

## Artículo de investigación

# Experiencia vivida frente al aborto inducido en un grupo de mujeres en Bogotá, Colombia

## Lived Experience with Induced Abortion of a Group of Women in Bogotá, Colombia

## Experiência com o aborto provocado em um grupo de mulheres em Bogotá, Colômbia

Leidy-Johanna Cepeda-Saavedra; Pio-Iván Gómez-Sánchez; Yaira-Yohanna Pardo-Mora

### Cómo citar este artículo

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>

Recibido: 2020-06-10; aprobado:2020-09-30

**Leidy-Johanna Cepeda-Saavedra:** enfermera, magíster en Salud Sexual y Reproductiva. Profesional de asistencia técnica en la Fundación ESAR. Bogotá, Colombia.

<https://orcid.org/0000-0003-3713-6502>  
[johacepedas@hotmail.com](mailto:johacepedas@hotmail.com)

**Pio-Iván Gómez-Sánchez:** ginecoobstetra, epidemiólogo, magíster en Salud Sexual y Reproductiva. Asesor médico sénior, International Planned Parenthood Federation Región Hemisferio Occidental; profesor titular, Universidad Nacional de Colombia. Nueva York, Estados Unidos.

<https://orcid.org/0000-0001-7834-1380>  
[pgomez@ippfwhr.org](mailto:pgomez@ippfwhr.org)

**Yaira-Yohanna Pardo-Mora:** enfermera, doctora en Enfermería. Profesora asistente, Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de Colombia. Sede Bogotá, Colombia.

<https://orcid.org/0000-0002-9001-7206>  
[yypardom@unal.edu.co](mailto:yypardom@unal.edu.co)

## Resumen

**Introducción:** frente al aborto inducido se han establecido diferentes posturas que muchas veces se basan en perspectivas morales, filosóficas y religiosas, cuando deberían estar centradas en lo que implica esta situación de salud en la vida de las mujeres. **Metodología:** se desarrolló una investigación fenomenológica para establecer los diálogos desde la perspectiva de las propias protagonistas sobre el aborto inducido con una participación de siete mujeres, mayores de 18 años en Bogotá. **Resultados:** las experiencias de las mujeres son variadas, pero se identificaron algunos aspectos similares o comunes. Sin embargo, cada vivencia es particular y tiene como marco el contexto en el que cada una habitaba en el momento del aborto. Se identificaron las siguientes categorías de análisis: aborto como consecuencia de un embarazo no deseado, aborto como experiencia frente a una decisión autónoma, aborto, culpa y pecado, cambios asociados a la experiencia, maternidad, materialización del deseo y aborto no debe ser considerado como un delito. **Conclusiones:** la vivencia del aborto no puede ser generalizable, y para su entendimiento debe tenerse en cuenta aspectos que solo atañen a la mujer como experta en su vida y en su situación. El aporte de la presente investigación fue recuperar la vivencia de las mujeres sobre el aborto para contribuir al cuidado de la salud en la población femenina.

**Palabras clave:** aborto; aborto inducido; experiencias vividas; embarazo no deseado; terminación voluntaria del embarazo; mujeres; derechos sexuales y reproductivos; derechos; aborto inseguro; fenomenología.

## Abstract

**Introduction:** Regarding induced abortion, different positions have been adopted, often based on moral, philosophical, and religious perspectives, when they should be focused on what this health situation implies for women's lives. **Method:** A phenomenological research was conducted to establish dialogues from the own protagonists' perspective of induced abortion, where seven women over 18 years of age in Bogotá participated. **Results:** Women's experiences are varied, but some similar or common aspects were identified. However, each experience is specific and is framed within the context where each woman lived at the time of the abortion. The following categories of analysis were identified: Abortion as a consequence of unwanted pregnancy, abortion as an experience versus an autonomous decision, abortion, guilt and sin, changes associated with the experience, maternity, desire materialization, and abortion should not be considered a crime. **Conclusions:** Abortion experience cannot be generalized, and for its understanding, aspects that only concern women as the experts on their lives and situations must be taken into account. This research contribution was to restore women's abortion experiences to advance female population health care.

**Keywords:** Abortion; induced abortion; lived experiences; unwanted pregnancy; voluntary interruption of pregnancy; women; reproductive rights; rights; unsafe abortion; phenomenology.

## Resumo

**Introdução:** sobre o aborto provocado têm-se estabelecido diferentes posturas, muitas vezes baseadas em perspectivas morais, filosóficas e religiosas, quando deveriam estar focadas no que implica essa situação de saúde na vida das mulheres. **Metodologia:** desenvolveu-se uma pesquisa fenomenológica para estabelecer os diálogos na perspectiva das próprias protagonistas sobre o aborto provocado com a participação de sete mulheres, maiores de 18 anos, em Bogotá. **Resultados:** as experiências das mulheres são variadas, mas alguns aspectos semelhantes ou comuns foram identificados. Porém, cada experiência é particular e se enquadra no contexto em que cada uma permanecia no momento do aborto. Foram identificadas as seguintes categorias de análise: aborto como consequência de uma gravidez indesejada, aborto como experiência diante de uma decisão autónoma, aborto, culpa e pecado, mudanças associadas à experiência, maternidade, materialização do desejo e aborto não deve ser considerado como um crime. **Conclusões:** a experiência do aborto não pode ser generalizável e, para sua compreensão, devem ser considerados aspectos que dizem respeito apenas à mulher como especialista em sua vida e em sua situação. A contribuição desta pesquisa foi resgatar as vivências de mulheres sobre o aborto para contribuir com a atenção à saúde da população feminina.

**Palavras-chave:** aborto; aborto induzido; experiência de vida; gravidez indesejada; interrupção voluntária da gravidez; mulheres; direitos sexuais e reprodutivos; direitos; aborto inseguro; fenomenologia.

## INTRODUCCIÓN

El aborto inseguro ha sido considerado un problema de salud pública y es uno de los temas más destacados en las discusiones en el área de la salud de la mujer, específicamente por su estrecha relación con la morbilidad materna (1). Está en el foco de intervención para mejorar la salud materna y el acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva como estrategias tanto en las metas clave de desarrollo del milenio como en los Objetivos de Desarrollo Sostenible (2, 3).

Las complicaciones del aborto inseguro constituyen algunas de las causas más importantes de morbilidad y mortalidad asociada a la gestación, principalmente en los países en desarrollo, en donde los casos de aborto inseguro representan el 98 % de todos los abortos realizados. Según las últimas estimaciones mundiales, la tasa de aborto ha disminuido en los países desarrollados, a diferencia de los países emergentes en donde estas han ido en aumento o se han mantenido debido a las restricciones legales (4).

Según el Instituto Guttmacher, para el quinquenio 2010-2015, se calcularon alrededor de 56 millones de abortos anuales en el mundo, el 25 % de los embarazos terminaron en aborto inducido, siendo el aborto inseguro la causa del 8 % al 18 % de las muertes asociadas a la gestación, con un número de muertes entre 22.500 y 44.000 (5).

Para el año 2015, la Organización Mundial de la Salud (OMS) estimó que más del 97 % de las mujeres en edad reproductiva de Latinoamérica y el Caribe vivían en países donde la legislación es altamente restrictiva en temas de aborto, situación que favorece el acceso a servicios clandestinos e inseguros. Al menos el 10 % de las muertes asociadas a la gestación en la región se debió a abortos inseguros y aproximadamente 760.000 mujeres son tratadas cada año por complicaciones derivadas de un aborto. A pesar de la alta restricción que existe frente al aborto inducido en la mayoría de estos países, según datos de la OMS, esta región tiene una tasa similar de abortos inseguros a la de África subsahariana (31 por cada 1.000 mujeres entre los 15 y 44 años) (6).

