

**CONOCIMIENTOS SOBRE LA INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL
EMBARAZO EN MUJERES ATENDIDAS EN UNA IPS EN VALLEDUPAR, 2024.**

**SANTIAGO CASTAÑO JIMENEZ
KENDRIS BAÑOS CATAÑO**

**UNIVERSIDAD POPULAR DEL CESAR
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA DE INSTRUMENTACIÓN QUIRÚRGICA
VALLEDUPAR- CESAR
2024**

**CONOCIMIENTOS SOBRE LA INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL
EMBARAZO EN MUJERES ATENDIDAS EN UNA IPS EN VALLEDUPAR, 2024.**

SANTIAGO CASTAÑO JIMENEZ

KENDRYS BAÑOS CATAÑO

Proyecto como requisito para optar al título de Instrumentador Quirúrgico

Director de trabajo de grado

DANECCI GONZÁLEZ OROZCO

Instrumentadora Quirúrgica

Especialista en Epidemiología

Maestrante en Currículo con Énfasis en Diseño Curricular

UNIVERSIDAD POPULAR DEL CESAR

FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD

PROGRAMA DE INSTRUMENTACIÓN QUIRÚRGICA

VALLEDUPAR- CESAR

2024

NOTA DE ACEPTACIÓN

Firma del jurado

Firma del jurado

Valledupar, septiembre de 2024.

Contenido

	<i>Pág.</i>
Dedicatoria.....	ix
Agradecimientos.....	x
Resumen.....	xi
Asbtract.....	xii
Introducción.....	13
1. Planteamiento del Problema.....	15
1.1 Descripción del Problema.....	15
1.2 Formulación del Problema.....	17
2. Justificación.....	18
3. Propósito.....	20
4. Objetivos.....	21
4.1 Objetivo General.....	21
4.2 Objetivos Específicos.....	21
5 Línea de Investigación.....	22
6 Delimitación y Factibilidad.....	23
6.1 Factibilidad.....	23
6.2 Delimitación Espacial.....	23
6.2.1 Espacio Temporal.....	23
6.2.2 Espacio Geográfico.....	23
7 Marco Teórico.....	24
7.1 Marco Conceptual.....	24
7.2 Antecedentes Investigativos y/o Estado del Arte.....	28
7.2.1 Antecedentes Internacionales.....	28
7.2.2 Antecedentes Nacionales.....	30
7.3 Bases teóricas.....	35
7.3.1 Interrupción Voluntaria del Embarazo.....	35
7.3.2 Características de la Interrupción Voluntaria del Embarazo.....	35
7.3.3 Conocimiento e Información del Entorno.....	36

7.3.4 Causas de la Interrupción Voluntaria del Embarazo	38
7.3.5 Riesgos de la Interrupción Voluntaria del Embarazo	40
7.3.6 Consecuencias de la Interrupción Voluntaria del Embarazo	41
7.3.7 Barreras en la Atención en Colombia de la Interrupción Voluntaria del Embarazo ...	41
7.4 Bases Legales	43
8 Diseño Metodológico	46
8.1 Tipo de Estudio.....	46
8.2 Población y Muestra	47
8.3 Variable	48
8.4 Unidad de Análisis	48
8.4.1 Criterios de Inclusión	48
8.4.2 Criterios de Exclusión	49
8.5 Técnica de Obtención de la Información.....	49
8.5.1 Fuentes Primarias	49
8.5.2 Fuentes Secundarias	49
8.6 Análisis y Presentación de la Información	49
8.6.1 Análisis de la Información.....	50
8.6.2 Presentación de la Información	50
8.6.3 Difusión de la Información.....	50
8.7 Aspectos Éticos de la Investigación	50
9 Resultados y Análisis de la Información	52
9.1 Discusión	73
10 Conclusiones.....	76
11 Recomendaciones	79
Referencias	81
Anexos	85

Lista de figuras

Figura 1 Ubicación geográfica de la IPS de Valledupar 23

Lista de gráficas

Gráfica 1 Rango de edad	52
Gráfica 2 Estado civil	53
Gráfica 3 Estrato socioeconómico.....	54
Gráfica 4 Nivel educativo.....	55
Gráfica 5 Religión	56
Gráfica 6 Embarazos previos.....	57
Gráfica 7 Conocimiento de las consecuencias de la IVE	59
Gráfica 8 Conocimiento que maneja acerca de las leyes en la IVE	60
Gráfica 9 Conocimiento que maneja de las barreras de atención en la IVE	61
Gráfica 10 Información recibida del sector salud en causas y orientación de la IVE	62
Gráfica 11 Información recibida del núcleo familiar con la sexualidad.....	63
Gráfica 12 Información del sector salud en torno a la sexualidad y a la IVE	64
Gráfica 13 Experiencia de mujeres en IVE en los servicios de salud	66
Gráfica 14 Barreras en los derechos sexuales y reproductivos	67
Gráfica 15 Abuso de la objeción de conciencia para evitar la atención en IVE.....	69
Gráfica 16 Fallas en el servicio de salud de profesionales y a nivel administrativo en IVE	70
Gráfica 17 Normativas sobre el acceso al IVE y/o interpretación restrictiva marco legal...	72

Lista de tablas

Tabla 1 Rango de edad	52
Tabla 2 Estado civil	53
Tabla 3 Estrato socioeconómico.....	54
Tabla 4 Nivel educativo.....	55
Tabla 5 Religión	56
Tabla 6 Embarazos previos.....	57
Tabla 7 Conocimiento de las consecuencias de la IVE	58
Tabla 8 Conocimiento que maneja acerca de las leyes en la IVE	60
Tabla 9 Conocimiento que maneja de las barreras de atención en la IVE	61
Tabla 10 Información recibida del sector salud en causas y orientación de la IVE	62
Tabla 11 Información recibida del núcleo familiar con la sexualidad	63
Tabla 12 Información del sector salud en torno a la sexualidad y a la IVE	64
Tabla 13 Experiencia de mujeres en IVE en los servicios de salud	65
Tabla 14 Barreras en los derechos sexuales y reproductivos	67
Tabla 15 Abuso de la objeción de conciencia para evitar la atención en IVE	68
Tabla 16 Fallas en el servicio de salud de profesionales y a nivel administrativo en IVE...	70
Tabla 17 Normativas sobre el acceso al IVE y/o interpretación restrictiva del marco legal	71

Dedicatoria

Primeramente, le dedico este logro a Dios por ser mi proveedor, en salud, constancia, fortaleza y fe, brindándome las herramientas para lograrlo y atendiendo todas mis necesidades y dificultades.

A mis padres, a la memoria de mi hermano alsides que es mi inspiración, por ser un pilar fundamental en inducirme al estudio y a lograr una profesión, ellos son un gran ejemplo de lucha y me han impulsado a mejorar.

A mi madrina, que se encuentra ejerciendo como doctora pediatra en la rama de salud, viéndola actuar cada día en función de sus pacientes, con amor y calidad humana, me ha inspirado a ser profesional en el área de la salud, apoyándome en todos los sentidos en mi carrera de Instrumentador Quirúrgico.

Al resto de mi familia, que me han ayudado con un consejo, con una gestión, con una palabra de aliento y paciencia en cada momento difícil, A todos gracias.

Este proyecto está dedicado principalmente a Dios por darme fortaleza y perseverancia para terminar mis estudios, a mí hijo que se ha convertido en mi propulsor, mi pareja y familia que no me dejan sola y me motiva luchar por mis sueños.

A todos esos compañeros y docentes que siempre me brindaron una mano de apoyo en los momentos mas difíciles.

Y gracias a todos los que creyeron en mí y aportaron su granito de arena para que yo lograra cumplir mis metas.

Agradecimientos

Agradezco a la Universidad Popular del Cesar, por brindarme la oportunidad de cursar mis estudios profesionales, y así cumplir una meta tanto profesional como personal.

Agradezco a cada uno de mis docentes que dejaron un aprendizaje teórico y práctico, así como una huella ética y profesional en mí, que seguro me servirá en toda mi vida profesional.

Agradezco a mi asesora Danecci González Orozco, no solo por su orientación académica y metodológica en el desarrollo de este proyecto, además, por su orientación ética y en valores para seleccionar un tema tan relevante en nuestra sociedad actual, entendiendo que, como personal de la salud, debemos estar en constante indagación y crecimiento tanto en la atención quirúrgica como en la seguridad de los pacientes. Siendo así, ella ha dejado un legado en mi conciencia ética de buscar un punto de equilibrio para lograr los principios y compromiso ético como parte del personal sanitario y prestador de servicios de salud, en pro de los beneficios de los pacientes

Resumen

El estudio se inclinó a indagar la problemática acerca de la interrupción voluntaria del embarazo desde varias vertientes, caracterización de las féminas, conocimiento, información recibida y barreras en la atención médica. Para esto, se delimitó el objetivo general orientado a analizar los conocimientos que manejan las mujeres sobre la interrupción voluntaria del embarazo (IVE) en una IPS en Valledupar, 2024. La metodología de la investigación se enmarcó en un estudio de enfoque cuantitativo, de tipo descriptivo – prospectivo con un corte transversal, donde se aplicó en tiempo presente, en un momento único la técnica de encuesta a través del instrumento cuestionario en su modalidad auto administrado bajo escala de Likert (varias opciones de respuesta) el cual estuvo integrado por 17 ítems a 60 féminas de la muestra objeto de análisis. De todas las evidencias, se sintetiza dentro de la caracterización socio demográfica que las féminas se encuentran en un rango de edad menores de 19 años, de estrato socio económico bajo, sin estudios técnicos no profesionales, con dos hijos, católicas, las cuales, generalizando, no cuentan con un conocimiento fortalecido en IVE, ni siquiera en los derechos e implicaciones sexuales y reproductivos. En suma, no recibieron información, orientación educativa ni valores desde el hogar en la sexualidad, aumentando la gravedad de la falta de dirección en este tema en la ausencia de una educación desde el sector salud. Esto se vio traducido en deficiencias al momento de acudir a la prestadora de servicios de salud, puesto que afirman que padecieron barreras en la atención médica, sin explicación de consecuencias, unas con mayores dificultades desde la gestión administrativa

en el proceso de IVE, otras, con atención medica deficiente y estigmatización, puntualizando que solo entre 3 y 9 féminas indican en algunos aspectos conocer los datos y recibir una atención medica sin barreras.

Palabras clave: Caracterización sociodemográfica, Conocimientos en IVE, información recibida en IVE y Barreras de atención en IVE.

Asbtract

The study was inclined to investigate the problem of voluntary termination of pregnancy from various aspects, characterization of women, knowledge, information received and barriers to medical care. For this, the general objective was defined aimed at analyzing the knowledge that women have about the voluntary interruption of pregnancy (IVE) in an IPS in Valledupar, 2024. The research methodology was framed in a study with a quantitative approach, type descriptive - prospective with a transversal section, where the survey technique was applied in the present time, in a single moment through the questionnaire instrument in its self-administered modality under a Likert scale (several response options) which was made up of 17 items to 60 women from the sample under analysis. From all the evidence, it is summarized within the socio-demographic characterization that the women are in an age range of under 19 years, from a low socio-economic stratum, without non-professional technical studies, with two children, Catholics, who, generalizing, do not have strengthened knowledge in IVE, not even in sexual and reproductive rights and implications. In short, they did not receive information, educational guidance or values from home regarding sexuality, increasing the severity of the lack of direction on this issue in the absence of education from the health sector. This was translated into deficiencies when going to the health service provider, since they affirm that they suffered barriers in medical care, without explanation of the consequences, some with greater difficulties from the administrative management in the IVE process, others with poor medical care and stigmatization, pointing

out that only between 3 and 9 women indicate in some aspects that they know the data and receive medical care without barriers.

Keywords: Sociodemographic characterization, Knowledge in IVE, information received in IVE and Barriers to care in IVE.

Introducción

Los embarazos no planeados aumentan en el mundo, sobre todo en personas jóvenes. Se estima que el 53% de las féminas a nivel internacional gestan sin planificación, y el 23% acuden a la decisión del aborto, (OMS, 2022). Estas estadísticas son bastante elevadas, el mundo se enfrenta a un sin fin de consecuencias éticas, médicas y económicas en el tema de la interrupción voluntaria del embarazo, sin contar las pérdidas humanas de los neonatos y las gestantes que presentan complicaciones.

De acuerdo a esto, es un tema que inclusive hoy en día sigue siendo tabú, y no se están prestando las medidas orientativas y promoción de la anticoncepción y sexualidad responsable en las féminas. Por ende, el estudio se inclinó a indagar el conocimiento de las mujeres objeto de estudio en la interrupción voluntaria del embarazo (IVE), así como las barreras en la atención medica que pudieron padecer al momento de acudir a una IPS a practicarse una IVE.

Siendo así, en el estudio inicialmente se desarrollaron elementos problemáticos apoyados en estadísticas internacionales y nacionales acerca del IVE en sus indicadores de conocimiento, consecuencias, barreras e información recibida. De allí, se construyeron los objetivos del estudio, que orientaron al investigador a desarrollar un marco teórico alusivo a los indicadores, así como a indagar y exponer estudios previos culminados acerca del marco legal de la IVE en Colombia, características socio demográficas, barreras de atención y conocimiento de las féminas desde distintos contextos poblacionales, los cuales sirvieron de guía para contrastar las evidencias finales. Estas se obtuvieron tras la aplicación de un cuestionario de escala de Likert de 17 ítems, dese una postura indagatoria cuantitativa, descriptiva- prospectiva y de corte trasversal a 60 mujeres objeto de análisis.

Se determinó que las féminas son de escasos recursos, nivel educativo bajo, con conocimiento del tema deficiente, en carencias informativas desde el núcleo familiar y el sector salud, donde se presentando en términos generales barreras en la atención que, afectando en varias medidas a las pacientes, bien sea por desconocimiento, mala gestión administrativa, estigmatización o elementos éticos del personal médico, así como presentación de complicaciones de algunas de ellas.

Tomando en cuenta estas evidencias, a pesar de que el estudio se enmarca dentro de un alcance de resultados, donde se plantean conclusiones y recomendaciones partiendo de las evidencias. Se esperan proyecciones positivas a partir de las recomendaciones, sirviendo como punto de partida para la planeación y ejecución de las mismas en distintas poblaciones, con el objetivo de minimizar la tasa de incidencia de IVE y sus consecuencias.

1. Planteamiento del Problema

1.1 Descripción del Problema

El aborto es la interrupción del embarazo. Existen diversas causas para la clasificación del aborto, como el espontaneo por problemas de salud, en torno al aborto voluntario, implica la decisión materna de terminar la gestación. Esta situación puede generar riesgos y consecuencias en las féminas que tomar dicha determinación, estos implican desde las consecuencias sociales, psicológicas hasta las físicas que pueden ser las más graves, inclusive pueden llevarlas a la muerte, (OMS, 2021).

Con respecto a lo anterior, se indica que el aborto lamentablemente es un hecho habitual y constante en el mundo. Según datos estadísticos de la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE), 6 de cada 10 embarazados no deseados son interrumpidos por las gestantes de forma voluntaria, en este punto se debe indicar que el 45% de los abortos voluntarios se llevan a cabo en condiciones de inseguras de alto riesgo, de dicho porcentaje casi el 100% se ejecutan en países sub desarrollados, siendo una problemática en la incidencia de muertes maternas, ya que asciende a 20 fallecimientos maternos por cada 100.000 abortos peligrosos. Esta situación se produce por las barreras de acceso a la atención de la IVE, por estimas, miedos o desconocimiento y lamentablemente producen hemorragias, infecciones, perforación uterina, daños en el aparato genital, entre otros, (OMS, 2021).

Continuando con los datos del aborto por regiones, el 97% de los abortos peligrosos se producen en países sub desarrollados, detallando que el 53,8% se ejecutan en Asia, seguido del 24,8% en África, el 19,5% en América Latina y el Caribe, inclusive se trataron 7 millones de mujeres por complicaciones en aborto peligroso, siendo una tasa de alto riesgo en 6,9 de 1000 mujeres entre edades comprendidas entre 15 y 44 años de edad, (OMS, 2022).

A estos datos internacionales, se suman 73 millones de abortos cada año de los cuales 35 millones de abortos fueron no seguros (altamente peligrosos), esto implica que casi la mitad de las féminas acudieron a abortos no seguros por diversos motivos, como vergüenza, falta de

orientación, barreras de atención, estigma por ser víctimas de abuso sexual, entre otras, (MSF, 2023).

Con respecto a la información nacional, en Colombia se realizan 400 mil abortos no seguros, para el 2020 fallecieron 34 féminas a causa del aborto (de los datos conocidos), inclusive en el país aborto no seguros produce hasta el 30% de las emergencias obstétricas, (MSF, 2023).

En suma de estos datos, se registra en el país que en zonas rurales aumenta el riesgo por aborto inseguro, produciéndose complicaciones graves en el 53% de las féminas, esto se produce por la falta de atención médica y la forma de inducción voluntaria del embarazo la cual se produce con mayor frecuencia con el medicamento misoprostol, este medicamento de forma general causa en más del 32% de las mujeres que lo emplean un sangrado abundante y un aborto incompleto que no permite expulsar toda la materia fetal, lo cual agrava los síntomas haciendo que se presenten complicaciones y la asistencia médica a emergencias. Como si esta situación fuera poco, las complicaciones aumentan en féminas que no utilizan el medicamento, retomando el contexto rural, en estas zonas las mujeres acuden a abortos por médicos o parteros que no cuentan con conocimientos, equipamiento y procesos seguros de interrupción del embarazo, lo cual ha conllevado a producir entre el 54% y 65% de complicaciones en estas féminas de dichas zonas, (Prada et al, 2024).

Lamentablemente en Bogotá no hay diferencia a pesar de ser capital, inclusive los datos son mayores la tasa de incidencia de aborto voluntario es de 113 de 1000, lo cual es más elevado que en África y otras zonas del país. Además, Cundinamarca es uno de los departamentos de Colombia donde se producen abortos no seguros con mayor tiempo de gestación, siendo este un indicador clave para llevar a una fémina al estado de gravidez inclusive la muerte, (UNFPA, 2021).

Por su parte, según datos de Médicos Sin Fronteras en Colombia se estima que las causas que llevan a las féminas a producirse abortos no seguros es las barreras en la atención en los servicios de salud, la estigmatización, entre otros aspectos. Esto por supuesto, conlleva a una mayor incidencia de complicaciones en las féminas, sin embargo, a pesar de que los problemas de salud se dan mayormente en los casos de aborto no seguro, la interrupción del embarazo voluntaria

también puede generar riesgos incluso complicaciones severas en las féminas, por distintos motivos, (MSF, 2023).

Tomando en consideración todo lo indicado, la interrupción voluntaria del embarazo puede tener consecuencias negativas en la salud de algunas pacientes, así mismo, se deben considerar las barreras de atención en los servicios de salud, por lo cual es relevante indagar acerca de estos causales. Contextualizando en la población objeto de estudio, la investigación se inclina a conocer la información que manejan las féminas con respecto a la interrupción voluntaria del embarazo, en suma, de los datos que les proporciona y cuales con las barreras de atención que atraviesan, esto conlleva a analizar ese conocimiento en las mujeres con respecto a la IVE.

1.2 Formulación del Problema

¿Cuáles son los conocimientos que manejan las mujeres sobre la interrupción voluntaria del embarazo (IVE) en una IPS en Valledupar, 2024?

2. Justificación

La decisión de aborto es un tema bastante complejo en las féminas, ninguna mujer desea pasar por una situación de tal magnitud, esta puede deberse a situaciones sociales, económicas, físicas, de abuso, entre otras, por lo cual acudir a este proceso de forma seguro en clínicas es difícil. Atendiendo a estas opiniones inclusive, se suman otras causas a las cuales se atañan las barreras en la atención en servicios de salud con respecto a la interrupción voluntaria del embarazo, tales como; la estigmatización de los pacientes, la restricción de las leyes, las actitudes negativas de los trabajadores de la salud, ambigüedades e ineficacia en las leyes de IVE, elementos éticos de los médicos, falta de acceso a métodos regulatorios, problemáticas en los tiempos de espera, ausencia de apoyo social, información deficiente, normas sociales y restricciones financieras, entre otras, (FIGO, 2021).

Lo descrito, deja en claro que existen barreras que se deben afrontar y proporcionar mayor información, atención, consultoría y ayuda a las féminas que presentan estas situaciones, en suma, de mayor socialización para poder evitar las gestaciones no deseadas. Por esto, la Organización Panamericana de la Salud delimita varias directrices en pro de la ayuda a la mujer en estos casos, como, por ejemplo, garantizar el acceso al aborto seguro, garantizar el acceso a la información de las pacientes, la eliminación de obstáculos normativos en el acceso al aborto seguro, la evaluación y eliminación en algunos casos de las barreras de atención en la penalización a las féminas, tiempos de espera, requisitos, entre otros, promover la estigmatización, el apoyo emocional y psicológico, la interrupción en un tiempo de riesgo, el trato justo y digno, entre otros, (OPS, 2022).

Además, la Organización Mundial de la Salud también trabaja de la mano con la Organización Panamericana de la Salud, donde indican que mientras más estigmatizado e ilegal sea el aborto produce un aumento de la interrupción no segura, de las complicaciones e incluso fallecimientos de las madres, por esto, se develan varias directrices de apoyo para las féminas que pueden presentar riesgo, siendo estas; mantener el respeto a los derechos humanos, disponibilidad de acceso e información, un sistema de salud que proporcione atención accesible a bajo costo a las féminas y sobre todo seguro a través de una cobertura en salud universal, suministro fiable de equipos médicos, disponibilidad y capacidad suficiente de los trabajadores de la salud, asesoría de

métodos seguros de aborto, sobre todo socialización, apoyo e información a las mujeres para minimizar los embarazos no deseados y así el riesgo en abortos, (OMS, 2021).

Soportando estos datos, inclusive desde Médicos Sin Fronteras, también se presta un apoyo para prevenir el sufrimiento y el aumento de la mortalidad por abortos no seguros, iniciando por los métodos de prevención del problema como proporcionar información y anticonceptivos, en suma, de ofrecer servicios de interrupción sin riesgos, proporcionar atención médica en féminas que lleguen de abortos clandestinos con complicaciones, entre otros, (MSF, 2023).

De acuerdo a toda la información delimitada, existen directrices internacionales y nacionales que apoyan a las féminas para evitar este tipo de riesgos, claro es más sencillo, crearlas y promulgarlas que aplicarlas, sobre todo en países donde las leyes aún presentan restricciones en la atención médica en el aborto. Esto es soportado por las estadísticas que cada día aumentan en la interrupción del embarazo voluntario no seguro y el aumento de complicaciones de las mujeres.

Por esta situación, se amerita mayor apoyo y aplicación de estrategias para poder gestionar la calidad en la atención y disminución de las barreras de atención. Para esto, es importante proporcionar información, propiciar conocimientos y mejorar las técnicas de apoyo. Esto se puede ejecutar a través del estudio constante de la situación, por esto, la investigación actual se justifica en la necesidad de estudiar en determinado contexto poblacional las dificultades en el aborto.

