



Significados sobre el proceso de la toma de decisiones en 3 mujeres jóvenes residentes de la ciudad de Medellín con embarazos no deseados que decidieron no abortar

Gilma Fiorella Gutiérrez Urbano

Corporación Universitaria Minuto de Dios

Rectoría Antioquia y Chocó

Sede Bello (Antioquia)

Programa de Psicología

Octubre de 2024

Significados sobre el proceso de la toma de decisiones en 3 mujeres jóvenes residentes de la ciudad de Medellín con embarazos no deseados que decidieron no abortar

Gilma Fiorella Gutiérrez Urbano

Trabajo de Grado presentado como requisito para optar al título de psicóloga

Asesor

Germán Arley Baena Vallejo

Psicólogo y Magister en Paz, Desarrollo y Ciudadanía

Corporación Universitaria Minuto de Dios

Rectoría Antioquia y Chocó

Sede Bello (Antioquia)

Programa de Psicología

Octubre de 2024

**A mi Papá Jorge Gutiérrez.**

**A mi Mamá Claudia Urbano.**

**A mis Hermanos Diego y Valeria.**

**A Timoteo, Camilo y amigos que me  
acompañaron en este proceso.**

**A mí porque la vida me sigue  
enseñando lo increíble que es la subjetividad.**

**A Germán Baena por confiar en mí.**

### **Agradecimientos**

Agradezco a mi familia por el apoyo de cada día.

Me agradezco por terminar el proceso que comencé.

Agradezco a Lina, Lilia y Ander por acompañarme en el proceso.

Agradezco a Timoteo, porque cuando nació me hizo amar más la vida.

Agradezco a Dios, porque me conecta con las personas indicadas para crecer.

Agradezco a mi asesor de grado por enseñarme a reconocer mi potencial y confiar en mí.

Agradezco a la Psicología, ya que me motiva a seguir aprendiendo cada día sobre la subjetividad.

“El perfecto amor echa fuera todo temor y los significados hacen que las experiencias merezcan ser compartidas”.

**Fiorella Gutiérrez.**

## Contenido

Introducción .....	10
Planteamiento del problema .....	12
Antecedentes de investigación .....	22
Justificación.....	30
Marco teórico.....	34
Embarazo no deseado y sus alternativas.....	34
El embarazo.....	34
El embarazo deseado o planeado.....	35
El embarazo no deseado o no planificado.....	35
La interrupción voluntaria del embarazo y aborto: .....	39
Embarazo no deseado a término: .....	41
Proceso de toma de decisión frente a un embarazo no deseado.....	41
La Experiencia y los significados.....	41
Decisión.....	42
Toma de Decisión en jóvenes.....	43
Proceso de toma de decisiones desde la teoría de la decisión conductual:.....	43
Raíz moral en el proceso de toma de decisión .....	45
Perspectiva Intuicionista de Haidt: .....	45
Heurísticas en la Decisión Moral de Gigerenzer: .....	47
Raíces morales de las decisiones: .....	48

Ética individualista: .....	48
Ética familiar:.....	48
Ética Comunitaria: .....	49
Objetivos .....	51
Objetivo general.....	51
Objetivos específicos.....	51
Metodología.....	52
Postura epistemológica.....	52
Estrategia metodológica .....	52
Participantes .....	53
Técnicas de recolección de la información .....	54
Procedimiento y análisis de la información .....	55
Consideraciones éticas.....	58
Resultados y discusión .....	59
Experiencia de un embarazo no deseado .....	59
Proceso de toma de decisión sobre un embarazo no deseado .....	66
Raíz moral en el proceso de toma de decisión .....	72
Conclusiones .....	75
Referencias.....	78

## Resumen

Esta investigación analizó el proceso de toma de decisiones en tres mujeres jóvenes de Medellín que enfrentaron embarazos no deseados y optaron por no abortar. Las participantes, de hasta 30 años, vivieron su embarazo no deseado entre los 14 y 28 años, enfrentando desafíos físicos, emocionales y sociales que moldearon sus experiencias. Se utilizó un enfoque interpretativo hermenéutico, a través de un estudio de caso basado en entrevistas semiestructuradas. Se identificaron tres categorías: experiencias de un embarazo no deseado, el proceso de toma de decisiones, y la raíz moral predominante en estas decisiones.

Los hallazgos revelan que los significados atribuidos a sus experiencias son subjetivos, afectando sus sentimientos, pensamientos y decisiones. Aunque la emoción inicial juega un papel crucial en la decisión inicial, las experiencias posteriores y el apoyo institucional pueden motivar un cambio hacia la continuidad del embarazo. Además, se concluye que decidir llevar a término un embarazo no deseado no necesariamente conlleva efectos psicológicos negativos; puede convertirse en una experiencia de aceptación y amor hacia el bebé. La raíz moral predominante en la decisión de continuar el embarazo no deseado fue la ética comunitaria, que prioriza los valores de la sociedad o comunidad a la que pertenecen. Esto resalta la subjetividad de las experiencias de cada mujer, reflejando significados únicos y personales.

*Palabras clave:* embarazo no deseado, toma de decisiones, decisión moral, raíz moral, significados, aborto.

