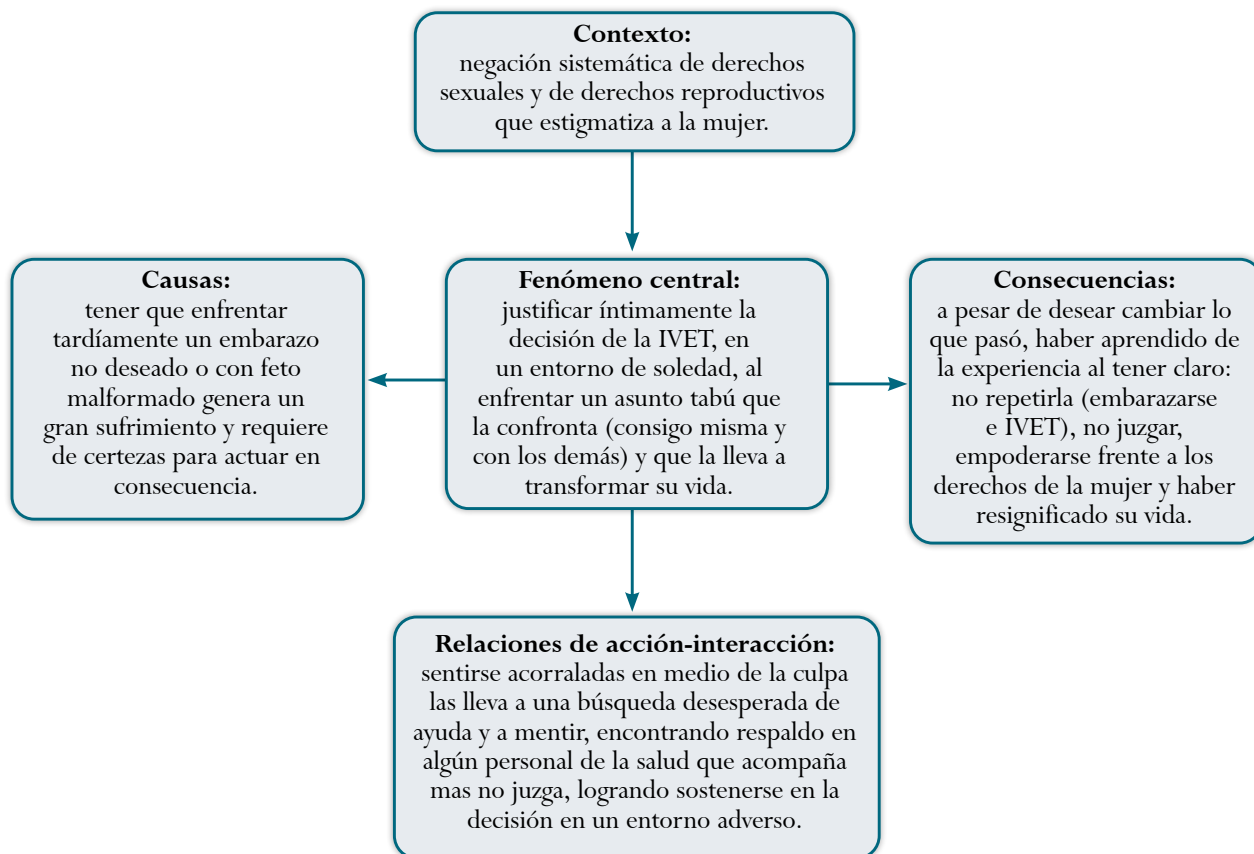


Figura 1. Matriz paradigmática sobre el significado de afrontar una interrupción voluntaria del embarazo (IVET) luego de las 20 semanas de gestación, en mujeres atendidas en dos instituciones de salud de dos ciudades de Colombia y residentes en el país.

Fuente: elaboración propia.