De allí, el estudio es relevante desde la presentación de aportes teóricos y del estado del arte donde sea posible describir aspectos teóricos de la interrupción voluntaria del embarazo, en suma, de evidencias de contextos poblacionales con respecto a la problemática, las cuales sustentan la investigación. En suma, desde el aporte metodológico, se desarrolla una postura indagatoria para abordar la recolección de los datos y poder presentar evidencias claras que den respuesta a los objetivos del estudio. En última instancia, desde el punto de vista práctico y en salud, se espera poder proporcionar resultados que brinden orientación a las féminas y permitan hacer conciencia a los sistemas de salud en la atención médica en la interrupción voluntaria del embarazo, lo cual procure minimizar el aborto no seguro, y de esta manera las complicaciones y fallecimientos en mujeres.

3. Propósito

El estudio se lleva a cabo para obtener información acerca de los conocimientos que manejan las féminas objeto de estudio en el aborto y cuáles son las barreras que afrontan. Dichos datos tendrán la utilidad de poder saber los riesgos y situaciones a las cuales están expuestas las pacientes en el caso de la interrupción voluntaria del embarazo, por tal motivo su propósito se inclina a presentar evidencias acerca de las barreras de atención que se presenten en los servicios de salud, así como el apoyo desde la información, asistencia y consejería que estén obteniendo en el contexto de estudio, permitiendo generar recomendaciones en pro de la mejora de la atención en los servicios de salud de la IVE.

4. Objetivos

4.1 Objetivo General

Analizar los conocimientos de las mujeres sobre la interrupción voluntaria del embarazo (IVE) en una IPS en Valledupar, 2024.

4.2 Objetivos Específicos

- Caracterizar socio demográficamente según determinantes sociales a la población objeto de estudio.
- Identificar el nivel de conocimiento de las mujeres relacionado de la IVE al recibir atención en una IPS en Valledupar, 2024.
- Indagar la información del sector salud y del entorno las mujeres sobre la IVE en un a IPS en Valledupar, 2024.
- Delimitar las barreras en la atención para IVE de las mujeres en una IPS en Valledupar, 2024.

5 Línea de Investigación

El estudio es enmarcado bajo la línea de investigación perteneciente al programa de Instrumentación Quirúrgica “**SALUD PÚBLICA**”, bajo la sublínea de **Promoción y mantenimiento de la salud y prevención de la enfermedad**, la sub línea apoya en el estudio de diferentes situaciones problemáticas y causas que intervienen de forma general a los pacientes en relación a enfermedades no contagiosas, producidas por diferentes factores. La sublínea entonces permite dar una orientación a las investigaciones con respecto a las condiciones físicas y psicológicas que se pueden afectar a los ciudadanos. De manera que el estudio actual, apoyándose en la línea y sublínea de investigación mencionadas, puede orientarse en el abordaje del problema de la IVE en las féminas, sobre todo en condiciones no seguras, logrando detectar información de los conocimientos y como la ausencia de estos afecta en las mujeres, en suma, de las barreras de atención.

6 Delimitación y Factibilidad

6.1 Factibilidad

El estudio es factible desde varias perspectivas, desde la parte financiera se destaca que los autores cuentan con los recursos económicos para ejecutar el estudio. Apoyados desde la parte académica, se cuenta con la asesoría de docentes calificados, específicamente el asesor del trabajo que está en disponibilidad de apoyar a nivel teórico y metodológico el desarrollo del estudio. En última instancia, se cuenta con el acceso al contexto poblacional (fémimas) para poder aplicar los métodos de recolección de la información y dar respuesta a los objetivos.

6.2 Delimitación Espacial

6.2.1 Espacio Temporal

El estudio se ejecuta en el periodo desde febrero del 2024 hasta noviembre del 2024.

6.2.2 Espacio Geográfico

La investigación se llevará a cabo en el contexto en el Departamento del Cesar, en una IPS en Valledupar, delimitada en la siguiente figura.

Figura 1 Ubicación geográfica de la IPS de Valledupar



7 Marco Teórico

7.1 Marco Conceptual

Aborto: Terminación del embarazo antes de que el feto sea viable. Esto supone la expulsión prematura desde el útero de los productos de la concepción: feto, membranas fetales y placenta, (Jacobson y Tango, 2022).

Aborto ilegal: Aborto inducido sin justificación legal, con frecuencia de manera insegura, (Jacobson y Tango, 2022).

Aborto incompleto: Algunos productos de la concepción permanecen en el útero, (Jacobson y Tango, 2022).

Aborto inducido: Aborto causado voluntariamente (con frecuencia se usa el aborto quirúrgico o médico para inducir el aborto). Sinónimo: interrupción, terminación del embarazo, (Jacobson y Tango, 2022).

Aborto inseguro: Realizado ya sea por personas que carecen de las habilidades necesarias o en un ambiente carente de los estándares médicos mínimos, o ambos. (Nota: los abortos tanto legales como ilegales pueden ser seguros o inseguros.), (Jacobson y Tango, 2022).

Aborto legalmente: El aborto es permitido solamente bajo condiciones específicas como la violación o restringida anormalidad fetal. Consecuentemente, las mujeres tienen más probabilidades de buscar abortos ilegales o inseguros, (Jacobson y Tango, 2022).

Aborto quirúrgico: Aborto realizado mediante aspiración manual o eléctrica, dilatación y legrado, o dilatación y extracción/evacuación. También se refiere a un aborto en un estado de embarazo avanzado, en el cual el feto se extrae mediante una incisión en el útero, (IPPF, 2010).

Abstinencia: Es una decisión consciente para evitar ciertas actividades o comportamientos. Las definiciones de la abstinencia sexual varían. Puede significar la ausencia de contacto sexual o de penetración (oral, anal o vaginal), (IPPF, 2010).

Abstinencia periódica: No tener relaciones sexuales vaginales durante los días fértiles de la mujer, con el fin de evitar el embarazo, (Jacobson y Tango, 2022).

Abuso sexual: Actividad sexual que es dañina o no consensual, o ambas. adolescencia Período durante el cual una persona avanza desde la dependencia de adultos a una adultez responsable. La Organización Mundial de la Salud y la ONU definen la adolescencia como el período de los 10-19 años de edad, (Jacobson y Tango, 2022).

Anti-aborto: Término que a veces se usa como sinónimo de pro-vida, anti-elección, proembarazo forzado, o pro-maternidad forzada; o para referirse a individuos y grupos que emprenden acciones violentas contra prestadores de servicios de aborto o clínicas, o contra mujeres que solicitan un aborto, (Jacobson y Tango, 2022).

Anticoncepción quirúrgica: Esterilización femenina y masculina mediante la oclusión tubaria o ligadura de voluntaria (AQV) trompas, o la vasectomía, son de los métodos anticonceptivos más efectivos disponibles para las personas que no desean tener más hijos. Están asociados con tasas bajas de mortalidad o complicación. El procedimiento bloquea los conductos espermáticos (vasos deferentes) o los oviductos (trompas de Falopio o tubos uterinos), (IPPF, 2010).

Atención obstétrica de emergencia básica: La atención básica incluye antibióticos intravenosos, oxitócicos y sedantes; la extracción manual de la placenta; la extracción manual de productos de la concepción retenidos; y parto (vaginal) asistido, (IPPF, 2010).

Concepción: Fusión del espermatozoide y el óvulo. momento en que el óvulo fecundado se adhiere al recubrimiento interno del útero y comienza el embarazo, (IPPF, 2010).

Confidencialidad: Derecho de la o el cliente a que la información médica personal e identificable que se proporciona a un prestador de servicios de salud no sea revelada a otras personas sin el permiso explícito del cliente. Tal información es accesible solamente al prestador de servicios y, cuando es legalmente apropiado, puede proporcionarse acceso al personal de la compañía aseguradora, (IPPF, 2010).

Conocimientos: Interpretación de la información, lo cual proporciona contexto y comprensión. La integración de experiencias, lecciones aprendidas e información del contexto, todo lo cual tiene el potencial para sustentar las decisiones y mejorar las acciones, (IPPF, 2010).

Consejería: Proceso de comunicación mediante el cual alguien recibe ayuda para identificar sus necesidades de salud sexual y reproductiva, así como para tomar las decisiones más apropiadas acerca de cómo satisfacerlas. La consejería se caracteriza por un intercambio de información e ideas, análisis y deliberación.

Consejería en sexualidad: Consejería sobre asuntos de sexualidad con el propósito de crear un clima en el cual las y los clientes puedan expresarse por sí mismos y plantear sus preocupaciones con respecto a las relaciones sexuales y la intimidad sin temor a discriminación, (IPPF, 2010).

Consentimiento: otorgado por una o un cliente/paciente para recibir un informado procedimiento/tratamiento médico o para participar en un estudio clínico, después de haber alcanzado una comprensión de los hechos médicos y de los riesgos involucrados, (IPPF, 2010).

Control de la natalidad: Control del número de niñas/niños nacidos, especialmente mediante la prevención o reducción del número de concepciones. Este término no es un sinónimo de planificación familiar o anticoncepción. Se refiere a todos los métodos de prevención de nacimientos, incluidos la abstinencia, los anticonceptivos, la esterilización masculina y femenina y el aborto, (Jacobson y Tango, 2022).

Dispositivo intrauterino: Dispositivo que se inserta en el útero para evitar el embarazo. Los dispositivos (anticonceptivo) intrauterinos están hechos de plástico o de cobre y pueden ser inertes o contener hormonas que se liberan lentamente. Evitan la fecundación y, en ocasiones, la implantación por al menos tres años. Son efectivos para anticoncepción de emergencia cuando se les inserta dentro de los cinco días posteriores a la relación sexual desprotegida, (Cárdenas, Escudero y Noreña, 2022).

Distribución de condones: Entrega de condones como parte de una estrategia de prevención del VIH, así como de prevención del embarazo no planeado. Los folletos con orientación específica sobre el uso correcto de los condones forman parte de la estrategia de distribución, (Cárdenas, Escudero y Noreña, 2022).

Educación en sexualidad: Educación diseñada para equipar a la gente joven con los conocimientos, habilidades, actitudes positivas y valores necesarios para determinar y gozar su sexualidad – física y emocionalmente, a nivel individual y en sus relaciones, (Cárdenas, Escudero y Noreña, 2022).

Efectividad de la/el En la anticoncepción: es la confiabilidad de un método anticonceptivo como usuario es usado – no siempre consistente o correctamente (en contraposición con la efectividad del método), (IPPF, 2010).

Participación comunitaria: Un componente de importancia crítica de los programas de salud sexual y reproductiva. Ocurre cuando miembros de la comunidad y el gobierno local desempeñan un rol significativo en el manejo del programa de salud sexual y reproductiva, incluidos las contribuciones de dinero, materiales y tiempo de voluntarios, lo que deriva en un sentido de propiedad del programa y la aceptación de la responsabilidad por alcanzar los objetivos establecidos, (Jacobson y Tango, 2022).

Planificación familiar: Esfuerzo consciente de las parejas o individuos para planificar y lograr tener el número deseado de hijos y regular el espaciamiento y oportunidad de los nacimientos. La

planificación familiar se logra a través de la abstinencia, la anticoncepción, la esterilización masculina o femenina o el tratamiento de la infertilidad, (Cárdenas, Escudero y Noreña, 2022).

Prevención del embarazo: Mediante el uso de anticoncepción hormonal emergencia (AE) (píldoras de anticoncepción de emergencia) o dispositivo intrauterino (DIU), después de tener relaciones sexuales sin protección. Las píldoras de anticoncepción de emergencia evitan la ovulación (probablemente su único mecanismo de acción); son más efectivas mientras más pronto se toman, pero tienen alguna efectividad hasta cinco días después de la relación sexual sin protección. El DIU evita la fecundación o la implantación y es altamente efectivo en la prevención del embarazo y de insertarse hasta cinco días después de la relación sexual sin protección. Ninguno de estos métodos evita las infecciones, incluido el VIH, (Cárdenas, Escudero y Noreña, 2022).

Pro-vida: Ideología motivada por la creencia de que un óvulo fecundado (en la concepción) es un ser humano que debe ser protegido por la ley y el aborto no puede ser realizado por razón alguna, (IPPF, 2010).

Viabilidad: Capacidad de un feto de mantener vida independiente fuera del útero (23 a 28 semanas a partir de la concepción, dependiendo de la calidad de la atención neonatal disponible), (IPPF, 2010).

Vulnerable/vulnerabilidad: Persona o grupo que carece de las capacidades, medios o recursos para enfrentar una situación negativa, lo que les deja expuestos e indefensos ante la violencia, amenazas y/o sufrimiento. La persona o grupo puede ser susceptible a riesgos y explotación; y a la pérdida de expectativas y derechos, incluidos la salud y los derechos sexuales y reproductivos, (Jacobson y Tango, 2022).

7.2 Antecedentes Investigativos y/o Estado del Arte

7.2.1 Antecedentes Internacionales

Ramos (2016), en su trabajo investigativo de la revista de estudios demográficos y urbanos, titulado, “Investigación sobre aborto en América Latina y el Caribe. Una agenda renovada para

informar políticas públicas e incidencia (resumen ejecutivo)”, tiene como objetivo principal, visualizar a nivel latinoamericano el debate general sobre la agenda manipulada sobre el aborto a nivel político y académico. El resumen ejecutivo es presentado para ofrecer conocimientos solidas evidencias en el área científica disponibles en la región entre el 2009/2014.

Según la metodología usada, se propone esquematizar las diferentes temáticas de manera que se pueda estudiar las condiciones del aborto para valorizar y comprender la situación latinoamericana, así como sus causas, consecuencias, efectos, al igual que los obstáculos que las mujeres deben afrontar en la situación del aborto y su decisión sobre el mismo, evaluando los efectos sociales sobre la actuación de la mujer. La metodología usada está relacionada con las estructuras de información y documentación bibliográficas relacionadas estrechamente con el control de la comunicación educación disponible para la mujer y la sociedad sobre el aborto. Las publicaciones y artículos científicos, involucran secciones con sub conjuntos temáticos entre retos teóricos, así como la metodología organizacional y tendencia política social que inciden en las comunidades.

Entre los resultados de la investigación se determinó que las mujeres que se realizaron abortos, en su relación con su pareja, perciben el acto como un delito ante su religión. Desde el punto de vista legal, también se ve como una acción de condena moral, aunque menor, la decisión de la mujer es propia según las condiciones económicas. Sociales y salud. Se ha determinado un mayor estudio sobre el dialogo juvenil. En este sentido los hombres de mayor edad, se sienten menos susceptibles en cuanto a la reproducción permitiendo diferentes autonomías por parte de la mujer entre 40/49 años, mientras que en las parejas jóvenes esta perspectiva es proporcional a la esperanza de vida de la pareja. Esto indica que el aborto no solo afecta a la mujer, sino también al hombre. En cuanto a los parámetros culturales, ideológicos y religiosos, se aplican en las prácticas profesionales, pero sin ofrecer sustento teórico consolidado para comprender el efecto de estos factores. Los bajos niveles educativos y de información sobre las regulaciones del aborto influyen considerablemente en la aceptación de los profesionales en relación al tema y acción. Pese a que la ley lo permite, la falta de conocimientos construye una barrera según el tipo de profesión limitando la decisión de la mujer.

Como conclusión, se determina que las grandes diferencias ideológicas y religiosas, además de las condiciones socio económicas, entre países, construyen un margen con brechas ambiguas en las decisiones de la mujer y la comunidad, incluyendo las acciones de los profesionales. Esto quiere decir, que no es suficiente la aplicación de nuevas leyes, también se requiere de una formación educativa necesaria para la temo de decisión y acceso a la salud de manera correcta, (Ramos, 2016).

Contrario a la exposición anterior, Gallardo y Salazar (2013), de la Universidad de Chile, Facultad de Derecho, titulado “Aborto Voluntario: Un Derecho Prohibido”, tiene como principal objetivo, determinar la incidencia del código penal en su artículo 344 de Chile, y las necesidades psico-sociales y económicas en la regulación del aborto, visualizando el derecho de la mujer como un derecho humano, los derechos sexuales y, así como la visualización análisis del aborto como un bien jurídico protegido.

En cuanto a la metodología usada, se soportó la documentación bibliográfica con investigaciones que sustentan condiciones socio culturales, basados en edad, educación, estado civil, ingresos percibidos, nacionalidad, número de hijos, condiciones que inducen al aborto, entre otros. En cuanto a los resultados, se estudió el ingreso al sistema procesal penal 99II y cautelar 106, así como el grado de desarrollo 108, y las resoluciones. En relación a las conclusiones, el aborto y su género se realizaron propuestas en la despenalización del aborto voluntario en Chile, considerando regulaciones según las condiciones de la mujer, (Gallardo y Salazar, 2013).

7.2.2 Antecedentes Nacionales

Por su parte, Gómez et al (2023), en su investigación titulada, “Significado de afrontar una interrupción voluntaria del embarazo tardía en mujeres que se realizaron el procedimiento en instituciones de salud de dos ciudades colombianas”, tiene como objetivo, determinar el aborto como un derecho en salud sexual y corporal de la mujer y su reproducción en el ámbito colombiano. Sin embargo, la comunidad colombiana existe divergencias entre el derecho al mismo. En este sentido, se busca comprender la transición de conceptualizaciones posteriores a la interrupción voluntaria tardía del embarazo y su relación con los familiares.

Entre los métodos y materiales se aplicó en el marco de la investigación hermenéutica, un paradigma constructivista con un análisis desde el ámbito perspectivo y comparativo. En resumen, se realizaron 19 entrevistas con variaciones estructuradas, a 18 mujeres residentes en Colombia que fueron sometidas a interrupción del embarazo voluntariamente de manera tardía, el cual está definido en torno a una gestación por encima de veinte semanas, ligados a feticidio e inducción al parto, entre los años 2016/2020. También se realizaron dos grupos focalizados, entre ellos, con las entrevistadas, y otro grupo con feministas expertas, para triangular la documentación dentro del proceso de la investigación.

Entre los resultados, la mayoría de las mujeres muestran negatividad sobre la interrupción del embarazo de manera voluntaria, sin embargo, al encontrarse sumergido en condiciones, obligándose a terminar la gestación, se encuentran choques propios con la sociedad, buscando ayuda para fijar una posición. De acuerdo a las entrevistas, las confrontaciones inciden en una reflexión interna con miras a transformar sus vidas. Como conclusión, en relación al aborto, las mujeres que interrumpen voluntariamente en el embarazo tardío, estos, suelen ser contrarios al derecho en salud. Así mismo, los significados se transforman a través de reflexiones conscientes de las mujeres, en el marco de sus experiencias a fin de enfrentar los choques sociales, (Gómez et al, 2023).

Saldarriaga et al (2022), en su artículo sobre los “Conocimientos y actitudes sobre interrupción voluntaria del embarazo en estudiantes de una Universidad de Cartagena (Colombia)”, exponen la importancia de los descubrimientos sobre las capacidades de la mujer en el control y manejo voluntario de su embarazo aun cuando esta situación está influenciada por el aspecto político, y la división de las opiniones que afectan las políticas en los planes de salud. El objetivo principal consiste en evaluar los niveles de conocimientos para determinar voluntariamente la interrupción del embarazo, en estudiantes de programas de ciencias de la salud en Cartagena.

Entre los materiales y métodos implementados se adoptó un estudio de descripción transversal mediante un cuestionario con adaptación hecha de Marceliano y Medrano, aplicado a 231 estudiantes en enfermería y medicina, cuyos datos fueron analizados mediante la frecuencia de relatividad. Entre los resultados determinantes, se encontraron que, los niveles son altos en relación

al grado de conocimiento, alcanzando un 92.3% (213 estudiantes), mientras que un 37.2% (86 estudiantes), no tenían idea sobre las causantes para el proceso del aborto sin considerarse un delito. El conjunto, el 56,7% expresa negativismo en firmar una petición de aborto legalizando el aborto. Por otro lado, el 18.8% asume, que, si la mujer se practica un aborto, debería ser judicializada. Como conclusión se determina que los niveles de conocimientos entre los estudiantes de medicina y enfermería son considerados como altos niveles, aun cuando, los prototipos indican un desconocimiento respecto a las principales causas sobre la legalización del aborto según las normas vigentes con variantes en actitudes positivas y negativas en relación a la actitud del embarazo, (Saldarriaga et al, 2022).

Entre tanto, Quintero et al (2022), en su trabajo investigativo denominado “Interrupción voluntaria del embarazo y salud sexual y reproductiva en mujeres migrantes en Barranquilla”, hacen un acercamiento en el conocimiento para acceder a los aspectos voluntarios sobre el embarazo o la interrupción del mismo (IVE), así como a los servicios sexuales y control de la reproducción, sobre las mujeres migrantes venezolanas y colombianas en retorno. En este sentido, es importante destacar, que el estudio se realizó a través de 20 entrevistas con pacientes mujeres provenientes de Venezuela, ubicadas en Barranquilla. Estas entrevistas comprenden dimensionalmente, opiniones y experiencias vividas de las mujeres migrantes evaluando la exploración de acceso al IVE y al SSR, así como las opciones para el mejoramiento del sistema para las migrantes, (Quintero et al, 2022).

Respecto a las investigaciones sobre IVE, Cárdenas, Escudero y Noreña (2022), en su artículo titulado “Seguridad de la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) en dos Instituciones Prestadoras de Salud en Medellín, Colombia, en 2019. Cohorte histórica”, en el cual se expone como objetivo, la caracterización de una cohorte de mujeres las cuales han sido intervenidas en IVE, con el fin de describir cuales han sido las complicaciones intra y post operatorias relacionados a las técnicas quirúrgicas usadas.

En cuanto a la metodología utilizada, la investigación se enfocó en un estudio descriptivo de corte histórico basados en mujeres intervenidas de acuerdo a las dos instituciones de servicio de salud-IPS en Medellín-Colombia durante el 2019. Las infecciones pélvicas o infecciones de

transmisión sexual, fueron excluidas de esta investigación. Durante la selección se evaluaron estudios de variables socio demográficos en salud sexual y reproducción que se ejecutaron en clínicas enfocadas en embarazo y que manejan el IVE. También se realizaron estudios sobre la caracterización de atención y complicación una semana posterior a los procedimientos aplicados.

En relación a los resultados, se determinaron un conjunto de mujeres evaluadas de 1.520 elegibles, de las cuales se identificaron 46 quienes fueron intervenidas quirúrgicamente en otras instituciones. De los 1.474 restantes, se excluyeron 30 que presentaban infecciones pélvicas o ITS, quedando solo 1444 mujeres restantes. Entre los elementos evaluados se encontraron los riesgos para la salud de la mujer percibidos desde el enfoque legal más general, con un 94.3%. de este lote el 99% de las mujeres tuvieron acceso a atención previa, mientras que el 78.4% tuvo Acceso a métodos anticonceptivos posteriores al IVE. Por otro lado, el 95% de las mujeres intervenidas con técnica de aspiración manual, mientras que el 5% se les realizó una intervención de técnica manual endo-uterina (AMEU). Un 4.4% le fueron practicadas y un 4.5% se les practico dilatación y Curetaje. Como conclusión se determinó que la AMEU ha sido una práctica segura que no genera complicación intra operatoria, mientras que el D&C se acompaña de complicaciones entre 6 de 10 mujeres. Los estudios prospectivos se hacen necesarios para evaluar la seguridad y los costos de las intervenciones como opciones alternativas de IVE, (Cárdenas, Escudero y Noreña, 2022).

