

DOCUMENTO TÉCNICO



Orientación y asesoría para la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE)

Documento Técnico
para prestadores de
servicios de salud

Orientación y asesoría para la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE)

**Documento técnico para
prestadores de
servicios de salud**

Orientación y asesoría para la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE)

Documento técnico para prestadores de servicios de salud

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

ALEJANDRO GAVIRIA URIBE
Ministro de Salud y Protección Social

FERNANDO RUIZ GÓMEZ
Viceministro de Salud Pública y Prestación de Servicios

GERARDO BURGOS BERNAL
Secretario General

ELKIN OSORIO SALDARRIAGA
Director de Promoción y Prevención

RICARDO LUQUE NÚÑEZ
Asesor Dirección de Promoción y Prevención

LORENZA OSPINO RODRÍGUEZ
Consultora Salud Materna

FONDO DE POBLACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS - UNFPA

TANIA PATRIOTA
Representante en Colombia

LUCY WARTENBERG
Representante auxiliar

MARY LUZ MEJÍA GÓMEZ
Asesora en Salud Sexual y Reproductiva

EQUIPO TÉCNICO

CONVENIO DE COOPERACIÓN 036 DE 2012 MSPS/UNFPA

RICARDO LUQUE NÚÑEZ
Asesor Dirección de Promoción y Prevención,
Ministerio de Salud y Protección Social

MARY LUZ MEJÍA GÓMEZ
Asesora en Salud Sexual y Reproductiva, UNFPA

LORENZA OSPINO RODRÍGUEZ
Consultora Salud Materna, Ministerio de Salud y
Protección Social

ELSA VICTORIA HENAO LONDOÑO
Consultora de la Línea de Salud Materna, Convenio 036

COMITÉ EDITORIAL

CONVENIO DE COOPERACIÓN 036 DE 2012 MSPS/UNFPA

MARY LUZ MEJÍA GÓMEZ
Asesora en Salud Sexual y Reproductiva, UNFPA

ELSA VICTORIA HENAO LONDOÑO
Consultora de la Línea de Salud Materna, Convenio 036

LUZ YAMILETH ORTIZ RAMÍREZ
Consultora de Gestión del Conocimiento, Monitoreo y
Evaluación, Convenio 036

GEMA GRANADOS HIDALGO
Asesora de Comunicaciones, UNFPA

ANGÉLICA OLIS DEVIA
Asistente administrativa, Convenio 036

FUNDACIÓN ORIENTAME

CRISTINA VILLARREAL VELÁSQUEZ
Directora Ejecutiva

LAURA GIL URBANO
Subdirección de Asistencia Técnica y Capacitación

RALPH PARRADO
Coordinador de Capacitación

LADY ALBA
CONSTANZA TOBASIA, MD
Asesoría Área Capacitación

ADRIANA PAOLA MOLINA
ELIANA MARULANDA
RAQUEL ARTEAGA
Investigación Área de Orientación y Asesoría

AUTORAS

RAQUEL ARTEAGA DÍAZ
ELIANA MARULANDA GÓMEZ
ADRIANA PAOLA MOLINA ROBLES
NORMA CONSTANZA TOBASIA HEGE

REVISIÓN TÉCNICA

MARY LUZ MEJÍA GÓMEZ
Asesora en Salud Sexual y Reproductiva, UNFPA

LORENZA OSPINO RODRÍGUEZ
Consultora Salud Materna, Ministerio de Salud y
Protección Social

ELSA VICTORIA HENAO LONDOÑO
Consultora de la Línea de Salud Materna, Convenio
036

ISBN: 978 958 8735 74 0
"Orientación y Asesoría para la Interrupción
Voluntaria del Embarazo (IVE). Documento Técnico
para Prestadores de Servicios de Salud"
© Ministerio de Salud y Protección Social
© Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA)
Corrección de estilo: Eugenia Arce Londoño
Diseño y diagramación: Diana Perez Méndez

Impresión:
Año: 2014
Ciudad: Bogotá D.C.

Queda prohibida la reproducción parcial o total de
este documento por cualquier medio escrito o virtual,
sin previa autorización del Ministerio de Salud y
Protección Social.

**AGRADECEMOS DE FORMA MUY ESPECIAL LA CONTRIBUCIÓN DE QUIENES
PARTICIPARON EN LA REVISIÓN DEL DOCUMENTO**

MARÍA CLARA CALDERÓN
ELIZABETH DÍAZ MUÑOZ
ELSA VICTORIA HENAO
ANA MARÍA JARAMILLO
ALBERTO MORALES SÁNCHEZ
MELINA NARVÁEZ
LORENZA OSPINO RODRÍGUEZ
CRISTINA VILLARREAL VELÁSQUEZ

Y a todos los profesionales de las Direcciones Territoriales de Salud -DTS de Santander, Atlántico, Bogotá, Risaralda y Valle del Cauca que participaron en los talleres de revisión y validación del documento. Estos profesionales son merecedores de los agradecimientos del Ministerio de Salud y Protección Social y de todas aquellas personas que se beneficien de su aplicación.

ÍNDICE

| | |
|---|-----------|
| PRESENTACIÓN | 9 |
| INTRODUCCIÓN | 12 |
| REFERENCIAS | 16 |
| 1. GENERALIDADES DE LA ORIENTACIÓN Y ASESORÍA PARA LA IVE | 17 |
| 1.1. SOBRE LA ORIENTACIÓN Y ASESORÍA | 17 |
| 1.1.1. ¿Qué es la orientación y asesoría? | 17 |
| 1.1.2. Los derechos: Marco general de la orientación y asesoría | 18 |
| 1.1.3. Enfoque de la orientación y asesoría | 19 |
| 1.1.4. Componentes de la orientación y asesoría | 20 |
| 1.2. CUALIFICACIÓN DE QUIEN ORIENTA Y ASESORA EN EL CONTEXTO DE LA IVE | 21 |
| 1.2.1. ¿Quién puede orientar y asesorar? | 21 |
| 1.2.2. Elementos que cualifican a quien orienta y asesora | 21 |
| 1.2.3. Objeción de conciencia | 26 |
| 1.3. CALIDAD EN LA ORIENTACIÓN Y ASESORÍA PARA LA IVE | 27 |
| REFERENCIAS | 29 |
| 2. ORIENTACIÓN EN EL CONTEXTO DE LA IVE | 31 |
| 2.1. PRESENTACIÓN Y ENCUADRE | 32 |
| 2.2. EXPLORACIÓN Y VALORACIÓN | 33 |
| 2.2.1. Normalización de sentimientos | 33 |
| 2.2.2. Validación de vivencias | 34 |

| | |
|---|-----------|
| 2.3. ABORDAJE DE CONFLICTOS | 35 |
| 2.3.1. Manejo del duelo | 40 |
| 2.3.2. Intervención en crisis | 43 |
| 2.4. IDENTIFICACIÓN DE ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO | 43 |
| 2.5. VALORACIÓN DE LAS REDES DE APOYO | 44 |
| 2.6. CONSIDERACIÓN DE ALTERNATIVAS | 45 |
| 2.7. RETROALIMENTACIÓN Y REENFOQUE DE LA SITUACIÓN | 46 |
| 2.8. CIERRE DE LA ORIENTACIÓN | 47 |
| 2.9. CONSIDERACIONES PARA LA ORIENTACIÓN Y ASESORÍA DE LAS ADOLESCENTES | 47 |
| REFERENCIAS | 52 |
| 3. CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS EN LA ORIENTACIÓN PARA LA VIVE SEGÚN CAUSALES | 55 |
| 3.1. PRIMERA CAUSAL | 56 |
| 3.1.1. Dimensión física de la salud | 57 |
| 3.1.2. Dimensión mental de la salud | 57 |
| 3.1.3. Dimensión social de la salud | 58 |
| 3.2. SEGUNDA CAUSAL | 61 |
| 3.3. TERCERA CAUSAL | 64 |
| REFERENCIAS | 68 |

| | | |
|-------------|--|-----------|
| 4. | ASESORÍA EN EL CONTEXTO DE LA IVE | 69 |
| 4.1. | ASESORÍA EN PROCEDIMIENTOS PARA LA IVE | 70 |
| 4.1.1. | Sobre la aspiración endouterina para la IVE | 71 |
| 4.1.2. | Sobre el tratamiento con medicamentos para la IVE | 73 |
| 4.2. | CONSENTIMIENTO INFORMADO | 75 |
| 4.3. | ASESORÍA EN ANTICONCEPCIÓN | 78 |
| | REFERENCIAS | 86 |
| 4.4. | CIERRE DE LA ASESORÍA | 86 |
| 5. | ACOMPañAMIENTO DURANTE Y DESPUÉS DE LA INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO | 89 |
| 5.1. | ACOMPañAMIENTO PARA LA ASPIRACIÓN ENDOUTERINA | 89 |
| 5.1.1. | Funciones generales de quien realiza el acompañamiento | 89 |
| 5.1.2. | Acompañamiento durante el procedimiento | 90 |
| 5.1.3. | Observación | 92 |
| 5.2. | ACOMPañAMIENTO PARA LA IVE CON MEDICAMENTOS | 95 |
| 5.2.1. | Funciones generales de quien realiza el acompañamiento | 95 |
| 5.2.2. | Preparación de la mujer para lo que debe esperar | 96 |
| 5.2.3. | Ofrecimiento de métodos anticonceptivos | 97 |
| 5.2.4. | Entrega o información sobre el uso de los medicamentos | 97 |
| 5.3. | ORIENTACIÓN Y ASESORÍA POSTERIOR A LA IVE | 98 |
| 5.3.1. | REFERENCIAS | 99 |

PRESENTACIÓN

En el año de 2006 la Corte Constitucional de Colombia por medio de la Sentencia C-355 de 2006, se pronunció estableciendo que el aborto no se constituye en delito cuando se presenta alguna de las siguientes tres causales:

- 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, debidamente denunciada, constitutiva de acceso carnal o acto sexual sin consentimiento, abusivo o de inseminación artificial o transferencia de óvulo fecundado no consentidas, o de incesto.

Al amparo de la reglamentación general de servicios de salud definida para el país por la Ley 100 de 1993 y sus desarrollos normativos, se procedió a desarrollar una colección de documentos o lineamientos técnicos para prestadores de servicios de salud, que les permita contar con directrices claras y actualizadas a la tecnología disponible, para la prestación del servicio en forma adecuada y así garantizar el derecho constitucionalmente amparado.

En esta serie Lineamientos Técnicos para la Prestación de Servicios en Salud Sexual y Reproductiva (SSR) se encuentran varios documentos a saber:

- 1.** Prevención del Aborto Inseguro en Colombia. Protocolo para el sector salud.
- 2.** Atención del Postaborto (APA) y sus complicaciones. Documento Técnico para prestadores de servicios de salud.
- 3.** Orientación y Asesoría para la Interrupción Voluntaria del Embarazo. Documento Técnico para prestadores de servicios de salud.

4. Atención integral de la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) en el primer nivel de complejidad. Documento Técnico para prestadores de servicios de salud
5. Guía de capacitación para la atención en salud, en la interrupción voluntaria del embarazo (IVE).

El documento técnico sobre Orientación y Asesoría para la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE), dirigido a profesionales de la salud, busca ofrecer herramientas sobre el proceso de orientación y asesoría a mujeres y parejas que están considerando la interrupción voluntaria del embarazo (IVE), en el marco de las tres causales establecidas en la Sentencia C-355/06 de la Corte Constitucional. La orientación y asesoría oportunas y de calidad, son aspectos primordiales en el proceso de apoyo a las mujeres y parejas, con el fin de mejorar los resultados en la vivencia de la decisión, garantizar el derecho a la procreación en condiciones seguras, y fortalecer aspectos preventivos en salud sexual y reproductiva.

Para la elaboración de los documentos se siguió, en primer lugar, los lineamientos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), al referirse a la información y asesoramiento en la toma de decisiones, y establecer que el objetivo prioritario de la atención debe ser generar un ambiente propicio para el intercambio de información, la construcción de reflexiones y el fortalecimiento de la autonomía para la toma de decisiones relacionadas con la salud sexual y reproductiva. En segundo lugar se realizó una revisión rigurosa de la literatura disponible y la normatividad vigente, incorporando conceptos sobre pertinencia, oportunidad y calidad de la información que debe recibir la mujer para la toma de decisiones que le conciernen como sujeto de derechos.

Al respecto, la Superintendencia Nacional de Salud, en la Circular No 003 de 2013, emitió entre otras las siguientes instrucciones:

“[...] Los prestadores de servicios de salud, las entidades administradoras de planes de beneficios, públicos o privados, de carácter laico o confesional y las entidades territoriales, deben brindar a todas las mujeres información, suficiente, amplia y adecuada así como orientación, apoyo y acompañamiento en relación con las alternativas terapéuticas disponibles en la prestación del servicio de IVE, a fin de facilitar el acceso oportuno y eficiente a dichos servicios y permitir que puedan tomar una decisión informada en ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos, lo que incluye, el derecho a estar plenamente informadas respecto al alcance de las sentencias de la Corte Constitucional y de la presente circular.”

El presente lineamiento se centra deliberadamente en la importancia de la orientación y asesoría para la interrupción voluntaria del embarazo (IVE), presentando: i) los conceptos básicos, ii) el proceso de la orientación, iii) las actuaciones claves del orientador u orientadora, iv) el acompañamiento en procedimientos, y v) la orientación posterior a la IVE, de tal manera que los y las profesionales de la salud puedan intervenir con competencia ante las diversas situaciones que les son consultadas. En este sentido, la orientación propone elementos de intervención, cuya aplicación dependerá de las condiciones y características de las personas que demanden el servicio, priorizando sus necesidades y requerimientos.

Existen dos componentes relevantes en la orientación, el primero brindar apoyo emocional y fortalecer en la toma de decisiones y el segundo, ofrecer información en la atención integral para las mujeres que solicitan la IVE. Aunque estos procesos son aconsejables, no pueden demandarse como obligatorios de forma que puedan transformarse en una barrera para acceder a una IVE, en los casos previstos, como derecho con carácter constitucional.

Es importante resaltar que estos lineamientos plantean alternativas para el fortalecimiento de aprendizajes, en los y las profesionales involucrados en los servicios de IVE, y en las personas que reciben su atención, que animen a reflexiones cada vez más amplias sobre la sexualidad, la maternidad y la paternidad, a partir de la decisión de la IVE, asumida como una experiencia significativa y posible de integrar en la historia personal. Se espera que sea de utilidad para los profesionales de la salud, pero ante todo que facilite el mayor grado de salud y bienestar de las mujeres que se ven enfrentadas a esta circunstancia.

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

En Colombia, el aborto estuvo penalizado en todas sus formas hasta el año 2006, a pesar de ser considerado un grave problema de salud pública y un factor determinante de las altas tasas de mortalidad materna.

En el año 2005 se presentó ante la Corte Constitucional de Colombia una demanda de inconstitucionalidad contra los artículos del Código Penal que criminalizaban el aborto. Considerando que la penalización absoluta del aborto viola el derecho a la dignidad, a la autonomía reproductiva, al libre desarrollo de la personalidad, a la salud e integridad, y a estar libres de tratos inhumanos, la Corte Constitucional declaró parcialmente exequible el artículo 122 de la Ley No 599 de 2000¹. Este hecho marcó un hito histórico con respecto al reconocimiento de los derechos humanos, sexuales y reproductivos de las mujeres en Colombia. Al respecto la Corte declaró:



... no se incurre en delito de aborto, cuando con la voluntad de la mujer, la interrupción del embarazo se produzca en los siguientes casos:

- a) Cuando la continuación del embarazo constituya peligro para la vida o la salud de la mujer, certificado por un médico(a).
- b) Cuando exista grave malformación del feto que haga inviable su vida, certificada por un médico.
- c) Cuando el embarazo sea resultado de una conducta, debidamente denunciada, constitutiva de acceso carnal o acto sexual sin consentimiento, abusivo, o de inseminación artificial o de transferencia de óvulo fecundado no consentidas, o de incesto.”²

Con la Sentencia C-355 de 2006 se establece no solamente el derecho de las mujeres a interrumpir voluntariamente su embarazo en las tres circunstancias especificadas, sino también, obligaciones y responsabilidades para las instituciones gestoras y prestadoras de servicios de salud, tanto públicas como privadas, las cuales deben implementar servicios de salud sexual y reproductiva que incluya un modelo de atención integral en salud para la IVE que garantice a toda mujer este derecho en los casos de excepción contemplados por la sentencia.

El modelo integral de atención en salud para la IVE se define como aquel que incluye el abordaje de aspectos médicos, emocionales y socioculturales relevantes para responder a las necesidades y preferencias de la mujer que se ve abocada a decidir sobre la continuación o interrupción de su embarazo. Por ser integral, implica la participación de equipos interdisciplinarios de medicina, enfermería, psicología, trabajo social, administración en salud, así como de aquellas instituciones y profesionales encargados de gestionar políticas que garanticen los derechos a la salud, la sexualidad y la reproducción.

Por consiguiente con la orientación y asesoría se busca incrementar la salud emocional y física de la mujer durante el proceso de toma de decisiones sobre el embarazo y la anticoncepción y, en los casos en los que se opta por la IVE, durante y después de la misma³. Por esta razón y con estas directrices, se brinda no solamente apoyo emocional, sino también información sobre las intervenciones médicas y la anticoncepción además de propiciar espacios para que las mujeres reconozcan sus derechos sexuales y reproductivos.

Si bien el epicentro del proceso de orientación y asesoría es una sesión formal elegida voluntariamente por la usuaria y estructurada a la luz de las necesidades de la misma, la intervención no se termina allí, sino que debe extenderse transversalmente y permear todos los ámbitos de la atención integral de la gestante en procesos de decisión relacionados con su embarazo y su salud reproductiva.

A través de acompañamiento e información, en un ambiente de respeto y promoción de la autonomía, la libertad y la voluntad de la mujer, la orientación y asesoría se convierten en una oportunidad para la afirmación del ejercicio de la sexualidad y la reproducción en un marco de derechos y responsabilidades.

El documento técnico sobre Orientación y Asesoría para la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE), ofrece herramientas a los prestadores de servicios de salud para la guía a mujeres gestantes que están en proceso de decidir, o que ya han decidido, voluntariamente sobre la continuación o interrupción de su embarazo,

en el marco de la Sentencia C-355 emitida por la Corte Constitucional de Colombia en 2006⁴. La orientación y asesoría son aspectos relevantes de la atención en salud a las mujeres gestantes ya que contribuyen a mejorar los resultados médicos y psicológicos durante los procesos de decisión e implementación de la IVE, una vez la mujer ha optado autónomamente por la IVE. La orientación y asesoría contribuyen además a fortalecer aspectos preventivos en salud sexual y reproductiva, incluyendo la prevención del embarazo no deseado y del aborto inseguro.

Cabe señalar que este documento sigue los lineamientos de la Guía Técnica y de Políticas para Sistemas de Salud de la Organización Mundial de la Salud (OMS)⁵, al indicar que el objetivo prioritario de la orientación y asesoría en la toma de decisiones es generar un ambiente que propicie el intercambio de información; la construcción de reflexiones sobre la salud y el fortalecimiento de la autonomía de las mujeres en el ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos. Además, está soportado en la literatura disponible sobre el tema, así como en la normatividad vigente en el país. Finalmente, este documento refleja la experiencia recogida a través del tiempo por profesionales de la salud que han orientado y asesorado a cientos de mujeres en la toma o afirmación de una decisión individual, autónoma, libre y voluntaria con respeto a su embarazo.

Este documento hace parte de la respuesta de las instituciones de salud al requerimiento emitido recientemente por la Superintendencia Nacional de Salud, cuando afirma que:

“Los prestadores de servicios de salud, las entidades administradoras de planes de beneficios, públicos o privados, de carácter laico o confesional y las entidades territoriales, deben brindar a todas las mujeres información suficiente, amplia y adecuada así como orientación, apoyo y acompañamiento en relación con las alternativas terapéuticas disponibles en la prestación del servicio de IVE, a fin de facilitar el acceso oportuno y eficiente a dichos servicios y permitir que puedan tomar una decisión informada en ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos, lo que incluye, el derecho a estar plenamente informadas respecto al alcance de las sentencias de la Corte Constitucional y de la presente circular.”

Los temas se han distribuido en 5 capítulos. El primero trata los aspectos generales de la orientación y asesoría, incluyendo el marco de derechos en el que se circunscribe, el perfil de quien orienta, algunas herramientas útiles para el abordaje de los casos y los criterios de calidad del proceso. En el segundo capítulo se desglosan los elementos de la orientación y se hace referencia expresa a las alternativas que deben ser presentadas a toda gestante, a saber: adopción, maternidad e IVE. Incluye además un aparte especial con referencia a la orientación a menores de 14 años. El tercer capítulo se dedica a la consideración de aspectos específicos de la orientación según las causales estipuladas en la Sentencia C-355 de la Corte Constitucional, con el fin de contribuir a la particularización de la intervención en salud, en consonancia con las necesidades de las consultantes. El cuarto capítulo está dedicado al componente de asesoría e incluye una revisión sucinta de los aspectos más relevantes de la IVE con medicamentos y la aspiración endouterina, los aspectos relevantes de la asesoría en anticoncepción y una referencia específica al consentimiento informado. El quinto está dedicado al papel que desempeña quien orienta y asesora durante y después del procedimiento de IVE.

Cabe resaltar que lo presentado en este documento no pretende ser en ningún caso la “única” manera de desarrollar la orientación y asesoría a mujeres que deben decidir sobre su embarazo. Es ante todo una propuesta de un modelo flexible que contiene elementos de intervención, cuya aplicación por ser centrada en las mujeres, deberá adecuarse a las necesidades, condiciones particulares y preferencias de cada una de ellas. Las herramientas propuestas son de carácter imparcial, de manera que se acompañe a la mujer a tomar una decisión que integre sus valores y tome en cuenta sus circunstancias particulares y que por lo tanto ella considere es la mejor para sí misma.

La invitación es por consiguiente a que quien orienta y asesora se acerque a esta propuesta teniendo como clave de lectura las necesidades y preferencias de la mujer gestante, tome los elementos que considere útiles, los ponga en contexto y los aplique de la manera más adecuada para cada caso. Esperamos que quienes orientan y asesoran, así como las mujeres que son la razón de ser de este documento, se animen a hacer parte activa de una reflexión amplia sobre los derechos sexuales y reproductivos, cuyo ejercicio incluye la posibilidad de que cualquiera que sea la opción tomada por la mujer con respecto a su embarazo se asuma como una experiencia significativa y susceptible de ser integrada armoniosamente en su historia de vida.

REFERENCIAS

1. Congreso de la República de Colombia. Ley No 599 de 2000, por la cual se expide el Código Penal Colombiano.
2. Corte Constitucional de Colombia, Sentencia C-355 de 2006.
3. Perrucci Alissa C. Decision Assessment and Counseling in Abortion Care. Philosophy and Practice. Rowman and Littlefield Publishers, INC. Plymouth, United Kingdom. 2012.
4. Corte Constitucional de la República de Colombia. Sentencia C-355 de mayo de 2006.
5. Organización Mundial de la Salud (OMS). Aborto sin riesgos: Guía Técnica y de Políticas para Sistemas de Salud. Segunda edición. Ginebra, 2012.
6. Superintendencia Nacional de Salud de Colombia. Circular No 003 del 26 de abril de 2013.