## Abstract

This research analyzes the decision-making process of three young women from Medellín who faced unwanted pregnancies and chose not to have an abortion. The participants, up to 30 years old, experienced their unwanted pregnancy between the ages of 14 and 28, facing physical, emotional and social challenges that shaped their experiences. A hermeneutic interpretive approach was used, through

a case study based on semi-structured interviews. Three categories were identified: experiences of unwanted pregnancy, the decision-making process, and the predominant moral root of these decisions.

The findings reveal that the meanings attributed to their experiences are subjective, affecting their feelings, thoughts, and decisions. Although initial emotion plays a crucial role in the initial decision, subsequent experiences and institutional support may motivate a shift toward continuing the pregnancy. Furthermore, it is concluded that deciding to carry an unwanted pregnancy to term does not necessarily lead to negative psychological effects; it can become an experience of acceptance and love towards the baby. The predominant moral root in the decision to continue the unwanted pregnancy was the community ethic, which prioritizes the values of the society or community to which they belong. This highlights the subjectivity of each woman's experiences, reflecting unique and personal meanings.

Key words: unwanted pregnancy, decision making, decision to continue, decision making.

## Introducción

Esta investigación se centra en los significados atribuidos por tres mujeres frente a un embarazo no deseado. Aunque inicialmente consideraron el aborto como primera opción, finalmente decidieron continuar con el embarazo y llevarlo a término. El tema del embarazo no deseado es de gran relevancia por su relación con la salud pública. En Colombia, se estima que la mitad de los embarazos son no planeados, y de estos, el 40% no son deseados. Estos embarazos suelen ocurrir en los extremos de la edad reproductiva de las mujeres, es decir, en la adolescencia o juventud, así como en la edad madura. Además, más de dos quintas partes de los embarazos no planeados terminan en abortos inducidos, aunque las cifras relacionadas con los procedimientos de interrupción voluntaria del embarazo no son exactas, ya que su registro es confuso.

Tomar una decisión frente a un embarazo no deseado es un proceso difícil, no solo para la mujer, sino también para las personas que la rodean. Optar por el aborto es una decisión emocionalmente compleja que puede generar sentimientos ambivalentes. En cuanto a la relación entre salud mental y embarazo no deseado, existe un debate: algunos autores sostienen que las mujeres que experimentan un aborto inducido pueden enfrentar situaciones de depresión y alteraciones psicológicas, mientras que otros afirman que los problemas psicológicos son más frecuentes en mujeres que deciden llevar a término un embarazo no deseado.

Lo anterior se aborda en los primeros tres apartados de esta investigación, que comprenden el planteamiento del problema, la justificación y los antecedentes investigativos, ofreciendo una visión más amplia de lo que se ha discutido sobre este tema.

El presente estudio analiza los significados asociados al proceso de toma de decisiones en tres mujeres jóvenes de Medellín que enfrentaron embarazos no deseados y decidieron no abortar. En el cuarto apartado de la investigación se desarrollan estos enfoques y bases teóricas. La investigación se organiza en torno a tres categorías principales: en la primera, sobre la experiencia del embarazo no

deseado, se abordan conceptos clave como embarazo no deseado, aborto inducido y embarazo llevado a término. La segunda categoría se enfoca en el proceso de toma de decisiones, explorando la toma de decisiones en jóvenes y el proceso desde la teoría de la decisión conductual. Finalmente, en la tercera categoría, se analizan los postulados sobre la raíz moral que influye en el proceso de toma de decisiones. Estos enfoques y bases teóricas se desarrollan en el cuarto apartado de la investigación.

Por otro lado, el quinto apartado de esta investigación expone el objetivo general y los específicos, que sirvieron como guía para orientar el trabajo investigativo y permitir la identificación de los elementos clave para responder la pregunta planteada: ¿Cuáles son los significados sobre el proceso de toma de decisiones en 3 mujeres jóvenes residentes en la ciudad de Medellín con embarazos no deseados que decidieron no abortar?

En este sentido, la recolección, interpretación y codificación de la información obtenida en el estudio se basó en el paradigma constructivista, dentro de un enfoque interpretativo hermenéutico. Para ello, se realizó un estudio de caso mediante tres entrevistas semiestructuradas, cuyo análisis se llevó a cabo utilizando una matriz categorial. Esta metodología se desarrolla de manera más detallada en el sexto apartado, donde se explica la estrategia metodológica empleada.

Todo lo anterior tiene como objetivo comprender las subjetividades y los significados que las mujeres atribuyen a un embarazo no deseado, específicamente aquellas que consideraron el aborto, pero finalmente decidieron llevar el embarazo a término. Se busca analizar las experiencias que construyen estos significados, los desafíos que enfrentan en cada historia, el proceso de toma de decisiones influenciado por factores internos y externos, y determinar la raíz moral predominante en el momento de decidir continuar con el embarazo.

### Planteamiento del problema

Los embarazos se pueden concebir de dos formas: los deseados y los no deseados. En los primeros normalmente, la pareja espera y busca al bebé. En cambio, los embarazos no deseados se entienden como "aquellos que ocurren en un momento poco favorable, inoportuno, o que se dan en una persona que ya no quiere reproducirse" (Langer, 2002, p. 1). Estos últimos son un tema relevante a nivel nacional e internacional por su relación con la salud pública.