En términos generales, el marco legal sobre el aborto es restrictivo en nuestra región dado que en 15 países está totalmente penalizado o solo se permite para salvar la vida de la mujer. Sin embargo, en algunos de ellos se han presentado avances legislativos y jurídicos con miras a su legalización y despenalización. Tal es el caso de Colombia que, en el 2006, a través de la sentencia C-335 (7), despenalizó el aborto cuando el embarazo pone en riesgo la salud o la vida de la mujer; cuando haya sido causado por acceso carnal o acto sexual sin consentimiento o abusivo; por inseminación artificial o transferencia de óvulo fecundado no consentidas; incesto; o en caso de que el feto tenga una malformación incompatible con la vida. En Ciudad de México y en Uruguay se despenalizó hasta la semana doce de gestación en el 2007 y el 2012, respectivamente (8, 9). En Chile, se despenalizó bajo el sistema de causales en el 2017 (10). A pesar de estos avances, los retrocesos siguen siendo noticia en materia de mayor penalización como ocurrió en República Dominicana en donde se ratificó su penalización absoluta (11).

Los logros legislativos se han dado en un marco de luchas por parte de los grupos de mujeres y de la sociedad civil, en respuesta a las solicitudes hechas a los estados en los programas de acción y agendas internacionales, como el programa de acción de la Conferencia Internacional sobre Protección y Desarrollo, realizada en el 1994, la cumbre sobre planificación familiar desarrollada en Londres en el 2012 o el Consenso de Montevideo del 2013 (12, 13).

En Colombia, por ejemplo, el proceso para lograr la despenalización parcial se ha extendido por casi 40 años. Ha sido liderado por el movimiento feminista y ha estado vinculado a la aparición de las primeras entidades prestadoras de servicios y a las discusiones políticas nacionales, así como a los diferentes pronunciamientos de la Corte Constitucional. Como resultado, se considera la lucha por el aborto como una apuesta por la vida y la reivindicación de los derechos de las mujeres en el reconocimiento de su autonomía, dignidad y libre desarrollo de la personalidad (14).

Sin embargo, el tema continúa siendo un espacio de disputa frente a posturas que buscan limitar los derechos sexuales y reproductivos, especialmente desde actores sociales más conservadores como la Iglesia, a la que se han unido algunos sectores académicos, que han posicionado el debate desde discusiones sobre el inicio de la vida, los derechos del nasciturus, el mantenimiento de los

valores familiares e incluso la objeción de conciencia. En consecuencia, aún se identifican miradas con fuerte enfoque religioso y muchas veces basadas en estereotipos de género.

El aborto inducido continúa siendo un tema que propicia intensos debates desde diversos puntos de vista, al involucrar conceptos como dignidad, vida, ética, religión, valores morales, derechos de las mujeres, legislación y política. Esto ha generado polarización entre los que están a favor y los que están en contra de esta situación de salud de las mujeres, sin permitir un punto neutro de encuentro (15). Estos debates han posicionado en la sociedad una realidad impuesta por diversos sectores, desde un discurso hegemónico, muchas veces sin tener en cuenta lo que tienen por decir las mujeres que se vieron enfrentadas a esta situación, "pero son a ellas a las que se callan, a las que se culpan, se penalizan, se juzgan, y se esconden" (16).

Pese a esto, el movimiento a favor del derecho a decidir por parte de las mujeres va tomando fuerza y se va abriendo camino en una sociedad poco acostumbrada a la voz de las mujeres. De allí ha nacido la clara necesidad de entablar diálogos desde el lugar de las propias protagonistas sobre las situaciones que exclusivamente viven las mujeres y que trascienden impactando en su salud, como lo es el aborto, con el fin de aportar información que permita comprender mejor su realidad frente a esta experiencia y contribuir a mejorar la salud sexual y salud reproductiva de las mujeres en el mundo, la región y por supuesto en Colombia. Por tanto, el objetivo de este estudio fue establecer desde las vivencias de las propias mujeres la diversidad de la experiencia del aborto, de tal forma que se contribuya a tener en cuenta las voces de las mujeres como protagonistas mediante un abordaje fenomenológico.

## METODOLOGÍA

La investigación se realizó usando un abordaje fenomenológico que permitió estudiar a profundidad la experiencia de las mujeres que decidieron tener un aborto inducido. Se utilizó el método de bola de nieve para la búsqueda de participantes. Inicialmente se contactaron nueve mujeres, de quienes se sabía que habían tenido la experiencia de un aborto y se les propuso participar en el estudio. El número final fue definido de acuerdo con el criterio de saturación teórica.

Las siete mujeres entrevistadas fueron seleccionadas mediante un muestreo intencional, teniendo en cuenta los criterios de inclusión:

- Mujeres que fueran mayores de 18 años
- Mujeres que habían vivido la experiencia de un aborto inducido.
- Habitantes de la ciudad de Bogotá en el momento de las entrevistas, así como en el momento de vivir la experiencia de aborto.
- Mujeres que refirieron querer hacer parte de esta investigación.

Dos de ellas llevaron a cabo su aborto en un consultorio particular, una reportó que lo había realizado en una institución de salud privada, cuatro se autoindujeron el aborto con medicamentos; sin embargo, tres solicitaron atención adicional para finalizar el procedimiento, dos lo hicieron en un consultorio privado y una acudió a una institución de salud privada. Las experiencias de las mujeres fueron entre el año 1989 y el 2009, ninguno fue un aborto legal, aunque dos de estos se llevaron a cabo después del 2006 (véase Tabla I).

**Tabla I.** Caracterización de las participantes

Mujer	Edad	Clase social	Nivel educativo	Ocupación	Estado civil	Paridad	Localidad	Características de la experiencia
1	37	Media	Secundaria	Empleada	Soltera	1 hija	Rafael Uribe	1998. Inició autoinducción con medicamentos y finalizó en un consultorio particular con una ginecóloga amiga de la familia.
2	41	Baja	Secundaria	Comerciante	Soltera	2 hijos	Santa Fe	2002. En una IPS privada.
3	27	Media	Profesional	Docente	Unión libre	Sin hijos	Suba	2008. Autoinducción con medicamentos que consiguió en una farmacia.
4	35	Media	Técnica	Empleada	Casada	1 hija	Engativá	2000. En un consultorio particular.
5	33	Alta	Posgrado	Médica	Soltera	Sin hijos	Suba	2009. En una IPS privada.
6	51	Media	Técnica	Comerciante	Separada	4 hijos	Antonio Nariño	1989. En un consultorio privado.
7	33	Media	Secundaria	Secretaria	Unión libre	1	Kennedy	2002. Inició la autoinducción con medicamentos conseguidos en una farmacia y finalizó en un consultorio particular.

Los datos se recolectaron mediante entrevistas a profundidad en el lugar de conveniencia de cada mujer, en el periodo comprendido entre el 2015 y el 2016. Por lo general, se realizó un encuentro con cada mujer; solo en un caso fueron necesarias dos sesiones.

Todas las entrevistas fueron grabadas, previa autorización de las participantes, y la información recolectada fue transcrita para su análisis. Se llevó un diario de campo, escrito a mano mientras se realizaban las entrevistas. Allí se consignaron las manifestaciones más relevantes del lenguaje no verbal de las entrevistadas y otras apreciaciones generadas durante el encuentro.

Para el análisis fenomenológico se acogieron las posturas filosóficas de Gadamer, Merleau Ponty y la teoría de Heidegger (17, 18). Sus postulados guiaron el análisis de las experiencias y significados, y a través de las entrevistas a profundidad se logró conocer el mundo interior de cada mujer con relación a la experiencia tal y como fue vivida en su momento. Se buscaron las esencias de significado tanto particulares como compartidas; se identificaron explicaciones con factores socioculturales que pudieron influenciar la experiencia vivida (17).

Para el análisis se utilizó la técnica de reducción fenomenológica propuesta por Leal (19), desarrollada en cinco momentos: análisis de lo teórico previamente establecido, análisis de los aspectos materiales de las subjetividades usando los datos específicos, construcción de significados, construcción de significados a partir de las esencias identificadas y finalmente análisis por comparación con lo teórico.

Se garantizaron los aspectos éticos a través del consentimiento informado de las mujeres, el anonimato de las respuestas, el respaldo y el apoyo para momentos de crisis (si aplicaba), el rigor a través del acompañamiento de los directores académicos de la investigación y la aprobación del estudio por el comité de ética de la Universidad El Bosque.