GENERALIDADES DE LA ORIENTACIÓN Y ASESORÍA PARA LA IVE

1

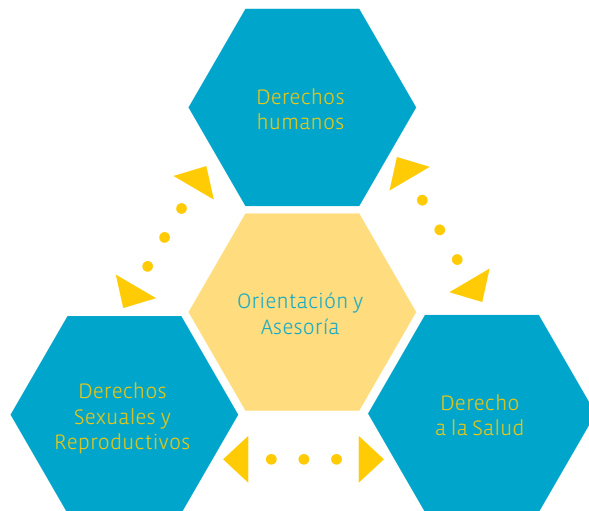
1.1 SOBRE LA ORIENTACIÓN Y ASESORÍA

1.1.1. ¿Qué es la orientación y asesoría?

La orientación es un proceso de comunicación que busca incrementar el bienestar físico y mental de la mujer durante la toma libre y voluntaria de una decisión informada, en el marco de los derechos, sobre la continuación o no de su embarazo y el uso de anticoncepción; tanto durante como después de la IVE, en los casos en que la mujer ha optado por esta.

Aunque se ha documentado que la orientación y asesoría en el contexto de la IVE contribuyen a disminuir la probabilidad de una experiencia traumática o de difícil manejo para la mujer¹ y por lo tanto son altamente aconsejables, no tienen carácter obligatorio y no deben ser un requisito para el ejercicio del derecho a la IVE, el cual asiste a toda mujer colombiana en las situaciones de excepción contempladas por la sentencia que despenaliza parcialmente el aborto.

1.1.2. Los derechos: Marco general de la orientación y asesoría



La orientación y asesoría se circunscriben en el marco de los Derechos Humanos y valida los siguientes:

- ◆ **Derechos humanos:** Con el fin de alcanzar el derecho a la autonomía para tomar decisiones sin intervención de otras personas, el derecho a la libertad para pensar y obrar según el criterio propio, al igual que desde el derecho a la dignidad que reconoce el valor inherente a todos los seres humanos; por último el derecho a la información veraz, continua, completa y cualificada.
- ◆ **El derecho a la salud,** el cual no debe entenderse como el derecho a estar sano, sino que de acuerdo con la OMS significa el derecho a que los gobiernos creen las condiciones que permitan a todas las personas vivir lo más saludablemente posible. Esas condiciones incluyen: disponibilidad garantizada de servicios de salud; condiciones de trabajo saludables y seguras; vivienda adecuada y alimentos nutritivos.
- ◆ **Los derechos sexuales y derechos reproductivos** definidos en la Conferencia sobre Población y Desarrollo del Cairo en 1994 y en la IV Conferencia Mundial sobre la Mujer celebrada en Beijing en 1995, como los derechos de todas las personas a tener control respecto de su sexualidad; a decidir libre y responsablemente sobre su sexualidad y reproducción sin verse sujetos a la coerción, la discriminación y la violencia; el derecho de todas las parejas e individuos a decidir de manera libre y responsable el número y espaciamiento de sus hijos y a disponer de la información, la educación y los medios para ello, así como a alcanzar el nivel más elevado de salud sexual y reproductiva².

1.1.3. Enfoque de la orientación y asesoría

Aunque el proceso de orientación y asesoría incluye varios elementos de la práctica en psicología y puede ser brindada por profesionales de dicha área, no tiene el objetivo de ser una psicoterapia, como tampoco una consulta para diagnóstico en salud mental.

El enfoque sugerido para la orientación y asesoría en el contexto de la IVE es el de “apoyo en la toma de decisiones”, en el cual quien orienta y asesora señala las opciones disponibles, recoge y presenta la información y la evidencia actualizada sobre el tema y acompaña a la mujer a identificar e integrar sus valores y preferencias en el proceso, de tal manera que esta pueda tomar una decisión informada, autónoma, voluntaria y de acuerdo con sus principios^{3,4}. En ningún caso debe convertirse en un espacio para aconsejar, modelar, adoctrinar o enseñar con el ejemplo de quien orienta.

Mediante una atención centrada en las necesidades de las mujeres, respetuosa de sus decisiones, que favorezca el ejercicio del derecho al control de su cuerpo, a la intimidad y a la configuración de sus ideales y que sea llevada a cabo por personal de salud calificado, las mujeres pueden asumir la decisión de continuar o interrumpir el embarazo y acceder o no a un método anticonceptivo, como una experiencia positiva, con crecimiento y maduración psicológica que las afirme como sujetos de derechos y fortalezca su resiliencia y sentido de responsabilidad por su propia vida⁵.

Habitualmente la orientación y asesoría se llevan a cabo voluntariamente después de una consulta médica en la cual se realiza una valoración general, se confirma el embarazo, se establece la edad gestacional, se identifican factores de riesgo para la salud. En todos los casos, el/la médico/a tratante debe suministrar a quien orienta y asesora un resumen de la historia clínica junto con la información que considere relevante para el mejor abordaje de la consultante.

La orientación y asesoría se desarrollan por lo general en una sola sesión. Sin embargo, se debe estar disponible para programar una nueva consulta en caso de que la mujer así lo requiera y/o quien orienta y asesora lo considere conveniente. En dado caso, las sesiones de seguimiento deben hacerse en fechas lo más cercanas posible para evitar retrasos en la toma de las decisiones y por consiguiente en los

procedimientos a seguir (inicio o continuación de los controles prenatales, IVE y/o inicio de un método anticonceptivo) de acuerdo a las elecciones hechas por la usuaria.

1.1.4. Componentes de la orientación y asesoría

El proceso de orientación y asesoría tiene dos grandes componentes que se han definido con base en los objetivos que persiguen, estos son: a) orientación y b) asesoría.

La orientación ofrece acompañamiento emocional a la mujer durante el proceso de considerar alternativas frente al embarazo y tomar una decisión informada y acorde con sus principios con respecto al mismo.

La asesoría brinda información sobre los requisitos legales para la IVE, los procedimientos médicos y el cuidado posterior a estos, así como educación y promoción en salud sobre derechos sexuales y reproductivos y anticoncepción.

Los dos componentes juegan un papel fundamental en soportar y completar el proceso para la obtención del consentimiento informado, al cual se hará referencia más adelante. Es pertinente aclarar que no hay un orden “correcto” en el desarrollo de los componentes y subcomponentes de la orientación y asesoría. Cada caso tiene su propia agenda, la cual es flexible y se adapta a cada mujer que consulta y al estilo de quien presta los servicios. Basado en las características y el estado emocional y físico de la consultante y ayudado por su experiencia, quien orienta y asesora facilita de acuerdo con la usuaria el orden, el ritmo y las temáticas prioritarias para responder de la mejor manera posible a las necesidades de cada caso.

1.2 CUALIFICACIÓN DE QUIEN ORIENTA Y ASESORA EN EL CONTEXTO DE LA IVE

1.2.1. ¿Quién puede orientar y asesorar?

Todo prestador de servicios de salud con la suficiente capacitación puede brindar orientación y asesoría para la IVE. Usualmente los prestadores que orientan y asesoran en el contexto de la IVE pertenecen a las áreas de trabajo social, psicología, enfermería y medicina. En todos los casos se recomienda que sean prestadores con experiencia en el manejo de temas de salud sexual y reproductiva, sensibles a las situaciones que experimentan las mujeres que consultan y que posean idoneidad actitudinal para asegurar un vínculo respetuoso y dignificante con las mismas.

1.2.2. Elementos que cualifican a quien orienta y asesora

Escucha empática y parafraseo

Quien orienta y asesora requiere escuchar empáticamente, esto es, tener capacidad para comprender la situación de la mujer basada en las manifestaciones verbales y no verbales expresadas por ella, así como para aproximarse a una comprensión del significado de sus creencias y valores. Parte de la escucha empática implica hacer preguntas respetuosas sobre lo escuchado y parafrasear o sea decir con palabras propias lo que la mujer ha expresado, buscando servirle de reflejo para que ella sea testigo de sus propias afirmaciones y pueda reflexionar sobre las mismas. La capacidad de escucha está relacionada con un interés genuino por ponerse en los “zapatos de la otra” y comprender lo más cercanamente posible a qué se refieren sus expresiones sin asumir o pretender que se conoce de antemano su significado.

De igual manera, es indispensable que quien orienta y asesora use lenguaje claro, fácil de entender y que se adecúe al nivel educativo y a los referentes de lenguaje de la usuaria, así como que muestre disposición permanente para repetir y clarificar los contenidos siempre que sea necesario.

Reconocimiento de los propios límites

Es relevante que quien orienta y asesora reconozca sus límites y desarrolle la capacidad requerida para determinar en qué momento resulta necesario acudir a colegas capacitados o a especialistas en búsqueda de apoyo para el manejo de situaciones que desbordan sus propias competencias.

En este sentido, quien orienta y asesora debe contar con los elementos necesarios para identificar los casos en que la consultante pueda beneficiarse de atención psicológica con fines terapéuticos o preventivos, ya sea por presentar riesgo de estados emocionales o niveles de conflicto que sobrepasan el horizonte de conocimiento y experiencia de quien orienta, o que se salen del espectro del acompañamiento emocional alrededor de la continuación o interrupción del embarazo⁶.

La consulta a un colega sobre una situación específica es una herramienta útil que puede iluminar y clarificar un proceso de difícil manejo. Casos que se salen del marco de la orientación incluyen, por ejemplo: alcoholismo, uso de sustancias psicoactivas, enfermedad psiquiátrica, violencia intrafamiliar, entre otros, los cuales pueden ser abordados inicialmente por la persona que orienta para posteriormente ser referidos a instituciones o profesionales de salud capacitados para manejarlos a través del sistema de referencia y contrarreferencia.

Cabe mencionar que los casos de violencia sexual deben ser abordados por profesionales con experiencia en el tema y bajo las directrices del Protocolo Nacional para la Atención Integral en Salud a Víctimas de Violencia Sexual en Colombia⁷. En todos los casos debe tenerse especial cuidado para evitar que la referencia se convierta en una barrera para la atención de la IVE solicitada por la usuaria.

Individualización de la intervención

Aunque hay elementos comunes o estándares para todas las intervenciones de orientación y asesoría, es muy importante abordar cada caso como único y responder de manera personalizada a cada mujer en particular. El diseño de intervenciones

particularizadas contribuye a que la usuaria perciba que su situación es considerada importante y que la atención está centrada en ella y sus necesidades.

Mantenimiento del enfoque

Las temáticas que afloran durante la sesión de orientación y asesoría son muy diversas debido a la complejidad propia de la situación en que se encuentran las consultantes, así como a la variedad de tópicos que requieren ser abordados. Por lo tanto, es indispensable mantener el enfoque en las necesidades más sentidas de la mujer y priorizar los temas que sean más relevantes con respecto a las decisiones que se deben tomar y a los pasos a seguir para implementarlas.

Los temas que no sean tratados en la sesión de orientación y asesoría en el contexto de la IVE pueden ser abordados por la misma persona que orienta o por otro/a prestador/a de servicios de salud en una o varias sesiones posteriores. También es posible atender las inquietudes de la mujer usando los recursos del sistema de referencia y contrarreferencia. En cualquier caso, es importante tener presente que la programación de sesiones adicionales para el abordaje de temas no relacionados directamente con la decisión de la IVE no puede imponerse como requisito, trámite previo o barreras de ninguna índole a la realización de la IVE.

Uso de preguntas abiertas

Las preguntas abiertas permiten ampliar información sobre contextos y situaciones, fortalecen los procesos reflexivos y permiten abordar directamente las necesidades de la paciente, de manera tal que sea ella misma quien encuentre las respuestas que necesita y llegue a la decisión más conveniente. En el marco de la orientación y asesoría es recomendable que las preguntas busquen respuestas que van más allá del “sí” o “no” con el fin de identificar cómo ha sido el proceso para la toma de decisiones y anticipar los efectos de las mismas a corto, mediano y largo plazo. Las preguntas que permiten una mayor exploración son aquellas que invitan a aclarar, relacionar, justificar, extrapolar y a expresar las ideas propias.

Algunos ejemplos de preguntas abiertas a tener en cuenta por quien orienta son:
¿Qué es lo que más te preocupa? ¿Cómo te sientes frente a la interrupción voluntaria del embarazo? ¿Qué piensas con respecto a la adopción? ¿Cuál es tu experiencia con los métodos anticonceptivos?

Confidencialidad

Como se mencionará posteriormente en este documento, la confidencialidad hace parte de los criterios de calidad de todos los servicios de orientación y asesoría. No obstante, debido al estigma, que desafortunadamente aún rodea al ejercicio del derecho a la interrupción del embarazo, es pertinente aclarar lo siguiente:

En todos los casos de atención para la IVE se debe salvaguardar el derecho fundamental a la intimidad de la mujer amparado por el Artículo 15 Superior de la Constitución Política Colombiana,⁸ el cual hace alusión a la potestad de contar con un espacio de vida privado y libre de injerencias exteriores. Se desprende de allí la prohibición de divulgar cualquier información suministrada por la mujer durante la sesión de orientación y asesoría, a menos que esta lo consienta previamente o que haya un requerimiento judicial debidamente presentado el cual amerita revelar información solamente a las autoridades competentes.

Con respecto a esto, la Superintendencia Nacional de Salud afirma:



Las personas profesionales de la salud y, en general, el personal de salud que atienda la solicitud de las mujeres relativa a la interrupción voluntaria del embarazo están obligados a ofrecer plena garantía de confidencialidad y, en consecuencia, a respetar el derecho de las mujeres a la intimidad y a la dignidad. Guardar el secreto profesional se convierte en una obligación de primer orden para los prestadores de servicios de salud en relación con este tópico.”⁹

Lo anterior atañe inclusive a la pareja y a los familiares cercanos de la consultante, quienes no pueden asistir a la sesión de orientación y asesoría, a menos que la mujer así lo desee y lo exprese privadamente a quien orienta. Esto tiene como fin disminuir la presión sobre la mujer para el ejercicio de su autonomía y libertad en la toma de decisiones y prevenir situaciones perturbadoras y/o contraproducentes para su estado de salud emocional y física.

Actualización permanente

Las decisiones con respecto al embarazo y la anticoncepción revisten gran importancia para la mujer que consulta, por lo tanto la orientación y asesoría que las cualifican deben ser realizadas por una persona que conozca a profundidad los contenidos a tratar y las metodologías para abordarlos. Esto implica la obligación constante de actualizarse en la teoría y la práctica y por fundamentar las intervenciones en la evidencia científica disponible.

Autorreflexión

Es recomendable que quien orienta lleve a cabo procesos de autorreflexión permanentes frente a los temas relacionados con la salud sexual y reproductiva incluidos en el proceso de orientación y asesoría, entre ellos: el sexo en adolescentes, la anticoncepción, el embarazo, la maternidad, el aborto, la adopción, etc¹⁰. Lo anterior permite identificar los propios valores y conceptos y las respuestas cognitivas y emocionales frente a las diferentes temáticas para evitar actitudes parciales frente a las consultantes. La autorreflexión ayuda a reconocer fortalezas y potencialidades que favorecen la comunicación con la mujer, así como prejuicios, sesgos, creencias y motivaciones que puedan erigirse como barreras a dicha comunicación e impedir la prestación ecuánime de la atención debida a toda usuaria¹¹.

La práctica de la autorreflexión contribuye a construir un carácter que refleje confiabilidad y honestidad evitando cualquier asomo de actitudes de amonestación, aleccionadoras o paternalistas (creer que se sabe qué es lo mejor para las consultantes). Lo anterior es necesario para que quien orienta y asesora se sienta cómodo y ayude a las mujeres a tomar decisiones que sean acompañadas, pero a la vez libres y autónomas. Actitudes peyorativas y juicios de valor pueden causar que las mujeres se sientan agredidas o desmotivadas y posterguen sus decisiones para una fase más tardía del embarazo, o que lleven la gestación a término sin contar con el apoyo necesario para la toma de decisiones informadas y voluntarias. Ambos escenarios vulneran los derechos fundamentales y constitucionales y conllevan a un deterioro subsecuente del bienestar integral de las mujeres.

1.2.3. Objeción de conciencia

La objeción de conciencia en el contexto de la IVE en Colombia, es el derecho de los profesionales de la medicina a rehusarse a realizar el procedimiento para la interrupción del embarazo por considerar que esto va en contra de su conciencia, sus creencias, su ética o sus convicciones morales o religiosas. Sin embargo, como lo afirma la Corte Constitucional, “no es un derecho absoluto y su ejercicio tiene como límite la propia Constitución en cuanto consagra los derechos fundamentales, cuya titularidad también ostentan las mujeres, y por tanto no pueden ser desconocidos.”¹²

En este sentido, la Corte en la Sentencia T-388 de 2009 aclara que “la objeción de conciencia se predica del personal que realiza directamente la intervención médica necesaria para interrumpir el embarazo,”¹³ y más adelante continúa:



... no guarda relación alguna con la naturaleza de la objeción de conciencia que el personal encargado de la apertura de la historia clínica, del archivo de la institución, de la recepción de los pacientes, de la limpieza de las instalaciones, etc. se abstenga de llevar a cabo su labor, pues difícilmente podrá encontrarse conexión real con motivos morales, filosóficos o religiosos; de la misma forma no existirá dicha posibilidad respecto del personal que desarrolla las labores médicas preparatorias como la práctica de los exámenes necesarios, la orientación respecto de las consecuencias del procedimiento, la asistencia psicológica previa a la intervención, etc.; finalmente, tampoco se encuentra sentido a que el personal médico que debe ayudar a la paciente en su etapa de recuperación luego de la intervención manifieste objeción de conciencia, pues la conexión entre los posibles motivos morales, religiosos o filosóficos y el incumplimiento de la labor que en ese preciso momento realizan carece de fundamento alguno, siendo, por el contrario, muestra de una simple reprobación por la conducta ya realizada, situación que resulta por completo ajena a la objeción de conciencia, como hasta ahora ha sido explicada”¹⁴.

Tomando en cuenta todo lo anterior y sabiendo que los prestadores de servicios de orientación y asesoría no pueden declararse objetores de conciencia con respecto a la IVE, es importante que si dentro del proceso de autorreflexión al que están llamados encuentran conflictos con respecto al aborto, traten de resolverlos

en orden de cualificarse actitudinalmente para brindar apoyo e información imparciales e idóneos a las mujeres. En caso de que los conflictos persistan, lo ideal es limitar su práctica a áreas diferentes a la IVE. No obstante, en todas las circunstancias en las que deban prestar servicios de orientación y asesoría en el contexto de la IVE, deben recordar que están en la obligación ética, profesional y constitucional de cumplir a cabalidad y de manera objetiva e imparcial con sus funciones y con lo establecido por las normas mencionadas previamente.

1.3 CALIDAD EN LA ORIENTACIÓN Y ASESORÍA PARA LA IVE

La orientación y asesoría para la IVE al ser parte integral del cuidado en salud se rige por los mismos parámetros de calidad que rigen a los servicios de salud en general. Aunque no hay una definición única de calidad en servicios de salud, podemos decir que calidad en el contexto de la orientación y asesoría para la IVE es todo aquello que incrementa la probabilidad de alcanzar los resultados esperados en el acompañamiento e información brindados a la mujer que está en proceso de tomar decisiones concernientes al embarazo, la anticoncepción y el ejercicio de derechos sexuales y derechos reproductivos, de tal manera que haya consistencia del proceso con el conocimiento actualizado y se satisfagan las necesidades de las usuarias sin generar riesgos o costos innecesarios. Para garantizar calidad en los servicios de orientación y asesoría se requiere que estos sean/estén:



- ◆ **Disponibles:** Los servicios de atención en salud para la IVE, y por lo tanto la orientación y asesoría deben estar a disposición de las mujeres en todo el territorio nacional y en todos los niveles de complejidad del sistema de salud y deben estar soportados por sistemas de referencia y contrarreferencia. Deben proveerse en un lugar al cual sea fácil llegar, localizado a una distancia geográfica razonable con respecto al lugar de vivienda de las usuarias, de preferencia en el mismo sitio donde se van a realizar los procedimientos médicos.
- ◆ **Accesibles:** Es decir, que no impongan barreras de ninguna índole (ni económicas, culturales, de clase, etc.), a la prestación de los servicios y a la provisión de información suficiente, amplia y adecuada a todas las mujeres sobre dónde y cómo acceder a la IVE y a los prestadores de servicios sobre sus obligaciones para garantizar el derecho a la misma. La accesibilidad también hace referencia a la prohibición de exigir requisitos adicionales a los contemplados por la sentencia para la realización de la IVE.
- ◆ **Provistos en una locación adecuada:** Es recomendable que las características físicas del lugar donde se realiza la orientación y la asesoría se ajusten a estándares aceptables de dignidad, que garanticen comodidad y privacidad y que cuente con ayudas didácticas que faciliten la comprensión de los contenidos de la asesoría, tales como un modelo de la pelvis y del sistema reproductor femenino, un espéculo, material que permita la visualización de los métodos anticonceptivos modernos y que facilite la asesoría sobre infecciones de transmisión sexual y VIH/SIDA, entre otros.
- ◆ **Oportunos:** La orientación, el asesoramiento, el procedimiento de interrupción del embarazo y la provisión del método de anticoncepción elegido por la usuaria deben brindarse tan pronto como sea posible y sin retrasos. El tiempo dedicado a cada sesión de orientación y asesoría debe ser suficiente para el desarrollo de los objetivos propuestos y debe tener en cuenta las posibilidades de la mujer.
- ◆ **Continuos:** Que estén disponibles regularmente cumpliendo sin interrupción los horarios más amplios posibles de acuerdo con las capacidades institucionales.
- ◆ **Eficientes:** Que hagan uso óptimo y maximizado de todos los recursos disponibles y eviten los sobrecostos.
- ◆ **Efectivos:** Que respondan adecuadamente a las necesidades de las mujeres que consultan.
- ◆ **Competentes:** Que quien orienta y/o asesora cuente con el conocimiento actualizado basado en la evidencia y con las competencias actitudinales, destrezas técnicas, implementos y recursos materiales necesarios para la provisión de los servicios.
- ◆ **Equitativos:** Que se provean con la misma calidad a todas las mujeres sin distinciones de raza, etnia, edad, religión, lugar de origen, procedencia, nivel socioeconómico, etc. La equidad en la atención debe garantizarse de manera especial a mujeres que pertenecen a minorías étnicas, que están en condición de desplazamiento forzado, que son víctimas de violencia doméstica, que presentan discapacidad y/o que están afectadas por el virus de la inmunodeficiencia humana VIH.

◆ **Centrados en las mujeres:** Que respondan a las necesidades y preferencias de las mujeres y que se brinden de acuerdo con sus características socioculturales. Seguros: Que minimicen los riesgos para las usuarias y sigan el “principio de no hacer el daño” en todas las intervenciones realizadas.