Según Ortiz (2020), en su tesis de Maestría “De sufrimiento y alivio: los significados elaborados por las mujeres sobre sus abortos inducidos en el segundo trimestre de gestación” en al área de antropología, de la Universidad Nacional de Colombia, tiene como objetivo principal construir un mapa sobre los entramados de conceptualizaciones que llevarían a las mujeres a lograr una percepción sobre las perspectivas de la mujer en el mercado profesional versus el embarazo en Bogotá y las posibilidades de desestabilización del ciclo familiar observándose como una falla de conducta. En este sentido se busca analizar los significados entre 15 mujeres que se practicaron abortos entre cuatro y cinco meses de gestación. Según los aportes de Foucault en la construcción del sujeto, expone que el cuerpo de la mujer en estas condiciones se considera como un objeto de control bio político.

En la metodología aplicada en el estudio, se introdujeron varios marcos se aplicaron entrevistas a 16 mujeres con un corte etnográfico con un efecto de transformación basados en guías estructuradas de respuestas cortas según Guber. 2011. Según Casado Aijón (2016), se elaboraron un conjunto de conceptualizaciones teóricas con metodología basados en itinerarios terapéuticos. En función de ello, se estructuró un planteamiento antropológico con una herramienta parecida al itinerario terapéutico de acuerdo a las narrativas de la mujer para sincronizar elementos teóricos y metodológicos.

En conclusión, y argumentando pensamientos antropológicos en el estudio social, las mujeres requieren de una instauración superior en el campo laboral y profesional, lo que requiere de una nivelación en el estado del embarazo y planificación familiar. Las mujeres visualizan un programa de vida a futuro, según las imposiciones sociales, la biopolítica y los biopoderes que pueden sujetar las actuaciones en la sociedad en un orden político económico y religioso aceptable, lo que hace considerar un embarazo no deseado cuando no se responde a las narrativas sociales en proyectos planificados, (Ortiz, 2020).

Según la investigación de Prada et al (2015), titulado “El aborto en adolescentes, factores de riesgo y consecuencias: revisión de literatura” de la Universidad Areandina, expone como objetivo principal, la descripción de riesgos, factores y consecuencias físicas, así como psicológicas en la conducta social que afectan el embarazo adolescente. Entre los materiales y metodología usada, se realizó una revisión documental en el ámbito literario académico y científico, en los cuales se agruparon 34 fuentes vinculantes.

Según los resultados obtenidos en relación a la inmadurez tanto física como psicológica, así como las presiones sociales y religiosas, tienen una incidencia impactante en el aborto adolescente, sobre todo si está vinculado a bajos niveles de educación. Estos niveles de educación y falta de formación en valores, por un lado, incrementa la proliferación irracional de mujeres embarazadas, mientras que la falta de conciencia puede conllevar a acciones irregulares e ilícitas en prácticas peligrosas de abortos. La legalización del aborto le da un soporte a la naturaleza del aborto facilitando algunos aspectos. Por otro lado, debido a manejos ilícitos en prácticas de abortos, se producen hemorragias, así como infecciones, dolores pélvicos e infertilidad, en los aspectos

psicológicos se puede ocasionar una baja autoestima, así como ansiedad, depresión, mal humor, mientras que el impacto social la mujer se puede aislar con una estigmatización. En conclusión, el aborto adolescente, se origina como una problemática de multi Factores de alta complejidad, afectando los procesos físicos biológicos, psicológicos tanto en las relaciones familiares y sociales, (Prada et al, 2015).

7.3 Bases teóricas

7.3.1 Interrupción Voluntaria del Embarazo

Consiste en un procedimiento que permite la interrupción del embarazo, la cual es realizada por profesionales de la salud que se especializan bajo la dirección de los indicados aplicando técnicas adecuadas según los criterios y protocolo sanitario. A solicitud de la mujer con su acompañante o su tutor legal se puede considerar una situación diferente al aborto espontáneo. Teniendo en cuenta la evaluación de las semanas de gestación, se hace necesaria de manera que se puede diagnosticar los métodos a usar para practicar el aborto, los cuales pueden ser simplemente farmacológico o situación clínica necesaria. Por lo general, no se requiere hospitalización prolongada, (Eskola, 2024).

7.3.2 Características de la Interrupción Voluntaria del Embarazo

En Colombia, según la sentencia C-355/2006 de la Corte Constitucional ha constituido un importante avance para brindar garantías en los ejercicios de la práctica de la sexualidad reproductiva. Mediante esta sentencia se despenaliza el aborto solo en tres condiciones, tales como el peligro de la vida de la mujer o la salud de la mujer; cuando se detecta mal formación o incompatibilidad tanto fetal o de la madre; o cuando el embarazo es producto de abuso sexual, violación, incesto o inseminación no autorizada, debidamente certificado. En diferentes sentencias en lo sucesivo, se han evaluado los derechos de la mujer para decidir la interrupción voluntaria (IVE) según las sentencias T171/07, T-988/07; T946/08; T009/2009; T388/09; T585/09 entre otros, (Sentencia C-355/06, 2006).

Además de las caracterizaciones en acceso a la atención de la mujer, la oportunidad indicada, la continuidad y la corresponsabilidad que el servicio debe prestar, también se deben considerar el

desarrollo del marco de los servicios IVE, vinculados a la salud sexual reproductiva, los cuales incluyen información sobre prevención del embarazo no deseado como relación proporcional, sobre todo en los casos de anticonceptivos evadiendo la barrera para la atención o una imposición para la mujer. También debe brindar respetuosamente la dignidad de la mujer considerando las necesidades de grupos vulnerables como las adolescentes, mujeres víctimas de violencia, desplazamientos de comunidades, enfermas de HIV, o consideraciones de estratos bajos y pocos recursos económicos o discapacitadas.

Es importante preservar el secreto profesional a través de la consulta brindando la confidencialidad del diagnóstico. Los servicios de atención a la mujer deben cumplir con ciertos parámetros protocolares donde se hace necesario que todos los profesionales estén familiarizados con el módulo de atención IVE. Entre las secciones del modelo de atención, se pueden considerar las fases de, consulta inicial que comprende, diagnosticar el embarazo determinación de la edad de la gestación, así como la solicitud de la embarazada para interrumpir el embarazo según las causales determinadas por la ley en sentencia C-355/2006.

En la segunda fase se estipulan, el apoyo emocional, la evaluación para la toma de la decisión, la consideración de aspectos legales, derechos y asesoría metodológica en el IVE y asesoría anticonceptiva. En la tercera fase como procedimiento, se establece el tratamiento por aspiración intrauterina y tratamientos con fármacos. Mientras que en la cuarta fase se hace el respectivo seguimiento y asesoría en SSR, (Parrado, 2014).

7.3.3 Conocimiento e Información del Entorno

- **Experiencia de mujeres que solicitan interrupción voluntaria del embarazo: relación con el entorno sanitario**

En el caso de Sevilla, España, según Morillo et al (2007), se desarrollaron entrevistas sistematizadas con estructura adaptada a las condiciones del entorno, de manera que se puedan dirigir las repuestas según las preguntas con una respuesta libre y profunda, obteniendo un mayor clima de confianza. Es el objetivo principal, plasmar confianza para respuestas confiables sin retóricas y bloqueos. Algunos grupos se ampliaron a las repuestas.

A pesar de la demanda de pacientes, con un promedio entre 20/25 mujeres por jornada, algunas consumen hasta más de 30 minutos por paciente antes de entrar en detalle sobre el IVE. Se realizaron las entrevistas posteriores al proceso del IVE. De manera general, de forma tal, que la edad y el nivel educativo no forman parte de los factores que diferencien la percepción sobre el acceso, la atención y asistencia obtenida, aunque la entrevista puede incidir sobre los motivos del IVE, o los conocimientos previos sobre el IVE y la postura de la mujer en su entorno.

La repercusión del IVE se considera importante tanto física como psicológicamente, según la atención previa, quirúrgica, o el impacto de los hechos éticos que rodean el entorno. La actitud de los profesionales se diferencia unos entre otros, pero se asume la atención como una responsabilidad y un derecho, de esta manera, también se pueden reflejar retrasos en las respuestas clínicas como consecuencia, donde las mujeres pueden captar diferencias entre los profesionales, señalando que, pese a el derecho y libertad de decisión, se hace necesario una junta médica para considerar el diagnóstico, los motivos y causas para practicar el IVE, y la mejor práctica. En tal sentido, se ha profundizado más en la ampliación de conocimientos anticonceptivos peri aborto, sobre todo en el Reino Unido bajo métodos cualitativos. Muchas de las mujeres que recibieron IVE, por lo general no utilizaban métodos anticonceptivos debido a contra indicaciones, o efectos secundarios, creyendo que podrían dañar su capacidad de fertilidad, o desconocimiento en servicios de planificación familiar, entre otros aspectos, (Morillo et al, 2007).

- **Lo que se conoce sobre el tema**

La cantidad de atenciones supera los mil en Andalucía, pasando de 1.2 a 8.9 entre 1990/2004, por otro lado, un estudio preliminar en el distrito de Sevilla, en el 2002, indican que el 62% de los IVE solicitados, la pareja no usaba ningún tipo de anticonceptivo. Estas cifras no dan explicación la decisión tomada para someterse a una IVE ni el aumento de niveles de las mujeres solicitando atención. El estudio brinda un mayor rango de conocimiento sobre la percepción de las usuarias y su relación con el entorno sanitario, a su vez, la mayoría de las pacientes informan sobre tratos desiguales por parte de los facultativos en la atención inicial, (Morillo et al, 2007).

- **Derechos sexuales y reproductivos**

Representados y enfocados en los derechos humanos expresan un carácter fundamental, manifestado en el Cairo (1994), reconociendo los derechos reproductivos de la mujer afiliados a la dignidad e igualdad relacionados con el libre albedrío y la formación de la personalidad basado en el suministro de la información y entorno educacional, (MinSalud, 2016).

Entre los derechos sexuales y reproductivos se reconocen como el derecho a la intimidad personal, en el marco de la igualdad de sexo y género, así como el respeto a las decisiones según la preferencia sexual y el número de hijos deseados, y el disfrute y esparcimiento de los mismos eligiendo los permitidos anticonceptivos considerando la información verificada, completa y veras en el marco del acceso a los servicios y la interrupción voluntaria del embarazo (IVE), (MinSalud, 2016).

7.3.4 Causas de la Interrupción Voluntaria del Embarazo

- **Causal Salud**

La causal salud para el acceso a la atención IVE está indicada por la organización Mundial de la salud, para brindar el bienestar físico, mental y social que va más allá de la afecciones o enfermedades. En este sentido, la causal salud para la interrupción del embarazo, cubre cualquier detección en la salud física o mental de la mujer, razón por la cual, se debe analizar la situación de riesgo para la salud principalmente. Para el acceso al IVE, la salud mental no es exigible, sobre todo si el riesgo prevalece en su condición física, así como una discapacidad física o psicosocial. En este sentido, la causal de salud mental procede cuando se manifieste el dolor psicológico o sufrimiento mental, (MinSalud, 2016).

Otra causal para el acceso al IVE, se relaciona con las menores de edad, donde la corte Constitucional ha reconocido que las menores de edad pueden acceder a la Interrupción Voluntaria IVE, de lo contrario, se podría ir en contra del derecho al libre desarrollo de la personalidad de la adolescente, así como su autonomía y dignidad. En este sentido no se requiere consentimiento ni autorización de padres o tutores, en especial, si la niña ha sido víctima de violencia sexual. Las

mujeres discapacitadas también pueden tener acceso al servicio, en especial si han sido víctimas de violencia doméstica o sexual.

En relación a la objeción consiente y las personas que la pueden ejercer, se considera como un derecho propio e inalienable como una respuesta íntima sobre convicciones, capacidad moral, ética, religiosa o filosófica del ser humano. En este sentido, la capacidad profesional de los médicos y personal de la salud pueden ejercer la objeción consiente en la prestación del IVE y no se puede aplicar de forma colectiva, (MinSalud, 2016).

- **Obstáculos que se identifican en la prestación de los servicios de IVE**

- El desconocimiento de la mujer respecto a la normativa legal y los mecanismos para acceder al sistema. En Colombia, los servicios están libres de copago o cuotas programadas.

- Los imaginarios, así como los preceptos preferenciales religiosos de funcionarios encargados de la atención IVE, con orientaciones no apta para la confiabilidad del servicio, pueden aplicar prácticas para convencer sobre el desistimiento no cumpliendo con el deber asistencial correcto, vulnerando la libertad de la mujer en decidir.

- La escasa información manejada por los funcionarios de la salud, así como el alcance de la norma legal, donde las condiciones pueden generar desinformación ya sea por omisión documentada, negligencia o simplemente negativa a seguir las reglas de asistencia. En tal sentido, todas las instituciones deben tener presente la cobertura de toda la información y actualización documentada.

- Es necesario establecer rutas de acceso a la información por parte de las IPS/EPS, evitando violar el derecho a la información necesaria.

- El abuso de la objeción de conciencia para evitar que la mujer acceda a la atención IVE, así como el acceso al secreto profesional y el derecho de la mujer debe ser respetado y resguardado, dándole prioridad a la judicialización de los casos. Por otro lado, el abuso de la conciencia está sujeta al derecho asistido por los médicos al no realizar procedimientos por hechos religiosos manteniendo el respeto al derecho de la mujer, (MinSalud, 2016).

- **Causal social**

A través de la historia, las causales sociales han estado presente en las comunidades bordeados por ámbitos filosóficos religiosos políticos, estigmatizando a la mujer y a su vez discriminándola, en diferentes entorno sociales y culturales de entramados choques en la construcción de la sociedad. En este sentido, el aborto inducido o el embarazo no planificado, se enfrentan a dos problemas de salud pública vinculados, mientras que los abortos inducidos suelen ser producto de embarazos planeados.

Entre los factores personales, así como los socios demográficos también se incluyen los culturales. Esto indica que el nivel educativo y las condiciones socio económicas son los factores de mayor incidencia en los niveles de tasas de fecundidad, lo que está relacionado con las regiones de mayor impacto de pobreza y baja formación educativa, debido a la falta de acceso a la escolaridad, lo que puede incidir en la mortalidad materna e infantil. También, la demanda de métodos anticonceptivos y de acceso a la información está marcada en regiones menos desarrolladas, incidiendo en la falta de planificación familiar, (MinSalud, 2016).

7.3.5 Riesgos de la Interrupción Voluntaria del Embarazo

El aborto realizado en instituciones autorizadas es un procedimiento común muy seguro y con un mínimo de riesgos. Los riesgos suelen ser similar a otros procedimientos uterinos realizados en consultorios diariamente. Pero a ello, debe tenerse cuidado con los procedimientos sin confiar en análisis previos, ya que pueden surgir riesgos inesperados. Mientras más avanzado sea la gestación, mayor es el riesgo. Es inusual que ocurran complicaciones graves, pero pueden ocurrir entre los siguientes, que el aborto no funcione sin interrumpir el embarazo, o que queden restos de tejido en el útero. También pueden quedar coágulos de sangre o suceda un sangrado continuo o suceda una infección. Por otro lado, pueden ocurrir lesiones en el cuello uterino o una reacción alérgica a los medicamentos aplicados.

Este tipo de problemas suelen ser tratado sin complicaciones. Cuando no se termina con el embarazo o no se eliminan los tejidos por completo, se requerirá otro procedimiento, aunque pueden ocurrir altos riesgos, lo cual requiere de una atención de emergencia. Si observa sangrado que cubran más de dos toallas llenas de sangre se requiere urgente atención o si tiene dolor intenso

o malestar abdominal con fiebre superior a 38 grados centígrados. Cuando se tiene flujo vaginal con mal olor, o presencia de qué continúe el embarazo, debe pedirse una cita de inmediato, o acudir a servicios de atención las 24 horas, (Planned Parenthood, 2024).

7.3.6 Consecuencias de la Interrupción Voluntaria del Embarazo

Entre los efectos secundarios se pueden enumerar varios, pero es importante asegurar que la fertilidad no es interrumpida. Pueden surgir problemas emocionales pueden darse, aunque es poco común si se tienen la asistencia necesaria. Cuando no se cuenta con el apoyo familiar o se tienen una discapacidad psicológica o mental, puede ocurrir problemas de salud mental que incidan. Estudios demuestran que la mayoría sienten alivio después de un IVE, sin embargo, se sienten diferentes emociones y es normal. Cuando se sienta deprimida o decaída, la mujer debe acudir a asistencia social y confidencial, incluyendo el apoyo espiritual, (Planned Parenthood, 2024).

7.3.7 Barreras en la Atención en Colombia de la Interrupción Voluntaria del Embarazo

Entre los Requisitos para el acceso al IVE, se mencionan, en el caso de la causal salud, la certificación médica que evidencie los riesgos a los que se expone la mujer en la continuidad del embarazo; mientras que en el caso causal de malformación gestar, se requiere una certificación relacionada a la viabilidad fetal, el cual debe estar expedido por un médico especializado. Otro de los requisitos cubre el caso causal sobre la violación, el cual debe estar soportado por una denuncia conveniente y en el marco de la ley, según la sentencia C-355/2006, (González y Castro, 2016).

La IVE representa un derecho importante con necesidades de respeto, protección y las garantías que favorezcan a las mujeres amparadas por la sentencia C-355/2006. En tal sentido, las mujeres tienen el derecho de decidir la continuidad o interrupción del embarazo, lo que indica, que los profesionales de la salud, así como las instituciones médicas pueden incidir en esta decisión, así lo determina la sentencia C-355/06. En cuanto a la decisión sobre el embarazo y los riesgos que se puedan presentar, se plantea el derecho a la dignidad humana como una determinación para adoptar una decisión que solo ella puede concluir, respetando las reglas vigentes, tal como lo expresa la sentencia T-009/2009.

A pesar de las regularizaciones a nivel nacional en Colombia, para favorecer el acceso a la IVE, aún se encuentran diferentes barreras en el momento de solicitar atención IVE, desafiando el cumplimiento de la ley. En este sentido la mesa de acuerdos y discusiones ha asumido la responsabilidad de evaluar las condiciones y acciones para categorizar las prioridades a fin de superar los obstáculos y barreras, (González y Castro, 2016).

- **Desconocimiento del marco legal**

Este desconocimiento se relaciona con el escaso reconocimiento, así como la información documentada bajo los preceptos legales y jurídicos que indican la normatividad sobre el IVE. E el marco de esta barrera, se distingue tres importantes grupos o subsecciones, tales como la falta de conocimientos sobre la sentencia C-355/2006 y las acciones siguientes. También, se recalca que la violación a la normatividad específica sobre los derechos de las mujeres en relación al IVE y, por último, la presencia del incumplimiento de las normas establecidas y obligantes del IVE, (González y Castro, 2016).

- Escaso conocimiento sobre la sentencia C-355/06: Esta falta de conocimiento y dominio sobre la sentencia C-355 demuestra que los prestadores de servicio, así como los profesionales de la salud y demás funcionarios que intervienen, carecen de la información necesaria para la implementación del IVE tal como lo establece la ley.

- La violación de normativas sobre el acceso al IVE: Ignorar las regulaciones establecidas sobre el derecho de las mujeres, presentando implicaciones de desconocimiento de la normativa que pueden afectar el acceso de las mujeres al IVE.

- Interpretación restrictiva del marco legal: Esta restricción abarca limitaciones relacionadas con la limitación de la comprensión con brechas erróneas sobre los pronunciamientos judiciales. Este tipo de barreras se identifican por lo general en la prestación del servicio de acceso, donde se distinguen cuatro categorías, tales como, la solicitud de requisitos anexos según la corte suprema, las limitaciones en la prestación del servicio según la edad de la gestación, el uso inconstitucional de las objeciones de conciencia y la interpretación de las restricciones sobre la causal salud.

- Fallas en: prestación del servicio de salud, en los profesionales de la salud y administrativas, (González y Castro, 2016).

7.4 Bases Legales

- **Ley 599 de 2000**

La ley 599 en su capítulo cuarto devela las significaciones legales con respecto al aborto, iniciando en su artículo 122, el cual delimita que la mujer que causare su aborto o permitiere que otro se lo cause, incurrirá en prisión de uno (1) a tres (3) años. Así mismo se expone que el artículo en mención es exequible cuando la Corte Constitucional mediante Sentencia C-355 de 2006, en el entendido que no se incurre en delito de aborto, cuando con la voluntad de la mujer, la interrupción del embarazo se produzca en los siguientes casos: (i) Cuando la continuación del embarazo constituya peligro para la vida o la salud de la mujer, certificada por un médico; (ii) Cuando exista grave malformación del feto que haga inviable su vida, certificada por un médico; y, (iii) Cuando el embarazo sea el resultado de una conducta de acceso carnal o acto sexual, abusivo o de inseminación artificial o de incesto. El artículo 123 expresa que cuando se realice un aborto en una fémina sin consentimiento o en una menor de catorce años, incurrirá en prisión de cuatro (4) a diez (10) años. Texto subrayado declarado INEXEQUIBLE por la Corte Constitucional mediante Sentencia C-355 de 2006. No obstante, existen excepciones como lo indica el artículo 124 que describe con respecto a la pena señalada para el delito de aborto, disminuirá en las tres cuartas partes cuando el embarazo sea resultado de una conducta constitutiva de acceso carnal o acto sexual sin consentimiento, abusivo, de inseminación artificial o transferencia de ovulo fecundado no consentidas, (Ley 599, 2000).

- **Sentencia C-055/2022**

La corte Constitucional falla con el reconocimiento en el año 2006, de que en Colombia debe existir un derecho fundamental para que la mujer tome la decisión de interrumpir el embarazo en el marco de varios aspectos a considerar, bajo el respeto sexual reproductivo que avale la autodeterminación del ser humano. En este sentido, el movimiento Causa Justa demandó ante la corte, la inconstitucionalidad observando el aborto como un delito. En este sentido, a partir del 21 de febrero de 2022, el aborto fue despenalizado medianamente a través de la sentencia Causa Justa C-055/2022, ampliando el derecho al aborto dando el acceso a la mujer, la niña y adolescente, la interrupción del embarazo de acuerdo a razones estipuladas y sin la amenaza de cárcel, contemplada en las 24 semanas de gestación, (La Mesa, 2024).

- **Sentencia SU-096/2018**

Recopila estándares normativos y deberes proteccionistas del derecho de IVE, entre los cuales se mencionan, el suministro de la respectiva información oportuna y verificada sobre la sexualidad reproductiva, así como la disponibilidad de los medios necesarios para consolidar el IVE según su complejidad. En este orden de ideas, se debe respetar el derecho a la intimidad en esta materia y el respeto a la confidencialidad; también, el derecho a un diagnóstico no viciado en objeciones de conciencia que limiten el acceso al IVE, así como el plazo pertinente de atención, y la emisión de un certificado médico tanto físico como psicológico. En relación a los límites de la edad, se relacionan con la discapacidad de la mujer y menores de edad, (La Mesa, 2024).