## HALLAZGOS

Las participantes presentan heterogeneidad en cuanto a sus características personales y el momento en el que ocurrió el aborto, lo que permite dimensionar desde diferentes contextos y trayectorias la experiencia individual, así como la profundidad de la vivencia para la construcción de categorías transversales del fenómeno en estudio. Con respecto a la edad, este grupo de mujeres se encontraba entre los 27 y los 51 años al momento de la entrevista. Cinco de ellas pertenecían a clase socioeconómica media, una a alta y una a baja. Tres tenían pareja con estado civil casada o en unión libre, dos estaban separadas, una era viuda y una soltera. Cinco tenían hijos y tres habían sido madres antes de su experiencia de aborto. Del análisis de los relatos se construyeron cinco categorías transversales.

### **Aborto como consecuencia de un embarazo no deseado**

Las mujeres que se han practicado un aborto identifican la noticia del embarazo como un momento difícil que genera sentimientos desagradables. Durante las entrevistas, se logró percibir sensaciones que demuestran un impacto muy fuerte. Algunas de ellas describieron el momento de enterarse del embarazo como un evento catastrófico, como lo expresa M4: "No pues terrible, me quería morir, quería que la tierra se abriera y me tragara completamente, cuando uno no quiere y uno no lo espera y no está preparado, entonces el algo como... no, es terrible".

Para todas las mujeres el enterarse del embarazo no deseado desencadenó la decisión de no tener el hijo: buscar un aborto. Así lo narró M5: "Inmediatamente, sabía inmediatamente que no estaba en una condición... No tenía la estabilidad en ese momento para afrontar un embarazo".

En la mayoría de las mujeres no se encuentran sentimientos de arrepentimiento con respecto a la decisión tomada. En el discurso de quienes presentan una mayor filiación religiosa sí puede identificarse el arrepentimiento; sin embargo, todas expresaron la posibilidad de volver a vivir la experiencia del aborto actualmente si se encontraran en las mismas circunstancias. En palabras de M5, "En las mismas circunstancias sí, sin duda".

Todas las mujeres entrevistadas hicieron referencia a la vivencia de un embarazo no deseado e identificaron la falla anticonceptiva como su causa. En estas mujeres fue común encontrar desconocimiento, falsas creencias de los efectos de anticonceptivos, y baja percepción del riesgo de embarazo.

Las principales causas para que estas mujeres asumieran su embarazo como no deseado se relacionaron con el apoyo y posición de sus familias, la calidad y futuro que percibían de la relación de pareja que estaban viviendo en ese momento, aspectos socioeconómicos y de proyecto de vida.

### **Aborto como experiencia frente a una decisión autónoma**

En todas las mujeres, la experiencia se relacionó con el hecho de no haber pensado antes en el aborto como una situación de las cuales ellas fueran las protagonistas, aunque era un tema que podía ser tratado dentro de su círculo social. Esto afirmó M1: "uno en algún momento lo puede necesitar pues si pasa algo que se le sale de las manos a uno, pero nunca lo ví como si yo lo fuera a utilizar".

Las participantes describieron la experiencia del aborto como una situación difícil, que generó un conflicto interno. En retrospectiva, afirmaron verla como una situación determinante en su vida, pero también como una decisión que surgió de su autonomía. Según este grupo de mujeres, la decisión de abortar ante un embarazo no deseado fue una experiencia muy importante en su vida, que se vio acompañado de diversas respuestas emocionales negativas y positivas que variaron desde los sentimientos de tristeza hasta la tranquilidad y el alivio, sin encontrar afectación emocional permanente. Sin embargo, la culpa y la vergüenza fueron sentimientos comunes en sus relatos. Las palabras de M5 así lo ilustran:

“Vergüenza... creo que era saber que soy médica y no había podido pues tener una anticoncepción segura para no embarazarme si no era lo que quería, pero también era afrontar con el estigma que tiene el aborto y un poquito de la inmoralidad de una decisión de este tipo en una mujer en la que todo el mundo pensaría que las condiciones son ideales ¿sí?”

En las mujeres que tenían filiación religiosa los sentimientos de culpa se hicieron más evidentes. Así mismo se encontraron expresiones que denotaron tristeza, como sentimiento temporal, sin embargo, para la mayoría fue la mejor decisión en ese momento.

Los sentimientos de tranquilidad actual ante la experiencia vivida son comunes en las vivencias de las mujeres. Según M3, este sentimiento se vio acompañado de alegría: “Entonces me volví a hacer la prueba como a los 15, 20 días y negativa ¡soy muy feliz!... Cuando me volví hacer la prueba, ya negativa, y ya tranquila”. Este sentimiento también se expresa mediante la redención, “el perdón divino” y la no materialización de sus mayores temores como forma de “castigo divino”.

Otro de los sentimientos que se encontró de manera común en las experiencias de las mujeres fue el miedo relacionado con las consecuencias físicas que implicaría el aborto como tal, con el peligro que les generaría estar en un lugar que no les ofrecía seguridad o con una posible complicación. Las dos mujeres que solicitaron atención en una institución de salud privada no expresaron este sentimiento pues sus sensaciones fueron de seguridad y privilegio.

El no comentar a nadie lo sucedido (guardar el secreto) fue mencionado en todas las entrevistas. La mayoría de las participantes ocultaron el aborto a su familia por la percepción de falta de apoyo frente a la decisión de abortar. En cuanto a la pareja, algunas manifestaron que no lo hicieron partícipe de la experiencia, principalmente por la posibilidad de que quisiera tener un hijo y esto pudiera generar un conflicto. Así lo expresó M3: “Nunca le conté porque me daba miedo, porque cuando estaba embarazada, que él quisiera tenerlo y después, porque me culpaba; usted lo hizo y me dijera, eso también era mío, lo hizo sin mi permiso, bueno, en fin”.

El estigma en algunas puede generar situaciones y procedimientos innecesarios, como el caso de la mujer M5, quien, siendo médica, fue sometida a un legrado después de su aborto. Dicho procedimiento se llevó a cabo en una institución privada, por la presión que ejerció uno de sus colegas al intentar confirmar el aborto espontáneo que ella argumentó haber presentado:

“Y me subieron nuevamente casi que, a rastras a ginecología, me hicieron la ecografía y el ginecólogo me dijo que tenía restos y que tenía que hacerme un legrado [...] a mí me daba mucha pena contarle, yo no fui capaz de contar de esto a nadie allá. Él me programó y me pasaron a salas con (otro) un ginecólogo y pues, tampoco fui capaz de decirle que yo me había hecho un aborto, seguí con la mentira ¿Por qué... qué más hacia?, y pues... terminé legrada” (M5).

Este relato, realizado por una mujer con un alto nivel económico y alto grado de formación académica, deja ver que el estigma del aborto afecta de manera importante a las mujeres. Tanto así que incluso ella, teniendo el conocimiento médico y pudiendo argumentar la no necesidad de un procedimiento que implicaría riesgos para su salud, lo asumió ante la necesidad de mantener en secreto la decisión que había tomado.

Las mujeres que se realizaron el procedimiento en consultorios privados o lo autoindujeron con medicamentos relataron la experiencia como una situación físicamente dolorosa al referir que sintieron dolor severo en algunos casos y en otros solo una sensación de frío. Es importante destacar que las dos mujeres que recibieron atención en una institución de salud privada no hicieron referencia al dolor; solo expresaron sensaciones de seguridad y tranquilidad.

Las mujeres entrevistadas mencionaron haber transitado por esta experiencia con desconocimiento y falta de información, independientemente del momento histórico en el que la vivieron. Esta situación fue emergente en todos los relatos, incluyendo el de una mujer profesional en salud, quien inició el proceso de aborto con medicamentos basándose en lo aprendido en la universidad; después aceptó que las dosis y vías no fueron las más adecuadas:

"[...] y pues bueno en la universidad no es que haya visto mucho de aborto, uno veía los legrados, pero más de espontáneo, en la universidad tal vez alguien tocó el tema del aborto... Yo tomé el misoprostol. Yo conseguí una fórmula de control en la clínica y estuve tratando de comprar el medicamento y finalmente lo compré acá en Bogotá. Yo misma me hice la fórmula y conseguí el medicamento... Pero yo solamente compré como 2 dosis, yo no conocía muy bien la dosis que se usa actualmente y traté de usar la que usábamos en la universidad, la que usábamos para madurar el cuello para los legrados y eso" (M5).