◆ **Privados:** Que se desarrollen en un espacio reservado en el que intervengan solamente quien orienta y asesora, la usuaria y quien esta última autorice voluntariamente a participar.

◆ **Confidenciales:** Que garanticen que la información transmitida por la usuaria sea guardada como parte del secreto profesional al cual solamente puede acceder esta, quien orienta y asesora y las personas autorizada por la usuaria o por la ley para hacerlo.

Como lo sugieren los parámetros descritos anteriormente, la calidad es un proceso dinámico que involucra actividades de monitoreo y evaluación de los servicios prestados y de los niveles de satisfacción de las usuarias, además de un compromiso expreso y constante con la búsqueda de oportunidades para mejorar los servicios, la resolución de los problemas que se presenten y la identificación y resolución de barreras para la atención de la IVE a nivel individual e institucional.

REFERENCIAS

1. Hodson Phillip. “A woman’s right to choose...Counseling!” The Journal of Family Planning and Reproductive Health Care, BMJ Group: 2002. Pág. 28.
2. Conferencia sobre Población y Desarrollo (CIPD). El Cairo, 1994. & Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer. Beijing, 1995.
3. Wallace RR, Goodman S, Freedman LR, Dalton VK, Harris LH. Counseling women with early pregnancy failure: utilizing evidence, preserving preference. Patient Educ Couns 2010; 81(3):454–61.
4. Sepucha KR, Floyd J, Fowler J, Mulley AG. Policy support for patient-centered care: the need for measurable improvements in decision quality. Health Affairs 2004; 10(54):1377–87.
5. Defey, Denise. “Del aborto provocado: su dimensión psicosocial”, en Briozzo, Leonel. Coordinador. Iniciativas Sanitarias contra el aborto provocado en condiciones de riesgo. Aspectos clínicos, epidemiológicos, médico legales, bioéticos y jurídicos. Montevideo: SMU, 2003. Pág. 31-49.
6. Hyman, Alyson y otros. La atención del aborto centrada en la mujer: Manual de Referencia. Chapel Hill. Carolina del Norte. IPAS: 2005. Pág. 87.
7. Protocolo para la Atención Integral en Salud de Víctimas de Violencia Sexual en Colombia. Ley No 459 de 2012.
8. Constitución Política de la República de Colombia. 1991.
9. Superintendencia Nacional de Salud. Circular Externa No 003 de 2013.
10. Baker, Anne. Manual Completo de orientación para embarazos no deseados. Segunda Ed. Michigan: Hope Clinic, 1989.
11. Perrucci Alissa. Decision Assessment and Counseling in Abortion Care. Philosophy and Practice. Rowman and Littlefield Publishers, INC. Plymouth, United Kingdom. 2012.
12. Corte Constitucional de Colombia. Sentencia T-388 de 2009.
13. Ibídem.
14. Ibídem.



ORIENTACIÓN EN EL CONTEXTO DE LA IVE

2

La orientación es una relación colaborativa de comunicación entre la consultante y quien orienta que busca promover la salud emocional de la mujer mediante la provisión de acompañamiento emocional durante y después del proceso de toma de decisión sobre la continuación o interrupción del embarazo, integrando sus valores y preferencias.

Este acompañamiento explora y valora las necesidades emocionales de la mujer e identifica los valores personales que la guían, las estrategias de afrontamiento y las redes de apoyo familiar y social, y ofrece contención psicológica para la elaboración adecuada de sentimientos, emociones e inquietudes con respecto al embarazo y sus alternativas. El objetivo es que al final del proceso la mujer identifique sus fortalezas y recursos emocionales y cognitivos, mire con ojos nuevos su situación, integre su decisión y se vea a sí misma como sujeto de derechos y como una persona digna, responsable y considerada consigo misma y con los suyos.

Los enfoques más usados actualmente en el acompañamiento emocional incluyen la exploración y discusión de sentimientos y emociones y la toma de decisiones en el contexto de una relación de colaboración, empatía y confianza entre quien orienta y quien consulta¹. La relación colaborativa que se genera en la orientación requiere que el prestador de servicios tenga capacidad para comprender y demostrar interés auténtico por los sentimientos y preocupaciones de la consultante, de manera tal que se genere un ambiente propicio en el que la mujer misma sea quien encuentre soluciones satisfactorias a sus necesidades.

Los elementos propuestos para la orientación y acompañamiento emocional son:

- ◆ Presentación y encuadre.
- ◆ Exploración y valoración.
- ◆ Abordaje de conflictos.
- ◆ Identificación de estrategias de afrontamiento.
- ◆ Valoración de las redes de apoyo.
- ◆ Consideración de alternativas.
- ◆ Retroalimentación y reenfoque de la situación.

2.1 PRESENTACIÓN Y ENCUADRE

Es el contacto inicial con la consultante en el cual se pretende lograr un acercamiento respetuoso, cálido y empático entre la usuaria y quien brinda el servicio. Durante el encuadre es aconsejable que quien orienta:

- ◆ Salude con amabilidad y calidez y se presente por su nombre.
- ◆ Aclare el objetivo de la orientación.
- ◆ Mencione los temas que componen la sesión.
- ◆ Mencione la duración aproximada de la sesión.
- ◆ Anime a la consultante a expresar con toda tranquilidad la razón por la que acude, así como sus sentimientos, opiniones y preguntas y a introducir los temas que sean de su interés.
- ◆ Aclare que el marco de la conversación es el de los derechos, los mencione y explique su importancia y pertinencia.
- ◆ Mencione claramente el carácter privado y confidencial de la sesión.

2.2 EXPLORACIÓN Y VALORACIÓN

Esta es la etapa central del acompañamiento. Busca identificar sentimientos y necesidades de la mujer con respecto a su vivencia y a las alternativas frente al embarazo y a examinar los posibles conflictos en la toma de la decisión y las circunstancias familiares y socioculturales en que se circunscribe. Por ser centrada en la mujer, es ella quien constituye la clave para el desarrollo de la agenda a seguir. La persona que orienta colabora para que la usuaria reflexione, aclare inquietudes, encuentre respuestas, y adquiera herramientas que la ayuden a afrontar las situaciones conflictivas.

La exploración y valoración requieren poner en práctica la escucha activa con el fin de normalizar y validar los sentimientos y emociones expresados por la mujer. Se inicia usualmente con preguntas abiertas como: ¿En qué puedo ayudarte hoy? ¿Qué es lo que más te preocupa? ¿Quisieras compartir conmigo cómo te sientes con respecto a tu embarazo? A continuación se presentan algunas de las herramientas que pueden ser utilizadas para la exploración y valoración en el marco de la orientación y asesoría.

2.2.1. Normalización de sentimientos

La normalización consiste en hacer saber a la mujer que las emociones y los sentimientos generados por la situación en que se encuentra son esperables, “normales” y que en ninguna manera son raros o inapropiados. Le comunica que aunque ella y su situación son únicas y merecen atención individualizada, ha habido y hay otras mujeres que han pasado por circunstancias similares y han enfrentado decisiones igualmente complejas y que no hay equivocación en optar por lo que considere lo mejor para sí misma.

Aunque la normalización ayuda a la mujer a entender que no está sola, no significa que la exime de la responsabilidad de tomar una decisión a título personal, libre y voluntaria, de acuerdo con las circunstancias en que se encuentra. Un ejemplo de normalización es:

Mujer: “Es extraño, pero estos días me ha dado por pensar en cosas que no se me habían ocurrido antes y me han surgido un montón de preguntas extrañas.”

Orientador/a: “Sí, comprendo, muchas de las mujeres a quienes he atendido expresan lo mismo. Tus preguntas no me parecen raras o extrañas, al contrario, es totalmente normal que te surjan esas preguntas. Siéntete en libertad de hacerlas, pues yo estoy aquí para escucharte y acompañarte para que tú misma encuentres respuestas.”

2.2.2. Validación de vivencias

La validación consiste en comunicar a la mujer que se reconoce su vivencia como algo válido. Significa servir de testigos de lo que ella vive y experimenta, permitir su expresión y comunicarle que se ha escuchado su mensaje.

Validar es una herramienta útil para aminorar el miedo, la ansiedad, la percepción de ser incomprendida, rechazada o ignorada y para disminuir la frustración que dichos sentimientos conllevan. Validar requiere el uso de parafraseo. Un ejemplo de validación es el siguiente:

Orientador/a: “Veo que estás muy triste y frustrada por la reacción de tu pareja y que te sientes abandonada porque no has recibido una llamada suya en varios días. ¿Quieres hablar un poco más de eso?”

La normalización y validación son herramientas que se complementan e interactúan todo el tiempo durante la sesión de orientación. Por ejemplo:

Orientador/a: “Comprendo que te sientas un poco nerviosa al asistir por primera vez a este tipo de consulta (validación). No te preocupes, casi todas las mujeres se sienten así cuando llegan acá por primera vez (normalización).”

2.3 ABORDAJE DE CONFLICTOS

En los casos en los que se identifica conflicto y /o ambivalencia, es preciso que a la normalización y validación se sume un esfuerzo por comprender los sentimientos conflictivos y su origen, con el fin de elaborarlos y llegar idealmente a su resolución o a la adaptación emocional. Al abordar los conflictos se acompaña a la mujer en la construcción de una nueva perspectiva que le permita verse a sí misma y a su situación con una connotación positiva, libre de juicios y en el ejercicio de sus derechos.

En los casos en los que la mujer tiene dificultad para expresar sus sentimientos, se pueden introducir preguntas que le ayuden a “desatascarse” emocionalmente, a expresarse con más libertad y a revelar un conflicto si hay alguno. Por ejemplo:

- ◆ ¿Qué sentimientos has tenido desde que supiste que estabas embarazada?
- ◆ ¿Qué pensamientos o sentimientos te surgieron al venir a la consulta?
- ◆ ¿Cuáles han sido tus sentimientos o pensamientos en los últimos días con respecto a este embarazo?

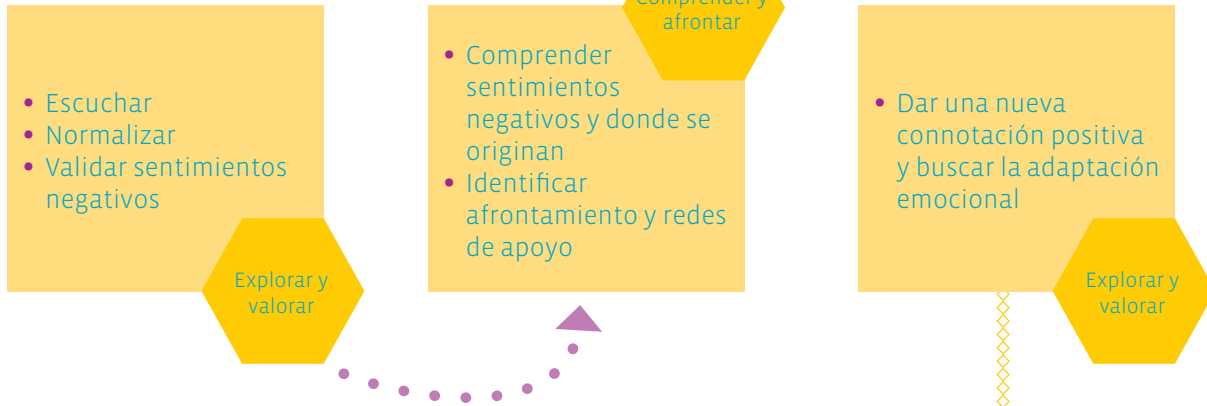
En general los conflictos pueden agruparse en cuatro grandes categorías²:

Conflicto emocional

Este tipo de conflicto se presenta cuando las circunstancias que rodean el embarazo y/o la decisión frente al mismo se acompañan de emociones negativas que afectan en mayor o menor grado la salud emocional de la mujer. Es más usual en mujeres que han tenido un embarazo deseado, sobre el cual se ha hecho diagnóstico de malformaciones fetales o de riesgos para la salud y la vida maternas y que por lo tanto generan mayor vulnerabilidad emocional para la usuaria.

El conflicto emocional puede surgir durante el proceso de consideración de alternativas o incluso cuando se ha tomado una decisión que se asocia a dicotomía cognitivo-emocional que genera sentimientos negativos. El manejo de este tipo de conflicto está basado en la normalización y la validación de sentimientos y emociones, seguidas de un proceso conjunto en el que mujer y orientador/a ahondan en los sentimientos conflictivos y sus orígenes e identifican herramientas útiles para un afrontamiento y adaptación emocional adecuados.

Conflicto emocional



Conflicto moral

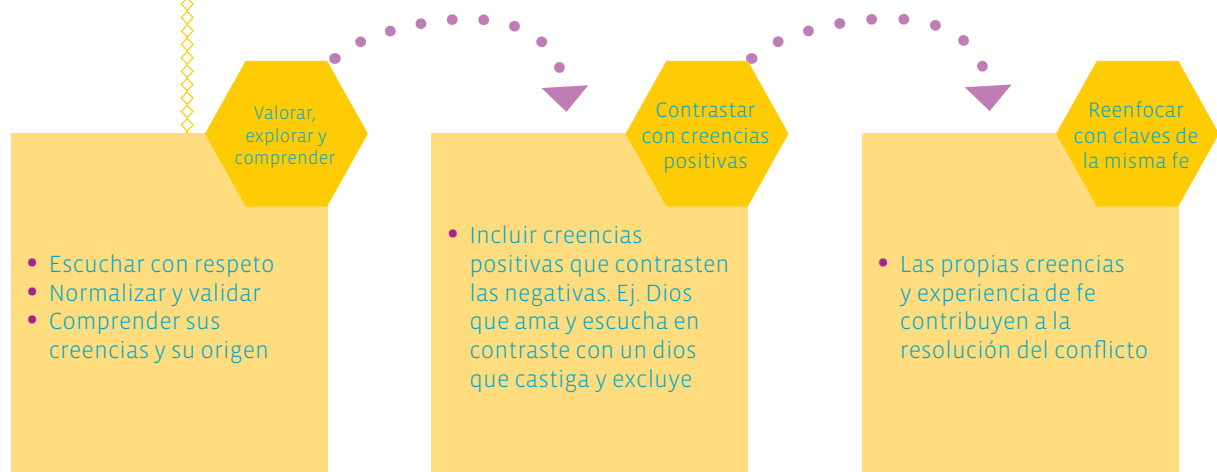
Se presenta cuando la mujer que está considerando la opción de la IVE o que ya ha tomado una decisión, siente o piensa que acceder a ella es algo que no es correcto, que es malo y/o que debería ser ilegal y que por lo tanto va en contra de lo que es moralmente correcto según su criterio. La mujer puede decir, por ejemplo: “Tengo que optar por el aborto porque no tengo otra salida, pero yo sé que eso no es correcto”. En estos casos la mujer puede expresar enojo, agresividad y frustración por la dicotomía racionalidad/comportamiento que caracteriza el conflicto moral así como por la disonancia cognitivo emocional subyacente³. Además de normalizar,



validar y comprender los sentimientos que originan el conflicto se busca que la mujer reconozca dichas dicotomías y disonancias y que abra una puerta de flexibilidad por la que pasen posibles excepciones a la regla o nuevas interpretaciones de la misma que disminuyan o resuelvan el conflicto moral.

Conflicto religioso/espiritual

Se presenta cuando la mujer que considera u opta por la IVE o por la adopción percibe que su decisión afecta negativamente su relación con Dios o va en contra de la doctrina religiosa con la cual se identifica. En primer lugar, es importante que quien orienta reciba con respeto y apertura cualquiera que sea la creencia religiosa o valor espiritual abrazado por la mujer y en segundo lugar que en el contexto de la normalización y validación trate de ahondar empáticamente en dichas creencias y en el conflicto que generan.



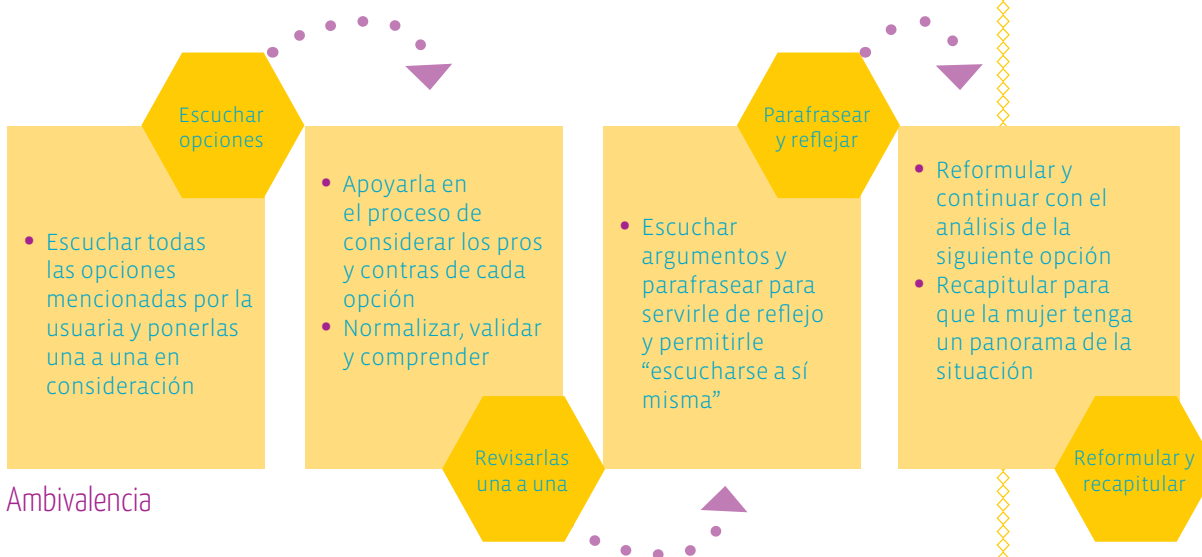
Conflicto religioso/espiritual

En la mayoría de los casos las mismas creencias espirituales y la experiencia de fe de la mujer tienen las claves para que ella elabore el conflicto y restituya su tranquilidad y paz espiritual. Utilizando preguntas abiertas y no confrontativas se pueden traer a colación creencias positivas que contrasten aquellas que dan connotación negativa a la situación. Por ejemplo, frente a la creencia en un Dios castigador, juxtaponer la de un Dios compasivo y siempre amoroso; frente a la creencia en el pecado traer la creencia del perdón y la misericordia de Dios, frente a la creencia en un Dios enojado y alejado, la de uno que comprende, escucha y recibe las oraciones.

Ambivalencia

Se expresa como incertidumbre o dualidad frente a tomar una decisión o frente a las opciones presentadas. Algunas formas adoptadas por la ambivalencia pueden ser:

- ◆ Expresiones verbales del tipo: “No sé qué es lo mejor que puedo hacer.” “Me siento como atascada en el proceso.” “Tengo razones a favor y en contra y estoy muy confundida.”
- ◆ Expresiones no verbales como actitudes de evasión, falta de contacto visual cuando se pregunta sobre la decisión, afán para terminar y salir de la sesión de orientación y asesoría, referencia constante a un tercero cuando se pregunta sobre aspectos, sentimientos u opiniones personales, entre otras.
- ◆ Se debe indagar por ambivalencia o inseguridad frente a una decisión cuando la consultante está acompañada por personas (padres, acudientes o pareja) demandantes o controladores, o que no la quieren dejar ingresar sola a la sesión; cuando alguien diferente a la mujer llama para solicitar la cita de consulta para la orientación y asesoría; o cuando se cancela y reprograma la cita varias veces⁴.



Además de los elementos generales mencionados para el manejo de las distintas formas de conflicto, el abordaje de la ambivalencia requiere poner sobre la mesa todas las opciones que la mujer tiene en mente y ayudarla a contemplarlas una a una detenidamente mientras se escuchan con atención sus pensamientos y emociones a favor o en contra de dichas opciones. Se debe normalizar y validar los sentimientos y

parafrasear los argumentos para darle la oportunidad de reevaluarlos⁵. Una vez consideradas todas las opciones se debe devolver a la mujer un resumen para permitirle ver un panorama general que contribuya a aclarar sus dudas y resolver la ambivalencia.

En estos casos es útil apoyarse en lo dicho por la consultante y construir escenarios hipotéticos en los que ella se pueda proyectar y pensar en las diferentes opciones. Un ejemplo de cómo iniciar esta conversación es:

Mujer: “En mi familia, mi papá dice que la mejor opción es el aborto; pero mi mamá siempre ha querido ser abuela y me dice que siga adelante. Yo francamente no sé qué hacer y me siento confundida.”

Orientador/a: “Comprendo que te sientas confundida, es totalmente normal sentirse así. Te invito a que tomemos un momento para considerar cada una de las opciones que tienes al frente. Empecemos por hablar sobre la opción de continuar el embarazo. ¿Te parece?”

Acompañada por quien orienta la mujer expresa lo que piensa al respecto.

Orientador/a: “Muy bien, ahora veamos el otro lado de este asunto. ¿Qué implicaría la decisión de interrumpir el embarazo?”

Por otra parte, se observan mujeres que acuden a la orientación teniendo clara y firme su decisión y sin mostrar señales de conflicto al respecto. En estos casos se sugiere afirmar la decisión a través de la normalización y validación a la vez que se introduce una breve referencia a las alternativas en el marco de los derechos para asegurar que la mujer las conoce y las tuvo presentes al momento de decidir. No es aconsejable en ningún caso retar o poner en duda dicha decisión, pues esto implica la presunción de que la mujer no es capaz de tomar decisiones y limita su derecho a la autonomía. Si quien orienta tiene dudas fundamentadas sobre la comprensión de la mujer acerca de las implicaciones de su decisión, puede ofrecer respetuosamente aclaraciones o soporte e introducir preguntas o comentarios desprejuiciados y libres de sesgos que abran puertas a reflexiones ulteriores o aclaraciones al respecto. Un ejemplo de este tipo de preguntas es:

Mujer: “Yo ya tengo muy clara mi decisión. He pensado mucho en esto y creo que lo que decidí es lo mejor para mí.”

Orientador/a: “Me alegro que hayas podido reflexionar sobre todas las alternativas a las que tienes derecho, es decir, sobre la adopción, la maternidad y la interrupción del embarazo y que hayas llegado a una decisión que consideras la mejor. Hay otras mujeres que han pasado por lo mismo y que después de analizar cuidadosamente sus circunstancias han llegado al mismo punto que tú. ¿Quisieras compartirme qué fue lo que más te ayudó a tomar la decisión?”

2.3.1. Manejo del duelo

El duelo se define como la reacción natural y multifactorial de una persona frente a la pérdida de referente significativo. En el contexto de la IVE, el duelo suele presentarse en mujeres cuyo embarazo es deseado, pero por razones de riesgo para la salud física o mental, o por presencia de malformaciones fetales incompatibles con la vida, se ven en la necesidad de considerar la interrupción de la gestación. Aunque generalmente se hace alusión a la afectación psicoemocional, el duelo puede tener expresiones en las esferas física, social, comportamental y espiritual que deben ser tenidas en cuenta al momento de brindar acompañamiento emocional a la mujer.

El duelo es una experiencia personal y por lo tanto sus expresiones e intensidad son muy individualizadas, es decir que no hay una expresión o una forma típica del duelo. La manera como una mujer responde al duelo depende de las herramientas de afrontamiento que posea, de sus redes de apoyo, de su experiencia de vida, de sus recursos espirituales y de su capacidad de resiliencia. Entre las expresiones del duelo más frecuentes se encuentran: incredulidad, tristeza, culpa, enojo, temor, síntomas físicos como fatiga, insomnio, dolores musculares, dolor de cabeza, pérdida o ganancia de peso, desmotivación, adinamia.