- **Sentencia C-355/2006**

Posterior al periodo pautado entre las 24 semanas, se debe reconocer las causales contempladas en la Sentencia C-355/2006, sin límites de tiempo de gestación, entre las cuales se observan, el riesgo de la mujer, cuando se continúa con el embarazo; cuando se determina la existencia de malformación y cuando el embarazo sea producto de una violación, incesto o transferencia de óvulos no consentido, (La Mesa, 2024). En este sentido se estipularon otras atenuantes importantes, como la inexistencia de una autorización de terceros como del marido o padres para que pueda acceder al IVE.

- **T-209/2008**

Se establece por primera vez una regla objetable de conciencia (OC), por ejemplo, que es un derecho reconocido a toda persona natural propio e individual, donde un médico puede presentar de manera profesional, pero que la EPS no puede hacerlo. Esta motivación sobre el OC requiere de una motivación soportada por convicciones por razones religiosas expresado por escrito sin ser la opinión personal del médico en torno al aborto. El médico al presentar una OC, debe remitir de inmediato a la mujer a otro médico que si este en capacidad de manejar los procesos, (La Mesa, 2024).

- **T-388/2009**

Se establece nuevo reglamento en relación a la objeción de conciencia, vinculados a la existencia de un profesional de medicina que esté en capacidad de practicar el IVE, el cual debe

practicar el acceso al IVE aun si objeta dicho proceso, evitando ser jueces de conciencia afectando los derechos de la mujer, (La Mesa, 2024).

- **T-585/2010**

Admite que la sentencia C-355/2006 estableció un derecho principal de acceso al IVE, implicando que, existe un grupo de categorías de derechos que deben ser respetados por el Estado, las EPS y la sociedad. En este sentido, las fases de diagnóstico deben ser oportunamente de acceso a la mujer con los respectivos protocolos y evaluación jurídica de las situaciones, (La Mesa, 2024).

8 Diseño Metodológico

8.1 Tipo de Estudio

- **Cuantitativo**

(Hernández, Fernández y Baptista, 2014) define el enfoque como la postura investigativa que selecciona el autor de acuerdo a diversos criterios y naturaleza del estudio en su contexto poblacional. La investigación se enmarca en el enfoque cuantitativo, el cual es definido como el abordaje deductivo, donde se aplican instrumentos numéricos para la detección objetiva de la información, dando respuesta en evidencias desde procedimientos estadísticos que den respuestas específicas a los objetivos del estudio.

De acuerdo a estos aportes, el estudio es cuantitativo, por diversos factores, inicialmente por el carácter de privacidad de los datos, las féminas de la muestra no están dispuestas a ser totalmente abiertas en la información, siendo esta delicada y de gran carácter de privacidad, por lo cual se construyó un cuestionario el cual detecta información más específica a través de opciones de respuesta y es de procesamiento numérico. Otro factor, son las características de la variable, dimensiones e indicadores los cuales permiten una medición cuantitativa para dar resultados a los objetivos. Finalmente, por la facilidad de acceso a las féminas, ya que se les hace envío del cuestionario por medio de formatos de Google, lo que permite respetar la privacidad e identidad de las féminas evitando que deban responder al cuestionario de forma presencial, pero de igual forma obtener los datos objetivos, por el contrario, en la aplicación de una entrevista sería más complejo el proceso y menor la privacidad de las mujeres. Por todo lo indicado, bajo el enfoque cuantitativo, se mantiene la confidencialidad de las mujeres de la muestra, con el fin de respetar sus derechos a la intimidad en una variable de tal magnitud.

- **Descriptiva**

(Arias, 2012) define los estudios descriptivos como los que se inclinan a indagar un problema buscando características o situaciones que puedan informar del contexto, fenómeno o sujetos de estudio alrededor del tema. Los estudios descriptivos además permiten investigar datos en un nivel intermedio de profundidad. De acuerdo al aporte, el estudio es descriptivo, ya que se indagan

los datos acerca de la información, conocimiento y barreras de atención de las féminas entorno al aborto voluntario en un nivel medio.

- **Corte transversal**

Por su parte, (Hernández, Fernández y Baptista, 2014) afirma que los estudios de corte transversal, son los que se inclinan a detectar la información en un momento único. Por esto, la investigación es de corte transversal, porque se aplicará el instrumento en un momento específico a las féminas objeto de estudio.

- **Prospectiva**

(López, 2013), define los estudios prospectivos, como las investigaciones donde la información se recolecta en el contexto en tiempo presente. Siendo así, el estudio es prospectivo, ya que se ejecutará el instrumento a las mujeres del contexto de estudio en tiempo presente tras la aplicación de una encuesta para recoger los datos con respecto a la IVE.

8.2 Población y Muestra

(Cohen y Gómez, 2019) afirma que la población se compone por todos los elementos que poseen características comunes y se encuentran dentro de un mismo contexto de estudio cualquiera de estos puede cumplir con las características para ser seleccionado en el proceso de detección de información. Para el caso de la investigación actual, la población se compone por todas las féminas que acudieron a una IPS en Valledupar en el periodo 2024, bien sea para solicitar información, apoyo, atención en interrupción voluntaria del embarazo, o por complicaciones en aborto no seguro.

Desde lo indicado, la muestra es definida por (Albert, 2013) como un subconjunto de la población total, donde se toma una cantidad de sujetos de la totalidad dentro del contexto. Existen diversas técnicas y fórmulas para seleccionar la muestra, sin embargo, a fines de las características de la población, la muestra es por conveniencia, definida por (Hernández, Fernández y Baptista, 2014) como la selección muestral donde el investigador por varios motivos selecciona de forma intencional la muestra a trabajar sin aplicar fórmulas de muestreo. Para el caso del estudio actual, la muestra se selecciona de forma por conveniencia, en primera instancia por la dificultad de acceso

a las pacientes, en segunda por el carácter de privacidad de las féminas, en tercera instancia por las restricciones de la información de las mismas con respecto a la delicadeza del tema. Por tal situación, se cuenta con 60 féminas objeto de estudio que bajo respeto de su confidencialidad en la identidad esta dispuestas a responder el instrumento de recolección de la información con respecto a su experiencia y conocimientos en las barreras de la IVE.

8.3 Variable

Las variables están conformadas por elementos delimitados dentro de los objetivos de la investigación, incluyen elementos dentro del contexto del problema desde su naturaleza y medición, las cuales por su naturaleza pueden ser cualitativa y cuantitativas, y en su medición totalmente cuantitativas, además se soportan en su escala ordinal y nominal según sea el caso. De acuerdo a las características del estudio actual, la variable principal es interrupción voluntaria del embarazo desde las dimensiones de caracterización, conocimiento y barreras de atención. (Ver Anexo 1)

8.4 Unidad de Análisis

Las unidades de análisis componen las características que definen a la población donde se toman en cuenta diversos aspectos que permiten su estudio. Estas están divididas en criterios de inclusión, los cuales determinan los aspectos a integrar para que un contexto muestral sea tomado en cuenta para aplicación de instrumentos. Seguidamente, los criterios de exclusión, son los aspectos que se consideran para descartar ciertos sujetos.

8.4.1 Criterios de Inclusión

Los criterios de inclusión del estudio son féminas mayores de 18 años, que presentarán una situación de IVE en la clínica objeto de estudio, que acudieran por información o presentarán complicaciones de salud por ejecución de un procedimiento en otras entidades. Mujeres que deseen participar en el estudio dando su consentimiento información (bajo confidencialidad de los nombres) y respondan al instrumento.

8.4.2 Criterios de Exclusión

Los criterios de exclusión del estudio son féminas menores de 18 años, pacientes que asistieron a la clínica por otros motivos ginecológicos. Mujeres que no deseen brindar información del estudio.

8.5 Técnica de Obtención de la Información

(Gallardo, 2017) afirma que las técnicas de recolección de la información atienden a todos los procesos que se llevan a cabo para recoger información del contexto muestral de estudio con respecto al instrumento de recolección de los datos. Las técnicas de recolección de la información se dividen en fuentes primarias y fuentes secundarias.

8.5.1 Fuentes Primarias

(Hernández, Fernández y Baptista, 2014) delimita que este tipo de fuentes contemplan la información recogida directamente de los sujetos objeto de estudio, con el fin de obtener datos relacionados con las variables y dar respuesta a los objetivos. Para el caso actual, se ejecuta la técnica de encuesta a través del instrumento cuestionario auto administrado de escala de Likert (varias opciones de respuesta), compuesto por 15 ítems a aplicar a las 30 féminas expuestas en la muestra objeto de estudio.

8.5.2 Fuentes Secundarias

(Arias, 2012) define que las fuentes secundarias representan toda información documental – bibliográfica que está relacionada con las variables, pero no se toma directamente del contexto de estudio. Siendo así, para la investigación se tomaron como fuentes secundarias, estudios previos culminados delimitados en el estado del arte acerca de la interrupción voluntaria del embarazo, conocimientos y sus barreras, en suma, de artículos científicos, de opinión, libros, aportes teóricos entre otras que aportan conocimientos en el tema.

8.6 Análisis y Presentación de la Información

(Cohen y Gómez, 2019) que el análisis de la información se compone inicialmente por los procedimientos que se aplican a la información recogida para convertirlos en resultados. Dichos procedimientos dependen del enfoque, instrumento e información recogida. Para el caso actual del

estudio, siendo cuantitativo, el instrumento se procesa bajo estadística descriptiva, empleando el programa Excel 2016 con el fin de poder presentar las evidencias del estudio, con esta información ya es viable generar el análisis de los resultados.

8.6.1 *Análisis de la Información*

La información de los resultados se ejecuta a partir del procesamiento de los datos, donde se presentarán posterior a la tabulación tablas y gráficas con la cantidad de respuestas y porcentajes equivalentes, para esto se empleará la estadística descriptiva utilizando el programa Excel 2016, representando los datos en frecuencia absoluta y frecuencia relativa. Posterior a ello, se llevará a cabo el análisis de la información y la discusión con el estado del arte, esto será viable a la construcción de las conclusiones y recomendaciones del estudio.

8.6.2 *Presentación de la Información*

Posterior al análisis de la información, todos los datos se centrarán de forma organizada en un archivo de Microsoft Word para ser presentados al asesor, docentes y evaluadores del estudio con sus respectivos resultados, conclusiones y recomendaciones.

8.6.3 *Difusión de la Información*

La información será difundida por medio de correos electrónicos al asesor y jurados para su respectiva evaluación, retroalimentación de correcciones y aprobación del trabajo. Posterior a este proceso, se difundirá la versión final del proyecto en una sustentación a los jurados.

8.7 Aspectos Éticos de la Investigación

Los principios éticos de investigación están basados según la Resolución N° 008430 de 1993 (4 de octubre 1993).

- **Investigación sin Riesgo:** este tipo de estudios ejecuta técnicas de investigación que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: revisión de fichas epidemiológicas, entrevistas, cuestionarios y otros, en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta.

- **Principio de Totalidad/Integridad:** este principio indica esa integridad que debe mantenerse en el contexto donde no se una equivalencia a la desintegración o ruptura de la unidad de la persona, en lo corporal, psicológico y axiológico.

- **Principio Respeto a la Persona:** El respeto por los participantes de una investigación, abarca la totalidad de su ser con todas las circunstancias sociales, culturales, económicas, étnicas, ecológicas, que estas atañen. El respeto entonces implica atención, valoración y aplicación de procesos que den seguridad y respeto a los sujetos en una escala de valores propios del otro, con sus temores, sus expectativas y su proyecto de vida.

- **Principio de Beneficencia:** es el bien ético de buscar integridad para todas las personas que participan en un estudio, con el fin de lograr los beneficios y reducir al mínimo los riesgos, daños o lesiones físicas o psicológicas en los sujetos.

- **Principio de Justicia:** la justicia parte de ejecutar el estudio midiendo todas las acciones justas y equitativas para los participantes, midiendo las posibles consecuencias del estudio. La justicia se realiza no sólo en la comprensión y reconocimiento de los principios sino en la búsqueda efectiva de las consecuencias buenas de todo el actuar investigativo, (Resolución 8430, 1993).

9 Resultados y Análisis de la Información

Los resultados se presentan tras un procesamiento estadístico descriptivo de los datos empleando el programa Excel 2016, presentando en tablas y gráficas las evidencias por objetivos específicos para mayor entendimiento del lector.

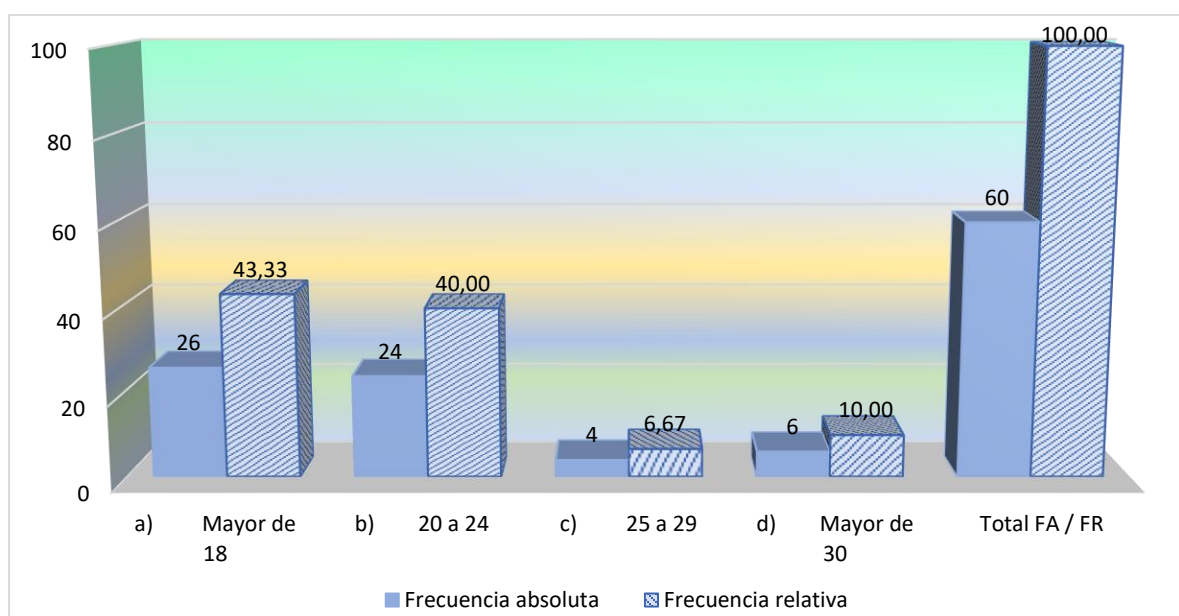
- *Caracterizar socio demográficamente según determinantes sociales a la población objeto de estudio.*

Tabla 1 Rango de edad

Rango de edad	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa
a) Mayor de 18	26	43,33%
b) 20 a 24	24	40,00%
c) 25 a 29	4	6,67%
d) Mayor de 30	6	10,00%
Total FA / FR	60	100,00%

Fuente: Elaboración propia (2024).

Gráfica 1 Rango de edad



Fuente: Elaboración propia (2024).

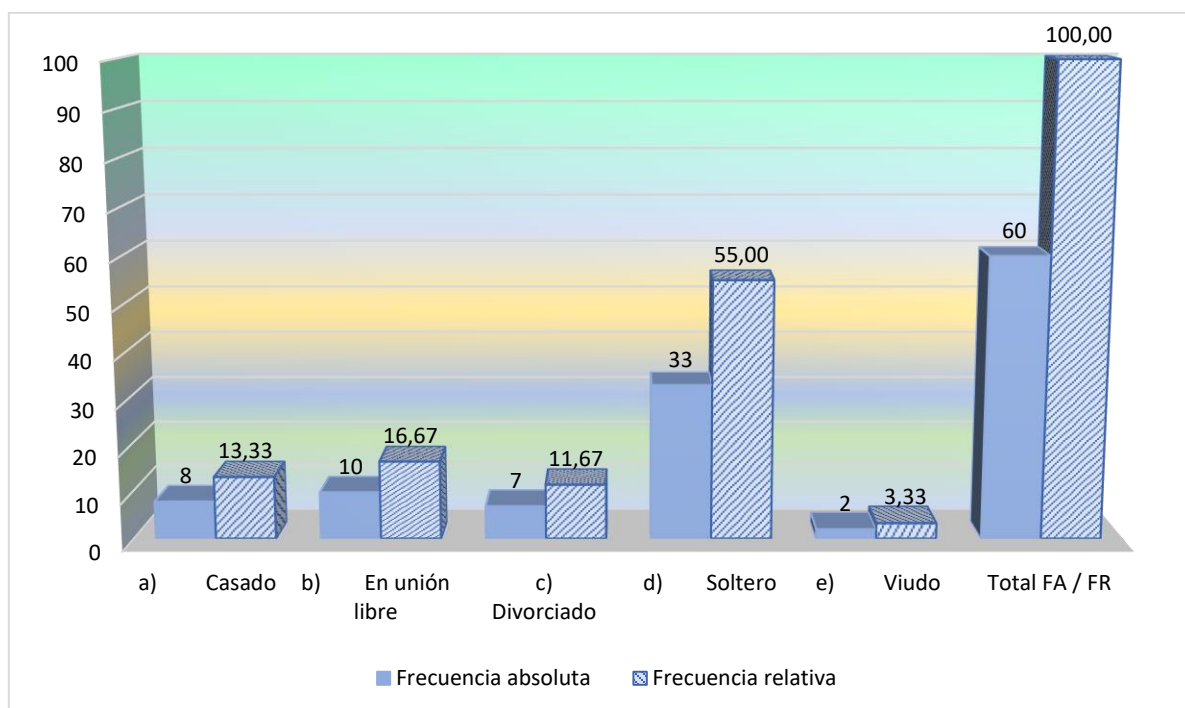
Iniciando el análisis del primer objetivo específico dirigido a caracterizar la población objeto de estudio, con respecto al rango de edad el porcentaje más elevado fue menor de 19 años con el 43,33% proporcional a 26 féminas, seguido del rango entre 20-24 años con el 40% equivalente a 24 mujeres. En cuanto a las participantes mayores de 30 años obtuvieron un 10% siendo 6 personas y el 6,67% restante en el rango 25-29 años solo fueron 4 féminas.

Tabla 2 Estado civil

Estado civil	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa
a) Casado	8	13,33%
b) En unión libre	10	16,67%
c) Divorciado	7	11,67%
d) Soltero	33	55,00%
e) Viudo	2	3,33%
Total FA / FR	60	100,00%

Fuente: Elaboración propia (2024).

Gráfica 2 Estado civil



Fuente: Elaboración propia (2024).

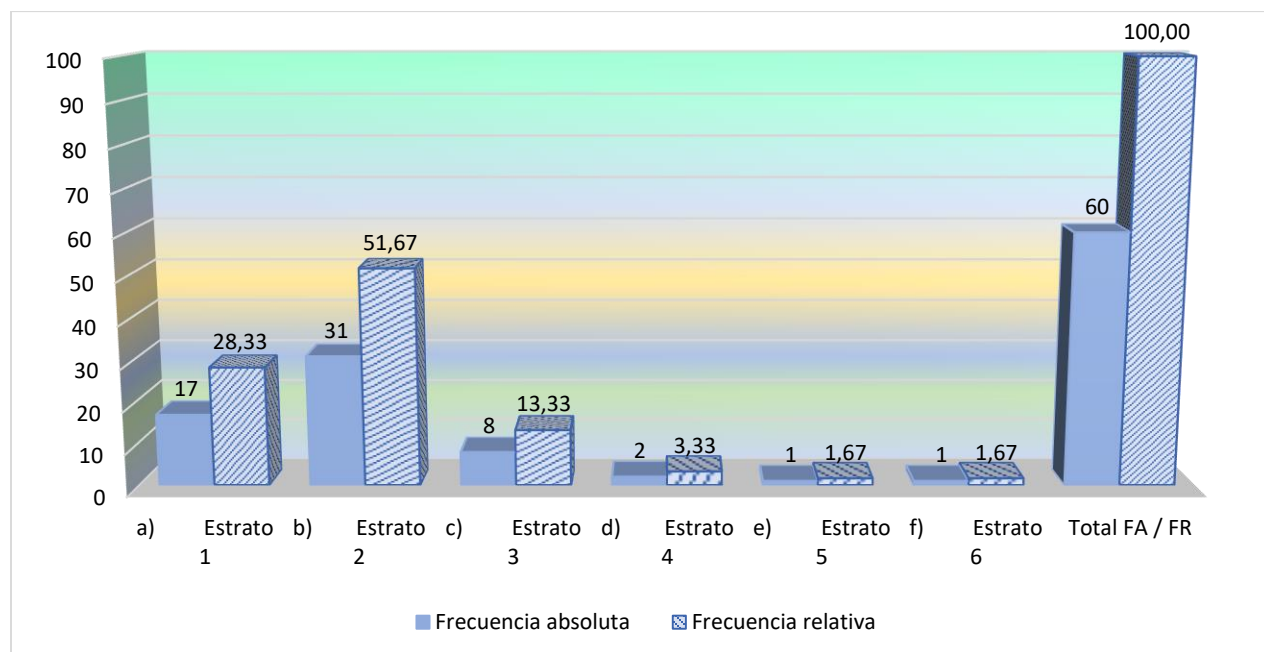
En el estado civil predominó la opción de respuesta “solteras” con el 55% proporcional a 33 féminas, seguido del 16,67% equivalente a 10 mujeres que se encuentran en unión libre. En cuanto a la opción de respuesta “casado” el 13,33% correspondiente a 8 féminas se encuentran en este estado civil; y el 11,67% siendo 7 mujeres son divorciadas, siendo solo el 3,33% (2 participantes) viudas.

Tabla 3 Estrato socioeconómico

Estrato socioeconómico	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa
a) Estrato 1	17	28,33%
b) Estrato 2	31	51,67%
c) Estrato 3	8	13,33%
d) Estrato 4	2	3,33%
e) Estrato 5	1	1,67%
f) Estrato 6	1	1,67%
Total FA / FR	60	100,00%

Fuente: Elaboración propia (2024).

Gráfica 3 Estrato socioeconómico



Fuente: Elaboración propia (2024).