Las percepciones sobre la calidad en la prestación del servicio también forman parte importante de los relatos de las mujeres. Aquellas que solicitaron atención en una institución de salud privada y la mujer que recurrió a atención particular refirieron sentirse satisfechas con la atención brindada y resaltaron la tranquilidad que esta situación les dio en su proceso. Por otra parte, algunas de las mujeres que asistieron a consultorios privados clandestinos describieron una percepción de maltrato e indiferencia:

"Cuando ya supuestamente terminaron el procedimiento yo intenté mirar y entonces la enfermera... la señorita que estaba ahí asistiéndolo: ¿Para qué quiere mirar eso? Era así todo déspota, como grosera. ¿Para qué quiere mirar eso? Es un feto... no sé qué... Entonces fue muy grosera; ¿ya para qué llora? ¿Por qué no la pensó antes? Así súper grosera" (M7).

En los relatos de estas mujeres se encuentra la representación de haber tomado la decisión de manera autónoma, no en pareja. Esto puede relacionarse con su falta de participación inicial o durante todo el proceso. Las razones para no involucrar a la pareja y su decisión de abortar varían de mujer a mujer, dependiendo del momento de vida y las situaciones que atravesaban en ese momento. Sus historias dejan ver que pueden ocultar su embarazo y su aborto por ausencia de amor o de estabilidad con la pareja de ese momento, o simplemente por el miedo a que esta desee continuar con el embarazo, situación que las puede poner en un conflicto.

## Aborto, culpa y pecado

La mayoría de las entrevistadas mencionaron tener una filiación religiosa definida ya fuera el cristianismo católico o evangélico, y la mujer que no refirió filiación religiosa como tal, habló de creer en un dios. En sus discursos se dejan ver asociaciones de la experiencia del aborto con el pecado y hay una postura común de temor al castigo divino. Por ejemplo, M5 afirmó: "Creía en esa época, tenía como la duda de si no será que algún día Dios me va a castigar por esto".

Otros discursos se enfocaron en ponderar el pecado considerando que un aborto es un pecado menor si se compara con tener un hijo en condiciones desfavorables. En algunas oportunidades, las participantes se refirieron al pecado en relación con otras situaciones que rodearon la experiencia, como el sexo extramatrimonial o la infidelidad.

En las mujeres que expresaron mayores sentimientos de culpa asociados a sus creencias religiosas, se identificó una búsqueda constante de perdón, indulto y redención de ese ser supremo frente a su aborto. La idea de ser merecedora de castigo se relaciona principalmente con lo aprendido a lo largo de la vida, con aspectos que fueron inculcados, tal como nos deja ver el siguiente relato de M4: "Tal vez como por eso que me inculcaron y por lo que me hicieron creer ¿no? porque en algo tiene que repercutir ese acto, alguna consecuencia debe tener ese acto".

En las mujeres que describieron el aborto como una experiencia que les generó culpa, se evidenciaron los mayores cuestionamientos en el proceso de la toma de la decisión o después del aborto. Sin embargo, también se encontraron esencias de significados comunes que responden a la capacidad de separar las orientaciones religiosas con la toma de decisión o no de abortar e inclusive el manifestar el sentimiento de libertad de cuestionar las posturas que tienen algunas iglesias al respecto.



En general se identificó el sentimiento de tranquilidad frente a su situación actual a nivel espiritual, sea este resultado de la búsqueda del perdón o no. Incluso en uno de los relatos M2 agradece a ese ser supremo por permitirle llegar a un lugar seguro para realizar su aborto: "Y no me siento para nada mal, si hay un ser supremo... él lo sabe, y donde quiera que estoy siempre le doy gracias porque llegué a un lugar justo y oportuno ¿sí?".

## Cambios asociados a la experiencia

Las mujeres entrevistadas en ningún caso querían verse expuestas a un embarazo no deseado posterior y menos a otro aborto. Ellas redujeron la experiencia a una eventualidad a la que se vieron enfrentadas y posteriormente tomaron las medidas necesarias para prevenirla. Los hallazgos de esta investigación muestran que después de vivir la experiencia, estaban más interesadas en iniciar un método anticonceptivo o en usar uno más efectivo, como lo expresó M5: "La anticoncepción... sí (risas). Inmediatamente empecé a planificar otra vez...".

Según sus relatos, el acceso a métodos anticonceptivos dependió del lugar en el que accedieron al aborto: aquellas mujeres que fueron atendidas en una institución de salud o en el consultorio privado, a los que catalogaron con buena calidad de atención, tuvieron la oportunidad de iniciar el método anticonceptivo de inmediato, mientras quienes recurrieron a farmacias u otros consultorios tuvieron que solucionar por sus propios medios su necesidad anticonceptiva. Una reacción común en las participantes fue la búsqueda de información y asesoría anticonceptiva como una respuesta que favoreció sus conductas de autocuidado.

En cuanto a las relaciones de pareja, las mujeres que participaron en esta investigación describieron situaciones diferentes. Algunas continuaron con su relación y relataron que esta se fortaleció con base en la experiencia vivida, la madurez que tenían en el momento y la visualización de un futuro juntos. Para otras, la toma de la decisión de abortar fue el motivo para la ruptura de su relación; sin embargo, en sus relatos manifestaron que esta situación no afectó su capacidad para relacionarse a nivel sentimental ni sexual con otros hombres.

## Maternidad, materialización del deseo

La toma de la decisión de abortar para las mujeres también se relaciona de manera importante con la representación que tienen de la maternidad y lo que se espera socialmente de este rol. Para las mujeres entrevistadas, la maternidad se asocia con el deseo; es un estado que se conquista, partiendo del deseo y del análisis que hace cada una de su entorno y de sus posibilidades para asumir dicho rol. Si el deseo no está, la maternidad no se experimenta de la misma forma.

En las mujeres que no tenían hijos, la falta de deseo fue el principal argumento en su decisión de no ser madre. La expresión de la maternidad o no a partir del deseo nos separa de la idea teórica de la maternidad como instinto inherente al ser mujer; este deseo no es constante y se evidencia con la experiencia del aborto. Ligado al deseo, los discursos de las mujeres que ya eran madres en el momento de las entrevistas, hacen referencia a sentimientos positivos frente a la maternidad: sensaciones de felicidad, de algo bonito o algo hermoso; una experiencia que es muy agradable en los casos de aceptación y deseo de los hijos. Se ha encontrado que determinadas condiciones como el apoyo familiar y social pueden aliviar las dificultades que supone la maternidad (20, 21). Esto podría explicar el porqué algunas maternidades no son deseadas, al encontrar en el entorno cercano de las mujeres situaciones que se pueden ver como un obstáculo.

El miedo también se encontró como unidad de significado en los relatos de las mujeres al enfrentar la maternidad, principalmente en relación con lo que la sociedad espera en cuanto al rol de madre. Las participantes que tuvieron el aborto antes de otros embarazos expresaron ese sentimiento respecto a las secuelas, incluyendo la imposibilidad de ser madre después: "Sí, sentí miedo, sobre todo me encaminé más hacia Dios, yo le decía que yo quería tener otro bebé, que me diera la oportunidad" (M6).

Otro significado que emerge de la maternidad va encaminado al sentido de responsabilidad y compromiso que esta conlleva. Según sus relatos, esta es una decisión que debe ser muy bien

pensada. Inclusive en algunos se habla de cambiar decisiones con respecto a la maternidad en estos momentos de la vida, dando otros atributos a las mujeres que deciden no tener hijos. Esto afirmó M1 al respecto:

“A veces pienso que es una persona muy inteligente (las mujeres que deciden no tener hijos) porque listo! veo que no lo quiera tener porque no quiero, creo que es una decisión tenaz, pero igualmente no la juzgo porque eso es tenaz desde los puntos vistos y no vistos [...] uno no sabe todo lo que conlleva tener un hijo, así este grande, este pequeñito, entonces yo le digo a [hija], donde yo hubiera tenido la mentalidad que tengo ahorita, yo no hubiera tenido hijos.”