La elaboración del duelo asociado a la pérdida de un embarazo toma un tiempo que depende de cada mujer y que por lo general, pero no siempre, pasa por varias etapas, las cuales no pueden forzarse o apurarse.

Adicionalmente, es útil que durante la comunicación con la mujer, quien orienta identifique preconceptos negativos con respecto al manejo del duelo que puedan afectar la manera como la mujer responde frente a la pérdida voluntaria de su embarazo. Algunos de esos preconceptos son:

- ◆ **“Lo mejor es hacerse la fuerte y no mostrar debilidad con tristeza o lágrimas”:** La mujer debe saber que el duelo es una respuesta normal frente a la pérdida y que no significa debilidad o falta de fortaleza. La expresión del duelo es saludable al permitir la evacuación de emociones que pueden generar “atascamiento emocional” y repercutir negativamente en las dimensiones física y social de la salud. Además, la expresión del duelo puede abrir puertas a la empatía con la pareja y/u otras personas allegadas para quienes la pérdida es sentida y beneficiarles al brindarles la oportunidad de expresar afecto, empatía y solidaridad y ofrecer apoyo y compañía.
- ◆ **“Si se ignora la tristeza, se va más rápido”.** Ignorar el duelo puede hacer que su elaboración tome más tiempo y que sus expresiones se intensifiquen o reaparezcan de manera más acentuada en el largo plazo. Quien orienta debe ayudar a la mujer en la aceptación de su situación y promover su resiliencia y su capacidad para afrontarla.
- ◆ **“Si no se llora significa que no se tienen sentimientos”.** Las expresiones del duelo comprenden un amplio espectro de emociones y reacciones físicas dentro del cual llorar es tan solo uno y no el único. Por lo tanto la ausencia de llanto no significa que no se siente el duelo o que no existen reacciones ante la pérdida. Quien orienta puede ayudar a la mujer a identificar las formas como ella en particular expresa el duelo y a normalizar y contribuir a su elaboración a través de la normalización, la validación y la comprensión de las mismas.

En algunos casos puede ser útil que la mujer comprenda que la elaboración del duelo puede incluir varias etapas que al ser reconocidas se hacen más susceptibles de ser manejadas y superadas para lograr la integración de la experiencia y la adaptación emocional. Sin embargo es necesario aclarar que no todas las personas pasan por dichas etapas, que cuando se presentan, no siempre siguen el mismo orden, que no es necesario pasar por todas ellas para lograr la adaptación emocional y que, en efecto, algunas personas logran una resolución del duelo sin pasar por ellas. Quien orienta puede conversar sobre dichas etapas con la mujer y ayudarle a identificar herramientas para enfrentarlas.

Estas etapas se han definido desde hace varias décadas como:

- ◆ **Negación:** Es la etapa de incredulidad en la que la mujer se niega a creer lo que sucede. Se asocia a la expresión: “Esto no me puede estar pasando a mí.”
- ◆ **Enojo:** Expresa el enfado o la rabia por la pérdida y la imposibilidad de evitarla. Se asocia a la expresión: “¿Por qué está pasando esto? ¿Quién es responsable de lo que sucede?” En esta etapa la mujer puede sentir enojo frente a otras mujeres gestantes, frente a otras parejas con hijos, frente a los médicos que hicieron el diagnóstico o quienes deberían tener soluciones a su dificultad.
- ◆ **Negociación:** Ante la vulnerabilidad y la impotencia para cambiar lo sucedido, la mujer trata de recobrar el control de la situación y de encontrar respuestas. Pueden surgir expresiones como: “Si tan sólo hubiera buscado ayuda médica más temprano”, “Tal vez si hago una promesa a Dios esto puede cambiar”, “Tal vez si busco otra opinión médica...”
- ◆ **Dolor emocional:** En esta etapa se experimenta dolor emocional en forma de tristeza y desmotivación. Se asocia expresiones como: “Me siento triste y no tengo ánimo para hacer nada”. Algunas veces puede ser la etapa más larga del proceso de duelo.
- ◆ **Aceptación:** En esta etapa la mujer acepta lo sucedido de manera tal que las memorias dolorosas se integran a su historia pero no son el centro de ella y puede reorganizar su vida.

El papel de quien orienta en el contexto de la IVE es acompañar a la mujer en la etapa inicial del duelo a través de la normalización y validación de sus emociones y vivencias y ayudarle a identificar herramientas de afrontamiento y fortalezas en sus redes de apoyo a nivel familiar y social.

Finalmente, es posible que quien orienta reciba consultantes que han estado en procesos de duelo durante largo tiempo sin alcanzar una resolución o en quienes las expresiones del duelo son intensas y causan afectación de la vida y quienes pueden estar siendo afectadas por trastorno por duelo prolongado o depresión. En dichos casos, se debe remitir a la usuaria a servicios de atención psicológica especializados.

2.3.2. Intervención en crisis

Para algunas mujeres la decisión de interrumpir su embarazo genera crisis emocional definida como:



...un estado pasajero de intensa carga emocional generado por la dificultad de evaluar objetivamente las circunstancias, y por la incapacidad para manejar la situación es decir, para tomar decisiones. Se caracteriza por sentimientos como miedo, angustia, impotencia o rabia. Algunas crisis se limitan al proceso natural de maduración; muchas otras son completamente impredecibles, y son denominadas 'crisis circunstanciales' en las que hay un suceso precipitante, tienen poca relación con la edad del individuo o etapa del desarrollo; pueden afectar a cualquiera y se caracterizan por ser trastornos repentinos que requieren atención inmediata, ya que puede amenazar el bienestar físico y psicológico⁶."

La labor de quien orienta en estos casos consiste en primer lugar, en contener, normalizar, validar los sentimientos expresados por la mujer y ayudarla a recobrar la estabilidad y sentido de seguridad con los que contaba antes de la crisis. En segundo lugar, acompañarla a identificar los aspectos más sensibles que sirven como detonantes de la crisis y desarrollar un proceso de aceptación de las circunstancias, para finalmente acudir al marco de valores de la mujer, de referentes personales y familiares, a su proyecto de vida y a sus propios mecanismos de afrontamiento para favorecer la adaptación y el control psicoemocional y el ajuste funcional.

2.4 IDENTIFICACIÓN DE ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO

Las estrategias de afrontamiento son elementos emocionales y cognitivos que permiten a la mujer minimizar el impacto negativo del conflicto, ya sea emocional, moral o religioso y potenciar los aspectos positivos de su situación, mejorando la autoestima, y el sentido de autoeficacia. En la medida en que se acompaña a la

mujer a explorar, valorar y comprender sus sentimientos, es importante identificar con qué recursos cuenta para afirmarse y/o para manejar los conflictos y lograr la adaptación emocional necesaria durante y después del proceso.

Es útil indagar sobre cualidades y habilidades que han ayudado a la mujer a afrontar positivamente vivencias difíciles y estrés, con el fin de afirmar los recursos ya establecidos y de introducir nuevas herramientas de afrontamiento en consonancia con la situación. No hay que olvidar que algunas recomendaciones básicas pueden ser muy útiles para lograr adaptación emocional, por ejemplo: guardar los horarios de comida y consumir alimentos saludables, dormir suficiente, hacer ejercicio regulado, escribir sobre la experiencia, hablar con amigas o amigos que estén dispuestos a escuchar, etc.

2.5 VALORACIÓN DE LAS REDES DE APOYO

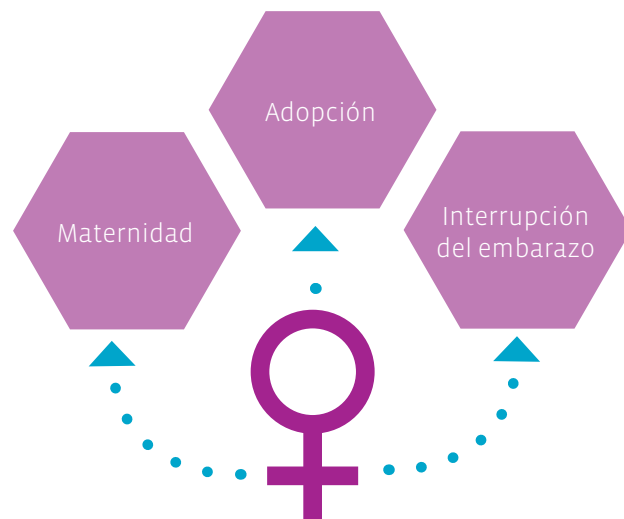
Investigaciones en soporte social e interrupción voluntaria del embarazo han mostrado que las mujeres que perciben tener una sólida red de apoyo entre familiares, amigos y/o allegados desarrollan mejores afrontamientos con respecto al aborto e incrementan su sentido de auto gestión y capacidad para lograr metas⁷. No obstante, se ha demostrado que la presencia de aspectos negativos en las redes familiares y sociales es un predictor mayor de pobre ajuste emocional postaborto que la ausencia de soporte positivo⁸.

Por lo tanto, es importante identificar tanto las fortalezas de dichas redes (fuentes de escucha, acompañamiento, comprensión, confianza, credibilidad, apoyo económico, recursos materiales, etc.), como los aspectos negativos de las mismas (fuentes de estigma, enjuiciamiento, abandono, culpa, crítica frente a la mujer como persona, su embarazo y/o su decisión, etc.), con el fin de potenciar los aspectos positivos y de diseñar estrategias de afrontamiento con respecto a los negativos.

Al considerar el soporte social es recomendable tener en cuenta instituciones que puedan ofrecer apoyo adicional a las mujeres en estos casos. Es útil que quien orienta conozca los recursos disponibles, reconocidos y con experiencia ubicados en una localidad geográfica accesible y provea a la usuaria información sobre cómo acceder, a dónde, datos de contacto, personas a cargo de los programas, servicios que prestan, entre otros. Algunas de las instituciones a considerar son, por ejemplo:

hogares de refugio, hogares de apoyo a madres solteras, Instituciones Autorizadas para la Adopción (IAPAS), iglesias, agencias gubernamentales, organizaciones no gubernamentales, entre otras.

2.6 CONSIDERACIÓN DE ALTERNATIVAS



Presentar a la mujer de manera imparcial las opciones a las cuales tiene derecho con respecto a su embarazo es importante para construir confianza y mostrar que quien orienta es objetivo, que no tiene sesgos o inclinación especial por ninguna opción y que su único interés es brindarle toda la información y acompañarla a tomar la decisión que ella considere más conveniente. Algunas veces, la mujer que solicita servicios de IVE ya ha considerado exhaustivamente las opciones y ha tomado una decisión sobre su embarazo. En otras ocasiones, es posible que requiera información y acompañamiento para considerar las alternativas con que cuenta. Sea cual fuere la situación es recomendable verificar que la mujer conoce las posibles alternativas, las cuales son:

Continuar el embarazo y entregar el/la recién nacido/a en adopción: La adopción puede ser vista como una posibilidad de ejercer la solidaridad y de contribuir a la felicidad de quienes no pueden ser padres biológicos o prefieren serlo por adopción. Ofrece bienestar a la mujer al no tener que enfrentar la crianza de un hijo que no está en condiciones de asumir, y al recién nacido la posibilidad de contar con una familia y condiciones estables para su desarrollo.

Continuar el embarazo y asumir la maternidad: Toda gestante tiene el derecho a considerar entre sus opciones la continuación del embarazo para convertirse en madre. Esto requiere el análisis de las implicaciones de la gestación en la salud física, mental y social, y la valoración de las redes de apoyo y de las herramientas de afrontamiento. En los casos en los que la mujer opta por la maternidad es recomendable dar indicaciones sobre la importancia del inicio temprano de los controles prenatales y la observación de las recomendaciones médicas correspondientes.

Interrumpir voluntariamente el embarazo: Como se mencionó anteriormente, las mujeres colombianas tienen el derecho a la interrupción del embarazo bajo las causales contempladas en la Sentencia C-355 de 2006. Al presentar esta opción es muy importante enfatizar el carácter de derecho constitucionalmente reconocido que asiste a todas las mujeres, así como brindar toda la asesoría sobre dónde y cómo acceder a la IVE, los procedimientos médicos y los requisitos para su realización.

La consideración de las alternativas incluye un ejercicio de previsión de las implicaciones de la decisión a corto, mediano y largo plazo que permita a la mujer entender que su situación actual y la decisión que tome puedan formar parte integral de una experiencia vital completa en la que hay un proyecto de vida que continúa.

2.7 RETROALIMENTACIÓN Y REENFOQUE DE LA SITUACIÓN

Una vez la mujer ha considerado las alternativas y llegado a una decisión autónoma y voluntaria sobre su embarazo, quien orienta puede resumir de manera sencilla lo expresado por la mujer para servirle de reflejo y permitirle escucharse a sí misma. La retroalimentación posterior debe resaltar los aspectos positivos de la decisión tomada y hacer una referencia a los recursos personales, familiares y/o sociales identificados para afrontar las emociones negativas que puedan aparecer o reincidir. Para finalizar es recomendable que quien orienta haga una reformulación de la situación en términos positivos y que afirmen la decisión tomada por la usuaria con una perspectiva de derechos y respeto por su autonomía y ejercicio de responsabilidad.

2.8 CIERRE DE LA ORIENTACIÓN

Para finalizar la sesión es importante preguntar si la mujer tiene alguna necesidad adicional por resolver y explicar los pasos que seguirán en el proceso de atención. Se debe evitar que la mujer permanezca con dudas no expresadas, especialmente cuando se ha identificado vulnerabilidad emocional persistente. En los casos en los que perdura la ambivalencia o los conflictos que merecen una exploración y reflexión mayores y la mujer expresa requerir más tiempo para considerar las alternativas y tomar una decisión, se debe programar una cita adicional de orientación en una fecha cercana, evitando retrasos o demoras que se conviertan en barreras o que desalienten y desfavorezcan a la usuaria. En lo posible se debe fijar la fecha de la nueva consulta antes de terminar la sesión clarificando la importancia de continuar en cerrar el proceso oportunamente.

Una vez terminado el componente de orientación e independientemente de la decisión que haya tomado la mujer, y si esta lo desea, se debe proseguir con el desarrollo de la asesoría. La historia clínica de la usuaria debe incluir una nota de orientación de acuerdo a la práctica establecida.

2.9 CONSIDERACIONES PARA LA ORIENTACIÓN Y ASESORÍA DE LAS ADOLESCENTES

La adolescencia es una fase del desarrollo humano de transición entre la niñez y la vida adulta caracterizada por cambios físicos, fisiológicos y psicológicos, y por lo tanto, un periodo con necesidades particulares que requiere servicios de orientación con estrategias y enfoque diferenciales. Dichas estrategias deben incluir la promoción de la autonomía, la provisión de información precisa y sin sesgos, la confidencialidad y el abordaje de las barreras institucionales que las adolescentes enfrentan en la atención en salud para la IVE⁹.

La orientación y asesoría para las adolescentes no puede sustraerse del hecho de que en la última década a nivel internacional se ha gestado un cambio en la conceptualización de los derechos de las adolescentes desde una perspectiva enfocada únicamente en la protección, a una de reconocimiento de las capacidades evolutivas y de habilidad para la toma de decisiones^{10, 11}. El reconocimiento de las capacidades evolutivas implica que los derechos de participación y emancipación de las adolescentes se deben transferir gradualmente a las jóvenes en la medida en que, como parte de su desarrollo integral, estas adquieren capacidad para tomar decisiones y responder por sus propias acciones. La primera consideración que debe guiar la toma de decisiones es la del bienestar que se debe garantizar a todas las menores de edad de acuerdo con la Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos de los Niños y las Niñas¹².

Es fundamental que quienes proveen servicios de orientación y asesoría, al igual que todos aquellos que prestan servicios de salud para adolescentes, comprendan que la autonomía y la protección no son conceptos opuestos, sino complementarios y necesarios a la hora de ayudar a las adolescentes en su desarrollo integral y en su incursión a la vida adulta, etapa de transición en la cual las adolescentes que enfrentan un embarazo deben tomar decisiones informadas que favorezcan su salud y bienestar general¹³.

Es importante además, que las estrategias de orientación y asesoría consideren que las adolescentes presentan un riesgo relativo mayor que las mujeres adultas de ser rechazadas en los servicios de IVE provistos por los sistemas de salud debido a que por lo general consultan en edades gestacionales más avanzadas^{14, 15}. Lo anterior trae varias consecuencias negativas para su salud, entre las que figuran las complicaciones asociadas a la práctica del aborto inseguro, abortos en edad gestacional más tardía en relación a la que tenían cuando buscaron ayuda por primera vez, y complicaciones propias del parto en edad temprana, especialmente en menores de 14 años.

Algunas de las razones citadas en la literatura que explican el que las adolescentes consulten tardíamente incluyen: i) no reconocer los signos y síntomas iniciales del embarazo; ii) no recordar cuándo fue el último período menstrual; iii) carencia

de recursos económicos para acceder a pruebas de embarazo; iv) dificultad para encontrar un proveedor de servicios de IVE; v) ser referidas inapropiadamente por otros proveedores; vi) dificultades logísticas para acceder a los servicios de salud; vii) tendencia a hacer una negación psicológica del embarazo^{16, 17}. Por lo tanto, es importante que la estrategia de orientación y asesoría aborde dicho riesgo y asegure que las adolescentes cuentan con toda la información y el acompañamiento necesarios para la toma de una decisión libre y voluntaria con respecto a su embarazo y al uso de métodos anticonceptivos, en el lapso de tiempo más oportuno posible, a la vez que contribuya a minimizar las barreras de acceso de éstas a los servicios de anticoncepción e IVE.

El enfoque sugerido para la orientación y asesoría de adolescentes que desean considerar la opción de la IVE y decidir sobre un método anticonceptivo es el mismo que se anotó antes como enfoque general, es decir, el de la colaboración y acompañamiento en la toma de la decisión, que incluye el proceso psicoemocional de validar, normalizar y comprender sentimientos para que la adolescente pueda integrarlos con sus valores y preferencias y poner el conjunto en una nueva perspectiva¹⁸. Esto requiere que el diálogo con las adolescentes sea directo y con lenguaje claro desde el inicio de la sesión¹⁹.

Expertos en la consejería para adolescentes recomiendan incluir siempre preguntas del tipo “prueba de realidad” que permitan a la adolescente poner en perspectiva implicaciones prácticas de sus decisiones tanto actuales como futuras²⁰. Por ejemplo, ¿Has pensado cómo vas a distribuir el tiempo entre la maternidad y tus estudios?; ¿Cuáles podrían ser las fuentes para suplir tus necesidades básicas de vivienda y alimentación ahora que tus padres te han pedido que salgas de la casa?

Se ha establecido que cuando cuentan con la adecuada información y acompañamiento, las adolescentes muestran un juicio de valor igualmente estructurado que las mujeres adultas y son tan capaces como ellas de tomar decisiones adecuadas sobre su salud sexual y reproductiva y sobre su bienestar general²¹. Además, las investigaciones que analizan el impacto de la IVE en la salud mental de las mujeres, incluyendo las adolescentes, muestran que no se ha encontrado evidencia de que la IVE aumente el riesgo de enfermedad psicológica en comparación con la continuación del embarazo hasta el parto^{22, 23}.

El contexto en el que se desarrolla la colaboración entre quien orienta y asesora y las adolescentes debe ser amigable. Un contexto amigable ha sido definido por las adolescentes como aquel que es fácilmente accesible, ofrece seguimiento frecuente, es privado, confidencial y no tienen barreras de costo²⁴. Vale la pena enfatizar que si bien todas las características mencionadas son importantes, las dos consideraciones mayores de las adolescentes a la hora de recibir atención en salud sexual y reproductiva son la privacidad y la confidencialidad. Se ha documentado que estos dos aspectos, cuando están ausentes o son débiles, imponen barreras significativas a la búsqueda de atención por parte de las adolescentes así como a la continuidad del seguimiento en salud de las mismas²⁵.

La decisión de interrumpir el embarazo en la adolescencia está enmarcada por las características propias de esa edad, las cuales incluyen la búsqueda de afirmación de la autonomía y el desarrollo de las habilidades de autogestión, en especial con respecto a los padres o a aquellos encargados de su cuidado. Por esta razón, una sesión de orientación y asesoría amigable, en la que se respete la privacidad y la confidencialidad, se constituye en un espacio neutral y único en el que la adolescente se siente segura para expresar sus sentimientos e inquietudes sin la presión que puede significar la presencia de los padres u otros adultos²⁶.

Por lo anterior, los servicios de orientación y asesoría se deben garantizar a todas las adolescentes independientemente de que acudan con o sin un acompañante adulto. A este respecto es necesario mencionar que la literatura indica que una buena parte de las adolescentes involucra voluntariamente a sus padres o a un adulto en el proceso de decidir sobre su embarazo, aun en contextos donde no es obligación hacerlo. Sin embargo, la obligación de informar o involucrar a los padres o adultos a cargo, se ha identificado como una de las causas por las cuales las adolescentes dudan, se abstienen o discontinúan la búsqueda o la utilización de servicios de atención en salud sexual y reproductiva²⁷.

No obstante, en los casos en los que la adolescente cuenta con una familia que le provee seguridad y apoyo, la participación de padres o adultos responsables en el proceso de orientación y asesoría puede ser un factor clave para el buen

desarrollo de la toma e implementación de decisiones por parte de la adolescente. No sobra decir que incluso los padres o adultos que acompañen a la adolescente deben ser informados sobre el deber del personal de salud de salvaguardar la confidencialidad, ratificando siempre que esto no implica que se les excluya del proceso sino que, por el contrario, eso hace parte de un desarrollo sano del mismo y que ellos son importantes para garantizar los mejores resultados en la salud física, mental y social de la adolescente ^{28, 29, 30}.

Quien orienta y asesora está llamado a considerar varios aspectos específicos en su labor de orientar y asesorar a las adolescentes gestantes. Primero, debe reconocer y respetar la voluntad de la adolescente y preguntar en todas las ocasiones sobre el consentimiento de la misma para que sus padres o adultos acompañantes asistan a la sesión. Segundo, debe preguntar clara y directamente a la adolescente sobre la relación con sus padres, si ellos están al tanto de su situación de embarazo y si necesita ayuda para establecer un diálogo con ellos. Tercero, quien orienta y asesora debe explorar con la adolescente maneras para dar la noticia del embarazo a sus padres, para hablarles de las alternativas planteadas, para hacerles preguntas e indagar sobre la disposición para ofrecerle apoyo, o para de comunicarles su decisión de continuar o interrumpir el embarazo, entre otros aspectos.


El orientador/a debe proveer un espacio seguro para que la adolescente revele casos de violación, abuso sexual o incesto. De igual manera, debe indagar sobre la seguridad personal de la adolescente (riesgo de maltrato físico o verbal, amenazas, castigos, etc.), seguir los requerimientos establecidos por la ley para el manejo de dichos casos y activar apropiadamente el sistema de referencia en salud³¹.