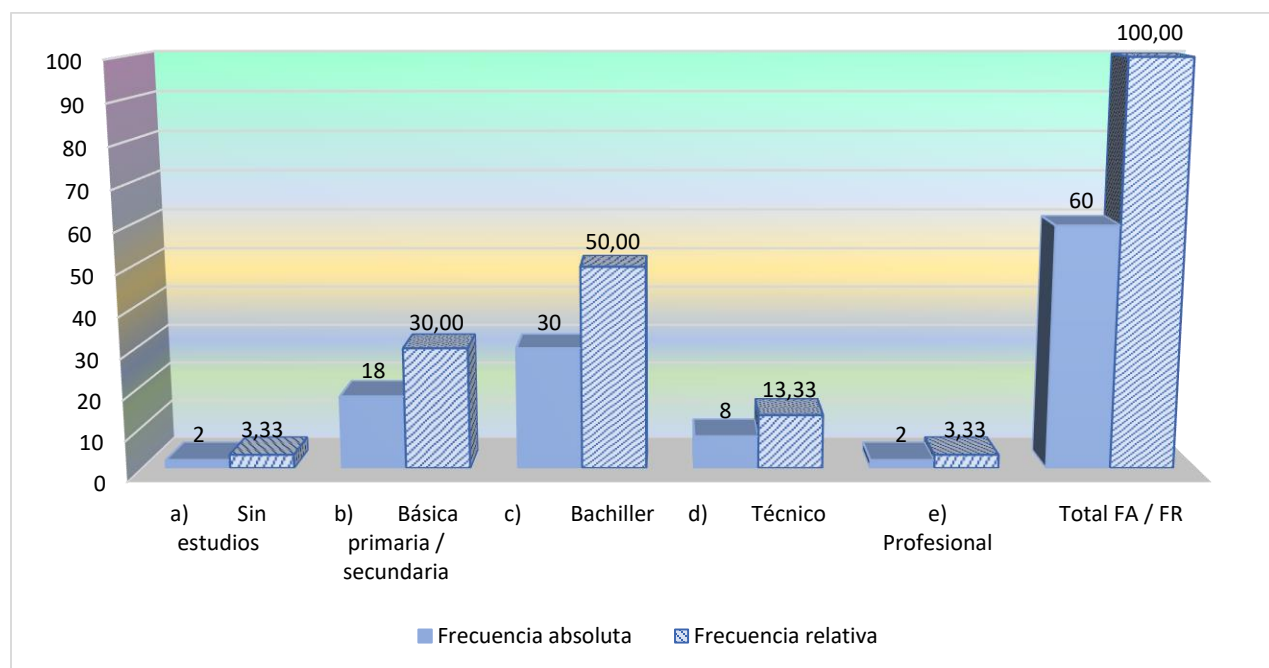
En el estrato socioeconómico, el 51,67% proporcional a 31 mujeres pertenecen al estrato 2, seguido del 28,33% equivalente a 17 féminas residen en el estrato 1. En cuanto al estrato 3 se integran por el 13,33% siendo 8 de las participantes; y solo el 3,33% correspondiente a 2 mujeres que residen en el estrato 4. Para los estratos 5 y 6 se dio un porcentaje igual de 1,67% para cada uno lo cual implica 1 sola fémina por cada estrato referido.

Tabla 4 Nivel educativo

Nivel educativo	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa
a) Sin estudios	2	3,33%
b) Básica primaria / secundaria	18	30,00%
c) Bachiller	30	50,00%
d) Técnico	8	13,33%
e) Profesional	2	3,33%
Total FA / FR	60	100,00%

Fuente: Elaboración propia (2024).

Gráfica 4 Nivel educativo



Fuente: Elaboración propia (2024).

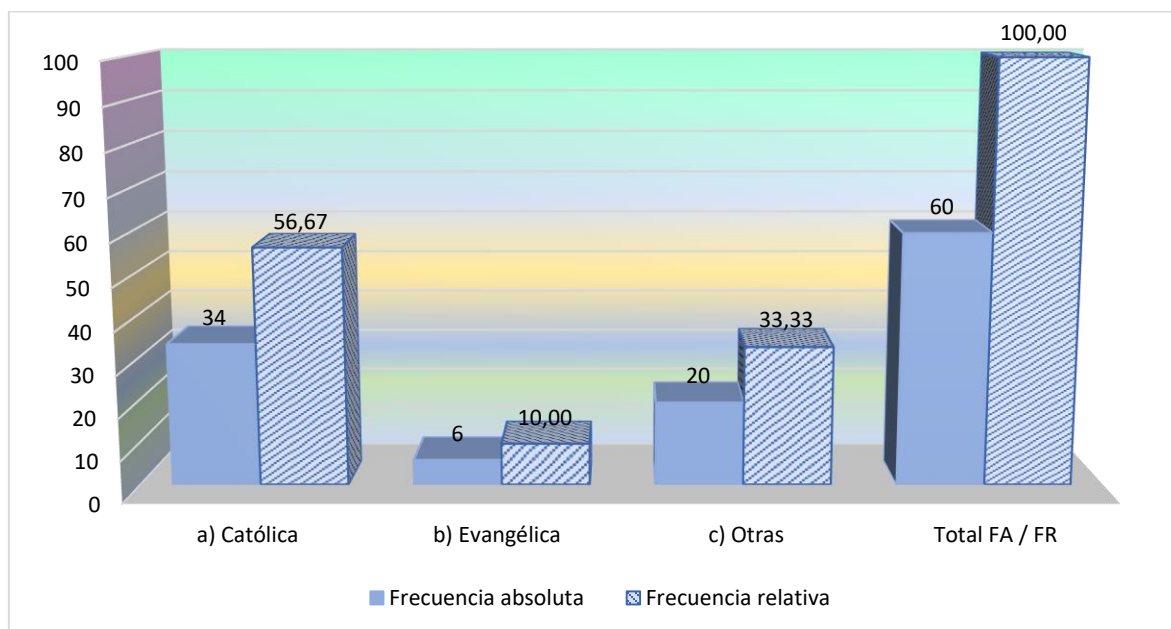
En relación al nivel educativo de las participantes, el 50% equivalente a 30 féminas son bachilleres, seguido del 30% proporcional a 18 mujeres que poseen básica primaria o secundaria culminada, el 13,33% correspondiente a 8 féminas son técnico, solo el 3,33% siendo 2 féminas no poseen estudios y el mismo dato aplica para las profesionales.

Tabla 5 Religión

Religión	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa
a) Católica	34	56,67%
b) Evangélica	6	10,00%
c) Otras	20	33,33%
Total FA / FR	60	100,00%

Fuente: Elaboración propia (2024).

Gráfica 5 Religión



Fuente: Elaboración propia (2024).

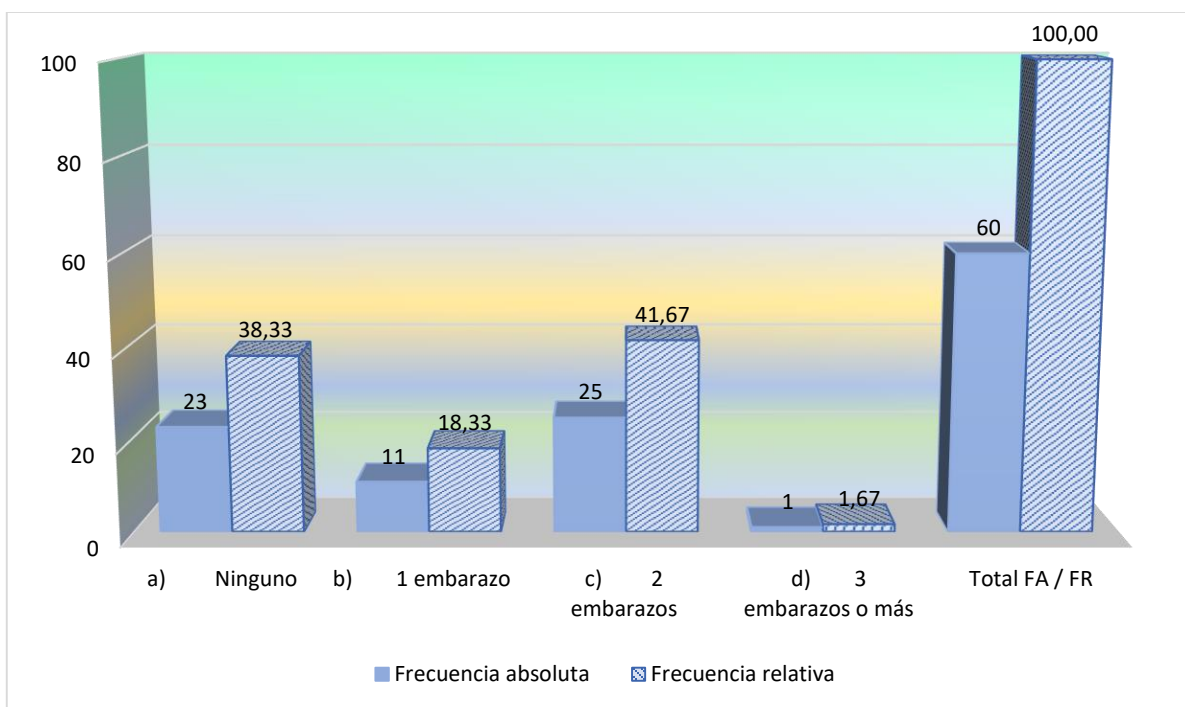
Para el caso del indicador religión, el 56,67% proporcional a 34 féminas pertenecen a la religión católica, seguido del 33,33% equivalente a 20 mujeres a otras religiones; y el 10% restante siendo 6 participantes son evangélicas.

Tabla 6 Embarazos previos

Embarazos previos	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa
a) Ninguno	23	38,33%
b) 1 embarazo	11	18,33%
c) 2 embarazos	25	41,67%
d) 3 embarazos o más	1	1,67%
Total FA / FR	60	100,00%

Fuente: Elaboración propia (2024).

Gráfica 6 Embarazos previos



Fuente: Elaboración propia (2024).

Con respecto a los embarazos previos, el 41,67% proporcional a 25 personas solo tuvieron 2 embarazos, seguido del 38,33% proporcional a 23 féminas no tienen ningún hijo, en cuanto al 18,33% correspondiente a 11 mujeres solo tienen un embarazo; y solo el 1,67% siendo 1 fémina tienen 3 embarazos o más.

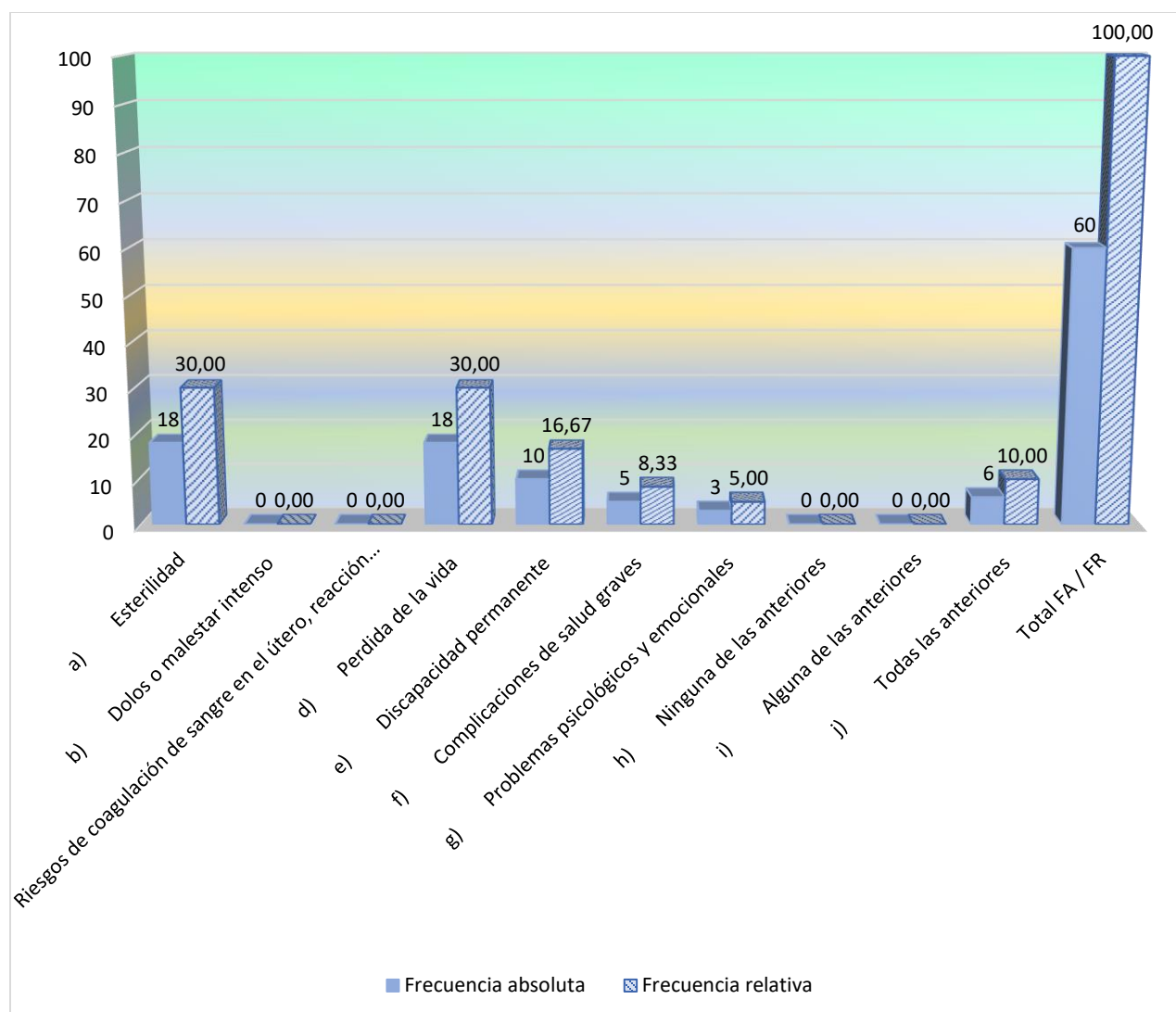
- *Identificar el nivel de conocimiento de las mujeres relacionado de la IVE al recibir atención en una IPS en Valledupar, 2024.*

Tabla 7 Conocimiento de las consecuencias de la IVE

Conocimiento de las consecuencias de la IVE	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa
a) Esterilidad	18	30,00%
b) Dolos o malestar intenso	0	0,00%
c) Riesgos de coagulación de sangre en el útero, reacción alergia infección, restos de tejido en el útero	0	0,00%
d) Perdida de la vida	18	30,00%
e) Discapacidad permanente	10	16,67%
f) Complicaciones de salud graves	5	8,33%
g) Problemas psicológicos y emocionales	3	5,00%
h) Ninguna de las anteriores	0	0,00%
i) Alguna de las anteriores	0	0,00%
j) Todas las anteriores	6	10,00%
Total FA / FR	60	100,00%

Fuente: *Elaboración propia (2024).*

Gráfica 7 Conocimiento de las consecuencias de la IVE



Fuente: Elaboración propia (2024).

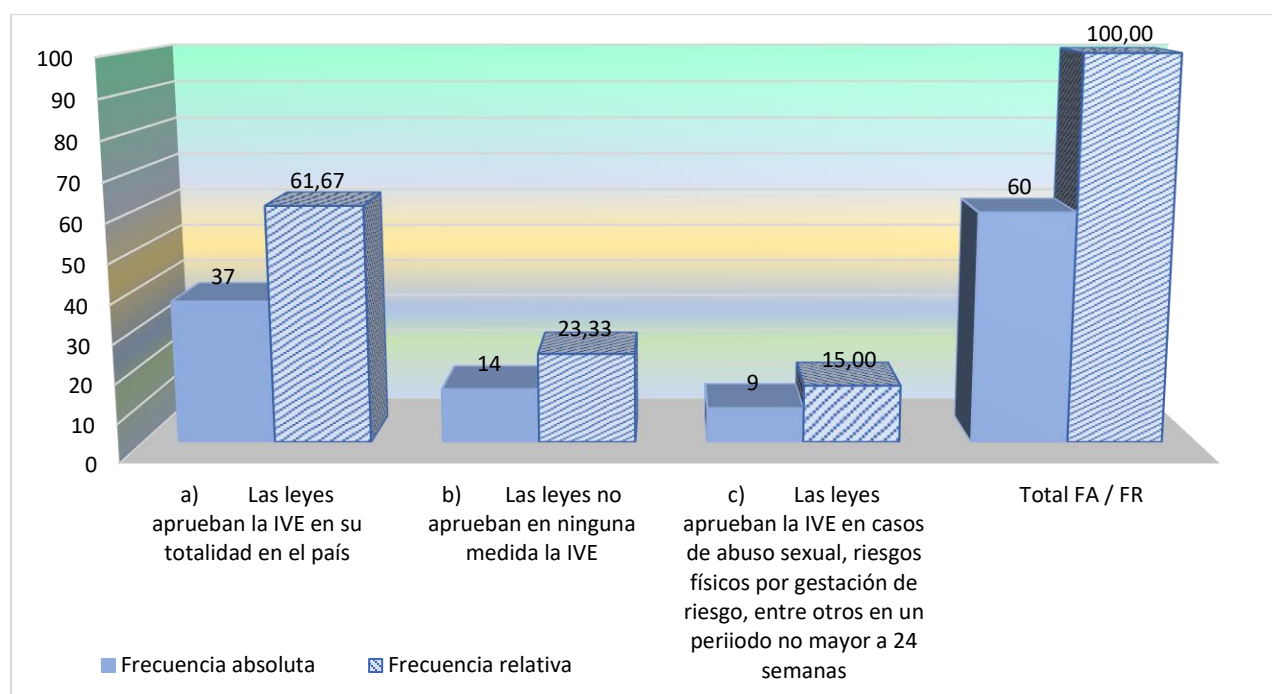
En referencia al segundo objetivo dirigido a identificar el nivel de conocimiento de las féminas, en torno al indicador conocimiento de las consecuencias de la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE), el 30% proporcional a 18 féminas afirma conocer que una de las consecuencias es la esterilidad, seguido del 30% equivalente a 18 mujeres saben que pueden perder la vida, en cuanto al 16,67% correspondiente a 10 participantes indican que puede producirse un efecto de discapacidad permanente. En cuanto al 10% equivalente a 6 mujeres afirman que todas las anteriores, el 8,33% siendo 5 personas indican que complicaciones de salud grave; y solo el 5% proporcional a 3 féminas exponen que pueden producirse problemas psicológicos y emocionales.

Tabla 8 Conocimiento que maneja acerca de las leyes en la IVE

Conocimiento que maneja acerca de las leyes en la IVE	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa
a) Las leyes aprueban la IVE en su totalidad en el país	37	61,67%
b) Las leyes no aprueban en ninguna medida la IVE	14	23,33%
c) Las leyes aprueban la IVE en casos de abuso sexual, riesgos físicos por gestación de riesgo, entre otros en un periodo no mayor a 24 semanas	9	15,00%
Total FA / FR	60	100,00%

Fuente: Elaboración propia (2024).

Gráfica 8 Conocimiento que maneja acerca de las leyes en la IVE



Fuente: Elaboración propia (2024).

Continuando con el conocimiento de las leyes IVE, el 61,67% proporcional a 37 féminas indican que las leyes aprueban la interrupción voluntaria del embarazo en su país, seguido del 23,33% equivalente a 14 mujeres que indican que las leyes no aprueban ninguna medida de IVE; y el 15% correspondiente a 9 participantes dicen que las leyes aprueban la IVE en casos de abuso

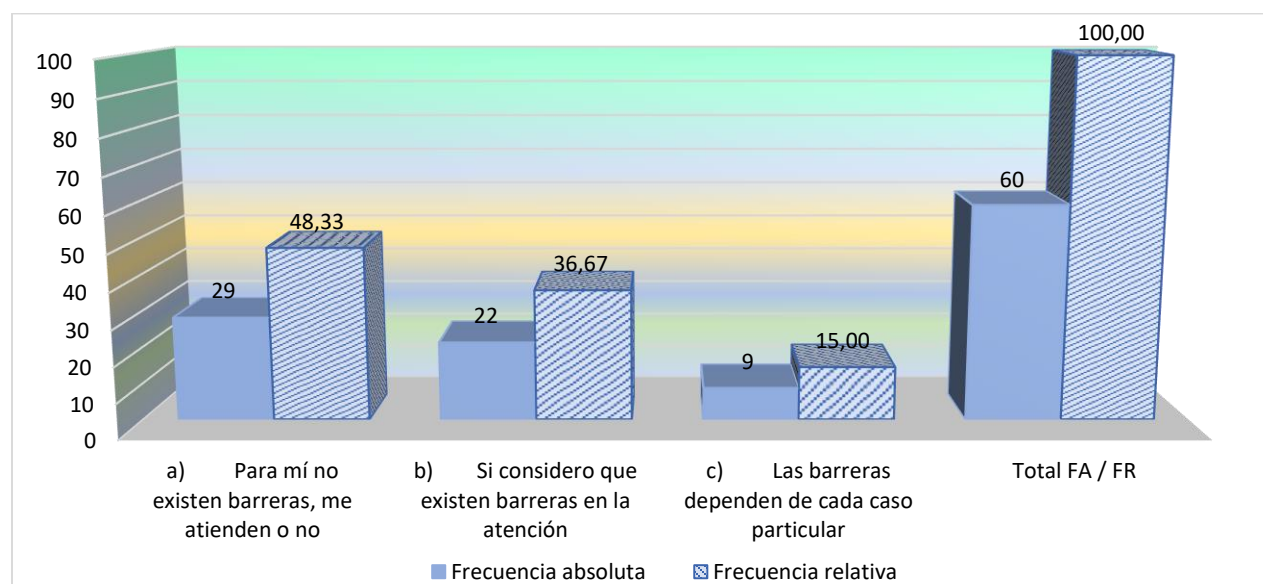
sexual, riesgos físicos por gestación en un periodo no mayor a 24 meses, lo que indica que solo 9 mujeres manejan la información más cercana.

Tabla 9 Conocimiento que maneja de las barreras de atención en la IVE

Conocimiento que maneja de las barreras de atención en la IVE	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa
a) Para mí no existen barreras, me atienden o no	29	48,33%
b) Si considero que existen barreras en la atención	22	36,67%
c) Las barreras dependen de cada caso particular	9	15,00%
Total FA / FR	60	100,00%

Fuente: Elaboración propia (2024).

Gráfica 9 Conocimiento que maneja de las barreras de atención en la IVE



Fuente: Elaboración propia (2024)

En relación al conocimiento de las barreras de atención de IVE, el 48,33% proporcional a 29 féminas afirma que para ellas no existen barreras o las atienden o no lo hacen, seguido del 36,67% correspondientes a 22 mujeres que consideran que existen barreras en la atención; y solo el 15% siendo 9 participantes seleccionan que las barreras dependen de cada caso particular. Las evidencias implican que continúan los resultados de solo 9 mujeres que conocen la información.