Según el *Protocolo para el sector de salud publicado en el 2014 por el Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia*, la Organización Mundial de la Salud (OMS,2021) calcula que "de los 208 millones de embarazos que ocurren en el mundo, 80 millones (2 de cada 5) no son planeados" (p. 13). Asimismo, señala que en Colombia "la proporción de embarazos no planeados sigue siendo preocupante, ascendiendo al 67% de todos los embarazos que suceden y al 52.2% de todos los nacimientos" (p. 13).

Por otra parte, el informe *Estado de la Población Mundial 2022* del Fondo de Población de las Naciones Unidas (2022) explica que "en el mundo, prácticamente la mitad de todos los embarazos no son intencionales. Esto se traduce en la asombrosa cifra de 121 millones cada año" (p. 1). En el mismo informe se registra que "en Colombia, la mitad de los embarazos son no planeados, y de estos, el 40% son no deseados" (p. 3).

Los embarazos no deseados pueden ocurrir por relaciones sexuales no consensuadas, falla en los métodos anticonceptivos, falta de educación sexual o relaciones sin compromiso. Al enfrentarse con esta situación, la pareja, y en algunos casos solo la mujer, tiene que decidir qué hacer con el bebé que tiene en su vientre. Las alternativas se reducen a dos opciones: practicar un aborto inducido o seguir con el embarazo hasta el nacimiento. Ambas opciones tienen consecuencias en la salud física, emocional, social y económica de la mujer, dado que los embarazos no deseados suelen darse en mayor proporción en los extremos de la edad reproductiva de la mujer; es decir, en adolescentes, mujeres jóvenes y

mayores de 40 años, cabe resaltar que existen excepciones y los embarazos no deseados se pueden dar en cualquier edad de la etapa reproductiva de la mujer (Langer, 2002).

La primera alternativa, el aborto inducido, ha sido la más investigada cuando ocurre un embarazo no deseado. La OMS, (2021) menciona que “cada año se provocan cerca de 73 millones de abortos en todo el mundo. El 61% de los embarazos no deseados (y, en conjunto, el 29% del total de los embarazos) se interrumpen voluntariamente” (párr. 6). También registra que seis de cada diez embarazos no deseados son abortados. En Colombia, según el Instituto Guttmacher en su informe *Embarazo no deseado y aborto inducido en Colombia* (2008), se indica que cuando una mujer se enfrenta a un embarazo no planeado, ocurre lo siguiente:

Más de dos quintas partes (44%) del total de embarazos no planeados, terminan en abortos inducidos. Ahora bien, de todos los embarazos que ocurren cada año (planeados y no planeados), proporciones similares terminan en nacimientos no planeados (29%), abortos inducidos (29%) y nacimientos planeados (27%). El resto son abortos espontáneos (14%). (p.22)

En Colombia, las cifras de aborto durante los últimos años han sido confusas. Por un lado, el Instituto Guttmacher, (2008), relaciona que la cifra de abortos inducidos ocurridos en Colombia era de 400,000 cada año. Sin embargo, en la *Revista de Economía Institucional de la Universidad Externado de Colombia*, se publicó un artículo titulado *El mito de los 400 mil abortos en Colombia* (2017), donde investigan cómo a lo largo de los años, las cifras de los abortos surgen de especulaciones en Colombia desde 1992, aumentando poco a poco la cifra, con estadísticas como "por cada diez niños que nacen vivos en Colombia, cuatro han sido abortados" (p.255).

Este artículo describe cómo en 2005 surge la cifra de 400 mil abortos sin una prueba directa. Se registra que Mónica Roa en ese año publicó un artículo con la siguiente tesis: "si había 1.5 millones de embarazos al año y 1.1 millones de nacimientos, la diferencia 'no se puede explicar de otra manera'; hay

400 mil abortos" (p. 255), sin tener en cuenta diferentes razones posibles referentes a la cifra de nacimientos, posteriormente se asumió esta cifra por medios de prensa y activistas.

Mauricio Rubio (2015) dice que se llegó a la cifra de los 400 mil abortos en el país "por regla de tres: el equivalente a la participación de la población en el total mundial, ajustado progresivamente al alza" (p. 256). De igual manera, el artículo registra que ya existían otros estudios para esa fecha sobre abortos clandestinos en el país por la misma Universidad Externado y las cifras eran divergentes: "la cifra era muy inferior: unos 130 mil, la tercera parte de la que pregonan medios y expertos" (p. 256). Este mismo escrito se encarga de citar otras fuentes aparte del estudio realizado por la Universidad del Externado, donde se podía rastrear las cifras de abortos clandestinos. Por un lado, el área de criminalística en caso de muerte materna, y por otro, las encuestas nacionales de demografía y salud - ENDS realizadas por el propio Profamilia, que desde 1990 tenía una pregunta para las mujeres referente al aborto, aunque de manera general.