Los relatos también nos dejan ver que la gratificación de ser madre tiene como contradicción la frustración de sentirse observada y cuestionada respecto a su labor, o cuando no se cumple con la expectativa social de ser una buena madre (22, 23). Las mujeres también mencionaron falta de apoyo a diferentes niveles para asumir la maternidad, lo que hace que sea más difícil afrontarla. Y esta es una de las principales razones para tomar la decisión de abortar. Además, expresaron haberse sentido juzgadas por una sociedad que señala tanto las maternidades que se dan por fuera de la estructura esperada, como las decisiones de no continuar con embarazos de las mujeres:

“Siento que la Iglesia juzga y la gente de la jerarquía juzga, sin mirar un concepto real, porque nadie a nosotras nos ayuda a mantener nuestros hijos... nadie nos mantiene la vida, a la gente no le interesa si nuestros hijos estudian en lugares públicos o privados, nadie nos mira si ellos en un futuro van a estar en la universidad o vendiendo o reciclando, o yo que voy a saber, pero nadie mira... Y el Estado solamente dice las mujeres son malas porque abortan, porque hacen; la Iglesia se va encima, pero nadie nos ayuda a mantener esos hijos ¿Si ve? (M2)”.

En relatos como el anterior se encuentran argumentos de insatisfacción acerca de cómo la sociedad concibe la maternidad y el aborto, y cómo impone situaciones por encima del deseo de la mujer.

## Aborto no debe ser considerado como delito

Las mujeres entrevistadas manifestaron que varias situaciones o constructos sociales pueden influir de manera negativa sobre la experiencia de ser mujeres, su rol en la sociedad y especialmente en el tema que nos ocupa, el aborto. Resaltaron el hecho de que la sociedad lo considere como un delito y a las mujeres que deciden hacerlo como homicidas; sin embargo, esta situación no impidió que materializaran su decisión de una u otra manera. Como se expresa en el siguiente relato, las mujeres pueden dimensionar el aborto como una situación que las personas critican, razón por la cual se sienten juzgadas y asumen la conducta como moralmente incorrecta, mas no ilegal:

No. Lo vi como algo que critican las personas, mas no como un delito. Hoy en día la gente es como más práctica, ahora si es por violación, antes no, porque no tenían la información, ahora si no quiere tenerlo no lo tenga y si es víctima de una violación pues no lo tenga ¡es que es así!, usted no tiene por qué cargar con ese problema todo el tiempo (M1).

Se encontraron sentimientos negativos frente a la experiencia de aborto en dos de las participantes en relación con el estatus legal del procedimiento. En el caso de M5, este se relaciona directamente con la sensación de haber tenido una conducta ilegal: “Como mujer pues... terrible por que inclusive cuando yo vine a [la institución]... yo tuve la sensación de que había hecho algo ilegal... Y eso paso después del 2006, eso pasó como en el 2010 más o menos”.

Al indagar si el aborto debería considerarse un delito o no, las respuestas comúnmente se dirigieron a que esto no debería ser así, inclusive en aquellas mujeres con una fuerte filiación religiosa:

¡No! No lo considero como delito, porque van muchos interrogantes y muchos miedos ahí mismo en la decisión que se toma... Aparte de mi fe y de mi creencia en Dios, yo no lo tomaría como delito o que una mujer debe ir a la cárcel por eso, porque... pues, es la decisión de cada persona...Es el respeto que se debe tener a lo que cada persona piensa y a lo que es capaz o no es capaz de afrontar con un hijo, y un hijo es para toda la vida, no es un momento (M6).

Solo una mujer opinó que el aborto es un delito e inclusive que era digna de haber ido a la cárcel por este hecho: "Pues puede ser, sí. (Debió haber ido a la cárcel)" (M7).

Cuando los marcos legales sobre el aborto o su interpretación son restrictivos y limitan el derecho al mismo, a las mujeres se les restringe su condición ética y las reduce a una condición de objeto. Lo anterior las obliga a sumergirse en la clandestinidad para acceder a servicios (7), como es el caso de M4, quien abortó antes que se promulgara la sentencia C355: "Lo haría a escondidas como lo hice en ese momento porque el gobierno no lo va a tener por mí, no me va a dar el alimento que necesita, no me va dar la ayuda que ese bebé necesita".

En este grupo de mujeres se identifica un conocimiento relativo de la legislación actual sobre el aborto. La respuesta más completa sobre este tema correspondió a la médica de profesión (a pesar de que en el momento de la experiencia de aborto el conocimiento no era tan amplio). Los relatos de las mujeres evidencian una gran desinformación acerca del tema; sin embargo, hay una percepción de mayor información actual en comparación a la época en la cual se llevaron a cabo los abortos, esto debido al aumento y facilidad de acceso a información al respecto en diferentes medios.

## DISCUSIÓN

Para las mujeres entrevistadas la decisión de abortar, aunque fue tomada de manera autónoma, sí representó un dilema. La dificultad y el conflicto se relacionan principalmente con la moralidad que surge en la toma de la decisión, por lo que la conducta es aprendida y señalada como moralmente incorrecta y, por ende, relacionada con emociones como la culpa y la vergüenza, lo que produce en la mayoría de mujeres una situación estresante (15, 24, 26). Es importante tener en cuenta el efecto del estigma en la vivencia de las experiencias de aborto, pues se relacionan con sensaciones negativas antes y durante el aborto (26), así como en las maneras de afrontamiento de la experiencia, por ejemplo, el mantener la situación en secreto por temor a ser juzgadas o por no sentir un apoyo en su entorno cercano (21, 24). Bien lo relata Thomas (27) en el libro que cuenta su historia personal de aborto: "Toda mujer que ha vivido lo que yo estaba viviendo sabe también, que uno entra casi por obligación en un mundo de pequeñas mentiras, de engaños y de insolidaridad".

En la tradición cristiana y católica el aborto se ha establecido como pecado, y es mediante la culpa como las mujeres manifiestan una supuesta falla personal, que se puede relacionar con la transgresión del mandato genérico de ser madres, según el cual la mujer debería estar en completa disposición de aceptar el hijo concebido (22, 23). El pecado y la culpa en la experiencia del aborto conforman una diada, que debe ser analizada en el estudio de la toma de decisión frente al aborto (22). En las mujeres con creencias religiosas más arraigadas se encuentran mayores sentimientos de culpa y la existencia de un estigma ante su decisión de abortar, situación descrita por otros autores (26), al contrario de aquellas mujeres que realizaron reflexiones sobre otras concepciones del ser supremo en el que creen, como un ente que no juzga, en quienes el sentimiento de culpa y el estigma no son tan evidentes.

Las respuestas emocionales de las mujeres entrevistadas frente al embarazo no deseado son similares a los resultados expuestos por Rowlands, quien indica que para el 40 % de las mujeres que tuvieron la experiencia de un aborto el enterarse de la noticia del embarazo había significado un gran choque emocional. Otros de los sentimientos referidos son la ira y la negación, principalmente en aquellas que experimentaban su primer embarazo (28). Según sus relatos, inmediatamente después del impacto inicial de la noticia, surgieron sentimientos de tristeza, terror y angustia. Es importante resaltar que, al abordar este tópico, los rostros de las mujeres expresaban angustia, algunas utilizaban palabras soeces, y su lenguaje corporal evidenciaba mucha fuerza en la verbalización del recuerdo. Lo anterior sugiere que, a pesar del paso del tiempo, para estas mujeres la noticia de un embarazo no deseado mantiene su significado a través de su historia de vida.

Esto nos deja ver cómo a pesar de la valorización que la sociedad hace de la maternidad, no todos los embarazos se viven con felicidad y hay circunstancias que pueden hacer que esta vivencia de las mujeres se convierta en algo que las desestabiliza emocionalmente. Los actuales hallazgos concuerdan con varios estudios que indican que, ante un embarazo no deseado, se encontraron síntomas elevados

de depresión, ansiedad y distrés en aquellas mujeres que ante la noticia decidían tener un aborto, medida que se duplicaba al compararse con la población general (57 % vs. 21 %) (24, 29).