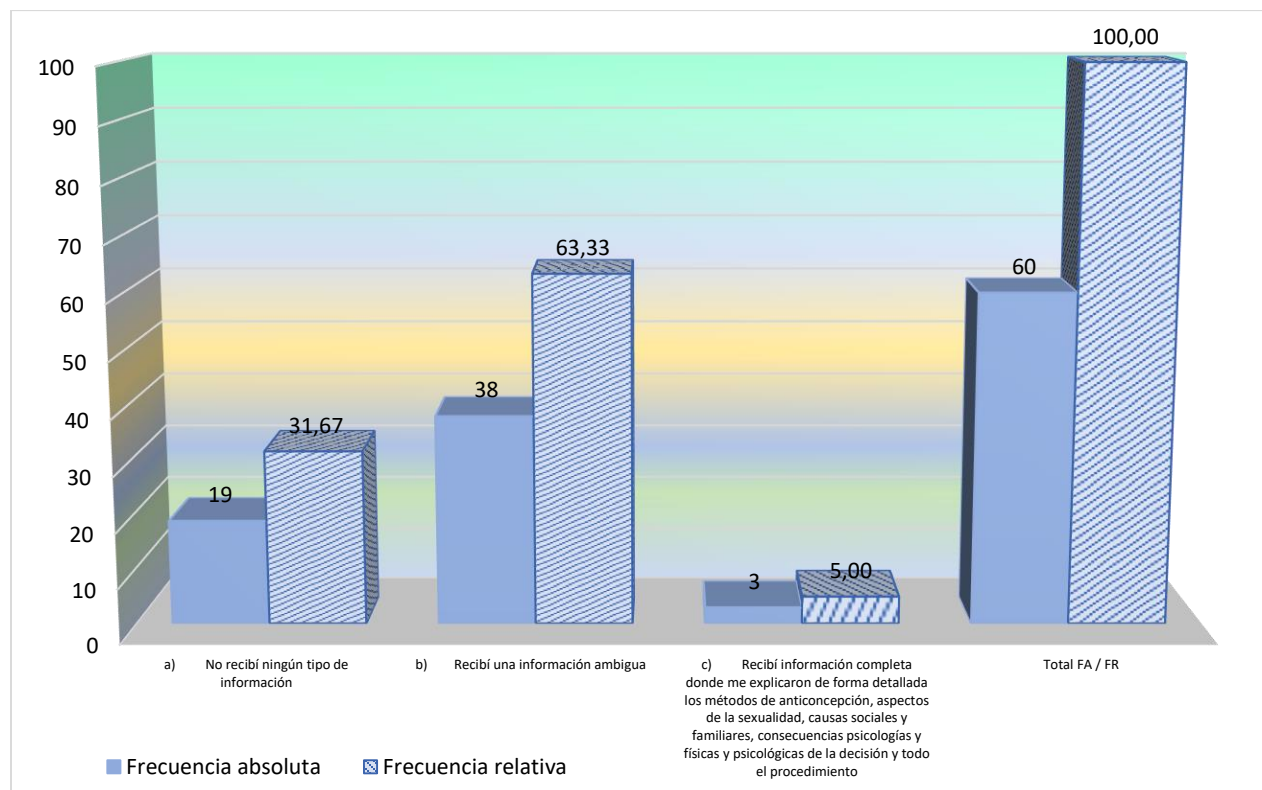
- *Indagar la información que reciben del sector salud y del entorno las mujeres con respecto a la IVE en un a IPS en Valledupar, 2024.*

Tabla 10 Información recibida del sector salud en causas y orientación de la IVE

Información recibida del sector salud en causas y orientación de la IVE	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa
a) No recibí ningún tipo de información	19	31,67%
b) Recibí una información ambigua	38	63,33%
c) Recibí información completa donde me explicaron de forma detallada los métodos de anticoncepción, aspectos de la sexualidad, causas sociales, consecuencias psicológicas y físicas, de la decisión y todo el procedimiento médico y riesgos	3	5,00%
Total FA / FR	60	100,00%

Fuente: Elaboración propia (2024).

Gráfica 10 Información recibida del sector salud en causas y orientación de la IVE



Fuente: Elaboración propia (2024).

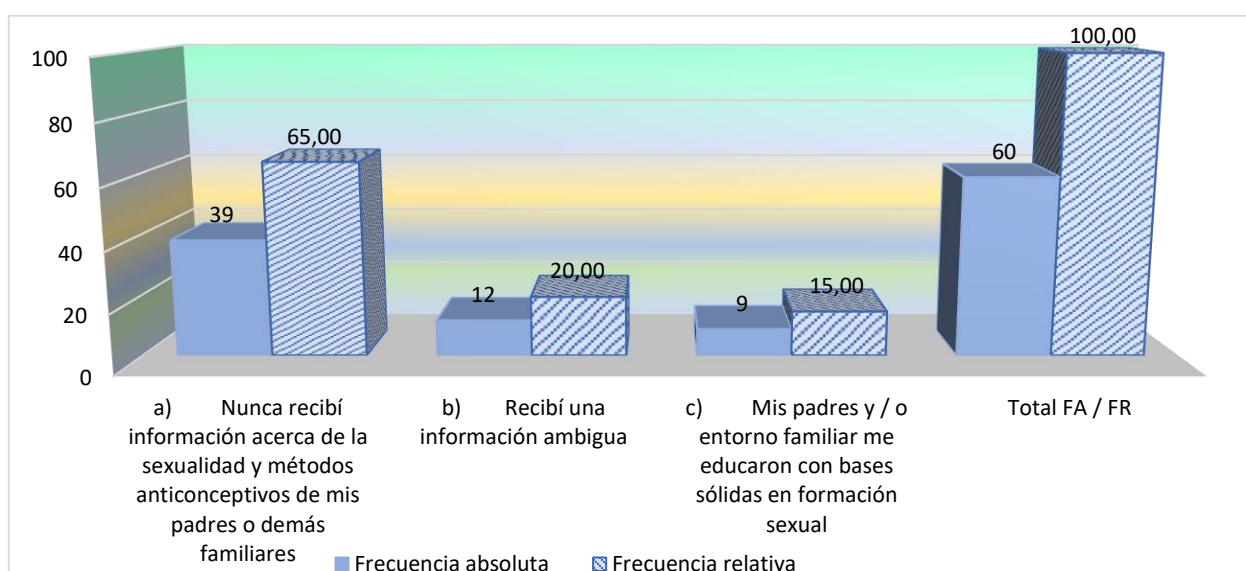
Avanzando en los resultados del tercer objetivo inclinado a conocer la información que recibieron las féminas, con respecto a la información recibida acerca del sector salud en causas y orientación de la IVE, el 63,33% proporcional a 38 féminas afirman que recibieron una información ambigua de este sector, seguido del 31,67% equivalente a 19 mujeres indican que no recibieron ningún tipo de información, solo el 5% correspondiente a 3 personas afirman recibir una información completa acerca de métodos de reproducción, sexualidad, consecuencias psicológicas y aspectos emocionales.

Tabla 11 Información recibida del núcleo familiar con la sexualidad

Información recibida del núcleo familiar con la sexualidad	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa
a) Nunca recibí información acerca de la sexualidad y métodos anticonceptivos de mis padres o demás familiares	39	65,00%
b) Recibí una información ambigua	12	20,00%
c) Mis padres y / o entorno familiar me educaron con bases sólidas en formación sexual	9	15,00%
Total FA / FR	60	100,00%

Fuente: Elaboración propia (2024).

Gráfica 11 Información recibida del núcleo familiar con la sexualidad



Fuente: Elaboración propia (2024).

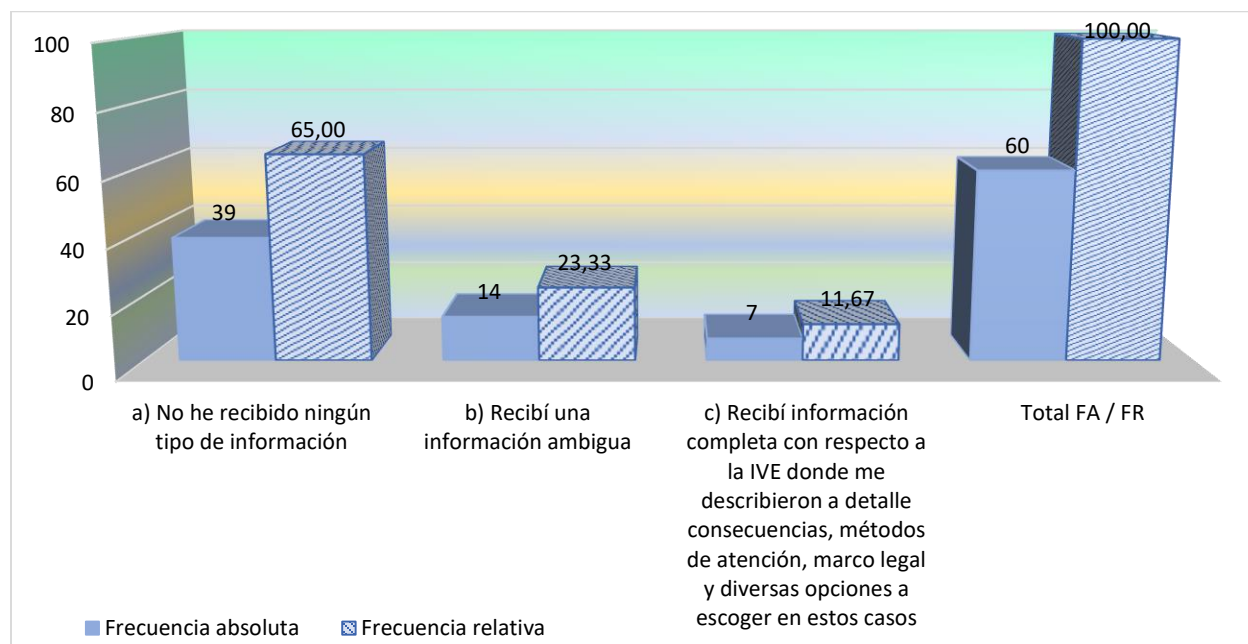
En cuanto a la información del núcleo familiar en la sexualidad, el 65% proporcional a 39 féminas nunca recibió ningún tipo de información de su familia acerca de métodos anticonceptivos, seguido del 20% correspondiente a 12 mujeres que afirman recibir una información ambigua; y solo el 15% equivalente a 9 participantes indican que recibieron información de sus padres en una educación solida de información sexual.

Tabla 12 Información del sector salud en torno a la sexualidad y a la IVE

Información del sector salud en torno a la sexualidad y a la IVE	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa
a) No he recibido ningún tipo de información	39	65,00%
b) Recibí una información ambigua	14	23,33%
c) Recibí información completa con respecto a la IVE donde me describieron a detalle consecuencias, métodos de atención, marco legal y diversas opciones a escoger en estos casos	7	11,67%
Total FA / FR	60	100,00%

Fuente: Elaboración propia (2024).

Gráfica 12 Información del sector salud en torno a la sexualidad y a la IVE



Fuente: Elaboración propia (2024).

Finalizando este objetivo, se indica la información recibida del sector salud en torno a la sexualidad y a la IVE, el 65% equivalente a 39 mujeres no recibieron ninguna información, seguido del 23,33% proporcional a 14 féminas afirman recibieron datos ambiguos; y solo el 11,67% siendo 7 participantes indican haber recibido datos completos acerca de la sexualidad, así como las consecuencias, métodos de atención, barreras y aspectos legales de la IVE.

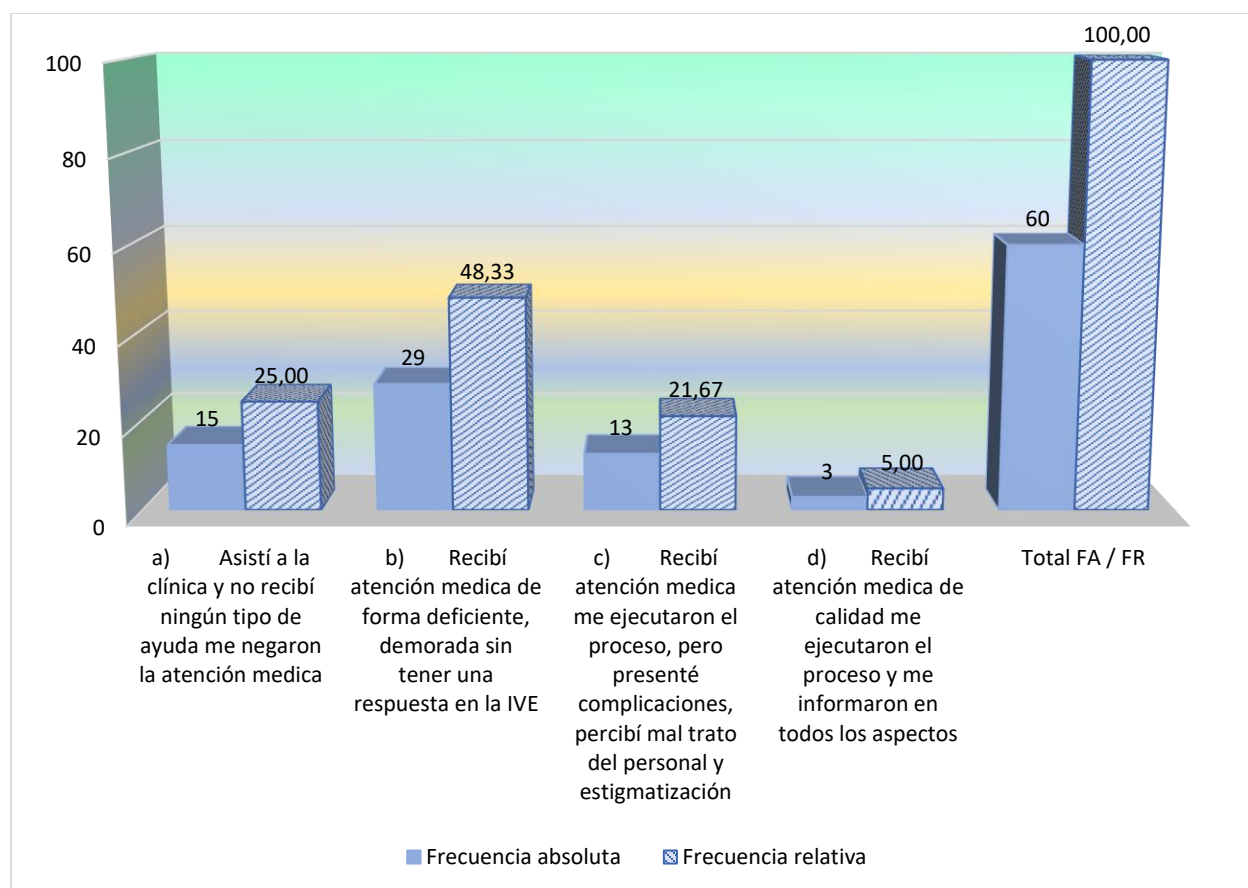
- ***Delimitar las barreras en la atención para IVE de las mujeres en una IPS en Valledupar, 2024.***

Tabla 13 Experiencia de mujeres en IVE en los servicios de salud

Experiencia de mujeres en IVE en los servicios de salud	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa
a) Asistí a la clínica y no recibí ningún tipo de ayuda me negaron la atención medica	15	25,00%
b) Recibí atención medica de forma deficiente, demorada sin tener una respuesta en la IVE	29	48,33%
c) Recibí atención medica me ejecutaron el proceso, pero presenté complicaciones, percibí mal trato del personal y estigmatización	13	21,67%
d) Recibí atención medica de calidad me ejecutaron el proceso y me informaron en todos los aspectos	3	5,00%
Total FA / FR	60	100,00%

Fuente: Elaboración propia (2024).

Gráfica 13 Experiencia de mujeres en IVE en los servicios de salud



Fuente: Elaboración propia (2024).

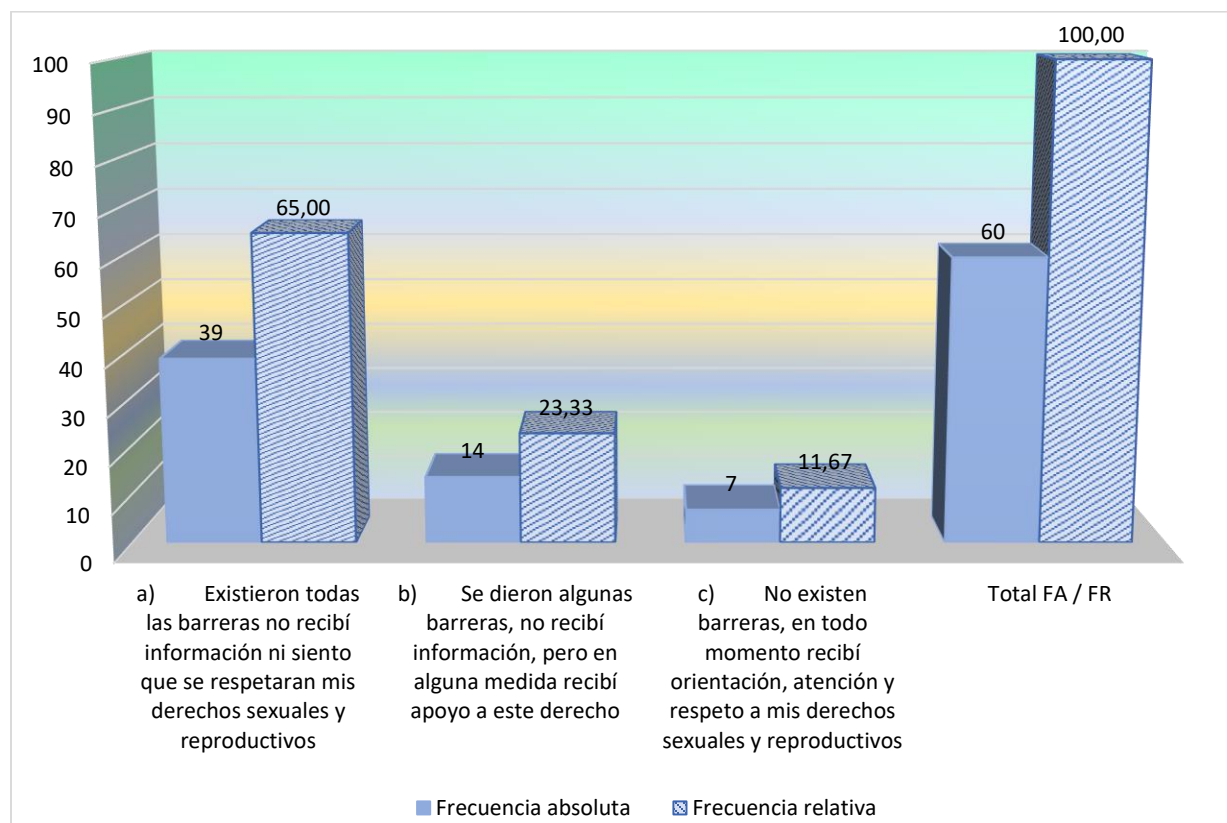
En cuanto al cuarto objetivo específico orientado a delimitar las barreras en la atención para IVE de las mujeres objeto de estudio, con respecto al indicador experiencia de mujeres en IVE en los servicios de salud, el 48,33% proporcional a 29 féminas indican recibir atención médica de forma deficiente sin tener respuesta en la IVE, seguido del 25% correspondiente a 15 pacientes que indican que asistieron a clínicas y no recibieron ningún tipo de información negándole la atención médica. En cuanto al 21,67% siguiente equivalente a 13 mujeres afirman que recibieron atención médica, pero en el proceso se generaron complicaciones donde percibieron un mal trato del personal y estigmatización; y solo el 5% siendo 3 personas indican que recibieron una atención médica de calidad, informándole de todos los aspectos.

Tabla 14 Barreras en los derechos sexuales y reproductivos

Barreras en los derechos sexuales y reproductivos	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa
a) Existieron todas las barreras no recibí información ni siento que se respetaran mis derechos sexuales y reproductivos	39	65,00%
b) Se dieron algunas barreras, no recibí información, pero en alguna medida recibí apoyo a este derecho	14	23,33%
c) No existen barreras, en todo momento recibí orientación, atención y respeto a mis derechos sexuales y reproductivos	7	11,67%
Total FA / FR	60	100,00%

Fuente: Elaboración propia (2024).

Gráfica 14 Barreras en los derechos sexuales y reproductivos



Fuente: Elaboración propia (2024).

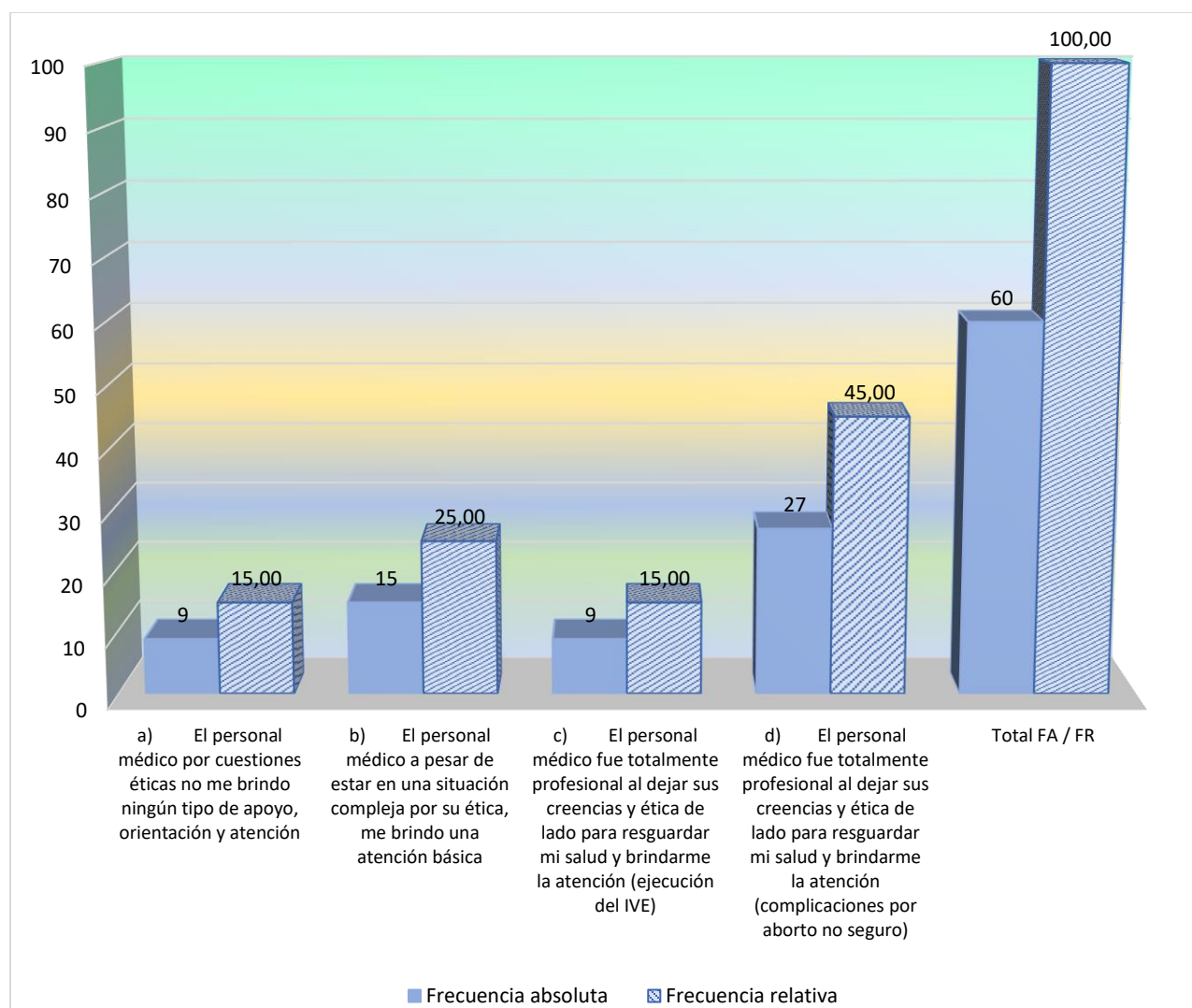
Continuando con las barreras en los derechos sexuales y reproductivos, el 65% proporcional a 39 mujeres afirman que se dieron todas las barreras, además indica que no se respetaron sus derechos sexuales y reproductivos, seguido del 23,33% equivalentes a 14 féminas que afirman que se presentaron algunas barreras, sin recibir información, pero percibiendo algún tipo de apoyo. En torno al 11,67% correspondiente a 7 participantes que indican que no existió ningún tipo de barreras, recibiendo buena orientación y atención, así como respeto a sus derechos sexuales.