Como conclusión del artículo, se comparó la metodología que llegó a la cifra de 400 mil abortos con la metodología realizada en la investigación de la Universidad del Externado (2017) y presentó lo siguiente:

Este ejercicio muestra que el periodo de mayor incertidumbre en el reporte de abortos inducidos fue la primera mitad de la última década. Además, puesto que hoy se reportan como pérdidas espontáneas algunos abortos, se puede suponer que su participación respectiva es del 66% y el 33% –un supuesto conservador pues son las cifras que obtuvo el Externado hace más de dos décadas–, y después de compensar el 'olvido' o la reticencia, se obtendría un rango de 75 mil a 114 mil abortos anuales, con un valor medio de 90 mil. Menos de la cuarta parte de la pertinaz cifra de 400 mil que ninguna evidencia corrobora. (pp. 271-272)

La situación mencionada anteriormente deja en evidencia el conflicto existente desde hace décadas para obtener cifras reales del aborto inducido en Colombia. Por lo tanto, para el presente

trabajo, se hace necesario acudir a Derechos de Petición a instituciones oficiales para obtenerlas y artículos de prensa que citan fuentes oficiales. Las cifras sobre abortos en Colombia, según el Ministerio de Salud y Protección Social, fueron proporcionadas en respuesta al derecho de petición 202442300847162, enviado el 5 de febrero de 2024. En su respuesta del 14 de mayo de 2024, debido a la falta de información en los sitios oficiales, el Ministerio indicó: "No obstante, y de acuerdo con la información actualmente disponible, no es posible consultar una variable para el reporte de un procedimiento de aborto de acuerdo a las condiciones señaladas por las sentencias de la Corte Constitucional" (párr.3), además añadió que "teniendo en cuenta lo anterior, es posible identificar el número de atenciones en salud con diagnóstico de aborto médico y otros diagnósticos relacionados con un aborto, pero sin que se puedan identificar con precisión las que corresponden a IVE." (párr.4)

Según lo dicho por el Ministerio de Salud de Protección Social de Colombia no hay cifras exactas relacionadas a los procedimientos de interrupción voluntaria del embarazo, lo cual es preocupante por la poca información real que se tiene del tema.

En ese orden de ideas, EL TIEMPO (2022), publicó un blog donde se registran cifras de abortos obtenidos por diferentes instituciones, llegando a la cifra de 22 mil abortos al año realizados entre Profamilia, Oriéntame e IPS: "para el año 2017 solo Profamilia realizó 10.514 abortos, en el 2018 fueron 16.870 y para el 2019 fueron 22.146" (párr. 4). En el mismo escrito indican que "en el año 2014, en Medellín se realizaron 516 abortos, 836 durante el 2015 y para el 2019, solo Profamilia registró apropiadamente 3.600 abortos" (párr. 5). Por otro lado, la Alcaldía de Medellín (2023) informa que, durante el periodo del 2021, 2022, y hasta la mitad de febrero de 2023, ocurrieron 8.035 abortos inducidos en la ciudad, sin incluir los abortos clandestinos.

En Colombia la Corte Constitucional por medio de la sentencia C-355 de 2006 despenalizó por primera vez el delito del aborto tipificado en el artículo 122 del código penal, quitando la pena a quienes practiquen el aborto en las 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” (2006)

Recientemente, la Corte Constitucional, mediante la Sentencia C-055 de 2023, despenalizó completamente el aborto hasta la semana 24 y dejó sin límite de tiempo para realizarlo bajo las tres causales ya mencionadas. Según la misma Corte, esta situación jurídica trata sobre la tensión existente entre el derecho a la vida, es decir, la protección de la vida en gestación, al señalar lo siguiente en su consideración 650:

La corte evidenció que existía una tensión de relevancia constitucional entre, por un lado, la protección de la vida en gestación –finalidad constitucional imperiosa que pretende proteger el artículo 122 del Código Penal, aun luego del condicionamiento de que fue objeto en la Sentencia C-355 de 2006– y, por otro, los derechos a la salud y los derechos reproductivos; la igualdad de las mujeres en situación de vulnerabilidad y en situación migratoria irregular; la libertad de conciencia; y la finalidad constitucional de prevención general de la pena, así como con el carácter de último recurso –ultima ratio– del derecho penal. (Corte Constitucional, 2023, consideración 650)

Si bien actualmente en Colombia se puede acceder a un aborto inducido hasta la semana 24 sin necesidad de las tres causales, la realidad muestra que la sentencia obedece a un juicio o percepción subjetiva que no precisa de ser corroborada, en la que la mujer considera el embarazo como un riesgo para su salud. Datos consolidados de diversas instituciones que prestan el servicio de interrupción voluntaria del embarazo a mayo de 2016 indicaron que entre el 96 y 98% de las mujeres que solicitaban

el servicio era por la causal de salud, esto fue antes de que en Colombia se legalizara hasta la semana 24 como lo mencionamos anteriormente. Se hace esta aclaración para comprender que la causal de salud ha sido un tema importante en el aborto inducido en Colombia (ICBF, 2016).