Esta investigación evidencia la sensación de tranquilidad y alivio posterior al aborto que ha sido reportada en otros estudios (30, 31), así como la validez que las mujeres asignan a la toma de su decisión. A pesar de que algunos sectores de la sociedad continúan enviando mensajes según los cuales el arrepentimiento parece ser una de las consecuencias inherentes a la decisión, los relatos de estas mujeres dejan ver que esta situación no es el común denominador en aquellas que viven la experiencia de un aborto. Esta situación coincide con varios estudios que indican que, para la mayoría de mujeres, al mirar en retrospectiva y a pesar de los conflictos de diferentes tipos que el aborto pudo causar, este se considera como la mejor decisión (32).

La validez de esta decisión también se relaciona con la sensación de haber tenido una transformación en su vida tras una situación que concientiza, minimiza un daño e incluso genera cambios positivos. Otros estudios cualitativos han informado de hallazgos similares en cuanto a la percepción del aborto como una experiencia que puede generar cambios en las mujeres que lo experimentan (33, 34).

Aunque la literatura no aporta evidencia clara del comportamiento de las mujeres referente a la inmediatez de tomar la decisión de abortar en contextos latinoamericanos, sí se encuentran estudios europeos que indican que más de la mitad de las mujeres (entre el 56 % y el 72 %) toman la decisión de abortar de manera inmediata después de enterarse del embarazo, situación que coincide con los hallazgos de este estudio. Estas investigaciones también nos indican que aproximadamente el 48 % de las mujeres que abortan no consideraron nunca el continuar con el embarazo como una opción, es más, se estima que del 58 % al 85 % de las mujeres ya tenían una decisión tomada antes de confirmar el embarazo (28).

Las principales causas para que las mujeres participantes en este estudio asumieran su embarazo como no deseado se relacionan con el apoyo y posición de sus familias, la calidad que percibían de la relación de pareja que estaban viviendo en ese momento y su futuro, así como con aspectos socioeconómicos y de proyecto de vida. Estos hallazgos concuerdan con los reportados por otros autores, quienes han establecido que pueden ser diversas las razones que pueden tener las mujeres para decidir no continuar con un embarazo (15, 35). Según el Instituto Guttmacher, en Colombia el 44 % del total de embarazos no deseados terminan en abortos inducidos y las causas directas de los embarazos no deseados pueden ser no usar algún método anticonceptivo, emplearlo de modo erróneo o la falla de estos (36).

Algunos estudios han demostrado que entre el 49 % y el 96 % de las mujeres después de un aborto desean usar un método anticonceptivo posterior al evento, pues en ese momento hay una mayor motivación de iniciar un método anticonceptivo para prevenir un nuevo embarazo no deseado (37, 38), datos que concuerdan con los resultados de esta investigación.

El estudiar el aborto como experiencia vivida también permite acercarse a los significados que tiene la maternidad para estas mujeres. Badinter, en 1981, cuestionó la idea formada del amor maternal asociado al instinto (39), situación que se relaciona con la visión que tienen las mujeres entrevistadas para quienes la maternidad se relaciona con el deseo, el cual no es constante. Además, ellas hacen explícita la diferenciación entre ser madre y ser mujer (20).

La ideología de la feminidad ligada a la maternidad que pudo ser negada por la misma mujer en algún momento de su vida al practicarse un aborto, puede ser vista bajo la culpa como una situación que merece un castigo divino, y este puede materializarse en el momento en que el deseo de ser madre se encuentre presente afectando de este modo la identidad de la mujer como madre. Esta asociación no es incidental, pues históricamente ha existido la disposición cultural de culpar a la mujer por las complicaciones en aspectos reproductivos y de considerar la esterilidad como una sanción ante el mal. Así, la mujer estéril es vista como incompleta e imperfecta, y esta condición genera asombro y desprecio (40).

En los relatos se describe la maternidad como una situación que puede representar muchas dificultades derivadas de las desigualdades con la pareja frente a la crianza de los hijos. Se ha descrito que muchas madres pueden reeditar su sentir y proyectar su experiencia en maternidades

ajenas, lo cual genera incluso sentimientos contradictorios, como el deseo de que mujeres cercanas a ellas no sean madres (22). Actualmente un mayor número de madres hacen uso de su derecho a expresar decepción, hostilidad, frustración, aburrimiento y ambivalencia pese a lo que se espera que expresen de la maternidad; principalmente armonía y serenidad (20). Los testimonios de mujeres que han pasado por la experiencia de tener un hijo solteras reiteran el haberse sentido en pecado, solas, señaladas avergonzadas y sin apoyo (22).

Para las mujeres entrevistadas, no hay un cambio sustancial de su percepción frente a la maternidad al haber vivido la experiencia del aborto, pero sí frente a las decisiones con su cuerpo y las consecuentes decisiones reproductivas. Ven la maternidad como algo diferente a la realización como mujer, así la contemplan como algo muy importante en su vida y una decisión que se debe tomar por amor y deseo.

Para las mujeres entrevistadas la legislación no es un aspecto determinante en la decisión de abortar (41, 42); sin embargo, sí es un elemento importante a analizar, pues en estudios similares se identifica cómo la clandestinidad afecta la experiencia del aborto de manera negativa, aumentando el estigma social y el miedo en las mujeres, y se resalta que la legalización sí podría generar un avance en la dignificación de la experiencia (43). La percepción de angustia que refirieron las mujeres se podría relacionar principalmente con la sensación de inseguridad y de miedo. La clandestinidad, por su parte, va de la mano con la percepción de mala calidad en la atención y maltrato. La realización de abortos en un contexto de ilegalidad exacerba los sentimientos negativos en las mujeres hacia la falta de apoyo que se tiene de la sociedad y del sistema de salud para poder acceder a servicios seguros (41, 44).

Estudios realizados sobre la percepción de la población sobre el aborto señalan una tendencia estable respecto al estatus legal y la existencia de acuerdos sobre la despenalización, principalmente en situaciones específicas como el riesgo para la vida de la mujer, una violación o malformaciones fetales. En general la tendencia en el consenso es neutral, pues no es totalmente permisivo o completamente restrictivo, sin embargo, se evidencia una tendencia a la restricción en los sectores con menos educación y mayor religiosidad (45). Para las participantes en esta investigación, el aborto no debería ser considerado un delito, en lo cual coinciden con el 61 % de las personas entrevistadas en la última encuesta de percepción de aborto realizada en Colombia, quienes opinan que una mujer no debería ir a la cárcel por realizarse un aborto (45).

La despenalización parcial del aborto no es suficiente para garantizar el acceso a servicios seguros. En Colombia, a pesar de la sentencia C-355 del 2006, aún hay una importante dificultad, principalmente por las barreras de acceso que han sido ampliamente documentadas; dentro de ellas la falta de información y la limitada interpretación de la causal salud, que ignorando la esfera mental y social de la salud de las mujeres (46). Esta situación se puede relacionar con las experiencias de dos de las participantes que abortaron después del año 2006: a pesar de que tenían mayor formación académica (inclusive una de ellas era médica de formación), no solicitaron la realización de aborto o interrupción voluntaria del embarazo bajo la causal salud de la sentencia C-355, por no contar con la información necesaria o creer que no aplicaban a ninguna de las causales. Investigaciones realizadas en países de la región con legislación similar evidencian que muchas veces el acceso a un aborto legal representa un camino tortuoso para las mujeres, siendo la desinformación una forma de desprotección estatal (43).

## CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Los relatos de mujeres participantes en la investigación acerca de cómo vivieron la experiencia de un aborto nos permite concluir que para todas se trató de una experiencia compleja e importante en su vida debido al involucramiento de valores, creencias religiosas y socioculturales, así como de aspectos legales sobre el aborto vigentes en el país. La percepción de la experiencia de aborto es construida por cada mujer según la vivencia de sus sentimientos, creencias y acciones, que se manifiestan en la propia conciencia y constituyen realidades distintas frente al fenómeno en estudio (47).