Tabla 15 Abuso de la objeción de conciencia para evitar la atención en IVE

Abuso de la objeción de conciencia para evitar la atención en IVE	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa
a) El personal médico por cuestiones éticas no me brindo ningún tipo de apoyo, orientación y atención	9	15,00%
b) El personal médico a pesar de estar en una situación compleja por su ética, me brindo una atención básica	15	25,00%
c) El personal médico fue totalmente profesional al dejar sus creencias y ética de lado para resguardar mi salud y brindarme la atención (ejecución del IVE)	9	15,00%
d) El personal médico fue totalmente profesional al dejar sus creencias y ética de lado para resguardar mi salud y brindarme la atención (complicaciones por aborto no seguro)	27	45,00%
Total FA / FR	60	100,00%

Fuente: *Elaboración propia (2024).*

Gráfica 15 Abuso de la objeción de conciencia para evitar la atención en IVE



Fuente: Elaboración propia (2024).

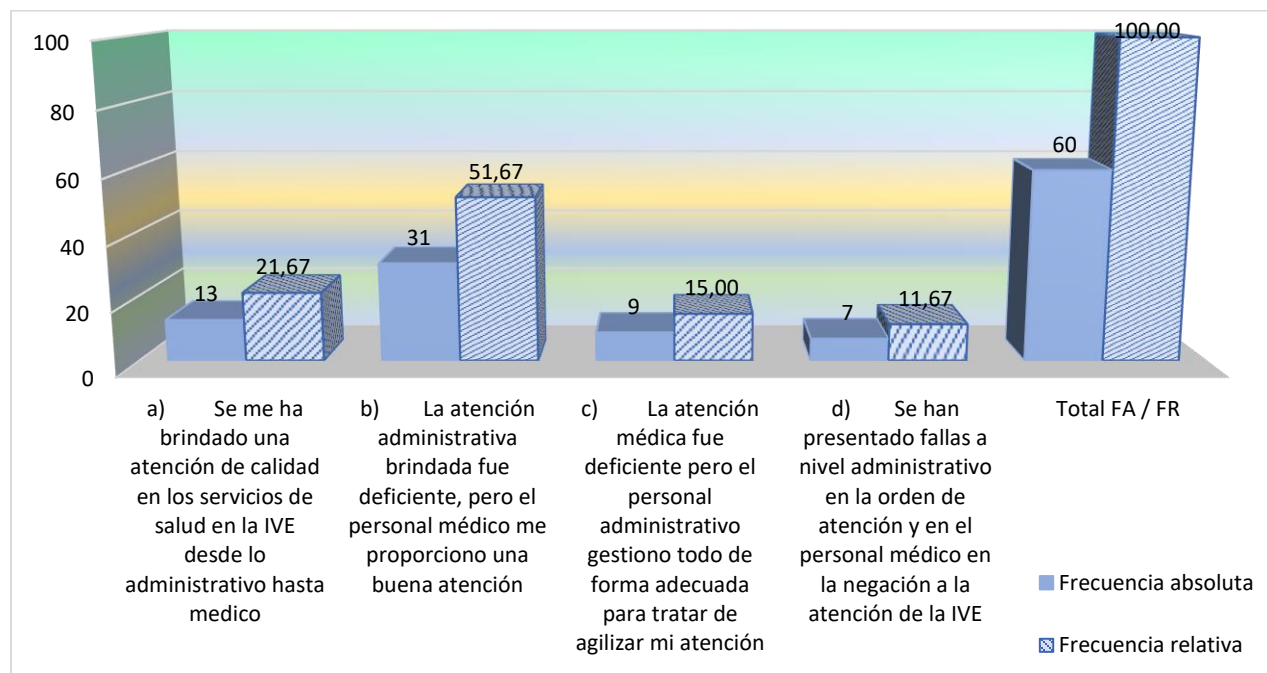
En referencia al abuso de la objeción de conciencia para evitar la atención en IVE, el 45% proporcional a 27 féminas afirman que el personal médico fue totalmente profesional al dejar sus creencias y ética de lado para resguardar su salud y brindarle la atención, seguido del 25% equivalente a 15 mujeres pacientes que indican que el personal médico a pesar de encontrarse en una situación compleja por su ética le brindaron la atención. En torno al 15% siguiente correspondiente a 9 féminas afirman que el personal médico dejó de lado sus creencias y le ejecutaron el IVE, y el 15% final siendo 9 féminas indican que por cuestiones éticas no les brindaron ningún tipo de apoyo y atención.

Tabla 16 Fallas en el servicio de salud de profesionales y a nivel administrativo en IVE

Fallas en el servicio de salud de profesionales y a nivel administrativo en IVE	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa
a) Se me ha brindado una atención de calidad en los servicios de salud en la IVE desde lo administrativo hasta medico	13	21,67%
b) La atención administrativa brindada fue deficiente, pero el personal médico me proporciono una buena atención	31	51,67%
c) La atención médica fue deficiente pero el personal administrativo gestiona todo de forma adecuada para tratar de agilizar mi atención	9	15,00%
d) Se han presentado fallas a nivel administrativo en la orden de atención y en el personal médico en la negación a la atención de la IVE	7	11,67%
Total FA / FR	60	100,00%

Fuente: Elaboración propia (2024).

Gráfica 16 Fallas en el servicio de salud de profesionales y a nivel administrativo en IVE



Fuente: Elaboración propia (2024).

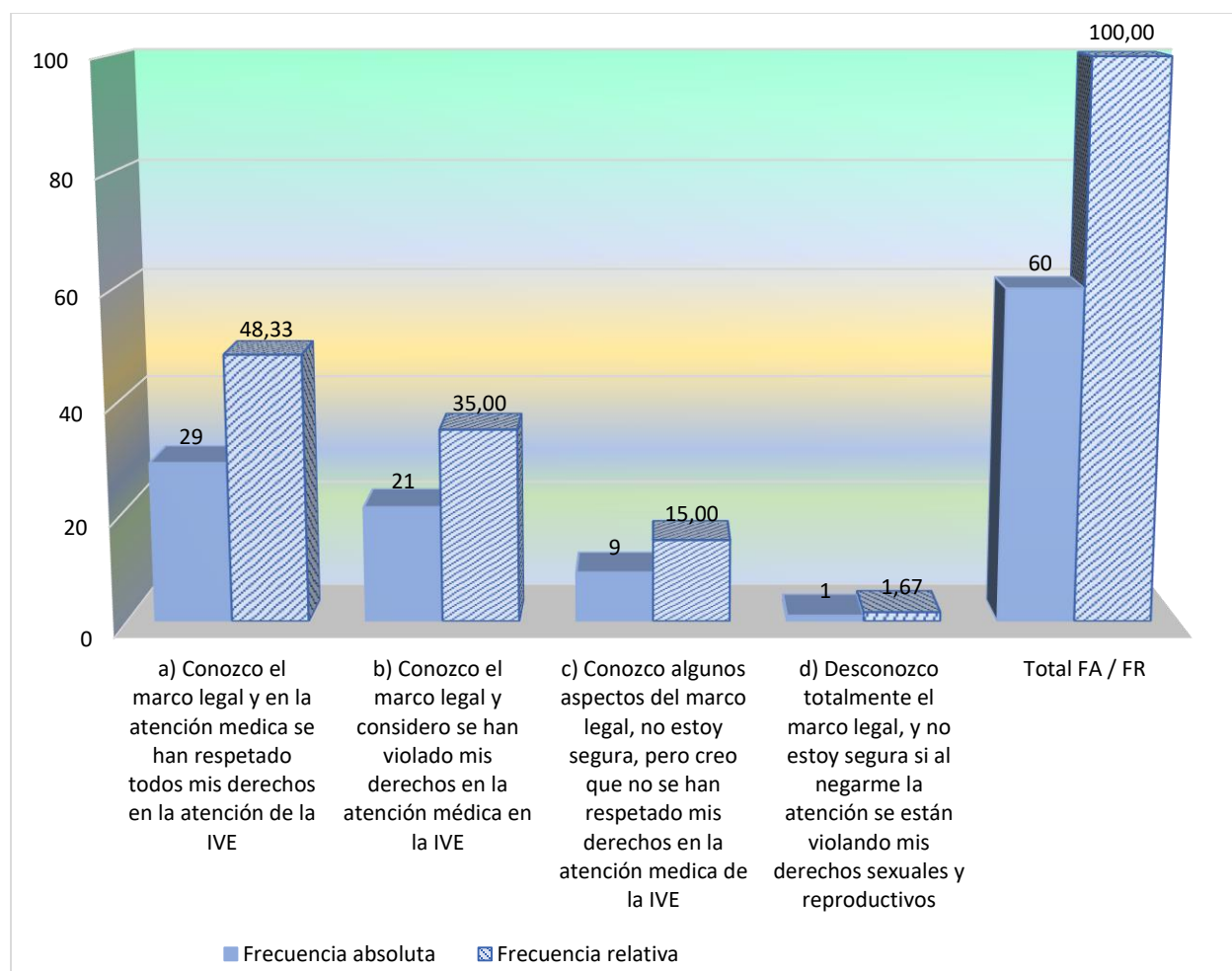
Avanzando en las evidencias, en relación a las fallas en el servicio de salud de profesionales y a nivel administrativo en IVE, el 51,67% proporcional a 31 pacientes indican que la atención administrativa brindada fue deficiente, pero el personal médico les proporciono una buena atención, seguido del 21,67% equivalente a 13 mujeres revelan que les brindaron una atención de calidad en los servicios de salud en la IVE tanto en lo administrativo como médico. En cuanto al 15% siguiente correspondiente a 9 féminas indican que la atención medica fue deficiente pero el personal administrativo gestiono de forma adecuada para agilizar el proceso de atención. Finalmente, el 11,67% siendo 7 mujeres afirman que se han presentado fallas a nivel administrativo en una negación de atención del personal médico en la IVE.

Tabla 17 Normativas sobre el acceso al IVE y/o interpretación restrictiva del marco legal

Normativas sobre el acceso al IVE y/o interpretación restrictiva del marco legal	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa
a) Conozco el marco legal y en la atención medica se han respetado todos mis derechos en la atención de la IVE	29	48,33%
b) Conozco el marco legal y considero se han violado mis derechos en la atención médica en la IVE	21	35,00%
c) Conozco algunos aspectos del marco legal, no estoy segura, pero creo que no se han respetado mis derechos en la atención medica de la IVE	9	15,00%
d) Desconozco totalmente el marco legal, y no estoy segura si al negarme la atención se están violando mis derechos sexuales y reproductivos	1	1,67%
Total FA / FR	60	100,00%

Fuente: *Elaboración propia (2024).*

Gráfica 17 Normativas sobre el acceso al IVE y/o interpretación restrictiva del marco legal



Fuente: Elaboración propia (2024).

Finalizando la presentación de los resultados, con respecto a las normativas sobre el acceso al IVE y/o interpretación restrictiva del marco legal, 48,33% equivalente a 29 pacientes indican que conocen el marco legal indicando que le han respetado su atención médica y derechos en IVE, seguido del 35% proporcional a 21 mujeres revelan que conocen el marco legal y consideran que han sido violados sus derechos en la atención médica en IVE, en cuanto al 15% correspondiente a 9 féminas afirman que conocen algunos aspectos legales y no están seguras que se les haya respetado sus derechos en la atención médica del IVE, en última instancia, el 1,67% siendo 1 mujer revela expone que desconocen el marco legal, y no saben si al negarle la atención le están negando sus derechos reproductivos y sexuales

9.1 Discusión

Iniciando la discusión de las evidencias, con respecto a la caracterización socio demográfica, el estudio de Saldarriaga et al (2022) en el cual indico que la mayoría manejan un nivel alto educativo, así como un estrato socio económico entre 4 y 6, jóvenes, evidenciando conocimiento en el tema del IVE, lo cual implica que las féminas del estudio poseen información que les permite defender sus derechos en la atención. Mientras que en el estudio actual las condiciones socio económicas son bajas, el nivel educativo de la mayoría es bajo, no es técnico ni profesional, residiendo en el estrato 1 y 2, jóvenes lo cual interviene en el poco conocimiento que manejan las pacientes del estudio actual.

En otro estudio desarrollado por Cárdenas, Escudero y Noreña (2022), se logró reflejar que la mayoría de las féminas son jóvenes, solteras, además afirman no pertenecen a ninguna religión, indicando que, para ellas, el tema católico no interfiere en su decisión, puesto que esta se debe a problemas personales y económicos. Desde este aporte, las féminas del contexto actual también son jóvenes entre 18-24 años, solteras, de religión católica, no obstante, también se inclinaron a la decisión de una interrupción de la gestación.

Por lo expuesto, en el estudio comparativo en mención, se deja evidenciar que la educación y formación en valores también influye en el proceso de la IVE. Esta premisa continua con la investigación de Prada et al (2015) el cual delimita que su población no posee un nivel educativo alto, ni una formación desde el núcleo en el hogar en valores y orientación sexual, siendo solteras de estrato socio económico bajo, lo cual, si se asocia con los resultados actuales, delimitando que la falta educativa afecta el conocimiento y acciones en el IVE.

En relación directa al objetivo del conocimiento, Ortiz (2020) afirma según su estudio que la mayoría de las féminas contexto de estudio, no contaban con ninguna información, se les asistió y orientó en todo el proceso, indicando que las pacientes no cuentan con un apoyo de información tampoco desde el núcleo del hogar. Siendo así, se relaciona con el estudio actual, ya que las pacientes no cuentan con mucha información, solo 9 de las 60 mujeres respondió las preguntas de forma acertada lo cual es aproximadamente el 15% que manejan la información tanto desde el hogar como del sector salud.

Desde esta postura del conocimiento, Ramos (2016) devela que su contexto poblacional se enmarca la mayoría en un estrato socio económico bajo, con condiciones educativas mínimas, lo cual influyo en los valores de mujeres jóvenes que acudieron al IVE sin información reproductiva saludable, las pocas mujeres más cultura, mayores de 30 años, poseen mayor información y sobre todo ética y valores con respecto al aborto. Esto se condiciona no solo a la educación, también a la edad de las mujeres en esta información, sin embargo, en el estudio actual predominaron pacientes jóvenes, con muy poca información que en cierta medida las limito en el acceso a la atención.

Avanzando en la discusión y análisis de los datos, en referencia al tercer objetivo dirigido a indagar la información recibida por las féminas, Prada et al (2015) determinó en su estudio que su contexto femenino recibió poca información, presentando fallas desde la formación de valores reproductivos en el hogar, esta situación se complementó negativamente con las deficiencias en el acceso informativo a derechos sexuales y reproductivos en el IVE.

En torno a ello, a nivel comparativo con el estudio actual, existen múltiples semejanzas, ya que la mayoría de las pacientes no recibieron una educación clave desde el hogar, ni orientación en la sexualidad, así mismo los datos recibidos del sector salud fueron deficientes, lo cual afecto a su proceso de IVE.

En última instancia, con respecto al cuarto objetivo específico orientado a delimitar las barreras de atención, Gómez et al (2023) afirma según evidencias de su estudio, que en Colombia se produjo una atención clínica que no enmarca la ley en IVE fuera de tiempo, ya que se produjo la atención en casos de No violación física, ni riesgo del feto en pacientes con más de 20 y 24 semanas de gestación, esto implica que en la atención medica se violó la ley, además no se les brindo una información clara del proceso, y varias de estas presentaron complicaciones.

Asociando esto con las evidencias actuales, la mayoría de las féminas indican que recibieron atención medica en el ámbito de salud, pero sin una gestión administrativa e informativa oportuna, algunas de ellas presentaron algunas complicaciones en el proceso y develaron que se sintieron estigmatizadas y mal atendidas por el personal de salud, lo cual indica que se practicó el IVE, pero

no bajo las condiciones óptimas desde una orientación y atención tanto en salud como en lo administrativo.

En esta secuencia de evidencias, Cárdenas, Escudero y Noreña (2022) develaron en su estudio que recibieron atención médica en el IVE, pero presentaron complicaciones como infecciones pélvicas, contagio de ITS, sin embargo las técnicas de aborto empleadas fueron seguras, por lo cual no se presentaron otras consecuencias, no obstante, afirman que percibieron barreras en la atención, debido a la falta de información del personal en las complicaciones, y cierta estigmatización de algunos profesionales en la atención sanitaria. Esto se asocia directamente con las evidencias, ya que las mujeres objeto de análisis actual, afirman que recibieron atención, pero en muchos casos, se dio estigmatización, falta de información, barreras legales y normativas, entre otras, solo 9 féminas indican que todo el proceso se dio de forma adecuada sin ningún tipo de barreras en la atención médica en IVE.

10 Conclusiones

Las conclusiones develan un análisis concreto de las evidencias, delimitando una postura centrada de acuerdo a los resultados por cada objetivo. Iniciando por el primer objetivo específico orientado a caracterizar socio demográficamente según determinantes sociales a la población objeto de estudio. la mayoría de las féminas son jóvenes encontrándose en un rango entre 18-24 años, solteras, del estrato 2, bachilleres o con básica y secundaria terminada, católicas, con dos embarazos. Estos resultados permiten concluir que las características socio demográficas son bajas, en mujeres jóvenes sin preparación profesional, la mayoría con dos hijos en condiciones económicas precarias, por lo cual estas situaciones influyen en incurrir en un embarazo no deseado acudiendo al IVE.

Avanzando al segundo objetivo específico dirigido a identificar el nivel de conocimiento de las mujeres relacionado de la IVE al recibir atención en una IPS en Valledupar, 2024, se determina que el conocimiento es deficiente, ya que casi todas no poseen conocimientos claros en las consecuencias del IVE, sin manejar datos claros en las leyes del IVE, ni en las barreras de atención, desconociendo a que situación tienen derecho o no. Esta falta de conocimiento interfiere negativamente en las situaciones de gestaciones no deseadas en las cuales incurren las pacientes, ya que la adquisición de saberes en salud sexual y reproductiva impide o minimiza los embarazos no deseados. De allí, es relevante mencionar desde la postura investigativa y considerando las evidencias, que los factores de riesgo intervienen en la gestación no planeada, ciertamente, el conocimiento les aporta beneficios para evitar los embarazos no deseados, no obstante, el contexto poblacional se encuentra en cierto desconocimiento que impide llegar a ese proceso.

En torno al tercer objetivo específico que se relaciona con la indagación de la información que reciben del sector salud y del entorno las mujeres con respecto a la IVE en un a IPS en Valledupar, 2024, se puntualiza que la mayoría de las féminas no recibido una información del núcleo familiar a nivel reproductivo, esta situación continuó agravándose con el sector salud, del cual no recibieron una atención en sexualidad, ni en IVE así como sus consecuencias, solo 9 féminas de las 60 pacientes afirman estar informadas desde el núcleo familiar y el sector salud, las cuales evidencian conocimientos en consecuencias, marco legal y barreras de atención. No obstante, indica el 15%

de la población este dato, lo cual es un porcentaje muy bajo de mujeres. Si bien es cierto, que casi todas no recibieron una educación en sexualidad, ni valores y consecuencias, así como orientación en IVE, tampoco buscaron instruirse por otro lado, a través de una educación que no viniera del sector salud o del hogar, es decir, que de forma independiente no trataron de indagar su situación. Las evidencias implican que las féminas de la población experimentan diversas problemáticas, tanto por falta de información del sector salud, así como por la falta de conciencia e interés de ellas por indagar acerca de su situación, esto por supuesto termina interviniendo de forma negativa en la atención médica para este tipo de casos.

En el cuarto objetivo específico orientado a delimitar las barreras en la atención para IVE de las mujeres en una IPS en Valledupar, 2024, en cuanto a las barreras, la mayoría de las pacientes fueron atendidas en el sector salud, sin embargo, expresan una atención deficiente desde la parte administrativa, así como estigmatización en las pacientes que presentaron complicaciones, otro grupo de mujeres afirma que si recibieron atención sin barreras y que el personal médico dejó de lado su ética por mantener la seguridad de ellas como pacientes, no obstante, se generaliza que se brindó la atención básica en IVE, pero casi todas sintieron que se amerita mayor calidad humana en ese apoyo tanto en orientación, como en las barreras de atención, marco legal en el proceso de atención en IVE. Siendo así, se indica que en varios casos se dio un mal trato del personal, (21,67% de las pacientes), por lo cual en general se amerita una mejora integral en esas barreras de atención legales, normativas, informativas. De orientación y atención médica, así como administrativa en la IVE.

Tomando en cuenta las evidencias de los objetivos específicos, el objetivo general orientado analizar los conocimientos que manejan las mujeres sobre la interrupción voluntaria del embarazo (IVE) en una IPS en Valledupar, 2024, se determina que las féminas objeto de estudio poseen un conocimiento bajo acerca de todo lo relacionado con el IVE, iniciando por los derechos reproductivos y sexuales, así como información de planificación reproductiva, de las cuales se generan fallas desde el núcleo familiar, complementándose con la ausencia de información recibida del sector salud.

Lo indicado lleva a las féminas a acciones irresponsables que producen la gestación indeseada, acudiendo a un IVE fuera de tiempo, bajo condiciones de riesgo, lo cual, en suma, se ve afectado por las barreras de atención médica y administrativa de los prestadores de servicios de salud. Además, se debe hacer mención acerca de las condiciones sociodemográficas de las pacientes, que incluyen de manera negativa como se observó tanto en el recorrido de estudios previos, como en el contexto actual en las mujeres, porque incurren en acciones por desconocimiento, y al acudir a los servicios de salud a ejecutar la IVE, presentan diversas barreras que dificultan el proceso, padeciendo estigmatización sobre todo por la edad, ya que la mayoría son jóvenes de 18 años, y poseen varios hijos, lo que implica una posible postura del personal en continuar el acto reproductivo teniendo ya varios hijos a tan corta edad sin ningún cuidado previo, luego para accionar en el aborto.