Para comprender qué se entiende por salud, la OMS (s.f) describe la salud como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (párr. 1). Y el Instituto Colombiano de Bienestar (ICBF, 2016) menciona que “la interrupción voluntaria del embarazo es legal cuando el bienestar físico, mental y/o social de la mujer esté en peligro o riesgo de afectación” (párr. 3), es decir, la salud de la mujer.

Por esta razón, la interrupción voluntaria del embarazo en la causal de la salud puede abarcar diversas situaciones, tales como: la afectación del proyecto de vida, la falta de redes de apoyo como familia, amigos o pareja, la predisposición a padecer una enfermedad física o mental, los aspectos sociales que aumenten la vulnerabilidad de salud, como el embarazo temprano, la pobreza o el estrés, la imposibilidad de continuar con su educación, el vínculo laboral o el cuidado de sus hijos por razones de empleo, la maternidad satisfecha o cualquier impacto en el bienestar de las mujeres según su percepción de aquello que cada mujer considere como “estar bien” (ICBF, 2016).

Es importante conocer la relación entre el aborto y la salud mental de la mujer. Pérez (2020) indica que “la tesis fundamental para proponer el aborto como una solución para el problema del embarazo imprevisto es que seguir adelante con la gestación y tener al niño provocará malestar y problemas psicológicos a la mujer que no deseaba ese embarazo” (p. 361). Existen diferentes investigaciones que hablan de la relación que tiene la salud mental y los embarazos no deseados.

Rondón (2015) señala que los eventos relacionados con el ciclo reproductivo representan una carga significativa para la salud de las mujeres. Afirma que el embarazo no deseado puede considerarse como un factor estresante que perturba el equilibrio interno de la mujer al afectar sus planes de vida y

expectativas. Esto puede generar un riesgo para su salud mental, produciendo manifestaciones depresivas y ansiosas que pueden llevar a la depresión postparto.

En la investigación de Matos et al. (2009), se concluyó que la depresión mayor en las mujeres gestantes fue muy elevada, especialmente en aquellas que manifestaron tener un embarazo no planificado y las que sufrieron complicaciones en su embarazo, en comparación con las mujeres que estaban casadas y esperaban a su bebé. De igual manera, el estudio de Mercier et al. (2013) también concluyó que entre los muchos elementos que pueden contribuir a la depresión posparto, el embarazo no deseado es un factor común que aumenta el riesgo, hasta un año después del parto.

En esa misma línea, Vivanco (2011) indica que “los resultados hallados demuestran que la mujer embarazada que pasa por un aborto experimenta un 81% más de probabilidad de padecer problemas de salud mental respecto al grupo de mujeres embarazadas que no se practican un aborto” (p.209).

Asimismo, señala que “cuando se compara el grupo de mujeres que abortaron con las que tuvieron un embarazo no deseado pero que no abortaron, esta diferencia se mantiene” (p. 209), dando a entender que, frente a un embarazo no deseado, la mujer que decide abortar tiende a tener más riesgos de sufrir problemas mentales que las mujeres que deciden tener al bebé.

Por el contrario, Bustamante et al. (2017), en la conclusión de su artículo sobre *Los efectos del aborto en la salud mental de la mujer*, indican que las “mujeres que abortan no arrojan evidencia suficiente de afectaciones graves en su salud mental; sin embargo, aquellas mujeres que tienen a sus hijos producto de un embarazo no deseado son las más propensas a verse afectadas en su salud mental” (p. 7), contradiciendo el primer estudio mencionado. En la revisión sistemática sobre aborto y salud mental de la mujer realizada por Aznar y Cerdá (2014), concluyen que “no se puede afirmar que exista un síndrome posaborto, pero sí se detecta en las mujeres que han abortado un aumento de problemas psicológicos, especialmente si han padecido abortos repetidos” (p. 193).

En resumen, la relación entre el aborto y la salud mental sigue siendo un tema de debate. Si bien algunos estudios encuentran una relación directa entre el aborto y los trastornos psicológicos, existen diferentes posturas al respecto, en primer lugar, algunos autores mencionan el síndrome postaborto, mientras que otros rechazan esta idea. En segundo lugar, hay quienes hablan de la depresión en mujeres que han abortado, mientras que otros concluyen que el aborto fue la mejor decisión para su bienestar. En tercer lugar, algunos autores indican que las mujeres que deciden continuar con su embarazo, incluso si no fue deseado, tienden a sufrir menos riesgos de trastornos psicológicos que aquellas que optan por el aborto en la misma situación, sin embargo, también existen autores que contradicen estas afirmaciones.

Por otro lado, es fundamental abordar el proceso de toma de decisiones. Dumke (2005), citado en Agudelo (2007), define la decisión como “una elección entre más de una opción o alternativa, por lo cual esta capacidad de decidir tiene una relación muy cercana con la solución de problemas en la vida cotidiana” (p. 9). Para analizar las motivaciones éticas detrás de estas decisiones, tomaremos como referencia los enfoques de la psicología moral propuestos por Jonathan Haidt y Gerd Gigerenzer, cuyas teorías nos ayudarán a comprender la raíz moral predominante que guía el proceso decisional.