Uno de los aspectos esenciales que se expresaron en sus vivencias es el entendimiento del aborto como un aspecto inmoral que se asocia al pecado religioso. Por esto, es importante que las Iglesias

asuman posturas más solidarias con las mujeres que toman la decisión de abortar. Es importante proponer una educación religiosa comprensiva que promueva el respeto por aquellas mujeres que, después de muchas reflexiones, y posiblemente sufrimiento, siguen su propia conciencia al decidir no continuar con un embarazo.

El embarazo no deseado es una consecuencia de la falta de información y de las barreras de acceso a servicios de anticoncepción, entre otros. Por ello, en la atención postaborto, es esencial la asesoría y la promoción del inicio inmediato de métodos anticonceptivos modernos, como una manera efectiva de prevenir los embarazos no deseados.

Es importante que los prestadores de servicios de salud realicen campañas de difusión de la sentencia C-355 del 2006 para que las mujeres conozcan sus derechos frente a la interrupción voluntaria del embarazo, incluyendo una explicación amplia de la causal salud. También se hace prioritario el entender la complejidad de aspectos que interfieren en la toma de la decisión de no continuar con un embarazo por parte de una mujer. Este escenario debe ser concebido como una situación en que las mujeres necesitan total comprensión, acompañamiento y apoyo. Es reconocido el papel del personal sanitario como factor condicionante de las experiencias a nivel emocional, así como en el favorecimiento de la toma de decisiones informadas y el acceso a servicios seguros (47).

El aborto es una situación de salud común en las mujeres, y naturalizar la experiencia ayuda a disminuir el estigma que perciben y sufren quienes optan por esta opción. Eliminar el estigma favorece en las mujeres que toman esta decisión el acceso a servicios de salud seguros, evita que continúen en riesgo y disminuye las experiencias negativas frente a esta decisión reproductiva.

## AGRADECIMIENTOS

A todas las mujeres que rompieron el silencio compartiendo sus experiencias; a la enfermera Lina María Vargas, por sus importantes aportes en los aspectos metodológicos, y a la enfermera Sandra Moreno, por su apoyo en el desarrollo de este proceso investigativo.

## CONFLICTO DE INTERESES

Las autoras y el autor del presente estudio no declaran ningún conflicto de interés

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. **I. Say Lale; Chou Doris; Gemmill Alison; Tunçalp Özge; Moller Ann-Beth; Daniels Jane; et al.** Global causes of maternal death: A WHO systematic analysis. *The Lancet Global Health*, 2014, v. 2, pp. 323-33.  
[https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X\(14\)70227-X/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X(14)70227-X/fulltext) [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(14\)70227-X](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(14)70227-X)
2. **Naciones Unidas.** Objetivos de Desarrollo Sostenible. Nueva York, 2015.  
<https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/objetivos-de-desarrollo-sostenible/>
3. **United Nations.** The 2030 Agenda for sustainable development. Arsenic Research and Global Sustainability - Proceedings of the 6th International Congress on Arsenic in the Environment. 2016.  
[https://sustainabledevelopment.un.org/content/documents/21252030\\_Agenda\\_for\\_Sustainable\\_Development\\_web.pdf](https://sustainabledevelopment.un.org/content/documents/21252030_Agenda_for_Sustainable_Development_web.pdf).
4. **Sedgh Gilda; Bearak Jonathan; Singh Susheela; Bankole Akinrinola; Popinchalk Anna; Ganatra Bela; et al.** Abortion incidence between 1990 and 2014: global, regional, and subregional levels and trends. *The Lancet*, 2016, v.388, n.10041, pp.258-267.  
[https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(16\)30380-4/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(16)30380-4/fulltext)
5. **Gutmacher Intstitute.** Induced Abortion Worldwide. Fact Sheet. New York, 2016.

[https://www.gutmacher.org/sites/default/files/factsheet/fb\\_iaw.pdf](https://www.gutmacher.org/sites/default/files/factsheet/fb_iaw.pdf)

6. **Shah Iqbal-H; Åhman Elisabeth.** Unsafe abortion differentials in 2008 by age and developing country region: High burden among young women. *Reproductive Health Matters*, 2012, v.20, n. 39, pp.169-173.  
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22789095/>  
[http://dx.doi.org/10.1016/S0968-8080\(12\)39598-0](http://dx.doi.org/10.1016/S0968-8080(12)39598-0)
7. **Corte Constitucional.** Colombia. Sentencia C355 de 2006. 2006.  
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/INEC/IGUB/sentencia-c-355-de-2006.pdf>.
8. **Poder Legislativo.** Uruguay. Ley de Interrupción Voluntaria del Embarazo 18.987. 2012.  
<http://www.mysu.org.uy/wp-content/uploads/2014/11/Ley-de-Interrupción-Voluntaria-del-Embarazo-18.987-promulgada-por-el-Poder-Ejecutivo-2012..pdf>.
9. **Lamas Marta.** La Despenalización del Aborto en México. Nueva Sociedad. 2009, v.220, pp. 154-173.  
[https://www.nuso.org/media/articles/downloads/3600\\_1.pdf](https://www.nuso.org/media/articles/downloads/3600_1.pdf).
10. **Didies-Castillo Claudia; Fernandez Constanza.** Aborto en Chile: avances en derechos humanos. *Rev Bioética y Derecho*. 2018, v. 43, pp.61-76.  
<http://scielo.isciii.es/pdf/bioetica/n43/1886-5887-bioetica-43-00061.pdf>
11. **Amnistía Internacional.** República Dominicana: Se insta al presidente Medina a detener reforma regresiva para los derechos de las mujeres. 2016.  
<https://www.amnesty.org/es/latest/news/2016/12/dominican-republic-president-medina-must-stop-a-regressive-reform-for-womens-rights/>
12. **Naciones Unidas.** Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo. El Cairo: Naciones Unidas. 1994.  
[https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/icpd\\_spa.pdf](https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/icpd_spa.pdf)
13. **CEPAL.** Consenso de Montevideo sobre población y desarrollo. Montevideo. 2013. Report No.: PLE-I/ES.  
[https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/21835/4/S20131037\\_es.pdf](https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/21835/4/S20131037_es.pdf)
14. **Cotes Miriam, editora.** Un derecho para las mujeres: la despenalización parcial del aborto en Colombia. Bogotá, La Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres, 2011, ISBN: 9789589903636.
15. **Faundes Anibal; Barzelatto Jose.** El drama del aborto. Buenos Aires, Paidós SAICF, 2011, ISBN: 978 9583374890.
16. **Navia Cristina.** Un abrazo sororo a la mujer que aborta. En otras palabras, 2010, v.18, pp.33-40.  
[https://issuu.com/revistaenotraspalabras/docs/revista\\_en\\_otras\\_palabras\\_18](https://issuu.com/revistaenotraspalabras/docs/revista_en_otras_palabras_18)
17. **Heidegger Martin.** Ser y tiempo. Madrid, Fondo de Cultura Económica de España, 2000, ISBN: 9781517708245.
18. **Morse Janice.** Asuntos críticos de los métodos de investigación cualitativa. Medellín, Universidad de Antioquia, 2003, ISBN: 978 84 7908 830 9.
19. **Leal Nestor.** El método fenomenológico: principios, momentos y reducciones. Arbitraje. 2003, v.I, n.2, pp.51-61.