Algunos códigos sustantivos de las entrevistadas fueron expresados de la siguiente manera: “No, nunca lo pensé; siempre pensé primero en estudiar, tener una carrera, trabajar, casarme (llanto), tener mis dos hermosos hijos, y eso es toda una vida; nunca pensé que (la vida) me iba a traer niños enfermos... Nunca pensé en abortar porque como te digo, yo voy en contra de eso, pero hasta que uno no está en esa situación, uno no puede juzgar” (21 años, un hijo, soltera, cristiana, bachillerato incompleto). “Persiste ese tabú tan grande de la parte religiosa” (28 años, sin hijos, soltera, profesional). “Esa es la manera en que la sociedad y las personas hacen ver el aborto y ahí influye la religión” (26 años, tres hijos, soltera, bachillerato). “En el hospital le expliqué al médico que iba para una IVET, que ya me había hecho la inducción de la asistolia cardiaca fetal y él me grito muy fuerte: ¿cómo así, o sea que usted ya lo mató?” (27 años, dos hijos, unión libre, bachiller). “Primero me aferré a Dios, pues era su voluntad y después yo sabía que tenía

que ir a hacer eso [IVET], porque no quería defraudar a mi familia...” (47 años, un hijo, separada, bachillerato incompleto). “Entonces asumí que estaba sola y no he vuelto hablar del caso con nadie más” (30 años, un hijo, soltera, católica, técnica). “Esa doctora me dijo que por qué no tenía el bebé... que lo diera en adopción. Estuve pensando: ¿Será que lo tengo, así mi mamá me rechaza por estar embarazada? Pero luego dije: no; la decisión fue mía, yo no quería tener más hijos” (33 años, dos hijos, unión libre, bachiller).

La IVET se da en un contexto en el que, a pesar de existir legislación que permite tal decisión, existe una negación sistemática de los derechos sexuales y reproductivos que estigmatizan a la mujer, que involucra incluso a personal de la salud que no reconoce el derecho a no tener hijos, a decidir cuántos hijos se quieren tener, y que impone el mandato social de reproducción. En los amigos, la familia y hasta en extraños se percibe oposición,

rechazo e incluso amenazas por la decisión de la mujer, lo que aumenta el estigma y genera rebeldía y oposición a las personas que interfieren en su postura, como un acto consciente de ejercicio de su autonomía reproductiva. Algunos relatos lo evidencian: “Una mujer como yo que estudié, me gradué, que soy clase media, que tuve educación sexual y quedé embarazada, entonces... hay que ser muy estúpida para quedar embarazada, esos son los comentarios que yo he escuchado” (30 años, soltera, sin hijos, profesional). “El muchacho se dio cuenta que yo estaba en embarazo y me dijo que el día que me volviera a ver, ese día me iba a matar” (26 años, tres hijos, soltera, atea, bachiller).

Reconocieron también presiones de otras personas y obstáculos del sistema de salud. Enfrentar tardíamente un embarazo no deseado o con feto malformado produce gran sufrimiento y presión por encontrar algunas certezas para actuar en consecuencia. Algunos relatos lo expresan: “Desde que inicié a buscar mi solución, no pude porque todo el mundo me miraba mal, con ojos de criminal y me reprochaban” (47 años, uno hijo, separada, católica, bachillerato incompleto). “De la EPS me mandaron para una clínica y luego para otra, y la respuesta fue que eso no les tocaba” (30 años, separada, 2 hijos, secundaria incompleta).

Como se mencionó, las causas para realizar la IVET en estas mujeres eran las contempladas en la Sentencia C-355 de 2006. De esta manera, una mujer manifestó: “Yo nunca esperé que me dieran una noticia así: malformación fetal... para mí fue demasiado difícil” (28 años, sin hijos, soltera, profesional). “...cualquier día los senos se me pusieron así [grandes], no me llegó el periodo, pero me relajé porque pensé que estaba cerrando edad” (47 años, soltera, uno hijo, secundaria incompleta). Entre las relaciones de acción-interacción identificadas como estrategias y formas para enfrentar la decisión de la IVET aparecen inicialmente la sensación de sentirse acorraladas, culpabilizadas y obligadas a mentir por quienes menos esperan: sus parejas y la familia. Estos actores las presionan con amenazas que superan lo terrenal y las hacen sentir más culpa. Expresiones que dan cuenta de ello son: “Es como un laberinto sin salida, uno no sabe qué hacer porque uno tiene susto, es una decisión muy importante. ¿La decisión que estoy