En esta línea, Echeverri (2016) señala que, según Haidt, “tomar una decisión moral, a grandes rasgos, implica optar por una opción de respuesta que incide en el bienestar de otras personas, en un contexto moral específico” (p. 451). Por su parte, Gigerenzer sostiene que “el ser humano toma decisiones con restricción en el tiempo, una ignorancia parcial de las alternativas y ante la presencia de un futuro incierto” (p. 451). Estos planteamientos son fundamentales para comprender el proceso de toma de decisiones y la raíz moral en las mujeres que optaron por continuar con su embarazo no deseado, el tema central del presente estudio.

Ahora bien, en la literatura se ha investigado sobre la dificultad emocional o psicológica al momento de tomar la decisión de practicarse un aborto inducido o llevar el embarazo a término. Langer

(2002) expresa que “es posible afirmar que la decisión entre continuar un embarazo no deseado o interrumpirlo es siempre difícil y dolorosa para la mujer y quienes la rodean” (p. 195). Por otro lado, Esguerra y Vanegas (1994), indican que “las consecuencias psicológicas son muy difíciles de evaluar, teniendo en cuenta que la decisión de abortar nunca es fácil, porque a ninguna mujer le gustaría quedar embarazada para abortar” (p.48). Por lo tanto, la toma de decisión frente a un embarazo no deseado es un proceso difícil para la mujer.

Sereno et al. (2013), investigaron sobre la toma de decisiones para la interrupción voluntaria del embarazo y expresaron que:

Aunque muchos investigadores consideran que las mujeres no enfrentan muchas dificultades para tomar la decisión de abortar, debido a los bajos niveles de conflicto en la decisión, varios estudios han demostrado que es difícil y siempre implica ambivalencia, y que las mujeres tienden a experimentar niveles significativos de estrés y, a veces, niveles clínicamente significativos de depresión y ansiedad antes del aborto (p. 144).

Dicho de otro modo, tomar la decisión de abortar no es un proceso que se tome a la ligera, en cambio es una decisión difícil que genera emociones disruptivas en las mujeres, además que el acompañamiento y apoyo familiar es importante en todo el proceso, ya que algunas mujeres tienen secuelas emocionales debido al estrés, la tristeza y ansiedad que genera someterse a un aborto inducido (Sereno et al. 2013).

Por el contrario, no se ha encontrado mucha información del proceso de toma de decisiones en embarazos no deseados que optaron por tener al bebé. Se pretende entender los significados de las mujeres, que a pesar de tener un embarazo no deseado optan por llevarlo a término y darle vida al bebé, como dice Esguerra y Vanegas (1994), “hay casos en los que un embarazo no deseado se transforma en un niño aceptado y amado” (p.48).

Por esta razón, el enfoque de la investigación se centra en mujeres que enfrentaron un embarazo no deseado y optaron por no abortar, es decir, que deciden llevar a término el proceso gestacional y tener al bebé. Dado que existe poca información sobre esta alternativa, y con el propósito de aportar nuevos conocimientos en este ámbito de la psicología, el presente estudio buscó responder a la siguiente pregunta: ¿Cuáles son los significados sobre el proceso de toma de decisiones en 3 mujeres jóvenes residentes en la ciudad de Medellín con embarazos no deseados que decidieron no abortar?

### **Antecedentes de investigación**

El objetivo de esta investigación es explorar los significados asociados al proceso de toma de decisiones en mujeres que, tras considerar el aborto como su principal opción, optaron por no abortar. Como se mencionó previamente, existe escasa información sobre este tema, por lo que los antecedentes abordan estudios relacionados con aspectos clave, como la toma de decisiones frente a un embarazo no deseado, considerando tanto la opción del aborto inducido como la continuación del embarazo. Además, se examina la influencia emocional en el proceso decisional.

En la investigación *Unintended Pregnancy and the Psychosocial Well-Being of Pregnant Women*, Orr y Miller (1997) indican que el 60% de los embarazos en Estados Unidos son no deseados o inoportunos. Además, las mujeres con embarazos no deseados tienden a tener más probabilidad de iniciar la atención prenatal en una etapa avanzada del embarazo, lo que puede resultar en el nacimiento de bebés con bajo peso. El estudio evalúa la maternidad y los factores sociales e intención del embarazo en la primera visita prenatal, analizando las circunstancias de las mujeres embarazadas y buscando una asociación del embarazo no deseado con los factores estresantes y los síntomas depresivos. También se observa una reducción del apoyo social, ya que las mujeres tienden a cortar relaciones con el padre del bebé.

La muestra consistió en 1,163 mujeres afroamericanas en desventaja socioeconómica que acudieron a la clínica de atención prenatal en la ciudad de Baltimore. Los resultados demuestran que las mujeres que tienen embarazos no deseados tienen más probabilidad de experimentar niveles estresantes psicosociales y síntomas depresivos que las mujeres con embarazos previstos. Además, se encontró que el embarazo no deseado se asocia con mujeres jóvenes, solteras y con bajo nivel educativo. Asimismo, se observó que las mujeres con embarazos no deseados son más propensas a una alta exposición a factores estresantes y síntomas depresivos en comparación con aquellas que desean a

su bebé, más de la mitad de las mujeres informaron escaso apoyo del padre del bebé, y una de cada cinco mujeres afirmó no estar satisfecha con su vida (Orr y Miller, 1997).