Analizando todas las evidencias referidas, es claro que el desconocimiento está interviniendo de forma negativa a las féminas, tanto en los embarazos no planeados, así como las barreras de atención, al desconocer sus derechos están afectando la calidad de la atención, la solicitud adecuada de los procesos, y la deficiencia en la recepción de la atención medica desde la salud, así como lo administrativo.

11 Recomendaciones

De acuerdo a las conclusiones del estudio, desde una postura objetiva e investigativa se construyen las siguientes recomendaciones;

- Es importante considerar las características socio demográficas, ya que la población presenta deficiencias económicas y educativas, a pesar de que existe un programa de apoyo a la prevención del IVE, se sugiere estudiar su eficiencia y generar nuevas estrategias que agilicen el proceso así como la eficiencia en su ámbito de aplicación con respecto al apoyo anticonceptivo e informativo, ya que a pesar de ser una “*Decisión personal*” es totalmente viable ofrecer el apoyo, y por supuesto ya decisión de las féminas tomar el apoyo de anticoncepción, puesto que está aumentando el índice de embarazos no planeados, esto con la finalidad de no llegar a la acción de atención médica en IVE, previniendo la gestación no deseada en las jóvenes de 18 años y otros grupos poblaciones que ya a esa corta edad cuentan con dos hijos y siguen teniendo problemas para evitar el embarazo. Por ende, se deben estudiar e integrar nuevas alternativas preventivas al programa ya existente, para poder brindarles a esta población joven oportunidades de una sexualidad responsable que no las lleve al IVE y sus consecuencias tanto físicas como psicológicas.
- Seguidamente, es relevante crear charlas de orientación tanto en las prestadoras de servicios de salud, como en campañas gratuitas en las comunidades, donde se llegue a más mujeres y hombres (ya que de ellos también depende la concepción humana) y pueden cuidar a su compañera sentimental de una gestación precoz. De allí, la socialización de las charlas puede implicar no solo los métodos anticonceptivos, la trasmisión de ETS, además, las consecuencias medicas del IVE y sus repercusiones legales sin justificación o fuera de tiempo. Esto es posible por medio de la Ley 1622 del 2013, la cual estipula que el estado colombiano garantiza políticas de prevención, formación e información desde distintos enfoques diferenciales para el pleno disfrute de derechos sexuales y reproductivos, por ende, este marco legal es de gran relevancia para apoyar la recomendación, a través de la divulgación y socialización del IVE.
- En última instancia, es imprescindible que el personal de salud, indique de forma amable, empática y amplia toda la información antes de llevar a cabo el inicio del proceso de IVE a las

pacientes, donde les expliquen las consecuencias físicas y psicológicas de esta acción, ya que se exponen inclusive a perder la vida, por ende, bajo conocimiento del personal de salud, pueden brindarle apoyo en información como agencias de adopción, apoyo gubernamental, entre otros. Cabe indicar que este tipo de procesos ya se ejecutan en las EPS, puesto que dos veces al año el recurso humano cuenta con este tipo de capacitaciones, no obstante, según las evidencias actuales es necesario reforzar la atención en estas pacientes, ya que, al presentarse diversas falencias en las estadísticas del aborto, se amerita la intervención de las estrategias planteadas en la recomendación, para poyar al proceso en las féminas.

Referencias

- Albert, M. (2013). *Investigación educativa*. España: Publicación ISSN 2145-4981 Vol. 8 McGraw Hill.
- Arias. (2012). *El proyecto de investigación científica*. Venezuela: Editorial episteme 6ta edición.
- Cárdenas, Escudero y Noreña. (2022). *Seguridad de la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) en dos Instituciones Prestadoras de Salud en Medellín, Colombia, en 2019*. Cohorte histórica. *Rev. Colomb Obstet Ginecol.*, 73(1), 39–47. doi:10.18597/rcog.3760
- Cohen y Gómez. (2019). *Metodología de la investigación*. Argentina: Editorial Teseo. Obtenido de:
https://biblioteca.clacso.edu.ar/clacso/se/20190823024606/Metodologia_para_que.pdf.
- Eskola, O. (05 de febrero de 2024). *Interrupción voluntaria del embarazo IVE*. Obtenido de Departamento de salud Osasun Eskola: <https://www.osakidetza.euskadi.eus/interrupcion-voluntaria-del-embarazo-ive/webosk00-oskenf/es/>
- FIGO. (2021). *Abordar las barreras al aborto seguro*. Obtenido de International Federation Of Gynecology And Obstetrics: <https://www.figo.org/es/%20recursos%20/%20declaraciones-figo%20/%20abordar-barreras-aborto%20seguro>
- Gallardo. (2017). *Metodología de la Investigación*. Perú: Editorial Continental. Obtenido de: https://repositorio.continental.edu.pe/bitstream/20.500.12394/4278/1/DO_UC_EG_MAI_UC0584_2018.pdf.
- Gallardo y Salazar. (2013). Aborto voluntario: un derecho prohibido. *Universidad de Chile, Fac. de Derecho* (pág. 169). https://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/113333/de-gallardo_g.pdf;sequence=1.
- Gómez et al. (2023). *Significado de afrontar una interrupción voluntaria del embarazo tardía en mujeres que se realizaron el procedimiento en instituciones de salud de dos ciudades colombianas*. National Library of medicine, *Revista colombiana de obstetricia y ginecología*, 74(3), 202-213. doi:<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10652771/>
- González y Castro. (2016). *Barreras de Acceso a la Interrupción Voluntaria del Embarazo en Colombia*. La Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres.

- doi:https://ngx249.inmotionhosting.com/~despen5/wp-content/uploads/2019/02/12.-Barreras_IVE_vf_WEB.pdf
- Hernández, Fernández y Baptista. (2014). *Metodología de la investigación*. México: Sexta edición Mc-Graw Hill.
- IPPF. (2010). *Glosario de IPPF sobre términos relacionados con la salud sexual y reproductiva*. EE. UU: Federación Internacional de Planificación de la Familia (IPPF).
- Jacobson y Tango. (11 de octubre de 2022). Aborto - procedimiento. Obtenido de MedlinePlus: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/002912.htm>
- La Mesa. (07 de febrero de 2024). *Marco Legal para el aborto en Colombia*. Obtenido de <https://despenizaciondelaborto.org.co/marco-legal-para-el-aborto-en-colombia/>
- Ley 599. (2000). *Ley 599 de 2000*. Colombia: Congreso de Colombia. <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=6388>.
- López. (2013). *La hermenéutica y sus implicaciones en el proceso educativo*. Ecuador: Colección de Filosofía de la Educación, Universidad Politécnica Salesiana. Obtenido de: <https://www.redalyc.org/pdf/4418/441846100003.pdf>.
- MinSalud. (2016). *Interrupción voluntaria del embarazo, un derecho humano de las mujeres*. Grupo Sexualidad y derechos sexuales y reproductivos. Dirección de Promoción y Prevención. doi:<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/abc-maternidad-elegida.pdf>
- Morillo et al. (2007). *Experiencia de mujeres que solicitan interrupción voluntaria del embarazo: relación con el entorno sanitario*. Elsevier, 39(9), 313-318. doi:<https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-resumen-experiencia-mujeres-que-solicitan-interrupcion-13106287>
- MSF. (17 de febrero de 2023). *Aborto en Colombia: las barreras persisten*. Obtenido de Médicos sin fronteras: <https://www.msf.org.co/actualidad/aborto-colombia-las-barreras-persisten/>
- MSF. (17 de abril de 2023). *Las consecuencias del aborto no seguro*. Obtenido de Médicos sin fronteras: <https://www.msf.org.co/actualidad/las-consecuencias-del-aborto-no-seguro/>
- OMS. (25 de noviembre de 2021). *Aborto*. Obtenido de Organización Mundial de la Salud: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/abortion>

- OMS. (2022). *Directrices sobre la atención para el aborto*. EE. UU: Organización Mundial de la Salud. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK584736/>.
- OPS. (09 de marzo de 2022). *La OMS publica nuevas directrices sobre el aborto para ayudar a los países a prestar una atención que salve vidas*. Obtenido de Organización Panamericana de la Salud: <https://www.paho.org/es/noticias/9-3-2022-oms-publica-nuevas-directrices-sobre-aborto-para-ayudar-paises-prestar-atencion>
- Ortiz. (2020). *De sufrimiento y alivio: los significados elaborados por las mujeres sobre sus abortos inducidos en el segundo trimestre de gestación*. Universidad Nacional de Bogotá. <https://repositorio.unal.edu.co/bitstream/handle/unal/79067/1020745762.2020.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
doi:<https://repositorio.unal.edu.co/bitstream/handle/unal/79067/1020745762.2020.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Parrado. (2014). *Atención integral de la Interrupción voluntaria del embarazo IVE*. Obtenido de Ministerio de salud colombiana: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/SM-IVE-Atencion-baja-complejidad.pdf>
- Planned Parenthood. (06 de febrero de 2024). *¿Qué tan seguro es un aborto en clínica?* Obtenido de <https://www.plannedparenthood.org/es/temas-de-salud/aborto/abortos-realizados-en-una-clinica/cuan-seguro-es-un-aborto-realizado-en-una-clinica>
- Prada et al. (2015). *El aborto en adolescentes, factores de riesgo y consecuencias: revisión de literatura*. Salud Areandina, 4(1), 77.
doi:<https://revia.areandina.edu.co/index.php/Nn/article/view/1319>
- Prada et al. (2024). *Embarazo no deseado y aborto inducido en Colombia: Causas y Consecuencias*. Obtenido de Guttmacher Institute: <https://www.guttmacher.org/es/report/embarazo-no-deseado-y-aborto-inducido-en-colombia-causas-y-consecuencias>
- Quintero et al. (2022). *Interrupción voluntaria del embarazo y salud sexual y reproductiva en mujeres migrantes en Barranquilla*. Rev. Panam Salud Publica, 47(07), 9.
doi:<https://scielosp.org/article/rpsp/2023.v47/e49/>
- Ramos. (2016). *Investigación sobre aborto en América Latina y el Caribe. Una agenda renovada para informar políticas públicas e incidencia (resumen ejecutivo)*. Estudios demográficos

- urbanos ciudad de México, 31(3), 28.
doi:<https://www.scielo.org.mx/pdf/educm/v31n3/2448-6515-educm-31-03-00833.pdf>
- Resolución 8430. (1993). *Resolución 8430*. Colombia:
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/RESOLUCION-8430-DE-1993.PDF>.
- Saldarriaga et al. (2022). *Conocimientos y actitudes sobre interrupción voluntaria del embarazo en estudiantes de una Universidad de Cartagena (Colombia)*. *Universidad y Salud, Internacional* CCNC,4.0, 24(3), 248-255. doi:DOI:
<https://doi.org/10.22267/rus.222403.279>
- Sentencia C-355/06, *Sentencia C-355/06* (Corte Constitucional
<https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2006/c-355-06.htm> de marzo 06 de 2006). Obtenido de <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2006/c-355-06.htm>
- UNFPA. (27 de mayo de 2021). *En 2020 se produjeron 409 muertes maternas tempranas en Colombia*. Obtenido de Fondo de Población de las Naciones Unidas:
<https://colombia.unfpa.org/es/news/en-2020-se-produjeron-409-muertes-maternas-tempranas-en-colombia>

Anexos

Anexo 1. Operacionalización de variables

Objetivo general	Analizar los conocimientos que manejan las mujeres sobre la interrupción voluntaria del embarazo (IVE) en una IPS en Valledupar, 2024.					
Objetivo específico	Variable	Definición	Naturaleza	Escala	Indicador	Ítem
Caracterizar socio demográficamente según determinantes sociales a la población objeto de estudio.	Edad	Tiempo que ha vivido una persona u otro ser vivo contando desde su nacimiento	Cuantitativa	Intervalo	<ul style="list-style-type: none"> Menor de 19 20 a 24 25 a 29 Mayor de 30 	1
	Estado civil	Situación social y civil y sentimental respecto del ser humano y su relacionamiento en sociedad.	Cualitativa	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> Casado En unión libre Divorciado Soltero Viudo 	2
	Estrato	Clasificación en estratos de los inmuebles residenciales que deben recibir servicios públicos.	Cuantitativa	Ordinal	<ul style="list-style-type: none"> Estrato 1 Estrato 2 Estrato 3 Estrato 4 Estrato 5 Estrato 6 	3
	Nivel educativo	Método a través del cual se clasifica el grado de conocimientos que poseen los estudiantes.	Cualitativa	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> Sin estudios Básica primaria / secundaria Bachiller Técnico Profesional 	4
	Religión	Culto de adoración espiritual al cual pertenece una persona	Cualitativa	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> Católica Evangélica Otras Ninguna 	5

	Embarazos previos	Cantidad de gestaciones en una mujer.	Cualitativa	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Ninguno • 1 embarazo • 2 embarazos • 3 embarazos o más 	6
Objetivo específico	Variable	Definición	Naturaleza	Escala	Indicador	Ítem
Identificar el nivel de conocimiento de las mujeres relacionado de la IVE al recibir atención en una IPS en Valledupar, 2024.	Nivel de conocimiento	Conjunto de saberes de una persona con respecto a determinado tema.	Cualitativa	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Conocimiento de las consecuencias de la interrupción voluntaria del embarazo 	7
					<ul style="list-style-type: none"> • Conocimiento de las leyes en torno a la interrupción voluntaria del embarazo 	8
					<ul style="list-style-type: none"> • Conocimiento de las barreras de atención en la interrupción voluntaria del embarazo 	9
Indagar la información que reciben del sector salud y del entorno las mujeres con respecto a la IVE en un a IPS en Valledupar, 2024.	Información recibida del sector salud y entorno	Datos que una persona recibe la cual lo orienta con respecto a la IVE.	Cualitativa	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Información recibida del sector salud en causas y orientación de la interrupción voluntaria del embarazo 	10
					<ul style="list-style-type: none"> • Información recibida del núcleo familiar con respecto a la sexualidad 	11
					<ul style="list-style-type: none"> • Información recibida del sector salud en torno a la sexualidad y a la interrupción voluntaria del embarazo 	12
Delimitar las barreras en la atención para IVE de las mujeres en una IPS en Valledupar, 2024.	Barreras de atención	Obstáculos que impiden una atención oportuna en la IVE.	Cuantitativa	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Experiencia de mujeres que solicitan interrupción voluntaria del embarazo en los servicios de salud 	13
					<ul style="list-style-type: none"> • Barreras en los derechos sexuales y reproductivos 	14
					<ul style="list-style-type: none"> • Abuso de la objeción de conciencia para evitar que la mujer acceda a la atención IVE 	15
					<ul style="list-style-type: none"> • Fallas en la prestación del servicio de salud tanto en profesionales como a nivel administrativo 	16
					<ul style="list-style-type: none"> • Normativas sobre el acceso al IVE y / o interpretación restrictiva del marco legal 	17

Fuente: (Elaboración propia, 2024).



Anexo 2. Instrumento

Universidad Popular del Cesar
Facultad Ciencias de la Salud
Programa Instrumentación Quirúrgica
Instrumento de Recolección de la Información

El presente instrumento se sustenta en la técnica de encuesta bajo la escala de Likert dirigido a las féminas que acudieron a una IPS objeto de estudio de Valledupar, con el fin de poder obtener datos acerca de la Interrupción Voluntaria del Embarazo. Los datos que se recogerán de las mujeres objeto de estudio se manejarán bajo confidencialidad, empleados solo para fines académicos. Por favor, seleccione sólo una opción de respuesta según su conocimiento y experiencia, puede responder con total libertad y honestidad, debido al carácter de confidencialidad de los datos y la identidad, sobre todo por el caso de la información de las féminas de IVE.

• ***Caracterizar socio demográficamente según determinantes sociales a la población objeto de estudio.***

1. Seleccione su rango de edad
 - a) Menor de 19
 - b) 20 a 24
 - c) 25 a 29
 - d) Mayor de 30

2. Por favor seleccione su estado civil
 - a) Casado
 - b) En unión libre
 - c) Divorciado
 - d) Soltero

e) Viudo

3. Indique su estrato socioeconómico

a) Estrato 1

b) Estrato 2

c) Estrato 3

d) Estrato 4

e) Estrato 5

f) Estrato 6

4. Indique su nivel educativo

a) Sin estudios

b) Básica primaria / secundaria

c) Bachiller

d) Técnico

e) Profesional

5. Indique su Religión

a) Católica

b) Evangélica

c) Otras

d) Ninguna

6. Selecciona una opción con respecto a los embarazos previos

a) Ninguno

b) 1 embarazo

c) 2 embarazos

d) 3 embarazos o más

• *Identificar el nivel de conocimiento de las mujeres relacionado de la IVE al recibir atención en una IPS en Valledupar, 2024.*

7. Seleccione una opción con respecto al conocimiento de las consecuencias de la interrupción voluntaria del embarazo

- a) Esterilidad
- b) Dolos o malestar intenso
- c) Riesgos de coagulación de sangre en el útero, reacción alergia infección, restos de tejido en el útero

- d) Perdida de la vida
- e) Discapacidad permanente
- f) Complicaciones de salud graves
- g) Problemas psicológicos y emocionales
- h) Ninguna de las anteriores
- i) Alguna de las anteriores
- j) Todas las anteriores

8. Delimita por favor una sola opción con respecto al conocimiento que maneja acerca de las leyes en torno a la interrupción voluntaria del embarazo

- a) Las leyes aprueban la IVE en su totalidad en el país
- b) Las leyes no aprueban en ninguna medida la IVE
- c) Las leyes aprueban la IVE en casos de abuso sexual, riesgos físicos por gestación de riesgo, entre otros

- d) Ninguna de las anteriores
- e) Algunas de las anteriores
- f) Todas las anteriores

9. Por favor seleccione una opción con respecto al conocimiento que maneja de las barreras de atención en la interrupción voluntaria del embarazo

- a) Para mí no existen barreras, me atienden o no
- b) Si considero que existen barreras en la atención

- c) Las barreras dependen de cada caso particular
- d) Ninguna de las anteriores
- e) Algunas de las anteriores
- f) Todas las anteriores

• ***Indagar la información que reciben del sector salud y del entorno las mujeres con respecto a la IVE en un a IPS en Valledupar, 2024.***

10. Por favor seleccione una opción con respecto a la información recibida del sector salud en causas y orientación de la interrupción voluntaria del embarazo

- a) No recibí ningún tipo de información
- b) Recibí una información ambigua
- c) Recibí información completa donde me explicaron de forma detallada los métodos de anticoncepción, aspectos de la sexualidad, causas sociales y familiares, consecuencias psicológicas y físicas y psicológicas de la decisión y todo el procedimiento médico y riesgos de la IVE

11. Por favor indique una opción de respuesta de la información recibida del núcleo familiar con respecto a la sexualidad

- a) Nunca recibí información acerca de la sexualidad y métodos anticonceptivos de mis padres o demás familiares
- b) Recibí una información ambigua
- c) Mis padres y / o entorno familiar me educaron con bases sólidas en formación sexual

12. Recibe información del sector salud en torno a la sexualidad y a la interrupción voluntaria del embarazo

- a) No he recibido ningún tipo de información
- b) Recibí una información ambigua
- c) Recibí información completa con respecto a la IVE donde me describieron a detalle consecuencias, métodos de atención, marco legal y diversas opciones a escoger en estos casos

• ***Delimitar las barreras en la atención para IVE de las mujeres en una IPS en Valledupar, 2024.***

13. Por favor seleccione una opción de respuesta con respecto a la experiencia de mujeres que solicitan interrupción voluntaria del embarazo en los servicios de salud

- a) Asistí a la clínica y no recibí ningún tipo de ayuda me negaron la atención medica
- b) Recibí atención medica de forma deficiente, demorada sin tener una respuesta en la IVE
- c) Recibí atención medica me ejecutaron el proceso, pero presenté complicaciones, percibí mal trato del personal y estigmatización
- d) Recibí atención medica de calidad me ejecutaron el proceso y me informaron en todos los aspectos

14. Por favor responda una opción de respuesta cuales han sido las barreras que ha atravesado en los derechos sexuales y reproductivos

- a) Existieron todas las barreras no recibí información ni siento que se respetaran mis derechos sexuales y reproductivos
- b) Se dieron algunas barreras, no recibí información, pero en alguna medida recibí apoyo a este derecho
- c) No existen barreras, en todo momento recibí orientación, atención y respeto a mis derechos sexuales y reproductivos

15. Por favor indique una opción de respuesta de acuerdo al abuso de la objeción de conciencia para evitar que la mujer acceda a la atención IVE

- a) El personal médico por cuestiones éticas no me brindo ningún tipo de apoyo, orientación y atención
- b) El personal médico a pesar de estar en una situación compleja por su ética, me brindo una atención básica
- c) El personal médico fue totalmente profesional al dejar sus creencias y ética de lado para resguardar mi salud y brindarme la atención (ejecución del IVE)
- d) El personal médico fue totalmente profesional al dejar sus creencias y ética de lado para resguardar mi salud y brindarme la atención (complicaciones por aborto no seguro)

16. Por favor indique las fallas en la prestación del servicio de salud tanto en profesionales como a nivel administrativo

a) Se me ha brindado una atención de calidad en los servicios de salud en la IVE desde lo administrativo hasta medico

b) La atención administrativa brindada fue deficiente, pero el personal médico me proporciono una buena atención

c) La atención médica fue deficiente pero el personal administrativo gestiono todo de forma adecuada para tratar de agilizar mi atención

d) Se han presentado fallas a nivel administrativo en la orden de atención y en el personal médico en la negación a la atención de la IVE

17. Con respecto a las normativas sobre el acceso al IVE y / o interpretación restrictiva del marco legal seleccione una opción

a) Conozco el marco legal y en la atención medica se han respetado todos mis derechos en la atención de la IVE

b) Conozco el marco legal y considero se han violado mis derechos en la atención médica en la IVE

c) Conozco algunos aspectos del marco legal, no estoy segura, pero creo que no se han respetado mis derechos en la atención medica de la IVE

d) Desconozco totalmente el marco legal, y no estoy segura si al negarme la atención se están violando mis derechos sexuales y reproductivos

Anexo 3. Consentimiento informado

Título del estudio: Conocimientos sobre la interrupción voluntaria del embarazo en mujeres atendidas en una IPS en Valledupar, 2024.

En qué Consiste:

- Estudio que se concentra obtener información acerca de la Interrupción Voluntaria del Embarazo, conocimientos, barreras de atención, entre otros en la muestra de féminas de una IPS en Valledupar.
- Se realizará una encuesta, para recoger información sobre variables relacionadas al objeto de estudio.
- Toda la información recogida se mantendrá de forma confidencial y solo para fines académicos.

YO **Sujeto Anónimo**

He sido informado sobre el citado estudio y he podido aclarar mis dudas sobre el mismo, de tal manera que juzgo que he recibido suficiente información al respecto.

He sido informado por _____(Nombre del investigador)

Comprendo que la participación es voluntaria y presto mi conformidad para participar en el estudio, siempre y cuando se mantenga la confidencialidad de mi identidad y datos personales, proporcionando la información relacionada con la IVE solo para fines académicos.

Firma del Participante

Firma del investigador

Fecha