tomando si es correcta? Y me sentía acorralada” (30 años, sin hijos, soltera, profesional). “¡Usted no puede hacerlo! Me hizo sentir el peor ser humano del mundo, me leyó una carta de un bebé dirigida a su mamá, luego me mostró unos fetos en silicona y me dijo que el mío “era el más grande”. . . psicológicamente me desbarataron” (30 años, un hijo, soltera, católica, técnica). “Sentir temor de que mis hijos se lleguen a enterar de la IVET” (32 años, unión libre, dos hijos, tecnóloga). “Siquen las mentiras, principalmente por mi hijo, ese sufrimiento es duro, aún no puedo superar ese dolor [llanto]” (30 años, soltera, un hijo, técnica). Más adelante, y tras mucho sufrir al tener que sostener las mentiras, encuentran personas e instituciones que no las juzgan, sino que las acompañan y respaldan su decisión. Surge este relato: “El apoyo de mi hermana, siempre estuvo conmigo y me decía: si usted no lo quiere, no está en la obligación de tenerlo” (26 años, tres hijos, soltera, bachiller).

Como consecuencia de la realización de la IVET se encontró que ellas desean cambiar lo que pasó, aprenden de la experiencia al tener claro que no repetirán ni el embarazo ni la IVET. Son conscientes de evitar juzgar a otras como lo hubieran hecho antes y sienten la necesidad de perdonarse a sí mismas, pues entienden que la decisión solo la puede tomar la misma mujer que está viviendo la situación de un embarazo no deseado por cualquier motivo. La experiencia les permitió resignificar su maternidad, sus derechos como mujeres, y finalmente su vida, adquiriendo una consciencia más crítica de la sociedad, significados de los que no eran conscientes antes de la IVET. Algunos testimonios al respecto son: “Desde que tomé la decisión y antes del procedimiento sabía que no iba a ser la misma; es una decisión muy grande, muy difícil” (30 años, sin hijos, soltera, profesional). “Ahora estoy mejor porque me separé de alguien que no me valoraba y ahora estoy con alguien que sí me quiere y mis hijos son más felices, están muy bien, a mí me cambió la vida, estoy mejor así” (30 años, dos hijos, separada, secundaria incompleta).

Las notas de campo y los grupos focales ratificaron los hallazgos. En el diario de campo quedaron consignadas diferentes interacciones evidenciadas por uno de los investigadores en las cuales distintos profesionales de la salud y personal auxiliar se

mostraron reticentes ante los procedimientos demandados, a los que las mujeres por ley tenían derecho, generando en ocasiones desatención, maltrato verbal y psicológico a las mujeres y al investigador que realizó el feticidio.

En el grupo focal realizado con algunas de las mujeres previamente entrevistadas surgieron relatos como estos, que reafirman los resultados de la investigación: *“había dejado mis estudios, me retiré de la universidad cuando estaba en embarazo, renuncié a mi trabajo. Ahora gracias a Dios tengo de nuevo mi trabajo, me gradué hace dos semanas de la universidad, soy profesora en la primera infancia y me veo como otra persona, veo a mis hijos con orgullo, puedo mirar a mi papá de frente con orgullo, creo que volví a ser, volví a nacer, me siento una persona nueva”*. *“Uno aprende a no juzgar, he cambiado porque yo no era así, me tocó pasar por esto [IVET] para tener ese cambio, ya no juzgo a las personas, yo colaboro con las personas y perdono el daño”*.

En el grupo focal con expertas se discutieron los hallazgos de la investigación y no solo estuvieron de acuerdo con los resultados, sino que ampliaron los elementos hallados y los contrastaron con sus experiencias como profesionales defensoras de los derechos sexuales y reproductivos. Algunas de las referencias citadas por ellas permitieron profundizar el análisis, lo que se espera se vea reflejado en la discusión.

DISCUSIÓN

La investigación da cuenta de los significados sobre la IVET de las mujeres que se sometieron a este procedimiento, no estaban de acuerdo con la IVET y nunca la habían contemplado en sus vidas. Al verse en situaciones difíciles como embarazos no deseados, malformaciones fetales o producto de una violación se ven forzadas a tomar la decisión de la IVET y a enfrentarse con sus propios significados y los de la sociedad, para lo cual tienen que buscar justificaciones válidas que les ayuden a mantener su decisión. El proceso de la IVET las lleva a transformar los significados, a aceptar que esta es una opción, y a proceder en soledad y secreto para evitar interferencias con su decisión por parte de personas e instituciones

externas que comparten el mandato social y cultural de la procreación y condena a la IVE. Dicho proceso de transformación de significados lleva a las mujeres a ser más conscientes, a cambiar sus vidas y a ser solidarias entre ellas, comprendiendo que no deben juzgar a otras.