Esta investigación es importante porque muestra la relación del embarazo no deseado con la salud mental, los factores estresantes y los síntomas depresivos, también destaca el papel que juega el padre en estos factores estresantes para la mujer. Además, proporciona datos sociodemográficos como edad, estado civil y educación. Una limitación del estudio es que la muestra está centrada únicamente en mujeres con desventajas socioeconómicas, lo que impide tener una diversidad en clases sociales para comparar los resultados.

De igual manera, 23 años después los resultados son similares con los embarazos no deseados en Estados Unidos ya que solo disminuyó un 10% en la investigación *Psychosocial Status and Prenatal Care of Unintended Pregnancies Among Low-Income Women*. Cruz et al. (2020), reportaron que la mitad de los embarazos en Estados Unidos son no deseados, y se registran índices superiores en los estratos socioeconómicos más bajos. El propósito de este estudio fue examinar cómo se relacionan los embarazos no planificados con la salud mental de las madres y el momento oportuno para la atención prenatal en mujeres con ingresos bajos.

La muestra incluyó a 870 mujeres participantes del programa *Primeros 1000 Días*, en diferentes centros de salud en el área de Boston. Se emplearon instrumentos para medir el estrés, la depresión y el Sistema de Monitoreo de Evaluación de Riesgos de Embarazo (PRAMS) para determinar si el embarazo era o no deseado, en la primera visita prenatal. Los resultados mostraron que la edad promedio de las mujeres era de 29 años y la mayoría no estaban casadas; el 39,2% indicó que el embarazo no era deseado. En cuanto a la salud mental el 26,7% informó sufrir estrés actual, el 8,2% depresión actual, y el 18,3% inició la atención prenatal después del primer trimestre (Cruz et al, 2020).

Este estudio es relevante porque se sigue encontrando relación entre el embarazo no deseado, el estrés y la depresión actual, en mujeres con bajos ingresos. Además del retraso en las visitas

prenatales en comparación con las mujeres que si planearon su embarazo. Una limitación del estudio es que no se realiza un seguimiento a las mujeres para saber si llevaron el embarazo a término, ya que la decisión de tener él bebe puede cambiar en cualquier momento de la gestación.

En el estudio *El embarazo no deseado y sus factores asociados en estudiantes universitarias* (Sánchez et al., 2019), se realizó una investigación de tipo transversal y analítica en la universidad Regional Autónoma de los Andes en el 2019 en Colombia, con el objetivo de evaluar la ocurrencia de los embarazos no deseados y los factores asociados en las estudiantes de dicha universidad, donde participaron 416 mujeres de 15 a 24 años, de esta muestra 119 mujeres reportaron haber tenido un embarazo, el 73.1% lo reporto como no deseado y el 26.8% manifestó que fue planificado.

En la toma de decisión frente al embarazo no deseado el 65.5% interrumpió su embarazo por medio de un aborto inducido, el 5.9% presento un aborto espontaneo y el 31.0 % llevó a termino su embarazo, siendo el aborto inducido la opción más representativa al tener un embarazo no deseado en esta etapa (Sánchez et al, 2019). La llegada de un embarazo no deseado puede interrumpir los proyectos de vida de las mujeres, presentando desafíos significativos para su desarrollo personal y académico. Además, el embarazo no deseado se asocia con la anulación de oportunidades de crecimiento, generando cambios abruptos en la vida de las jóvenes, afectando su bienestar psicológico y social, estas consecuencias pueden comprometer las metas de vida de las jóvenes, llevándolas a asumir responsabilidades de maternidad en momentos inadecuados y, a menudo, sin el apoyo económico, familiar o institucional necesario (Sánchez et al, 2019).

En la investigación *Toma de decisiones frente a un embarazo no planeado en la adolescencia* de Agudelo y Martin (2007), llevaron a cabo un estudio exploratorio con el objetivo general de examinar el estilo y proceso de toma de decisiones en un contexto hipotético de embarazo no deseado. Participaron 153 adolescentes, con edades entre 12 y 18 años, vinculados a cuatro instituciones educativas en Bogotá, Colombia. Los resultados del estudio revelan que una mayor activación de emociones negativas,

como la culpa, la tristeza, el miedo, la ira y la vergüenza, se correlaciona con una mayor probabilidad de optar por el aborto. En contraste, la activación de emociones positivas, como la satisfacción, el entusiasmo y la alegría hacia el embarazo, incrementa la probabilidad de continuar con él. Además, se destaca que la decisión de abortar implica un proceso de evaluación objetiva de las consecuencias que el embarazo puede acarrear a largo plazo.

Esta investigación aborda diversas teorías sobre el estilo y la toma de decisiones, enfocándose en la adolescencia. Su importancia radica en ofrecer un panorama general de estas teorías, al mismo tiempo que corrobora la relevancia de la actitud emocional al enterarse de un embarazo no deseado y al momento de decidir qué alternativa optar. El proceso de toma de decisiones en este contexto es comparable tanto en adolescentes como en adultos, y se enfatiza que el aborto no es una decisión que se tome a la ligera. Sin embargo, una limitación del estudio es que todos los resultados se basan en un escenario hipotético de embarazo no deseado, lo que puede llevar a que las emociones, pensamientos y acciones se comporten de manera diferente en situaciones reales.