<https://biblat.unam.mx/es/revista/arbitraje/articulo/el-metodo-fenomenologico-principios-momentos-y-reducciones>

20. **Donath Orna.** Madres arrepentidas. Barcelona, S.A.U, 2016, ISBN: 9788416709052.
21. **Cockrill Kate; Upadhyay Ushma-D; Turan Janet; Greene- Foster Diana.** The Stigma of Having an Abortion: Development of a Scale and Characteristics of Women Experiencing Abortion Stigma. Perspectives on Sexual and Reproductive Health, 2013, v.45, n.2, pp.79-88.
22. **Mazzotti Mariella; Pujol Graciela; Terra Carmen.** Una realidad silenciada: sexualidad y maternidad en mujeres católicas. Montevideo, Trilce, 1994, ISBN: 9974320836.
23. **Melo Graciela.** Problemática religiosa de la mujer que aborta. Bogotá, Medios T&, 2006, ISBN: 9789584400963.
24. **Rondón Marta-B.** Resultados de la investigación sobre las consecuencias emocionales y psicológicas del aborto inducido. Lima, Centro de Promoción y Defensa de los Derechos Sexuales y Reproductivos, 2009, ISBN: 978 612 45154 39.  
<http://www.clacaidigital.info:8080/xmlui/handle/123456789/122>
25. **Orsi-Portalo Rocio.** Emociones morales y moralidad. Ideas y Valores. Revista Colombiana de Filosofía, 2006, v. 55, n. 131, pp. 33-49.  
<http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=80915454002>.
26. **Steinberga Julia- R; Tschannb Jeanne- M; Furgersonc Dorothy; Harper Cynthia- C.** Psychosocial factors and pre-abortion psychological health: The significance of stigma. Physiology & behavior. 2017, v.176, n.1, pp.139-148.  
<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0277953615302707>  
<http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2015.12.007>.
27. **Thomas Florence.** Había que Decirlo. Bogotá, Icono, 2010, ISBN: 978 958 8461 11 3.
28. **Rowlands Sam.** The decision to opt for abortion. J Fam Plann Reprod Health Care, 2008, v.34, n.3, pp.175-80.  
<https://srh.bmj.com/content/familyplanning/34/3/175.full.pdf>  
<http://dx.doi.org/10.1783/147118908784734765>.
29. **Grupo Médico por el Derecho a Decidir.** Embarazo no deseado, continuación forzada del embarazo y afectación de la salud mental. Grup Médico por el Derecho a Decidir. Colombia, Red Glob Dr Choice, 2011.  
<http://globaldoctorsforchoice.org/wp-content/uploads/Embarazo-no-deseado-continuación-forzada-del-embarazo-y-afectación-de-la-salud-mental.pdf>
30. **Charles Vignetta- E; Polis Chelsea- B; Sridhara Srinivas-K; Blum Robert -W.** Abortion and long-term mental health outcomes: a systematic review of the evidence. Contraception, 2008, v.78, n.6, pp.436-450.  
[https://www.contraceptionjournal.org/article/S0010-7824\(08\)00369-7/fulltext](https://www.contraceptionjournal.org/article/S0010-7824(08)00369-7/fulltext)  
<http://dx.doi.org/10.1016/j.contraception.2008.07.005>.
31. **Rocca Corinne-H; Samari Goleen; Foster Diana- G; Gould Heather; Kimport Katrina.** Emotions and decision rightness over five years following an abortion: An examination of decision difficulty and abortion stigma. Social Science and Medicine, 2020, v. 248.  
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0277953619306999?via%3Dihub>  
<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2019.112704>
32. **Biggs M-Antonia; Rowland Brenly; McCulloch Charles-E; Foster Diana -G.** Does abortion in-



crease women's risk for post-traumatic stress? Findings from a prospective longitudinal cohort study. *BMJ Open*, 2016, v.6, n.2, pp.1-13.

<https://bmjopen.bmj.com/content/6/2/e009698>

<http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2015-009698>

33. **Halldén Britt-Marie; Christensson Kyllike; Olsson Pia.** Meanings of Being Pregnant and Having Decided on Abortion: Young Swedish Women's Experiences. *Health Care Women Int*, 2005, v.26, n.9, pp.788-806.  
<https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/07399330500230961>  
<http://dx.doi.org/10.1080/07399330500230961>
34. **Huber Jamie.** Voicing women's abortion stories within larger cultural narratives. En: Madlock Gatison- A (ed). *Communicating Women's Health: Social and Cultural Norms that Influence Health Decisions*. New York, Routledge, 2015, pp. 171-86, ISBN: 0815386494.
35. **Kero Anneli.** Psychosocial factors in women requesting abortion. En: Rowlands Sam (ed.). *Abortion care*. Cambridge, Cambridge University, 2014, pp. 34-41, ISBN: 978 1 107 64738.
36. **Prada Elena; Singh Susheela; Remez Lisa; Villarreal Cristina.** Embarazo no deseado y aborto inducido en Colombia. *Guttmacher Institute*, 2010.  
[https://www.guttmacher.org/sites/default/files/report\\_pdf/embarazo-no-deseado-colombia\\_1.pdf](https://www.guttmacher.org/sites/default/files/report_pdf/embarazo-no-deseado-colombia_1.pdf).
37. **Cameron Sharon.** Postabortal and postpartum contraception. *Best Practice and Research: Clinical Obstetrics and Gynaecology*, 2014, v.28, n.6, pp.871-80.  
<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1521693414001072>  
<http://dx.doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2014.05.007>
38. **Kathpalia Brig-S. K.** Acceptance of family planning methods by induced abortion seekers: An observational study over five years. *Med J Armed Forces India*, 2016, v.72, n.1, pp.8-11.  
<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0377123715001343>  
<http://dx.doi.org/10.1016/j.mjafi.2015.08.001>.
39. **Badinter Elizabeth.** ¿Existe el amor maternal? Historia del amor maternal, siglos XVII al XX. Barcelona, Paidós/Pomare, 1981, ISBN: 847509063X.
40. **Lagarde y de los Rios Marcela.** Los cautiverios de las mujeres: madresposas, monjas, putas, presas y locas. Mexico D.F, Universidad Autonoma de Mexico, 2005, ISBN: 968 36 9073 4.
41. **Lopez Alejandra.** Mujeres y Aborto. En: Ramos Silvina (comp). *Investigación sobre aborto en America latina y El Caribe*. Lima, Promsex, 2014, pp. 19-40, ISBN: 978 987 29257 6 5.
42. **Singh Susheela; Remez Lisa; Sedgh Gilda; Kwok Lorraine; Onda Tsuyoshi.** *Abortion Worldwide 2017: Uneven Progress and Unequal Access*. New York, Guttmacher Institute, 2018.  
<http://www.guttmacher.org/report/abortion-worldwide-2017>.
43. **Szulik Dalia; Zamberlin Nina.** La legalidad oculta: Percepciones de estigma en los recorridos de mujeres que descubren y acceden a la interrupción legal del embarazo por causal salud. *Sexualidad, Salud y Sociedad*, 2020, v.34, pp.46-67.  
<https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/SexualidadSaludySociedad/article/view/34926>  
<http://doi.org/10.1590/1984-6487.sess.2020.34.04.a>
44. **Carneiro, Monique-França; Bernstein -Iriart Jorge Alberto; de Souza- Menezes Greice-Maria.**

Largada sozinha, mas tudo bem": Paradoxos da experiência de mulheres na hospitalização por abortamento provocado em Salvador, Bahia, Brasil. *Interface: Communication Health Education*, 2013, v.17, n.45, pp.405-418.

[https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832013000200013&script=sci\\_abstract&tlng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832013000200013&script=sci_abstract&tlng=pt)

<http://dx.doi.org/10.1590/s1414-32832013005000007>

45. **La Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres.** Encuesta de percepción sobre la interrupción voluntaria del embarazo Colombia-2017. Bogotá, 2017.

<http://www.despenalizaciondelaborto.org.co/wp-content/uploads/2017/09/ENCUESTA-DE-PERCEPCION-2017.pdf>.

46. **González-Velez Ana-Cristina; Castro Laura.** Barreras de acceso a la interrupción voluntaria del embarazo en Colombia. Bogotá, La Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres, 2017, ISBN: 9789585938786.

[http://ngx249.inmotionhosting.com/~despen5/wp-content/uploads/2019/02/12.-Barreras\\_IVE\\_vf\\_WEB.pdf](http://ngx249.inmotionhosting.com/~despen5/wp-content/uploads/2019/02/12.-Barreras_IVE_vf_WEB.pdf)

47. **Danet -Danet Alina.** Experiencias emocionales en la interrupción voluntaria del embarazo. *Gac Sanit*, 2020, GACETA-I840, Article in press.

<https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2020.02.006>