La negación sistemática del derecho a la IVE y la estigmatización de la mujer por parte de congregaciones religiosas (4), personas allegadas y lejanas, y muchos proveedores de salud, genera un gran sufrimiento, en un contexto que las acorrala en medio de la culpa, en el que tienen la necesidad de mentir; a veces logran encontrar respaldo en personas que acompañan y no juzgan, y pueden sostenerse en su decisión a pesar del predominio de este entorno adverso.

Estos hallazgos son congruentes con los postulados del IS que manifiesta que todos adquirimos unos significados de nuestra sociedad y que actuamos con base en ellos, pero que también tenemos la posibilidad de transformarlos de acuerdo con las percepciones del propio yo por medio de la reflexión (15). Lo anterior ratifica la teoría sociológica y la coherencia en la selección del método de la investigación. Pero, más allá de ello, impone un reto y es hacer reflexionar a nuestra sociedad y al sector salud sobre los significados de la IVET y tratar de transformar dichos significados para que las mujeres sean vistas como seres autónomos y responsables, que pueden tomar sus propias decisiones y asumir sus consecuencias, y no continuar asumiendo una posición autoritaria, imponiendo nuestra visión del mundo a las mujeres.

Los hallazgos de los cambios de significados de las mujeres con respecto a la IVET, y los significados de las personas e instituciones que interactúan con ellas, son ratificados por los hallazgos de otros autores, donde se evidencia el profundo dolor que causa la toma de la decisión, el gran sufrimiento durante el procedimiento del feticidio y el crecimiento personal y familiar posterior (8-10).

Una diferencia de este estudio con los de Ferreira da Costa et al. (8), Lafarge et al. (9) y Leichtentritt (10), consiste en que estos estudios incluyeron solo mujeres que se realizaron la IVET por malformaciones fetales incompatibles con la

vida, los embarazos eran deseados y fueron atendidas por equipos multidisciplinarios y apoyadas tanto por familiares como por el personal de la salud. Por el contrario, este estudio incluyó mujeres que acudieron a la IVET por la razón antes descrita y por causas de salud mental o violación, lo que aumenta el espectro de causales y evidencia una variabilidad en el trato recibido por las mujeres por parte del personal de la salud. Sin embargo, independientemente de la causa para la realización de la IVET, se presentan las mismas situaciones encontradas por estos autores: dificultad, dolor, tristeza, desesperación y culpa al tomar la decisión y realizar el procedimiento, e igualmente se comparten los significados finales posteriores a la IVET: estar satisfechas con la decisión tomada y creer que era la correcta, a pesar de toda la angustia vivida, además de un mayor empoderamiento de las mujeres y cambios positivos para sus vidas.

En el estudio emergió una faceta que no existió en ninguno de los tres estudios citados, posiblemente porque estos incluían mujeres que deseaban su embarazo y la terminación fue por causas externas a ellas, y consistió en la violencia obstétrica durante la IVET por parte del personal de la salud. Este hallazgo merece más estudio, pero posiblemente tenga que ver con los significados transmitidos por nuestra sociedad a la mayoría de la población, una sociedad que es profundamente religiosa y conservadora, y que tiene significados sobre la vida, la mujer, la maternidad y la IVE que usualmente van en contra del derecho de las mujeres a decidir sobre su cuerpo y, especialmente, sobre la IVET.

Es importante resaltar que las diferencias culturales son muy relevantes y generan particularidades específicas de cada contexto como lo resaltan Lafarge et al. en su revisión sistemática (9). En este sentido, se pueden presentar casos en donde las mujeres pueden participar más o menos del proceso de decisión sobre la IVET dependiendo el contexto cultural y social.

Respecto a las fortalezas del estudio vemos que el incluir varias causales para la realización de la IVET y admitir mujeres residentes en diferentes áreas geográficas amplía el espectro y favorece una comprensión más integral de la situación que