Finalmente, la ambivalencia se ha descrito como una característica psicoemocional muy común en las adolescentes que se enfrentan con la decisión de interrumpir o continuar con su embarazo. Es importante reconocerla y permitir su expresión. Sin embargo, es necesario tener en cuenta que se debe evitar la postergación de la decisión porque una edad gestacional más avanzada significa más riesgos para la salud de la adolescente³². En caso de que la adolescente no pueda llegar a una decisión libre y voluntaria sobre su embarazo, se debe programar una segunda sesión en una fecha cercana a la primera. En estos casos, algunas veces se debe estar dispuesto a hacer esfuerzos adicionales para localizar a las adolescentes, especialmente a aquellas que fallan a sus citas. Para ello se recomienda consignar, previo consentimiento de las mismas, información suficiente sobre dirección de la vivienda, el nombre y dirección de la escuela o colegio que atienden, los adultos responsables y/o información de una persona que conozca de su situación (puede ser una amiga) y que sea de su confianza ³³.

REFERENCIAS

1. Wallace RR, Goodman S, Freedman LR, Dalton VK, Harris LH. Counseling women with early pregnancy failure: utilizing evidence, preserving preference. *Patient Educ Couns* 2010; 81(3):454-61.
2. Perrucci AC. *Decision Assessment and Counseling in Abortion Care: Philosophy and Practice*. New York, NY: Rowman & Littlefield Publishers, Inc. 2012.
3. Perrucci AC. 2012. Op. Cit.
4. Perrucci AC. 2012. Op. Cit.
5. Perrucci AC. 2012. Op. Cit.
6. Rodríguez, Leonardo. "Intervención Interdisciplinaria en casos de abuso sexual infantil". *Universitas Psichológica*. Vol. 2, No. 1, enero-junio, 2003, pág. 57-60.
7. Major B, Cozzarelli C, Siacchitano AM, cooper ML, Testa M, Mueller P. Perceived Social Support, Self Efficacy and Adjustment to Abortion. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1990, 59, No. 3:452-63.
8. Major B, Gramzow RH. Abortion as Stigma: Cognitive and Emotional Implications of Concealment. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1999, 77, No.4:735-45.
9. Dobkin L M, Perrucci A, Dehlendorf C. Pregnancy Options Counseling for Adolescents: Overcoming Barriers to Care and Preserving Preference. *Curr ProblPediatrAdolescHealthCare* 2013; 43:96-102.
10. Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos de los Niños y las Niñas. 1989.
11. Acciones Clave para la Implementación del Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo. 1994.
12. Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos de los Niños y las Niñas. Art. 3 y 5.
13. Clyde J, Bain J, Castagnaro K, Rueda M, Tatum C, Watsonf K. Evolving capacity and decision-making in practice: adolescents' access to legal abortion services in Mexico City. 2013 *Reproductive Health Matters* 2013; 21(41):167-175.
14. Aruda MM, Waddicor K, Frese L, Cole JC, Burke P. Early Pregnancy in adolescents: diagnosis, assessment, options counseling, and referral. *J Pediatr Health Care* 2010; 24(1):4-13.
15. Finer L B, Frohwirth L F, Dauphinee L A, Singh S, Moore A M. Timing of steps and reasons for delays in obtaining abortions in the United States. *Contraception* 2006; 74(4):334-44.
16. Drey E A , Foster D G, Jackson R A, Lee S J, Cardenas L H, Darney P D. Risk factors associated with presenting for abortion in the second trimester. *Obstet Gynecol* 2006; 107(1):128-35.
17. Foster D G, Jackson R A, Cosby K, Weitz T A, Darney P D, Drey E A. Predictors of delay in each step leading to an abortion. *Contraception* 2008; 77(4):289-93.

18. Sepucha KR, Floyd J, Fowler J, Mulley AG. Policy support for patient-centered care: the need for measurable improvements in decision quality. *Health Affairs* 2004;10(54):1377-87.
19. Dobkin L M, Perrucci A, Dehlendorf C. Pregnancy Options Counseling for Adolescents: Overcoming Barriers to Care and Preserving Preference. *Curr ProblPediatrAdolescHealthCare*2013; 43:96-102.
20. Aruda MM et al. 2010. Op. Cit.
21. Major B, Cozzarelli C, Cooper ML, et al. Psychological responses of women after first-trimester abortion. *Arch Gen Psychiatry* 2000;57(8):777-84.
22. Charles VE, Polis CB, Sridhara SK, BlumRW. Abortion and long-term mental health outcomes: a systematic review of the evidence. *Contraception* 2008; 78(6):436-50. American Psychological Association (APA) Task Force on Mental Health and Abortion 2008
23. Steinberg JR, Finer LB. Examining the association of abortion history and current mental health: a reanalysis of the National Comorbidity Survey using a common-risk-factors model. *Soc Sci Med* 2011; 72(1):72-82.
24. Daley AM, Sadler LS, Reynolds HD. Tailoring Clinical Services to Address the Unique Needs of Adolescents from the Pregnancy Test to Parenthood. *Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care* 2013;(43):71-95.
25. Dobkin L M, Perrucci A, Dehlendorf C. Pregnancy Options Counseling for Adolescents: Overcoming Barriers to Care and Preserving Preference. *Curr ProblPediatrAdolescHealthCare*2013; 43:96-102.
26. Perrucci AC. 2012. Op. Cit.
27. Ibídem.
28. Daley AM, Sadler LS, Reynolds HD. Tailoring Clinical Services to Address the Unique Needs of Adolescents from the Pregnancy Test to Parenthood. *Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care* 2013; (43):71-95.
29. Britto MT, Tivorsak TL, Slap GB. Adolescents' needs for health care privacy. *Pediatrics* 2010; 126(6): e1469-e1476.
30. Lehrer JA, Pantell R, Tebb K, et al. Forgone health care among US adolescents: associations between risk characteristics and confidentiality concern. *Journal of Adolescent Health* 2007; 40(3):218-26.
31. Monasterio E, Combs N, Warner L, Larsen-Fleming M, Andrews A. Sexual health: an adolescent provider toolkit. <http://www.ahwg.net/knowledgebase/nodates.php?pid=79&tpid=25>; 2010.
32. Royal College of Obstetrics and Gynecologist. Setting Standards to Improve Women's Health. The Care of Women Requesting Induced Abortion. Evidence Based Clinical Guidelines. No. 7. 2004.
33. Aruda MM, Waddicor K, Frese L, Cole JC, Burke P. Early Pregnancy in adolescents: diagnosis, assessment, options counseling, and referral. *J Pediatr Health Care* 2010;24(1):4-13.



CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS EN LA ORIENTACIÓN PARA LA IVE SEGÚN CAUSALES

3

En Colombia las mujeres que se ven abocadas a la interrupción voluntaria del embarazo, por motivos de salud, malformaciones fetales o por ser este el resultado de actos de violencia sexual, tienen desde 2006 el derecho constitucionalmente reconocido de acceder a ello.

Hoy, pasados varios años, sigue siendo un imperativo ético y jurídico de los miembros del Sistema de Salud tanto a nivel de quienes formulan políticas en salud, como de quienes administran las instituciones y prestan directa o indirectamente los servicios, contribuir a que la norma constitucional se refleje real y efectivamente en servicios de atención para la IVE que estén ampliamente disponibles, que sean libres de barreras de acceso y que cuenten con los más altos estándares de calidad.

El papel de los prestadores de salud en el contexto de la IVE es comunicar dicho derecho, afirmar a las mujeres como sujetos del mismo y seguir abogando para que el país entero pueda pronto ver un día en el que ya no se realice ningún aborto en condiciones de inseguridad y en consecuencia ninguna mujer enferme, sufra secuelas o muera por dicha causa. Bajo esa premisa, la labor de quien orienta para la IVE es, en primera instancia, apoyar a la mujer en la comprensión del derecho que la asiste como ser humano y como ciudadana colombiana y desplegar dicho derecho como escenario en el que se desarrollen los demás elementos del proceso de orientación y asesoría.

Bajo esta perspectiva, este capítulo busca contemplar, además de los aspectos enunciados en el capítulo anterior, algunos elementos específicos de la orientación

de acuerdo con cada una de las causales para la IVE estipuladas legalmente y contribuir así al diseño de intervenciones ajustadas a cada caso.

3.1 PRIMERA CAUSAL



“Cuando la continuación del embarazo constituya peligro para la vida o la salud de la mujer, certificado por un médico.”

Para iniciar, es pertinente considerar tres conceptos que servirán de marco para la lectura apropiada de la primera causal:

- ◆ Primero, el concepto de **salud** planteada por la OMS como “... un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades...”¹ que obliga a adoptar una mirada amplia y no solo biológica de la salud y a advertir la multiplicidad de factores de los órdenes físico, mental y social que la influyen.
- ◆ Segundo, el concepto de **factor de riesgo**. La OMS entiende los factores de riesgo como “... cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión”². En determinadas circunstancias, el embarazo puede aumentar la posibilidad de lesión o enfermedad para la mujer. Es precisamente este riesgo de afectación de la salud el que ha sido reconocido por la Corte Constitucional colombiana al estipular la primera causal de excepción para la IVE.
- ◆ Tercero, el concepto de **bienestar** que involucra un componente subjetivo referido a la percepción propia de cada persona acerca de su satisfacción con la vida de acuerdo a sus estándares individuales, y uno objetivo que considera factores como la educación, la ocupación, el ingreso, la estabilidad emocional, la tranquilidad, la ausencia de estrés y la salud a la hora de definirlo.

Aunque el ordenamiento jurídico colombiano protege la salud y el bienestar integral del no nacido, no lo hace en la misma proporción en la que protege a la persona humana, por lo tanto el derecho de la mujer a optar por la IVE bajo las causales establecidas por la norma, tiene un estatus jurídico prioritario.

A continuación se describen las dimensiones física, mental y social de la salud a la luz de las definiciones previas y con relación a la primera causal. Si bien las dimensiones de la salud se mencionan en forma separada, tienen carácter interdependiente³ y como tal deben considerarse a la hora de proteger el bienestar de la mujer gestante a quien se dirige la orientación.

3.1.1. Dimensión física de la salud

La causal incluye un amplio espectro de condiciones que implican un riesgo de afectación transitoria o permanente de la salud física o que ponen en peligro la vida de la mujer. La Guía Técnica de la OMS aclara que lo anterior: “incluye los casos en los que el embarazo es una amenaza para la vida de la mujer o cuando la vida de la mujer embarazada está en peligro de algún otro modo”⁴. Las condiciones que implican riesgo para la salud de la mujer pueden presentarse concomitantemente con el embarazo o exacerbarse o agravarse con el mismo.

En la valoración del riesgo que una condición impone para la salud física de la mujer gestante, los profesionales de la salud deben considerar no solo los aspectos clínicos, sino también la percepción e intensidad del riesgo percibido por la mujer, a la hora de producir dictámenes que prioricen el bienestar integral de esta y garanticen su derecho a la vida y a la salud. Además, con respecto al concepto de riesgo cabe anotar que la causal hace referencia al riesgo y que no se requiere que haya lesión o establecimiento de una enfermedad, sino que es suficiente que exista la posibilidad de que suceda para que resulte procedente aplicar la causal⁵.

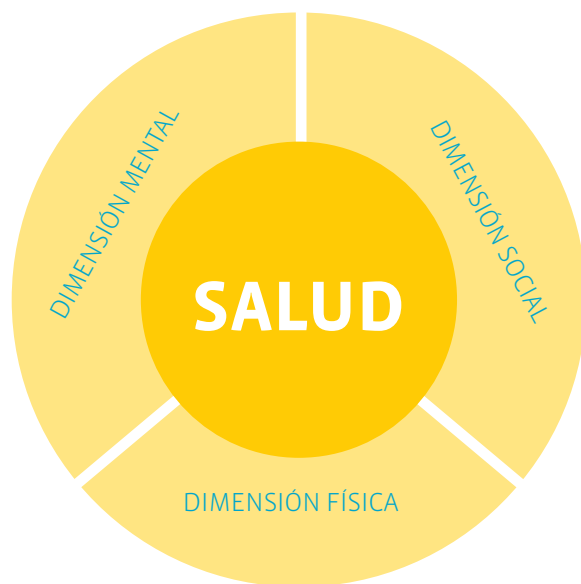
3.1.2. Dimensión mental de la salud

La definición amplia de salud obliga a una mirada multifactorial del bienestar mental, por lo cual al considerar la primera causal es necesario hacer referencia al riesgo de afectación o a la afectación establecida de la relación de la mujer con su entorno sociocultural, bienestar subjetivo, autonomía y potencial emocional y por ende de su capacidad para construir un proyecto de vida y alcanzar la plenitud. Al igual que con el riesgo para la salud física, no se requiere que haya una afectación de la salud mental ya establecida o un diagnóstico o presencia de síntomas de enfermedad mental, puesto que la sola presencia del riesgo es suficiente para la aplicación de la causal.

3.1.3. Dimensión social de la salud

La primera causal aplica a toda mujer cuyo embarazo ponga en riesgo o afecte cualquiera de los determinantes de la dimensión social de su salud, la cual se refiere al conjunto de habilidades que tiene la mujer para desarrollar de manera adecuada la esfera social de la vida, incluyendo: i) relaciones con miembros de la familia y la comunidad; ii) acceso a medios de producción, de sustento y a condiciones de vida dignas; iii) participación en la vida laboral, educativa y recreativa y iv) contribución en la transformación positiva de la sociedad.

En Colombia es necesario considerar de manera especial el riesgo de afectación o la afectación que el embarazo puede representar para las mujeres que se encuentran en situación de vulnerabilidad como son las mujeres discapacitadas, aquellas que viven con el VIH, quienes pertenecen a minorías étnicas, así como mujeres víctimas del conflicto armado y de violencia intrafamiliar. En dichos contextos se vulneran con frecuencia sus derechos fundamentales, al hacerlas víctimas de estigmatización, segregación, discriminación, violencia sexual, tratos crueles, desplazamiento forzado, pobreza y marginación, lo cual afecta de manera significativa todas las dimensiones de la salud.



El límite entre las dimensiones física, mental y social de la salud es muy difícil de trazar ya que su interrelación es muy estrecha y, en la práctica, operan como una sola, pues cuando el embarazo pone en riesgo la salud física y/o mental de la mujer, implica a la vez riesgo para la esfera social de la misma.

A su vez, la afectación de la salud social influye negativamente en las esferas física y mental. Por lo tanto, para la aplicación de la primera causal para la IVE es importante identificar la relación estrecha entre las dimensiones de la salud y la interacción de los factores de riesgo en el compromiso del bienestar integral de la mujer gestante. Lo anterior es ratificado cuando se afirma que:

“ ... la interrupción del embarazo por la aplicación de la primera causal busca evitar que se afecte la salud de la mujer o que se genere un daño sobre ella. Para identificar el riesgo y el alcance de su impacto, quienes participan en la aplicación de la causal deben tener en cuenta: (i) cómo la continuación del embarazo, en cada caso concreto, afecta la salud de la mujer en términos de pérdida de bienestar, pérdida de calidad de vida y de años de vida saludable; (ii) que los riesgos para la salud de la mujer son complejos e implican factores individuales de vulnerabilidad, de precipitación y consolidación, lo mismo que combinan diferentes dimensiones de la salud; (iii) que tanto estos factores como su impacto, dependen de combinaciones individuales de diferentes exposiciones a diferentes factores de riesgo que tienen lugar en la vida de cada mujer; (iv) que dependen también del ciclo de vida, es decir, del momento de la vida por el que cada mujer atraviesa y de los efectos acumulados de ciertas exposiciones a factores de riesgo...”⁶

En lo referente a la primera causal, además de los elementos generales de la orientación desarrollados en el capítulo anterior, quien orienta debe ayudar a la consultante a comprender las implicaciones a corto, mediano y largo plazo de los factores de riesgo o de la condición de salud actual sobre su embarazo y su salud, y a determinar la cantidad de riesgo que la mujer está dispuesta a asumir en el marco de sus derechos fundamentales a la vida y a la salud. En este acompañamiento es necesario tener en cuenta lo siguiente:

- ◆ Durante la orientación debe indagarse sobre los determinantes culturales y sociales que modelan los conceptos, imaginarios y expectativas de la mujer con respecto a la salud, al embarazo, y a la interrupción del embarazo. Se debe tener en cuenta que las características propias de la fase del ciclo de vida en el que se

encuentra la mujer influyen en sus condiciones de salud física, mental y en su proyecto de vida, así como en las oportunidades disponibles para mantener y mejorar su estado de bienestar integral.

- ◆ La mujer requiere un espacio para la expresión abierta de sus sentimientos y temores. Quien orienta debe estar preparado para la elaboración, es decir, la escucha atenta, la normalización, validación y comprensión de los sentimientos de culpa y/o de egoísmo o falta de solidaridad, que pueden aflorar en las mujeres que enfrentan la decisión de interrumpir el embarazo para salvaguardar la propia integridad. El objetivo es reenfocar estos sentimientos en el marco positivo del autocuidado, la consideración con otros que valoran y necesitan a la mujer y para quienes su bienestar es importante (pareja, hijos, padres, hermanos, amigos, etc.) y permitir un proceso de reflexión que la lleve a sentirse tranquila con el ejercicio de sus derechos y la priorización de su salud y su vida.
- ◆ Quien orienta debe presentar las alternativas que tiene la mujer frente al embarazo que pone en riesgo su salud: continuar con el embarazo o interrumpirlo. Se debe ayudar a la mujer a reconocer las implicaciones que conlleva cada una de ellas para su salud, aclarando que ella es libre y autónoma para elegir de manera informada lo que más le convenga de acuerdo a sus principios y criterios de bienestar.
- ◆ Debe examinarse la relación de pareja así como las redes de apoyo familiar y social de las mujeres pues, como se mencionó en el capítulo anterior, constituyen un factor determinante, positivo o negativo, del bienestar integral de las mismas.
- ◆ El proceso de orientación debe promover la reflexión del concepto de salud en el marco de la promoción de comportamientos protectores, la calidad de vida y el bienestar integral. Quien orienta debe ayudar a la mujer a tender un puente conceptual entre los derechos fundamentales a la salud, la autodeterminación y la libertad y su apropiación y ejercicio en el contexto de la IVE.
- ◆ Cuando existe riesgo para la vida o la salud de la mujer, es responsabilidad de quien orienta informar que la primera causal para acceder a la IVE tiene como único requisito una certificación emitida por un/a médico/a. Cabe mencionar que de acuerdo con la Ley No 1.090 de 2006⁷ y la Sentencia T-388⁸ de 2009, los profesionales en psicología son reconocidos legalmente como profesionales de la salud y por lo tanto sus opiniones no pueden ser descalificadas.

CARACTERÍSTICAS DE LA ORIENTACIÓN PARA LA IVE EN CASO DE RIESGO PARA LA VIDA O LA SALUD DE LA MUJER

- Centrarse en las necesidades de la mujer en función de la salud considerada en todas sus dimensiones como bienestar integral
- Normalizar, validar sentimientos conflictivos que puedan aflorar y propiciar un proceso de reflexión con enfoque de derechos que la lleve a sentirse tranquila con la priorización de su salud y su vida
- Tener en cuenta el riesgo para la salud ya percibido y valorado por parte de la usuaria
- Aclarar que el único requisito para la IVE en estos casos es el certificado expedido por un/a médico/a

3.2 SEGUNDA CAUSAL

“ Cuando exista grave malformación del feto que haga inviable su vida, certificada por un médico.”

La segunda causal se refiere a la presencia de malformaciones fetales incompatibles con la vida extrauterina. En relación con esta causal, la Corte hace énfasis en que el deber de protección del producto de la concepción pierde relevancia jurídica dado que su existencia es inviable. Considera la Corte que “la penalización del aborto en todas las circunstancias implica la completa preeminencia de uno de los bienes jurídicos en juego, la vida del no nacido y el consiguiente sacrificio absoluto de todos los derechos fundamentales de la mujer embarazada, lo cual resulta a todas luces inconstitucional.”⁹ Por tanto, es necesario advertir la excesiva carga emocional, física y social que se impone a una mujer gestante cuando se le informa sobre la presencia de malformaciones fetales incompatible con la vida y se le pide que lleve a término dicho embarazo¹⁰.

Para la procedencia de la IVE bajo esta causal específica no son pertinentes enfermedades o alteraciones fetales que pueden ser curadas o tratadas médicamente,

antes o después del parto, ya que desde el punto de vista constitucional, únicamente son tenidas en cuenta las malformaciones que por su magnitud hagan inviable la vida del feto¹¹.

La OMS recomienda que los profesionales de la salud informen exhaustivamente a la mujer sobre sus condiciones de salud¹². Esto incluye informar sobre el diagnóstico de malformación fetal incompatible con la vida y las consecuencias que esto acarrea sobre la salud y el bienestar integral de la mujer, con el objetivo de que esta use dicha información para tomar una decisión voluntaria, libre y autónoma con relación a su embarazo.

Las malformaciones incompatibles con la vida se confirman por medio de exámenes especializados, usualmente en edades gestacionales avanzadas (segundo trimestre). Por esta razón, muchos casos corresponden a gestaciones que han progresado de tal manera que la mujer y su pareja han experimentado durante más tiempo la vivencia de embarazo y con ella la generación de mayores expectativas con respecto al mismo, lo que puede intensificar el duelo asociado al diagnóstico de malformación fetal.

No obstante, para muchas mujeres y parejas que enfrentan estas circunstancias la IVE puede ser a la vez un motivo de duelo y una fuente de alivio frente a la carga emocional que implica la continuación de un embarazo en condiciones inviables. En estos casos la orientación debe ayudar a la elaboración de la experiencia cognitivo-emocional que puede incluir un espectro amplio de sentimientos y emociones originados al recibir la noticia sobre estado de salud del feto, así como a elaborar todos aquellos que surgen al considerar la IVE.

Dicho espectro emocional puede incluir, entre muchos otros: conflicto emocional expresado como duelo; conflicto moral expresado como culpa por la percepción de “haber hecho o dejado de hacer algo” que “conllevó” a la malformación fetal o culpa por el alivio sentido al contemplar la IVE como una solución; conflicto espiritual asociado a la percepción de estar siendo “castigada por dios” a través de la experiencia; sentimientos de falta de valentía y fortaleza para aceptar los “designios del destino”, los “designios de Dios”, etc.

En estos casos la mujer requiere apoyo para construir una perspectiva positiva de la elección que haga voluntariamente, para lo cual es recomendable apelar a los recursos internos de la mujer, a su grado de resiliencia, motivaciones, proyecto de vida y demás anclajes a la realidad, como herramientas útiles para su adaptación emocional. Además, el enfoque de la decisión desde los derechos soporta en gran manera dicha adaptación emocional, por lo tanto las mujeres en estas circunstancias deben tener muy claro que la misma Corte Constitucional declaró que someter a una mujer a enfrentar a continuar un embarazo con malformación fetal inviable constituye un trato cruel, inhumano y degradante que afecta su dignidad y por consiguiente su salud mental¹³.

Si el caso lo amerita, se recomienda que quien orienta evalúe la necesidad de buscar apoyo de especialistas en salud mental previa y posteriormente a la IVE, pues la gestación con malformaciones fetales es una situación que supone muchas veces un proceso de duelo intenso, el cual puede requerir ayuda especializada. En dicho caso el duelo asociado al embarazo con malformación fetal implica riesgo y/o afectación de la salud mental de la mujer y se constituye en condición para la aplicación concomitantemente de la primera causal, la cual en estas circunstancias se suma a la segunda ya procedente. No sobra clarificar que para el acceso a la IVE se requiere solo una causal y se debe optar siempre por aquella que sea menos onerosa de certificar y menos demandante para la mujer y por tanto facilite el acceso al procedimiento.

En caso dado y a petición de la mujer, la orientación debe servir para canalizar la demanda de información médica detallada y contribuir a garantizar el derecho a servicios de consejería genética oportunos.

Se debe aclarar a la mujer que el único requisito que se exige para la aplicación de la segunda causal para la IVE es la certificación médica de las malformaciones fetales incompatibles con la vida.

CARACTERÍSTICAS DE LA ORIENTACIÓN PARA LA IVE FRENTE AL EMBARAZO CON MALFORMACIONES INCOMPATIBLES CON LA VIDA

- Ampliar el conocimiento sobre los diagnósticos de malformaciones incompatibles con la vida para lograr mayor empatía con la usuaria y responder de manera más adecuada a sus inquietudes relacionadas con el tema
- Establecer la relación entre la condición fetal y sus implicaciones para la salud y el bienestar integral de la mujer
- Normalizar, validar y reenfocar los temores y los sentimientos, relacionados con el duelo y la culpa que produce la pérdida de un embarazo debida a malformaciones fetales, así como la culpa por el alivio que se experimenta al considerar la IVE
- Aclarar que el único requisito para la procedencia de esta causal es el certificado médico de las malformaciones fetales incompatibles con la vida

3.3 TERCERA CAUSAL



“ Cuando el embarazo sea el resultado de una conducta, debidamente denunciada, constitutiva de acceso carnal o acto sexual sin consentimiento, abusivo o de inseminación artificial o transferencia de óvulo fecundado no consentidas, o de incesto.”

La tercera causal se refiere a diversas manifestaciones de violencia sexual contra las mujeres.

La OMS define la violencia sexual como:

“ [...] todo acto sexual, la tentativa de consumar un acto sexual, los comentarios o insinuaciones sexuales no deseados, o las acciones para comercializar o utilizar de cualquier otro modo la sexualidad de una persona mediante coacción por otra persona, independientemente de la relación de esta con la víctima, en cualquier ámbito, incluidos el hogar y el lugar de trabajo.”¹⁴

Además, con respecto a esta causal la Corte Constitucional plantea que:

“ [...] No es posible entender el aborto como posible acto de restauración, o restablecimiento de la situación afectada por el delito, o como la devolución o restitución de los bienes jurídicamente protegidos que resultaron afectados por el mismo, en este caso la dignidad y la libertad de la mujer violentada o abusada... No obstante todo lo anterior, el aborto libera a la mujer de la carga que ella no ha consentido, consistente en soportar el proceso de gestación. En este sentido, podría ser considerado como una forma de restitución a la situación de no embarazo, anterior a la comisión del delito, y en este sentido el aborto puede ser entendido como una forma de reparar, aunque sea parcialmente, el daño que se le ha infringido [...].”¹⁴

Las distintas formas de violencia sexual se convierten en experiencias particularmente dolorosas y humillantes acerca de las cuales las mujeres difícilmente desean hablar. Dichas experiencias están asociadas a afectación grave del mundo interno y del bienestar¹⁶, lo cual puede llegar a trascender a lo largo de la vida,

comprometiendo de una u otra manera el futuro de la mujer que ha sido víctima. Por lo tanto, es necesario que quien orienta exprese continuamente empatía y sensibilidad, por cuanto se trata de mujeres sobrevivientes de agresión.

Adicionalmente, es necesario evitar la revictimización de la mujer, esto es, exigir a las mujeres relatos detallados de los acontecimientos que por recrear la experiencia traumática puedan producir perturbación y afectación psicológicas. Si la mujer desea expresar voluntariamente sus experiencias, pensamientos y sentimientos alrededor del acto de violencia, se recomienda enfocar los esfuerzos en la identificación y elaboración de sentimientos de vergüenza, temor, baja autoestima o culpa, los cuales suelen estar asociados a experiencias de violencia sexual.

Como se mencionó desde el comienzo de este documento, es relevante que quienes orientan en estos casos, conozcan el Protocolo de Atención Integral en Salud para Víctimas de Violencia Sexual, aprobado por la Ley No 459 de 2012, el cual provee herramientas conceptuales y metodológicas para el abordaje de las víctimas de violencia sexual en el marco de la garantía de calidad en los servicios y la protección de los derechos. Por consiguiente, los proveedores de servicios de salud deben seguir los requerimientos legales establecidos para el manejo de dichos casos y activar los sistemas para la remisión de las víctimas a servicios especializados.

Algunas veces al sistema de referencia y contrarreferencia puede incluir además de los centros de atención en salud en diferentes niveles de complejidad, organizaciones no gubernamentales, instituciones públicas como el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, Secretarías de Integración, y algunas organizaciones privadas con trayectoria conocida en el manejo psicosocial de víctimas de violencia sexual¹⁷. Cabe resaltar, finalmente, que en ningún caso esta atención puede convertirse en requisito para la realización de la IVE o en barrera o fuente de retraso para el acceso a la misma.

Las mujeres que están embarazadas como resultado de un acto de violencia sexual, además de tener derecho a considerar la IVE, tienen derecho a considerar la continuación del embarazo ya sea para asumir la maternidad o para entregar en adopción al recién nacido. Es importante clarificar estas alternativas durante la orientación y asesoría y acompañar a las consultantes en la consideración cuidadosa de cada una de ellas y a decidir autónomamente de acuerdo con sus valores y preferencias.

Para acceder a la IVE bajo la tercera causal se requiere únicamente presentar una denuncia ante la autoridad competente. Quien orienta debe mencionar esto a la consultante e indagar sobre barreras a la presentación de dicha denuncia, tales como amenazas, presiones, miedo a retaliaciones, sentimientos de vergüenza o de inhabilidad, desconocimiento de los derechos legales, entre otros, con el fin de guiarla hacia instituciones que puedan ayudarla con la presentación de la denuncia y/o brindarle protección. Es necesario recordar que a partir de la Ley No 1.257 de 2008, la denuncia de violencia sexual puede ser interpuesta por cualquier persona, y no necesariamente por la víctima, en tanto que los actos de violencia sexual han adquirido un carácter no conciliable, no desestible y no transable¹⁸.

Con relación a lo anterior, el Código Penal (Ley No 599 de 2000) en su artículo 208 hace alusión particular a la menor de 14 años y afirma que: “el que acceda carnalmente a persona menor de catorce (14) años, incurrirá en prisión de doce (12) a veinte (20) años...”¹⁹, lo cual expresa implícitamente que en todos los casos de abuso sexual a menores de 14 años se configura una conducta punible penalmente, y por lo tanto la presentación de la denuncia es una formalidad cuya ausencia no puede convertirse en barrera para el acceso de la menor a la IVE.

Como se ha mencionado en apartes anteriores del presente documento, la confidencialidad hace parte de los criterios de calidad de todos los servicios de orientación y asesoría. No obstante por las sensibles implicaciones que esta tiene en casos de violencia sexual, es pertinente enfatizarlo a la consultante y garantizarlo especialmente en los casos de atención a adolescentes. Al considerar aspectos específicos de la orientación y asesoría a las adolescentes, es importante que quien orienta garantice un espacio privado, confidencial y seguro para que las adolescentes puedan dar a conocer experiencias de violación, abuso sexual, incesto o maltrato físico y activar el sistema de referencia y contrarreferencia en concordancia con las normas vigentes.

CARACTERÍSTICAS DE LA ORIENTACIÓN PARA LA IVE FRENTE AL EMBARAZO PRODUCTO DE VIOLACIÓN, INCESTO O INSEMINACIÓN ARTIFICIAL O DE TRANSFERENCIA DE ÓVULO FECUNDADO, NO CONSENTIDAS

- No revictimizar a la mujer
- Permitir a la mujer la expresión libre y voluntaria de los sentimientos, emociones, pensamientos e inquietudes con respecto a la experiencia de la cual ha sido víctima
- Centrarse en las necesidades psicológicas y físicas de la mujer
- Clarificar la importancia de la denuncia, interpuesta por la víctima o por cualquier persona, como único requisito exigible para la práctica de la IVE
- Orientar y referir a la usuaria en consonancia con el Protocolo de Atención Integral en Salud a Víctimas de Violencia Sexual en Colombia

REFERENCIAS

1. Organización Mundial de la Salud. 1946.
2. Organización Mundial de la Salud. 2013.
3. Organización Panamericana de la Salud. OPS. Simposio de "Salud Mental y Física Durante Toda la Vida". Octubre 11 de 2005. Washington. D.C. USA.
4. Organización Mundial de la Salud. Aborto sin riesgos: Guía técnica y de políticas para Sistemas de Salud. Segunda edición. 2012.
5. González, Ana Cristina. Causal Salud. Interrupción legal del embarazo, ética y derechos humanos. FLASOG. Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres. Edit: ANDAR. México-Bogotá. 2008.
6. González, Ana Cristina. Op. Cit.
7. Ley No 1.090 de 2006, Título III: "De la Actividad Profesional del Psicólogo" Artículo 3°. Numeral j.
8. Corte Constitucional de Colombia. Sentencia T-388 de 2009.
9. Ibídem.
10. Corte Constitucional de Colombia. Sentencia C-355 de 2006.
11. Procuraduría General de la Nación. Procurando Equidad. Boletín No. 2. Mayo de 2008.
12. OMS, "Aborto sin riesgos", Op. Cit., pág. 92.
13. Corte Constitucional de Colombia. Sentencias C-355/06 y T-388/09.
14. Jewkes, R., Sen P, García-Moreno, C., La violencia sexual. En: Krug E., Dahlberg, L., Mercy, J.A., Zwi, A.B., Lozano, R. Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud. Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud. 2002: 161-197.
15. Ibídem.
16. Rodríguez, Leonardo. "Intervención Interdisciplinaria en casos de abuso sexual infantil", en Revista Universitas Psychological 2 (1). Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana, 2003.
17. Ibídem, páginas 152-153.
18. Congreso de la República de Colombia.
19. Congreso de la República de Colombia. Ley 599 de 2000. Código Penal Colombiano.
20. Corte Constitucional de Colombia. Sentencia T-209 de 2008.

ASESORÍA EN EL CONTEXTO DE LA IVE

4

La asesoría es en el contexto de la IVE, un proceso de comunicación entre la mujer y quien asesora que tiene como objetivo promover la salud sexual y reproductiva de la mujer a través de la provisión de información y la promoción del ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos, la interrupción voluntaria del embarazo y la anticoncepción, así como la motivación para la prevención del embarazo no deseado y el desarrollo de habilidades personales de autocuidado y control de factores de riesgo en salud sexual y reproductiva.

Los tópicos a incluir en la asesoría varían de acuerdo a las necesidades de la mujer y a la causal prevista en cada caso. No obstante, todas las asesorías deben abordar:

- ◆ El derecho a la IVE, las causales de excepción establecidas en la Sentencia C-355 de 2006 de la Corte Constitucional y los requerimientos para acceder a ella;
- ◆ En los casos en que se opte por la IVE o que la mujer lo desee, los métodos médicos y quirúrgicos para su realización, las complicaciones médicas y los cuidados postprocedimiento.
- ◆ Anticoncepción con métodos modernos;
- ◆ Derechos sexuales y reproductivos.

Idealmente y para hacer el proceso más eficiente, la asesoría se desarrolla en la misma sesión de la orientación y por la misma persona que orienta, quien requiere, como se mencionó anteriormente, conocimientos amplios en salud sexual y reproductiva y competencias teórico-prácticas y actitudinales específicas para el desarrollo de la asesoría. La OMS recomienda que la información brindada en la

asesoría, al igual que en la orientación, tenga lenguaje claro, sencillo y objetivo y que se suministre de forma completa a cada mujer de manera que ella cuente con los elementos de juicio necesarios para tomar la decisión que más le favorezca¹.

En los casos en que se desarrolle en una sesión separada, la asesoría debe iniciarse con la presentación y el encuadre a la manera descrita en el capítulo 2, mencionando los objetivos de la sesión y los temas a tratar y abriendo espacio para la que la mujer haga preguntas y comparta reflexiones o comentarios durante la misma. Cuando la asesoría sigue a la orientación, si la mujer ha optado por la IVE, se procede a explicar todo lo relacionado con la misma y una vez aclaradas las dudas se sigue con el desarrollo de los temas restantes.

En los casos en los que la mujer no ha tomado una decisión o ha optado por la continuación del embarazo, se procede a hacer una transición para introducir y desarrollar los demás tópicos de la asesoría. Independientemente de la decisión hecha por la mujer, se debe ofrecer la asesoría en anticoncepción al igual que en promoción y prevención en salud sexual y reproductiva.

4.1 ASESORÍA EN PROCEDIMIENTOS PARA LA IVE

De acuerdo con la OMS la asesoría debe incluir información sobre los dos métodos de procedimientos para la interrupción del embarazo: el método de aspiración endouterina y el método con medicamentos y los criterios de elegibilidad para cada uno².

La información sobre cada método debe contener:

- ◆ Una descripción sucinta del procedimiento.
- ◆ Tiempo aproximado de duración.
- ◆ Manejo del dolor.
- ◆ Efectos esperados, efectos secundarios, complicaciones asociadas.
- ◆ Retorno a las actividades cotidianas.
- ◆ Cuidados de seguimiento e información sobre los signos de alarma de complicaciones y dónde obtener servicios para la atención de las mismas³.

Quien asesora debe proveer un espacio para escuchar las inquietudes y preguntas que la usuaria tenga al respecto de los métodos para la IVE, como también para aclarar y repetir conceptos cuando sea necesario. Es importante mencionar la alta efectividad y seguridad de los tratamientos.

La asesoría puede reforzarse con material audiovisual y/o con la entrega de material escrito para llevar a casa que explique didácticamente y con lenguaje sencillo los aspectos más relevantes sobre el procedimiento de la IVE y el cuidado posterior a la misma.

4.1.1. Sobre la aspiración endouterina para la IVE

La asesoría relacionada con el tratamiento debe acomodarse a las necesidades particulares de cada mujer y dirigirse a desmitificar y corregir preconceptos erróneos que puedan producir temor o aprehensión frente al procedimiento, resolver preguntas y aclarar cualquier otro aspecto relacionado con el mismo. Es importante mencionar el carácter privado y confidencial del procedimiento y el estricto cumplimiento de normas de asepsia y antisepsia durante el mismo.

Los siguientes son los aspectos básicos que se deben incluir en la asesoría acerca de la aspiración endouterina:

En qué consiste y qué tan efectiva es: La aspiración endouterina es un procedimiento mediante el cual el contenido del útero es extraído a través de una cánula conectada a una fuente de vacío. La aspiración endouterina, que puede ser eléctrica o manual de acuerdo a la fuente de vacío que se emplee, se realiza de manera ambulatoria y bajo anestesia local, por lo que es una intervención generalmente bien tolerada y muy efectiva, alcanzando entre 95% al 99,5% de efectividad^{4,5}.

Tiempo de duración: Incluye el tiempo de intervención y de observación posterior. La duración de la intervención es variable y depende de las condiciones de funcionamiento de cada institución. Se calcula que en promedio es de 1 hora a 1.5 horas en total.

Medicamentos: Se emplean analgésicos y antibióticos antes y/o después del procedimiento, para el manejo del dolor y la prevención de infecciones, respectivamente.

Examen pélvico: Incluye el examen de genitales externos, examen vaginal y examen bimanual del útero y sus anexos, todo lo cual se realiza al inicio de la intervención para determinar presencia o ausencia de infecciones, tamaño y posición del útero y reacción a la movilización de los anexos. Es útil emplear un modelo de la pelvis femenina, un espéculo y otros materiales didácticos para complementar la información suministrada. Se deben responder todas las preguntas que la consultante tenga al respecto y aprovechar la oportunidad para deconstruir falsos conceptos con respecto al examen físico y el instrumental utilizado.

Pasos para la dilatación y evacuación uterina por aspiración al vacío: Incluye especuloscopia, asepsia del cérvix, bloqueo anestésico, inserción de la cánula y succión. En los casos en que se usa misoprostol previo al procedimiento para producir ablandamiento del cuello uterino, este debe incluirse en la explicación. La mujer debe recibir información sobre las molestias físicas más comunes asociadas a la intervención así como sobre la realización del procedimiento bajo sedación consciente en los casos en que esté disponible en la institución.

Algunas mujeres desean saber cuál es el manejo de los restos ovulares. En dichos casos, quien asesora debe reconocer la legitimidad de la pregunta y el derecho que tiene la usuaria a una respuesta apropiada. Se debe dar información clara y general sobre el protocolo seguido por la institución de salud respondiendo a la normatividad sanitaria. Es importante no usar términos como “hijo/a”, “bebé”, “nené”, “niño/a”, para referirse a los restos ovulares y en su lugar usar términos como “embrión” o “feto”, por ejemplo.

Manejo del dolor y/o las molestias físicas durante el procedimiento: Se debe mencionar el uso de analgésicos y de anestesia local para el manejo del dolor. En esta fase puede ser útil indagar sobre experiencias previas de dolor físico y cómo se han afrontado. Se deben explicar y practicar técnicas de respiración, las cuales facilitarán la relajación y manejo del dolor. Las mujeres que no puedan relajarse suficientemente como para tolerar la introducción del espéculo o el examen bimanual son candidatas a la IVE bajo sedación consciente.

Periodo de observación: Permanencia en observación después del procedimiento durante un tiempo relativamente corto hasta sentirse bien y estar en condiciones estables y seguras para retornar a las actividades habituales. Además se debe informar que a las mujeres negativas para el antígeno sanguíneo Rh se les administrará inmunoglobulina anti-D para prevenir problemas de salud en los futuros

embarazos. Se debe decir a la mujer que durante el periodo de observación después del procedimiento recibirá información sobre los cuidados y el seguimiento.

Complicaciones asociadas y signos de alarma: La asesoría debe incluir información sobre los signos de alarma y posibles complicaciones asociadas al procedimiento y la probabilidad de ocurrencia. La mujer debe acudir a servicios médicos en caso de presentar dolor abdominal severo, fiebre o sangrado vaginal mayor a dos toallas higiénicas empapadas por hora, durante más de dos horas consecutivas. Las complicaciones a mencionar son: hemorragia, hematómetra, perforación uterina, infección, evacuación fallida, desgarros de cuello y reacciones anestésicas. Se debe explicar brevemente y en lenguaje sencillo en qué consisten y la probabilidad de ocurrencia de cada una de ellas.

Seguimiento: Después de la aspiración endouterina sin complicaciones, la visita de control y seguimiento puede ser opcional si la mujer ha sido informada adecuadamente sobre cuándo solicitar atención debido a complicaciones y si ha recibido el método anticonceptivo que mejor se acomode a sus necesidades⁶. Se debe informar que la ovulación puede ocurrir entre 8 y 10 días después y la menstruación entre 30 y 40 días aproximadamente⁷. La mujer debe saber que podrá retomar sus actividades cotidianas entre 1 y 2 días postprocedimiento.

4.1.2. Sobre el tratamiento con medicamentos para la IVE

La IVE con medicamentos ofrece la ventaja de realización en casa sin supervisión médica cuando la edad gestacional es de hasta 10 semanas (70 días). Con gestaciones mayores de 70 días debe realizarse bajo supervisión médica en la institución de salud. Por lo tanto, la explicación de tratamiento con medicamentos debe diferenciar aquel que se lleva a cabo en la casa del que se realiza bajo supervisión.

Los tópicos a incluir en la asesoría sobre la IVE con medicamentos son:

En qué consiste y qué tan efectiva es: La IVE con medicamento emplea el mifeprostol, medicamento que causa el efecto de maduración o ablandamiento del cuello uterino y produce contracciones del útero, lo cual provoca la expulsión del embarazo sin necesidad de un procedimiento con instrumentos. Al igual que la aspiración endouterina, la IVE con medicamentos es segura y su efectividad alcanza alrededor de un 85%⁸.

Medicamentos empleados: Se debe explicar el esquema de misoprostol y el uso de analgésicos, asegurando que la mujer ha comprendido bien cómo seguirlos.

Efectos esperados: El sangrado es variable tanto en cantidad como en el momento en que aparece. Con frecuencia se presenta dentro de las tres primeras horas después de haberse administrado el misoprostol⁹. Usualmente es mayor al de una menstruación, es más abundante en el momento de la expulsión, y disminuye progresivamente¹⁰.

Dura en promedio 2 semanas, pero puede llegar a durar hasta 5 semanas¹¹. Se puede presentar expulsión de coágulos y restos ovulares. La expulsión completa ocurre hasta en un 80% de los casos dentro de las 24 horas siguientes a la administración del medicamento¹². El dolor abdominal usualmente es de tipo cólico y de una intensidad mayor que el dolor menstrual y tiende a mejorar rápidamente tan pronto como ocurre la expulsión. Se controla con analgésicos^{13,14}.

Efectos secundarios: Explicar que se pueden presentar efectos como: náuseas, vómito, diarrea, fiebre, escalofríos, y mareo. Se debe explicar a la mujer que no siempre se presentan y cuando lo hacen debe quedar clara la intensidad esperada o habitual para que ella pueda diferenciarlos de cuadros más intensos que constituyen signos de alarma de complicaciones.

Signos de alarma y complicaciones asociadas: Las complicaciones son muy infrecuentes (sangrado abundante o prolongado en menos del 1% de los casos). No obstante hay que aclarar que cualquier sintomatología que se salga de lo esperado debe ser consultada con el/la médico/a. Es importante proveer información sobre dónde acceder a un servicio de atención inmediata las 24 horas, de manera que la mujer pueda ser atendida oportunamente.

Seguimiento: La mujer debe saber que ocasionalmente la IVE con medicamentos puede fallar, por lo cual es importante asistir a la cita de control a las dos semanas con el fin de confirmar que la interrupción del embarazo se ha llevado a cabo. Si el embarazo ha continuado se procederá a la realización de una evacuación uterina. Al igual que en la IVE por aspiración, la ovulación puede ocurrir tan pronto como 8 a 10 días después de haberse producido el aborto y reaparición de la menstruación entre 30 a 40 días postprocedimiento¹⁵. La mujer puede retomar sus actividades cotidianas entre las 24 y 48 horas siguientes.

4.2 CONSENTIMIENTO INFORMADO

Una vez realizada la asesoría sobre los métodos de tratamiento para la IVE y la mujer haya elegido el que más se acomoda a sus necesidades, basada en la edad gestacional y condiciones de salud, se debe proseguir a la obtención del consentimiento informado.

El consentimiento informado es una obligación legal y ética de los/las prestadores/as de servicios de salud y de los/las pacientes por medio de la cual se garantiza la calidad en el proceso de toma de una decisión en el contexto médico¹⁶.