enfrentan las mujeres al acceder a una IVET. Respecto al control de sesgos, uno de los riesgos era caer en el inductivismo, dado el papel clave que cumplen las corazonadas, el sentido común y los estereotipos en la emergencia de la teoría. Sin embargo, siempre se vigiló juiciosamente el proceso de emergencia de la teoría, confrontándola con los datos y verificándola con lo dicho en los grupos focales por las mujeres y las expertas. Otros riesgos fueron la mala aplicación del método o fallar en el desarrollo conceptual. Para controlar esto se contó con la asesoría de un profesor universitario con más de veinte años de experiencia, que tiene investigaciones realizadas con TF y publicaciones, quien fue crítico de todos y cada uno de los aspectos conceptuales y prácticos de la investigación. Adicionalmente, se mantuvo una rigurosa vigilancia epistémica del método y se sostuvieron las discusiones teóricas requeridas para asegurar que todos los temas conceptuales estuvieran en relación con la definición de categorías, sus propiedades y dimensiones. Otro riesgo se convirtió en fortaleza: era posible que, como investigadores de un tema íntimo de las mujeres, siendo hombres, se pudiera generar desconfianza y limitar a las entrevistadas para participar y hablar sobre la experiencia de la IVET. Sin embargo, como el entrevistador había sido el médico durante la atención de la IVET, la confianza creada durante tal proceso fue lo que permitió que las mujeres aceptaran participar y contaran su experiencia en detalle (22). Todo lo mencionado permite confiar en los resultados y hace posible que en otros contextos estos puedan tener sentido y ayuden a comprender la situación compleja que afecta a las mujeres durante un proceso de IVET.

Respecto a las limitaciones, se evidencia que la investigación deja muchos retos hacia el futuro. Por ejemplo, siempre podrán ser más las mujeres que cuenten su historia, y aunque en un estudio cualitativo no es el número el que cuenta, escuchar mujeres de diversas situaciones sociales y económicas enriquecería la visión del asunto. Desde diferentes intersecciones se podría conocer la situación específica en los casos de las mujeres indígenas y

afrodescendientes, pues la cuestión étnica no fue tomada en cuenta en este estudio. También es una limitación el no haber escuchado voces de mujeres de ciertas regiones del país, cuando Colombia es tan extensa. Sin embargo, en este acercamiento se ha logrado iniciar la visibilización de un problema que es más grande, por lo cual se requieren otras indagaciones en el futuro.

Las implicaciones para la investigación. Es importante que se logra iniciar la visibilización de un problema que requiere más indagaciones en el futuro. De otra parte, recibimos gran cantidad de información que no fue analizada dada nuestra pregunta de investigación, por lo que queda mucho material para desentrañar y relacionar, a partir de nuevas preguntas.

Implicaciones para la práctica. Las mujeres que se someten a una IVET requieren, por parte del personal de la salud, una atención digna, integral, comprensiva y consciente de lo difícil que es tomar esta decisión y vivir este proceso, por lo tanto, es necesario educar a los trabajadores de la salud en evitar expresar sus significados ante situaciones como la IVET, y respetar los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres.

CONCLUSIONES

Los significados de las mujeres que se someten a la interrupción voluntaria del embarazo tardía generalmente son contrarios al derecho al aborto. Posterior al evento estos significados se transforman por medio de la reflexión consciente de las mujeres al tener que enfrentar sus propias creencias y las de la sociedad.

AGRADECIMIENTOS

A las mujeres que compartieron su valiosa experiencia.