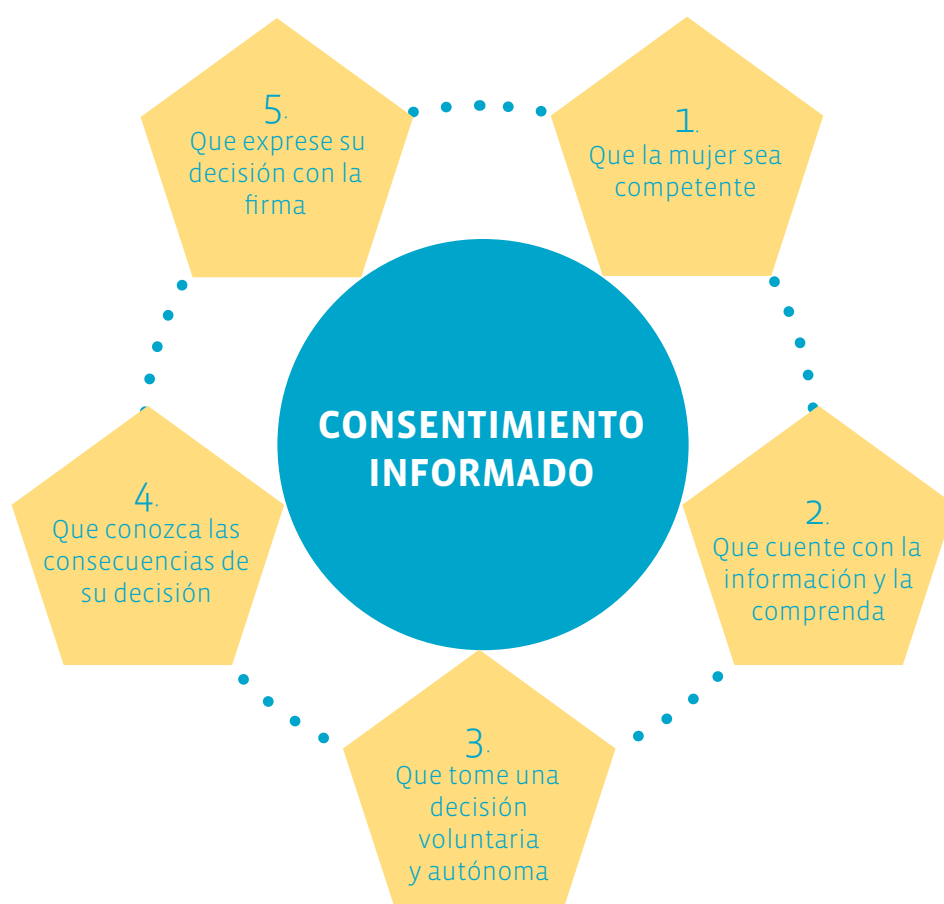
La información suministrada para la obtención del consentimiento además de ser **completa, veraz** y **acorde con la evidencia médica actualizada**, debe ser **continua**, es decir que debe suministrarse en todas las fases del proceso. Debe ser, además, **cualificada**, es decir que debe emitirse en lenguaje claro y fácil de entender para la usuaria, poniendo en palabras sencillas los términos médicos y asegurando que el mensaje es completamente comprendido¹⁷.



El consentimiento informado requiere que la mujer:

- ◆ Cuenten con la capacidad de raciocinio para comprender, analizar y juzgar la información recibida.

- ◆ Conozca los métodos de tratamiento disponibles para la IVE, en qué consisten, y los beneficios y posibles complicaciones asociadas a cada uno de ellos.
- ◆ Entienda que su decisión de acceder al procedimiento es totalmente autónoma, libre y voluntaria.
- ◆ Pueda dimensionar las consecuencias de la opción que hace.
- ◆ Exprese por escrito su decisión, con su firma o con la impresión de la huella digital en caso de no saber firmar^{17,18}.



En los casos de mujeres menores de edad deben tenerse en cuenta los derechos que las asisten en toda circunstancia. Al respecto de lo cual la Resolución No 0769 emitida en 2008 por el Ministerio de la Protección Social plantea:

“... El Estado debe garantizar la salud y los derechos sexuales y reproductivos de las/los adolescentes (14 a 18 años), a partir de la interpretación de la Convención sobre los Derechos del Niño - Ley No 12 de 1991 - que se refiere entre otros, al reconocimiento y garantía de la no discriminación, a la libertad de expresión, a la libertad de pensamiento, conciencia y religión, a la protección de la vida privada, al acceso a una información adecuada, a la educación. El eje fundamental de interpretación es el criterio de interés superior del niño, desarrollado por la Corte Constitucional en diferentes sentencias [...]. Los y las adolescentes tienen la posibilidad de tomar decisiones sobre su cuerpo y su salud que no pongan en riesgo su vida, es importante resaltar que incluso pueden decidir una situación tan compleja como dar a su hijo en adopción.”²⁰

Con respecto a las menores de 14 años, la Circular No 068 de 2008 emitida por el Instituto Colombiano de Bienestar familiar cita lo dicho por la Corte Constitucional en la Sentencia C-355 de 2006:

“Cualquier medida de protección que despoje de relevancia jurídica el consentimiento de la menor de 14 años frente a la interrupción voluntaria del embarazo, se revela sin remedio no solo como inconstitucional, sino como contraproducente para la efectividad de sus derechos fundamentales y para la defensa de su legítimo interés superior, por ser abiertamente contraria a la dignidad humana.”²¹

La circular cita también lo dicho por la Corte en la misma sentencia.

Frente al complejo y delicado tema de las niñas menores de 14 años, al pronunciarse sobre el artículo 123 del Código Penal demandado parcialmente, la Corte consideró:

“... Se tiene entonces, que la jurisprudencia constitucional ha reconocido en los menores la titularidad del derecho al libre desarrollo de la personalidad y la posibilidad de consentir tratamientos e intervenciones sobre su cuerpo, aun cuando tengan un carácter altamente invasivo. En esta medida, descarta que criterios de carácter meramente objetivo, como la edad, sean los únicos determinantes para establecer el alcance del consentimiento formulado por los menores para autorizar tratamientos e intervenciones sobre su cuerpo.”²²

4.3 ASESORÍA EN ANTICONCEPCIÓN

El uso de métodos anticonceptivos modernos ha sido reconocido como una de las herramientas más efectivas para disminuir las tasas de embarazos no deseados, abortos inseguros, discapacidad y mortalidad relacionadas con el parto y el aborto inseguro²³. La asesoría en anticoncepción juega un papel importante no solo antes de que una mujer quede embarazada, sino también después de la IVE o del parto²⁴.

Tanto las mujeres que deciden continuar su embarazo como las que optan por la IVE, tienen derecho a recibir asesoría anticonceptiva. No obstante, la asesoría en anticoncepción, así como la elección e inicio de un método anticonceptivo no son requisitos para la realización de la IVE.

Las mujeres que deciden continuar con su embarazo pueden querer limitarse a este único embarazo o planear la tenencia de uno o varios hijos en el futuro, para lo cual requieren usar un método anticonceptivo postparto. Aunque en dicho casos parte de la atención de la mujer gestante incluirá información sobre anticoncepción, no se debe perder la valiosa oportunidad que la asesoría brinda para contribuir a la educación y empoderamiento de la mujer en el ejercicio de sus derechos.

Por otra parte, aquellas mujeres que optan por la IVE requerirán la asesoría en anticoncepción para empezar a usar un método antes del inicio de la actividad sexual y antes del restablecimiento de su ciclo menstrual habitual. La ovulación retorna en promedio dentro de las dos semanas siguientes a la IVE²⁵, pero puede ocurrir tan rápido como de 8-10 días después de un aborto de primer trimestre²⁶.

Al inicio de la asesoría es útil indagar sobre el conocimiento y la experiencia previa de la mujer con los métodos anticonceptivos. En los casos en los que el embarazo no fue planeado es importante saber si la mujer estaba usando un método, cuál era dicho método y la forma en que lo empleaba para determinar fallas en el uso y posibles soluciones, así como el nivel de satisfacción de la usuaria y considerar nuevas opciones si es necesario.

La asesoría, al igual que la orientación, se estructura de acuerdo a las necesidades y preferencias de cada mujer. Sin embargo, se recomienda que la asesoría:



Enfatice los derechos

En concordancia con lo ya mencionado en el capítulo 2 con respecto al marco de derechos que ampara al proceso de orientación y asesoría, el cual incluye los derechos fundamentales a la autonomía, a la libertad, a la dignidad y a la información, el derecho a la salud y los derechos sexuales y derechos reproductivos, es necesario que la usuaria tenga claridad sobre:

- ◆ El derecho al disfrute de la sexualidad sin temor a embarazos no deseados.
- ◆ El derecho a no tener hijos si no lo desea y a comprender la maternidad como una opción personal y que debe ser tomada en el marco de respeto a los derechos fundamentales.
- ◆ El derecho a tener hijos si así lo desea y a ejercer control sobre su natalidad, es decir, a decidir libre, autónoma y responsablemente cuántos hijos quiere tener, cuándo, con quién y con qué espaciamiento.

La asesoría debe mencionar y explicar uno a uno los derechos que asisten a la mujer y explorar las herramientas con que cuenta en la toma de decisiones anti-conceptivas, así como las estrategias de negociación con la pareja para el uso de métodos, en caso de que se identifique conflicto y la usuaria desee apoyo en esa área. Para muchas mujeres, el solo hecho de saber que controlar su natalidad es un derecho, las empodera y anima en la elección de un método anticonceptivo.

Se base en evidencia médica y siga los lineamientos técnicos

La asesoría en anticoncepción debe seguir las directrices trazadas por la medicina basada en la evidencia y estar acorde con los criterios médicos de elegibilidad para el uso de los métodos anticonceptivos²⁷ y las recomendaciones técnicas publicados recientemente por la OMS. Además debe seguir las consideraciones enunciadas en la Norma Técnica para la Atención de la Planificación Familiar de Hombres y Mujeres expedida por el Ministerio de la Protección Social a través de la Resolución No 0769 de 2008.

Promueva el inicio inmediato de un método anticonceptivo

El uso de métodos anticonceptivos modernos hace parte del ejercicio de los derechos mencionados anteriormente. No es necesario esperar hasta la menstruación que sigue a la interrupción del embarazo para iniciar un método, pues como se indicó antes, esta aparece más tarde que la ovulación, por lo cual la mujer está en riesgo de embarazo corto tiempo después de la IVE. Varios estudios demuestran que la iniciación de un método anticonceptivo moderno inmediatamente después de la IVE se asocia a un riesgo menor de embarazo no deseado y a una menor tasa de abortos repetidos^{29, 30, 31}.

Se debe no solo proveer información sobre anticoncepción, sino también motivar a la usuaria para el inicio inmediato de un método. Explicar las ventajas del inicio inmediato, mencionar la efectividad, y enmarcar la información en el escenario de los deseos y las preferencias que la usuaria ha expresado, son maneras de motivarla para empezar a usar un método anticonceptivo moderno.

Promueva los métodos de larga duración

La medicina basada en la evidencia ha documentado las ventajas del uso de métodos anticonceptivos de larga duración después de la IVE. Los métodos de larga duración son más costo-efectivos, tienen menor falla en el uso y tasas de continuación anual 50% mayores con respecto a los métodos de corta duración^{32, 33}.

Se debe proveer información sobre estos métodos y promover su uso siempre y cuando se cumplan los criterios de elegibilidad y la usuaria haya optado voluntariamente por ellos considerando sus condiciones y preferencias. Se ha documentado por ejemplo, que cuando las mujeres cuentan con información adecuada sobre el dispositivo intrauterino (DIU) provista por un prestador de servicios de salud calificado su interés en el método y en su uso aumenta significativamente³⁴.

Presente los métodos en orden de mayor a menor efectividad

A diferencia de la eficacia, que se refiere a los resultados obtenidos cuando el método se usa en condiciones ideales, la efectividad hace referencia a qué tanto un método protege del embarazo cuando se usa en condiciones habituales o cotidianas. Es importante enfatizar en los métodos que tengan mayor efectividad,

empezando siempre por mencionar los más efectivos. Se ha documentado, que explicar a la mujer, preferiblemente con diagramas, el nivel esperado de efectividad de los métodos anticonceptivos influye positivamente en la elección de métodos de más alta efectividad³⁵.

Informe sobre doble protección

Otro aspecto a considerar en la asesoría en anticoncepción es el de la doble protección, definida como una estrategia para proveer simultáneamente protección contra el embarazo no deseado y las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) incluyendo el VIH. La doble protección se puede lograr de dos maneras:

- ◆ Mediante el uso de condón únicamente. Aunque el condón previene tanto el embarazo como las ITS y la infección por VIH, su efectividad como método anticonceptivo es baja.
- ◆ Uso combinado de condón más otro método anticonceptivo (inyectable, implante, anticonceptivos orales). Con esta modalidad se incrementa la efectividad tanto anticonceptiva como preventiva de las ITS y de la infección por el VIH.

Como parte de la asesoría se debe ayudar a la mujer a establecer sus riesgos y a identificar sus preferencias de modo que pueda seleccionar la forma más adecuada de doble protección, teniendo en cuenta que lo ideal es optar por una modalidad combinada.

Informe sobre anticoncepción de emergencia

Toda asesoría en anticoncepción debe contener información sobre anticoncepción de emergencia con píldoras y con DIU, sus mecanismos de acción, las presentaciones disponibles en el mercado y dónde obtenerlas.

La OMS recomienda brindar píldoras de anticoncepción de emergencia para que la mujer las lleve a casa, especialmente en los casos en los que decida no usar un método anticonceptivo o usar solamente el condón³⁶.

Deconstruya preconceptos negativos

Otro elemento útil para promover la apropiación de derechos por parte de la mujer es la deconstrucción de mitos y prejuicios sobre la anticoncepción y sobre los métodos anticonceptivos^{37,38}. Para esto es necesario que quien asesora conozca los mitos y prejuicios más comúnmente mencionados en la literatura, en especial aquellos que aplican al contexto cultural de su práctica y que cuente con la información suficiente y basada en la evidencia para apoyar a la mujer en la deconstrucción de creencias predefinidas y negativas al respecto. Algunos ejemplos de mitos comunes son: Los anticonceptivos:

- ◆ Aumentan el riesgo de infección pélvica.
- ◆ Provocan embarazos ectópicos y causan infertilidad.
- ◆ La aplicación del DIU es complicada y dolorosa, puede provocar lesión del útero, solo puede colocarse durante la menstruación y se cae muy fácilmente.
- ◆ Todos son abortivos.

Se centre en la usuaria

Para ser centrada en la usuaria, la asesoría en anticoncepción debe ser, al igual que la orientación, un proceso que responda a sus necesidades y preferencias, de tal manera que sea ella quien elija el método anticonceptivo que considere más favorable teniendo en cuenta su estado de salud, su acceso al mismo y su estilo de vida³⁹. Lo anterior evita que la asesoría sea una lección repetitiva sobre todos los métodos y sus mecanismos de acción frente a una usuaria pasiva y la transforma en un diálogo dinámico en el que la mujer participa activamente y sus necesidades determinan las prioridades a considerar.

Cuando se trata de anticoncepción, uno de los aspectos más importantes es asegurar la continuación del método, pues de poco sirve que la usuaria inicie de inmediato un método pero lo abandone un par de meses después o que haga uso irregular del mismo. Al ser las usuarias las protagonistas de su elección anticonceptiva, se contribuye al aumento de las tasas de continuidad en el uso del método. Para incrementar la continuidad en el uso de anticoncepción, es muy importante asegurar que la usuaria comprenda la anticoncepción como un derecho y que sus niveles de aceptación y satisfacción con respecto al método sean altos. Todo lo

anterior se posibilita con una asesoría de alta calidad en la que la mujer participe eligiendo el método que más se ajuste a sus condiciones de salud y a sus posibilidades de acceso, que favorezca más sus preferencias y que responda mejor a sus necesidades. Por lo tanto, la asesoría debe indagar sobre esos factores de manera sistemática e ir descartando los métodos no elegibles hasta encontrar aquellos más adecuados.

Mediante una comunicación dinámica, quien asesora y la usuaria deben encontrar respuestas a las siguientes preguntas:

◆ **¿Existe alguna contraindicación médica?**

Busca saber si la mujer tiene condiciones médicas que de acuerdo con los criterios de elegibilidad indicados por la OMS, se constituyan en contraindicaciones para el uso de determinados métodos. Esto permite considerar solamente las opciones anticonceptivas que favorezcan el mantenimiento de la salud de la usuaria.

◆ **¿Qué tanto acceso y continuidad en el suministro de los métodos tiene la usuaria?**

La respuesta a esta pregunta permite escoger dentro de los métodos no descartados con la pregunta anterior, las opciones anticonceptivas que estén al alcance de la mujer de manera continua y no solo esporádicamente con el fin de aumentar la continuación del método elegido.

Muchas mujeres acceden a los métodos anticonceptivos a través del Sistema de Seguridad Social en Salud; otras requieren o prefieren comprarlo con sus propios recursos económicos. Dado que el tiempo de acción varía de un método a otro, es importante que quien asesora ayude a la mujer a conocer el costo de los métodos por año para que ella cuente con un criterio común a la hora de elegir y asociando esta información a la tasa de efectividad pueda elegir el más costo-efectivo. Por ejemplo, las píldoras anticonceptivas deben obtenerse cada mes, mientras el dispositivo intrauterino hormonal se coloca 1 vez y actúa durante 5 años. Así que al presentar el valor de estos métodos se debe multiplicar el valor de las píldoras por 12 para obtener su valor por año, y dividir el valor del DIU hormonal en 5 para obtener su valor anual.

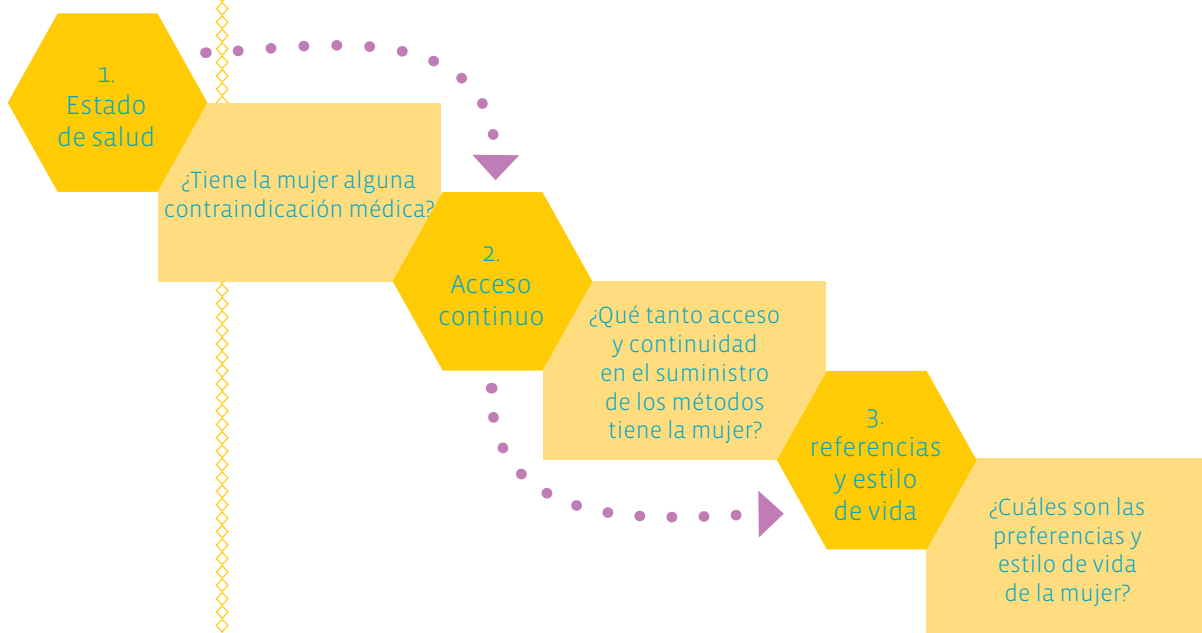
◆ **¿Cuáles son las preferencias y el estilo de vida de la usuaria?**

Esta pregunta sirve para ofrecer a la mujer un método que se acomode a su vida cotidiana y a que sea de su predilección. Por ejemplo, si la usuaria tiene temor a las inyecciones y a los pinchazos con agujas, es posible que su adherencia a

los métodos inyectables mensuales o trimestrales sea pobre y por lo tanto deba considerarse el descartar dichos métodos.

Una vez se han identificado los métodos elegibles, se debe proseguir a considerarlos uno a uno junto con la usuaria, de tal manera que al final del proceso ella pueda elegir el que más le convenga. Quien asesora debe brindar información detallada sobre cada método, incluyendo efectividad, duración de la acción, mecanismo de acción, cómo usarlo, dónde y cuándo obtenerlo, costo económico, efectos esperados y seguimiento requerido.

Una vez la mujer ha elegido autónomamente un método anticonceptivo, se debe clarificar el uso y enfatizar la importancia de la adherencia al mismo, a la vez que dejar abiertas las puertas para que la mujer consulte cuando lo desee.



Asesoría anticonceptiva centrada en la mujer

Idealmente, los centros que prestan servicios de orientación y asesoría para la IVE deben proveer los métodos anticonceptivos a las usuarias de acuerdo con su elección. Sin embargo, cuando el método elegido por la mujer no está disponible, se debe brindar información sobre dónde obtenerlo o diligenciar la remisión correspondiente para que lo reciba y ofrecer un método temporal efectivo.

4.4 CIERRE DE LA ASESORÍA

Es recomendable que el cierre de la sesión sea amable y afirme el esfuerzo de la usuaria para participar en la misma. Se debe preguntar por dudas o inquietudes adicionales y planear la atención de las mismas, en lo posible para un tiempo posterior a la IVE en los casos en los que la mujer ha optado por esta. Se debe brindar información por escrito con instrucciones a seguir, así como material educativo adicional y recordar a la mujer la disponibilidad permanente del servicio de orientación y asesoría para responder preguntas y brindar apoyo en el área de salud sexual y reproductiva. La historia clínica debe incluir una nota de la asesoría indicando el método anticonceptivo elegido por la mujer y las instrucciones y recomendaciones suministradas a la misma.

REFERENCIAS

1. Organización Mundial de la Salud. Aborto sin Riesgos. Guía Técnica y de Políticas para Sistemas de Salud. Segunda Edición. 2012.
2. *Ibíd.*
3. *Ibíd.*
4. Greenslade FC, Benson J, Winkler J, Henderson V, Wolf M and Leonard A. Summary of clinical and programmatic experience with manual vacuum aspiration. *IPAS Advances in Abortion Care* . 1993;3(2):1-4.
5. Westfall JM, Sophocles A, Burggraf H, et al. Manual vacuum aspiration for first trimester abortion. *Arch Fam Med* 1998;7: 559-561.
6. *Ibíd.*
7. Boyd EF Jr, Holmstrom EG. Ovulation following therapeutic abortion. *Am J Obstet Gynecol*. 1972 Jun 15; 113(4):469-73.
8. Faúndes A, Fiala C, Tang OS, Velasco A. Misoprostol for the termination of pregnancy up to 12 completed weeks of pregnancy. *Int J Gynaecol Obstet*. 2007 Dec; 99 Suppl 2:S172-7. Epub 2007 Oct 24. Review.
9. Creinin, Mitchell. Current medical abortion care. *Current Women's Health Reports*, 2003;3: 461-9.
10. Paul, M. Abortion. In *Contraceptive Technology*, 19th revised ed, eds. Hatcher RA, Trussell J, Nelson AL, Cates W, Stewart FH, Kowall D. New York, NY: Ardent Media, Inc. 2007.
11. De Nonno LJ, Westhoff C, Fielding S, Schaff E. Timing of pain and bleeding after mifepristone-induced abortion. *Contraception*. 2000 Dec; 62(6):305-9.
12. Faundes A, Fiala C, Tang OH, Velasco A. Misoprostol for the termination of pregnancy up to 12 completed weeks of pregnancy. *Inter J Gynecol Obstet*, 2007; 99: S172-7.
13. Albert KS, Gernaat CM. Pharmacokinetics of ibuprofen. *Am J Med*. 1984 Jul13; 77(1A):40-6.