REFERENCIAS

1. Organización Mundial de la salud. Aborto sin riesgos: guía técnica y de políticas para sistemas de salud. Ginebra: OMS; 2012. 123 p.
2. Corte Constitucional de Colombia. Sentencia C-355/06. Interrupción voluntaria del embarazo (IVE). Bogotá: Corte Constitucional de Colombia; 2006.
3. Corte Constitucional de Colombia. Sentencia C-055/22. Demanda de inconstitucionalidad contra el artículo 122 de la Ley 599 de 2000. Bogotá: Corte Constitucional de Colombia; 2022. 34 p.
4. González A, Castro L. La Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres. Barreras de acceso a la interrupción voluntaria del embarazo en Colombia [Internet]. Bogotá; 2016. Disponible en: https://ngx249.inmotionhosting.com/~despen5/wp-content/uploads/2019/02/12.-Barreras_IVE_vf_WEB.pdf
5. Cocomá A, Triviño C, Rosero C, Ortiz J, Pedraza L, Ríos M, et al. La Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres. Barreras de acceso a la interrupción voluntaria del embarazo en el contexto de la pandemia por covid-19 [Internet]. Bogotá; 2021. Disponible en: <https://despenalizaciondelaborto.org.co/wp-content/uploads/2021/08/Informe-barreras-covid-version-digital-definitiva.pdf>
6. Kapp N, Lohr P. Modern methods to induce abortion: Safety, efficacy and choice. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 2020;63:37-44. <https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2019.11.008>
7. DePiñeres T, Baum S, Grossman D. Acceptability and clinical outcomes of first- and second-trimester surgical abortion by suction aspiration in Colombia. *Contraception.* 2014;90(3):242-8. <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2014.05.002>
8. Ferreira da Costa L, Hardy E, Duarte J, Faúndes A. Termination of pregnancy for fetal abnormality incompatible with life: Women's experiences in Brazil. *Reprod Health Matters.* 2005;13(26):139-46. [https://doi.org/10.1016/S0968-8080\(05\)26198-0](https://doi.org/10.1016/S0968-8080(05)26198-0)
9. Lafarge C, Mitchell K, Fox P. Termination of pregnancy for fetal abnormality: A meta-ethnography of women's experiences. *Reprod Health Matters.* 2014;22(44):191-201. [https://doi.org/10.1016/S0968-8080\(14\)44799-2](https://doi.org/10.1016/S0968-8080(14)44799-2)
10. Leichtentritt R. Silenced voices: Israeli mothers' experience of feticide. *Soc Sci Med.* 2011;72(5):747-54. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2010.12.021>
11. Schutz A. La construcción de la vivencia significativa en la corriente de la conciencia de quien la constituye. En: *La construcción significativa del mundo social* [Internet]. Barcelona: Paidós; 1993. p. 75-125. Disponible en: <https://camporeligioso.files.wordpress.com/2014/05/schutz-alfred-la-construccion-significativa-del-mundo-social.pdf>

12. Tufani A. Colombia. Iglesia condena despenalización del aborto: una afrenta a la dignidad humana. Vatican News [Internet]. 2022. Disponible en: <https://www.vaticannews.va/es/iglesia/news/2022-02/colombia-iglesia-despenalizacion-aborto-afrenta-a-la-vida-humana.html>
13. Strauss A, Corbin J. Bases de la investigación cualitativa: técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada. Medellín: Editorial Universidad de Antioquia; 2002. 340 p.
14. Galeano M, editora. Teoría fundada: arte o ciencia. En: Estrategias de investigación social cualitativa. Medellín: La carreta editores; 2015. p. 161-186.
15. Blumer H. El interaccionismo simbólico; perspectiva y método. Barcelona: Hora; 1982. 164 p.
16. Morse J, editor. Critical issues in qualitative research methods. Thousand Oaks: Sage; 1993. 401 p.
17. Harding S. ¿Existe en método feminista? En: Bartra E, editor. Debates en torno a una metodología feminista. 2nd ed. México D.F.: UNAM; 2002. p. 9-34.
18. Charmaz K. Constructing grounded theory: A practical guide through qualitative analysis. Vol. 10, Book; 2006. 208 p. <https://doi.org/10.1177/1363459306067319>
19. Glaser B. Conceptualization: On theory and theorizing using grounded theory. Int J Qual Methods. 2002;1(2): 23-38. <https://doi.org/10.1177/160940690200100203>
20. Yeasmin S, Rahman KF. "Triangulation" research method as the tool of social science research. BUPJ. 2012;1:154-63.
21. Morse J, Noerager P, Corbin J, Bowers B, Charmaz K, Clarke A. Developing grounded theory: The second generation. New York: Routledge; 2009. 280 p.
22. Bourdieu P. El oficio de científico: ciencia de la ciencia y reflexividad: curso Collège de France 2000-2001. Barcelona: Anagrama; 2003. 212 p.

CONTRIBUCIÓN DE LOS AUTORES

Joaquín Guillermo Gómez-Dávila: concepción y diseño del estudio, adquisición de los datos para su análisis e interpretación, planeación del artículo con la aportación de contenido intelectual, y aprobación de la versión final para ser publicada.

Carlos Enrique Yepes-Delgado: concepción y diseño del estudio, adquisición de los datos para su análisis e interpretación, planeación del artículo con la aportación de contenido intelectual, y aprobación de la versión final para ser publicada.

FINANCIACIÓN

El Grupo NACER Salud Sexual y Reproductiva, del Departamento de Ginecología y Obstetricia de la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia, aportó recursos económicos para la logística de la ejecución del proyecto de investigación.

Conflicto de intereses: los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.