14. Hall AH, Smolinske SC, Stover B, Conrad FL, Rumack BH. Ibuprofen overdose in adults. *J Toxicol Clin Toxicol.* 1992;30(1):23-37.
15. Boyd EF Jr et al. 1972. Op. Cit.
16. Perucci Alissa C. *Decision Assessment and Counseling in Abortion Care. Philosophy and Practice.* Rowman and Littlefield Publishers, INC. Plymouth, UK. 2012.
17. Instituto Colombiano de Bienestar Familiar. Resolución- No 068 de 2008. Sobre la Sentencia C-355 de 2006.
18. Perucci AC. 2012. Op. Cit.
19. Congreso de la República de Colombia. Ley No 23 de 1981. Título II, Capítulo I. Art. 15.
20. Ministerio de la Protección Social. Resolución No 0769 de 2008. Capítulo 5, numeral 5.6.3. Sobre la Elección Informada y el Consentimiento Informado.
21. Instituto Colombiano de Bienestar Familiar. Resolución No 068 de 2008. "Sobre la Sentencia C-355 de 2006."
22. *Ibidem.*
23. Organización Mundial de la Salud. 2012. Op. Cit.
24. *Ibidem.*
25. *Ibidem.*
26. Boyd EF Jr et al. 2012. Op. Cit.
27. Criterios de elegibilidad para el uso anticonceptivos. Organización Mundial de la Salud (OMS). Cuarta Edición. 2009.
28. *Planificación Familiar. Un Manual Mundial para Proveedores.* Actualización Modificada en 2011. Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health/Center for Communication Programs and World Health Organization. 2011.
29. Curtiss C, Huber D, Moss T. Postabortion Family Planning: Addressing the Cycle of Repeat Unintended pregnancy and Abortion. *International Perspectives on Sexual and Reproductive Health.* Vol. 36, Number 1, March 2010.
30. Heikinheimo O, Gissler M, Suhonen S. Age, parity, history of abortion and contraceptive choices affect the risk of repeat abortion. *Contraception* 2008;(78) 149-154.
31. Kavanaugh M, Carlin ME, Jones RK. Patients' attitudes and experiences related to receiving contraception during abortion care. *Contraception.* 2011. Vol. 84, Issue 6, Pág. 585-593.
32. Grimes DA, Lopez LM, Schulz KF, Stanwood NL. Immediate postabortal insertion of intrauterine devices. *Cochrane Database Syst Rev.* 2010 Jun 16;(6):CD001777. doi: 10.1002/14651858.CD001777.pub3. Review.
33. Trussell J, Leveque JA, Koenig JD, London R, Borden S, Henneberry J, LaGuardia KD, Stewart F, Wilson TG, Wysocki S et al. "The economic value of contraception: a comparison of 15 methods." *Am J Public Health* 1995; 85:494 - 503
34. Fleming KL , Sokoloff A , Raine TR . Attitudes and beliefs about the intrauterine device among teenagers and young women . *Contraception* 2010 ; 82 : 178 - 82 .
35. Steiner M, Trussell J, Mehta N, Condon S, Subramaniam S, Bourne D. Communicating contraceptive effectiveness: A randomized controlled trial to inform a World Health Organization family planning handbook. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* (2006) 195, 85-91.
36. Organización Mundial de la Salud. 2012. Op. Cit.
37. Black K , Lotke P, Buhling KJ, Zite NB. A review of barriers and myths preventing the more widespread use of intrauterine contraception in nulliparous women. *The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*, October 2012; 17: 340-350.
38. Russo JA, Miller E, Gold MA. Myths and Misconceptions About Long-Acting Reversible Contraception (LARC). *Journal of Adolescent Health* 52 (2013) S14eS21.
39. Fundación Educación para la Salud Reproductiva ESAR. Asesoría en Anticoncepción. Documento de trabajo. Bogotá, Colombia. 2013.
40. Trussell J, Lalla AM , Doan QV , et al . Cost effectiveness of contraceptives in the United States. *Contraception.* 2009; 79 : 5 - 14.

ACOMPañAMIENTO DURANTE Y DESPUÉS DE LA INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO

5

Una vez cumplidos todos los requisitos para la obtención del consentimiento informado, se procede a la realización de la aspiración endouterina o del tratamiento con medicamentos. En ambos casos la persona que acompaña al procedimiento de interrupción voluntaria del embarazo juega un papel importante al proveer apoyo emocional e información a la mujer y apoyo al personal de salud durante y después de la IVE.

5.1 ACOMPañAMIENTO PARA LA ASPIRACIÓN ENDOUTERINA

5.1.1. Funciones generales de quien realiza el acompañamiento

El acompañamiento para la aspiración endouterina puede hacerlo la misma persona que orientó y asesoró a la mujer u otra persona debidamente capacitada. Son funciones de la persona que realiza el acompañamiento:

- 1. Revisión de la historia clínica:** Con el fin de identificar las características médicas y emocionales de la usuaria de tal manera que el acompañamiento y la atención respondan a su estado clínico (edad gestacional, lactancia, patologías especiales) y a sus necesidades y preferencias específicas.

- 2. Firma de consentimiento informado:** Verificar que se haya obtenido el consentimiento informado de acuerdo con los parámetros descritos en el capítulo anterior y que este cuente con la firma de la consultante. Si aún no lo ha firmado, debe hacerlo en este momento.
- 3. Preparación de la mujer:** Proveer un espacio adecuado para que la mujer se cambie de ropa y evacúe la vejiga. Suministrar los medicamentos (analgésicos, antibióticos, oxitócicos) que se deban administrar antes de iniciar la intervención. Ayudarla a subir y acomodarse en la mesa de procedimientos.
- 4. Ofrecimiento de método anticonceptivo.** En coherencia con los temas tratados durante la orientación y asesoría, averiguar en este momento por el método anticonceptivo que haya elegido la mujer y ofrecer la opción de iniciarlo una vez terminado el procedimiento.
- 5. Verificación y apoyo en la preparación del instrumental:** Verificar que todo el instrumental necesario para la realización del procedimiento esté disponible y preparado de acuerdo con los estándares de buenas prácticas.
- 6. Apoyo al profesional de medicina:** Aunque el propósito del acompañamiento es brindar apoyo a la mujer, eventualmente puede ser necesario dar apoyo al/a la profesional que está realizando el procedimiento. Estas situaciones incluyen: cambios en el estado físico o emocional de la mujer, presencia de complicaciones, necesidad de otros miembros del equipo médico para realizar la intervención.
- 7. Información a acompañantes de la usuaria:** Al finalizar el procedimiento se debe informar a quienes acompañan a la mujer sobre su estado de salud, así como resolver las preguntas que éstos tengan al respecto.

5.1.2. Acompañamiento durante el procedimiento

Después de la orientación y asesoría que precede a la aspiración endouterina, la mujer cuenta con muchos elementos que le permiten afrontar el procedimiento con tranquilidad. No obstante, es indispensable asegurar que durante la realización del mismo se mantengan las condiciones de apoyo emocional y resolución de inquietudes relacionadas con el procedimiento para contribuir a una adecuada integración de la experiencia por parte de la usuaria. En algunos casos la mujer se siente ansiosa, temerosa, o lábil emocionalmente, por lo cual la cercanía de quien la acompaña adquiere aún más relevancia.

Algunas recomendaciones generales para un acompañamiento adecuado durante el procedimiento de aspiración endouterina son:

- Postura corporal, actitud y tono de voz amables.
- Generar un ambiente de tranquilidad y seguridad para la mujer.
- Identificar características particulares de la usuaria que permitan personalizar el acompañamiento, tales como: contexto sociocultural, escolaridad, condiciones de salud, etc.
- Identificar las necesidades particulares de la mujer que requieren ser atendidas. Se debe preguntar a la usuaria sobre aspectos específicos en los que ella requiera apoyo.
- Preguntar a la usuaria sobre el tipo de acompañamiento que prefiere. Por ejemplo: recibir explicación sobre lo que va sucediendo durante la intervención; conversar sobre temas diferentes que la tranquilicen; guardar silencio y estar disponible en caso de necesidad, etc.
- Expresar a la mujer que ella puede hacer preguntas en cualquier momento de la intervención.
- Brindar un espacio privado para que la mujer retire su ropa exterior e interior y evacúe la vejiga y suministrar los medicamentos descritos en el protocolo de atención establecido.
- Si durante la orientación y asesoría la mujer ha elegido un método anticonceptivo, este se puede iniciar de inmediato, previo consentimiento de la usuaria.
- Acompañar a la mujer durante toda la intervención. La ausencia intempestiva de quien la acompaña puede generar ansiedad o angustia. Si es necesario retirarse, se debe informar a la usuaria.

5.1.2.1. Control del dolor

La aspiración endouterina es una experiencia que para algunas mujeres puede resultar dolorosa. La tolerancia al estímulo doloroso difiere de una mujer a otra y el umbral de dolor es muchas veces difícil de cuantificar. Existen además factores

emocionales y culturales que pueden aumentar o disminuir dicha tolerancia y que requieren ser identificados y tratados oportunamente. Experiencias previas de dolor físico asociado a procedimientos médicos, sentimientos de culpa o duelo y falta de apoyo familiar y/o de pareja, se constituyen en los factores frecuentes que afectan la percepción del dolor durante la aspiración endouterina³. En todos los casos, para la mujer que lo experimenta, el dolor es una realidad que no debe desestimarse y que requiere atención adecuada. La percepción del dolor es susceptible de modificación a través del uso apropiado de analgésicos, apoyo verbal y técnicas de relajación y respiración.

Quien realiza el acompañamiento puede contribuir al manejo adecuado del dolor de la siguiente manera:

- Ayudar a la mujer a establecer la diferencia entre emociones y sensaciones físicas de dolor usando preguntas sencillas y sin hacer supuestos o inferencias, con el fin de tener una aproximación a la intensidad del dolor que contribuya a estimar el efecto de los analgésicos y del soporte prestado.
- Evaluar el efecto de los analgésicos usando escalas numéricas de dolor que permitan optimizar los niveles de medicamento.
- Enseñar de manera práctica técnicas de respiración cuidando que no se produzca hiperventilación.
- Mediante el uso de técnicas de relajación, promover la tranquilidad de la usuaria.
- Si la mujer lo solicita y eso contribuye al mejor manejo el dolor, indicar paso a paso el desarrollo del procedimiento para mantenerla informada y tranquila.

5.1.3. Observación

Una vez terminado el procedimiento de aspiración, la mujer es llevada al área de observación, en la cual permanecerá por algún tiempo dependiendo de su estado médico, el tipo de procedimiento practicado y los medicamentos empleados para el manejo del dolor. Durante este periodo, la persona que ha realizado

el acompañamiento o el personal encargado del área de observación debe hacer seguimiento del estado físico y emocional de la mujer, identificar signos y síntomas de complicaciones postprocedimiento, y darle indicaciones para tener en cuenta una vez se retire de la institución de salud.

- Asegurar la recuperación física de la mujer (monitorear signos vitales, sangrado, dolor).
- Asegurar la recuperación emocional de la mujer
- Detectar y manejar los síntomas y signos de las complicaciones postprocedimiento.
- Administrar los medicamentos indicados (analgésicos, antibióticos).
- Asegurar el suministro del método anticonceptivo elegido por la mujer.
- Brindar información y remisión para cubrir otras necesidades de salud reproductiva.
- Dar información sobre que esperar y qué hacer después del egreso de la institución.

5.1.3.1. Seguimiento físico y emocional

El propósito del seguimiento es:

- Deterioro físico significativo reflejado en los signos vitales o en el estado general de la mujer.
- Mareo, dificultad respiratoria, síncope. Estos síntomas pueden ser causados por sangrado anormal. El síncope puede deberse a ansiedad o a una reacción vagal.
- Sangrado vaginal abundante. Puede ser el resultado de retención de restos ovulares, atonía uterina o desgarro de cérvix.
- Dolor severo. Puede ser indicativo de una perforación uterina o hematómetra (coleción de sangre en el útero). La hematómetra puede presentarse inmediatamente después del procedimiento o varios días después.

5.1.3.2. Signos y síntomas de complicaciones

Si se observa alguno de los siguientes síntomas durante el período de observación se debe informar de inmediato al/a la médico/a., quien proporcionará el tratamiento correspondiente o remitirá a la mujer a otra institución de salud o a otro nivel de complejidad:

- Durante los días siguientes puede presentarse dolor y cólicos uterinos moderados similares a los de un período menstrual normal. Usualmente se controlan con antiinflamatorios no esteroideos (AINES) corrientes.
- El sangrado es leve y su duración no debe ser mayor a la de un período menstrual normal. Sin embargo, puede presentarse sangrado genital escaso e irregular (manchas) durante 1 o 2 semanas. La menstruación normal se reanuda dentro de las siguientes 4 a 8 semanas.
- Indicaciones para tomar los medicamentos que hayan sido formulados.
- Indicaciones para iniciar y continuar el método anticonceptivo que se ha elegido. Proveer el anticonceptivo o remitirla a otro servicio antes de darle de alta. Si no se ha elegido aún el método anticonceptivo, recordarle a la mujer que puede quedar embarazada tan pronto como 10 días después del tratamiento. Recordarle también la doble protección y la anticoncepción de emergencia.
- Indicaciones sobre la reanudación de la actividad sexual. Se pueden tener relaciones vaginales e insertarse tampones vaginales una vez haya desaparecido el sangrado y todo haya regresado a la normalidad (1-2 semanas).
- Signos y síntomas que requieran atención por parte de la institución de salud:
 - Elevación de la temperatura por encima de los 38 °C entre las 48-96 horas después de realizado el procedimiento.
 - Dolor persistente (dolor abdominal, cólicos) que no cede con los analgésicos sugeridos.
 - Sangrado persistente y/o abundante (más abundante que un sangrado menstrual normal o más de 2 toallas higiénicas empapadas por hora, durante 2 horas consecutivas o más.
- Cita de seguimiento opcional a los 10-15 días.

5.1.3.3. Indicaciones postprocedimiento.

El tiempo de observación usualmente dura entre media hora y una hora. Una vez, la mujer se encuentra estable puede salir de la institución de salud y retomar su vida normal. Antes de su egreso debe recibir la siguiente información postprocedimiento:

5.2 ACOMPAÑAMIENTO PARA LA IVE CON MEDICAMENTOS

A diferencia de la aspiración endouterina, el tratamiento de la IVE con medicamentos es un procedimiento en el que la mujer tiene la mayor participación y usualmente se realiza en casa². La evidencia disponible y la experiencia clínica han mostrado que la eficacia y aceptabilidad del método se relaciona estrechamente con la información que recibe la mujer antes del tratamiento. Si las mujeres reciben información sencilla, clara y completa sobre los medicamentos que se van a emplear, sobre cómo emplearlos y qué deben esperar después de utilizarlos, estarán mejor preparadas para la experiencia y menos inclinadas a solicitar apoyo adicional innecesario³.

5.2.1. Funciones generales de quien realiza el acompañamiento

Las funciones de la persona que realiza el acompañamiento y provee la información para la IVE con medicamentos son similares a las indicadas para el acompañamiento de la IVE por aspiración endouterina, e incluyen:

- Revisión de la historia clínica.
- Firma del consentimiento informado.
- Preparación de la mujer para lo que debe esperar.
- Ofrecimiento de métodos anticonceptivos.
- Entrega o información sobre el uso de medicamentos.

5.2.2. Preparación de la mujer para lo que debe esperar

La preparación de la mujer antes de la IVE con medicamentos tiene el propósito de reafirmar lo visto en la orientación y asesoría sobre lo que debe esperar una vez iniciado el tratamiento, insistir en las señales de riesgo para solicitar ayuda adicional y permitirle desarrollar expectativas reales sobre el procedimiento. Para facilitar este proceso, se deben discutir los siguientes temas:

- **Medicamentos:** Explicar nuevamente los medicamentos haciendo énfasis en la forma como se deben emplear. Se debe mencionar que el misoprostol puede tener efectos adversos sobre el feto.
- **Efectividad del tratamiento:** Informar que con este tipo de tratamiento, la probabilidad de requerir una intervención de aspiración endouterina es de aproximadamente 10-15%⁴.
- **Efectos esperados:** Recordar los efectos secundarios que se presentan usualmente:
 - Sangrado: Recordar que el sangrado se presenta en forma variable unas horas después de la toma de misoprostol y dura entre 5 y 21 días, siendo diferente la respuesta en cada mujer⁵. Indicar que el sangrado es mayor al de una menstruación y no siempre indica que el proceso haya terminado.
 - Dolor: Recordar que el dolor también se presenta en forma variable y se controla con analgésicos comunes. Usualmente se emplea ibuprofeno (tabletas de 400 mg), el cual se debe tomar cada 3-4 horas para un control adecuado del dolor.
 - Fiebre y escalofríos: Indicar que es frecuente la elevación de la temperatura por encima de 38 °C durante las primeras 24 horas, pero no es indicativa de infección. Los escalofríos son más frecuentes, pero ceden espontáneamente⁶.
 - Náusea, vómito y diarrea: Explicar que se pueden presentar otros efectos secundarios que son transitorios y rara vez requieren tratamiento⁷.
- **Signos y síntomas de complicaciones:** Recordar que se debe consultar la institución de salud si se presenta sangrado mayor a 2 toallas empapadas por hora por más de 2 horas, fiebre mayor de 38 °C después de 48 -72 horas de la última dosis de misoprostol, y dolor pélvico que no cede con los analgésicos formulados o que va en aumento luego de la expulsión de los restos ovulares.
- **Seguimiento:** Sugerir en todos los casos una visita de seguimiento a los 10-15 días para confirmar que el procedimiento ha sido exitoso. Existe evidencia actual que indica que la mujer puede valorar el resultado del proceso por sí misma, sin necesidad de hacer una visita adicional a la institución de salud.

5.2.3. Ofrecimiento de métodos anticonceptivos

Es práctico retornar en este momento lo discutido en la orientación y asesoría sobre métodos anticonceptivos para confirmar que la mujer tiene información suficiente y adecuada sobre el tema, ha elegido o ha considerado la elección de un método. Indicar el momento en que se debe iniciar la anticoncepción después de una IVE con medicamentos. A todas las mujeres se les debe recordar que el retorno a la fertilidad es rápido después de la interrupción del embarazo y, por lo mismo, deben iniciar el método anticonceptivo elegido de inmediato.

5.2.4. Entrega o información sobre el uso de los medicamentos

Diversos estudios han puesto a prueba la seguridad y eficacia del misoprostol administrado (sublingual o vaginalmente) en la casa con lo cual se simplifica la IVE con medicamentos ⁸⁹.

La dosis total de misoprostol empleada para la IVE de primer trimestre son 12 tabletas de 200 mcg, para administrar en dosis fraccionadas de 4 tabletas en cada aplicación. Algunas instituciones, sobre todo en el sector público, proveen el medicamento a través de los servicios de farmacia. En el sector privado es más frecuente la formulación directa a nombre de la mujer.

Es importante suministrar información completa y totalmente entendible sobre la forma como se debe emplear el medicamento, indicando la dosis, la hora y la vía de administración:

- Si se ha elegido la vía sublingual, indicar que la mujer debe colocar 4 tabletas debajo de la lengua y dejar disolver hasta que desaparezcan. Repetir cada 3 horas para un total de 3 dosis.
- Si se ha elegido la vía vaginal, indicar que debe colocar 4 tabletas en la vagina, una por una, tomándolas entre los dedos índice y medio e introduciendo tan profundo como sea posible. Repetir la misma dosis cada 12 horas para un total de 3 dosis.

Además del misoprostol se le deben suministrar medicamentos para el control del dolor o una prescripción de analgésicos antes de ir a casa. Finalmente, se le indica que debe regresar a una cita de seguimiento 15 días más tarde.

5.3 ORIENTACIÓN Y ASESORÍA POSTERIOR A LA IVE

Cuando el proceso de atención para la IVE se ha brindado en condiciones de acompañamiento emocional y con la provisión de información suficiente y adecuada, es muy seguro que la mujer se sienta tranquila y cuente con equilibrio emocional una vez este se ha terminado. No obstante, la usuaria puede tener interés en recibir apoyo posterior al procedimiento o información relacionada con temas de salud sexual y reproductiva no cubiertos durante la asesoría. Por lo tanto, la orientación y asesoría deben estar disponibles en todos los casos e en los que la mujer lo requiera.

La orientación y asesoría, en estos casos, tiene como objetivo rescatar tanto los aspectos positivos de la experiencia, como los elementos no tratados o no resueltos durante la intervención realizada previamente, los cuales son relevantes para la mujer al enfrentar las exigencias de su rutina diaria.

Puede ser que la mujer experimente temores, inquietudes sobre su salud, su fertilidad o se encuentre inquieta frente a la reacción de los demás ante su decisión. La orientación postprocedimiento, brinda una excelente oportunidad para proveer apoyo emocional, contestar preguntas, dar continuidad al proceso de orientación y asesoría ya iniciado, y determinar si una mujer requiere cuidados especiales.

Es importante identificar la necesidad de apoyo especializado que pueden requerir algunas mujeres según su situación particular, y ofrecerles una remisión efectiva, para lo cual se debe contar con un sistema de referencia claro, con información sobre profesionales o instituciones que manejen de manera especializada el tema y que sean de fácil acceso para la mujer.

La orientación post IVE también es una ocasión para reforzar la asesoría en anticoncepción, especialmente para aquellas mujeres que no estaban receptivas a tratar este tema antes del procedimiento o que no eligieron un método anticonceptivo en ese momento.

REFERENCIAS

1. Smith GM, Stubblefield PG, Chirchirillo L and McCarthy MJ. Pain of first trimester abortion: its quantification and relations with other variables. *Am J Obst and Gynecol.*1979;133:489-498.
2. Bracken H. Home administration of misoprostol for early medical abortion in India.
3. Abuabara K, Blum J. Prestación de servicios de aborto con medicamentos en los países en desarrollo: Guía introductoria, Gynuity Health Projects, New York, 2004.
4. Faúndes A, Fiala C, Tang OS, Velasco A. Misoprostol for the termination of pregnancy up to 12 completed weeks of pregnancy. *Int J Gynaecol Obstet.* 2007 Dec; 99 Suppl 2:S172-7. Epub 2007 Oct 24. Review.
5. De Nonno LJ, Westhoff C, Fielding S, Schaff E. Timing of pain and bleeding after mifepristone-induced abortion. *Contraception.* 2000 Dec;62(6):305-9.
6. Schaff EA, Fielding SL, Eisinger SH, Stadalius LS, Fuller L. Low-dose mifepristone followed by vaginal misoprostol at 48 hours for abortion up to 63 days. *Contraception.* 2000 Jan; 61(1):41-6.
7. Faúndes A, Fiala C, Tang OS, Velasco A. 2007, Op. Cit.
8. Elul B, Hajri S, Ngoc NTN, Ellertson C, Slama BC, Pearlman E, Winikoff B. Can women in less-developed countries use a simplified medical abortion regimen? *Lancet* 2001; 357(9266):1402-1405.
9. Westhoff C, Dasmahapatra R, Schaff E. Analgesia during at-home use of misoprostol as part of medical abortion regimen. *Contraception* 2000; 62: 311-314.