Un estudio titulado *Aborto en la adolescencia: un problema de salud* se llevó a cabo en el Hospital Ginecoobstétrico Provincial Docente Dr. Julio Rafael Alfonso Medina de Matanzas, Cuba, durante el cuatrimestre de septiembre a diciembre de 2009. El objetivo de esta investigación fue correlacionar y evaluar los factores biológicos, psicológicos y sociodemográficos de las adolescentes que se sometieron a un aborto inducido (Doblado et al., 2010).

El estudio incluyó la participación de 128 adolescentes, cuyas edades oscilaban entre los 14 y 19 años, siendo necesario contar con la autorización de los padres para aquellas que eran menores de edad. Se trató de una investigación observacional y descriptiva, en la que se utilizó un cuestionario diseñado específicamente para conocer los comportamientos asociados a diversas variables como la edad, la actitud frente al embarazo y quién tomó la decisión de realizar el aborto, entre otros aspectos (Doblado et al., 2010).

Los resultados revelaron que el grupo de adolescentes con la mayor incidencia de abortos estaba comprendido entre los 15 y 17 años (57.8%), seguido por el grupo de 18 a 19 años (31.2%) y finalmente, el grupo de 14 años o menos (10.9%). Respecto a la actitud frente al embarazo, el 74,21% mostró una actitud negativa, el 21.09% una actitud positiva y al 4.68% le fue indiferente. En la decisión de abortar el papel predominante fue de la madre con un 69.53%, seguido de la adolescente con 62.50%, luego el padre con 9.37 y finalmente la pareja con 7.81% (Doblado et al., 2010).

Esta investigación resulta relevante para el presente estudio porque aborda dos temas de interés fundamental. En primer lugar, se indaga sobre la actitud de las mujeres frente al embarazo, destacando que predominan emociones negativas que influyen en la decisión de optar por el aborto, tal como se ha evidenciado en investigaciones previas. En segundo lugar, se explora el impacto de las personas cercanas en la toma de decisiones relacionadas con un embarazo no deseado, particularmente en el contexto de la práctica del aborto. El presente estudio busca analizar estos dos aspectos desde la perspectiva de las mujeres que decidieron continuar con su embarazo no deseado, a pesar de haber considerado el aborto como una opción.

Además, en la investigación *The role of psychological adjustment in the decision making process for voluntary termination of pregnancy*, Sereno et al. (2013), llevaron a cabo un estudio transversal que incluyó una muestra secuencial no probabilista de 150 mujeres, con edades entre 13 y 44 años, que se encontraban hasta la décima semana de gestación y habían decidido interrumpir su embarazo no deseado en la Maternidad "Dr. Alfredo da Costa" de Lisboa, Portugal. La investigación se realizó entre septiembre de 2008 y junio de 2009, con el objetivo general de evaluar el papel del ajuste psicológico en la toma de decisiones relacionadas con el aborto, así como explorar las variables individuales que pueden influir en esta decisión.

Para ello, se emplearon diversos instrumentos, incluyendo un cuestionario sociodemográfico, la escala de depresión, ansiedad y estrés (DASS), la escala de satisfacción con el apoyo social (SSSS), la

escala de evaluación emocional (EAS) y la escala de conflicto de decisión (DCS). Los resultados revelaron que las mujeres de la muestra se encontraban psicológicamente adaptadas en el momento de tomar la decisión de interrumpir su embarazo, a pesar de experimentar altos niveles de estrés, tristeza y miedo. Esto sugiere que la decisión de interrumpir el embarazo es emocionalmente exigente y difícil de tomar. Además, se identificó que, a mayores niveles de tristeza y miedo, y menores niveles de culpa y felicidad, la decisión de interrumpir el embarazo se vuelve más complicada y no se considera a la ligera. También se observó que esta decisión suele ser compartida con personas cercanas que brindan apoyo y que está motivada principalmente por factores socioeconómicos (Serenó et al., 2013).

Este estudio es pertinente porque indica que el significado emocional que la mujer tiene al enterarse de su embarazo no deseado influye en la dificultad de tomar la decisión de abortar, además indica que es una decisión difícil, aunque se sientan seguras de la elección a tomar, por otro lado, también se encontró que, a menor periodo de gestación, menor conflicto en la toma de decisión y menores niveles de ansiedad, depresión y estrés. (Serenó et al., 2013)

En este mismo orden de ideas, Ituarte y Gómez (2021), en el artículo *Las adolescentes frente a la decisión de interrumpir un embarazo en un contexto de aborto legal*, realizaron una investigación transversal de tipo exploratorio y descriptivo con enfoque cualitativo en Montevideo, Uruguay, entre 2016 y 2018, que involucró a adolescentes de entre 17 y 19 años. La técnica empleada fue la entrevista semidirigida, y el objetivo general del estudio fue examinar el proceso de toma de decisiones respecto a la interrupción del embarazo desde la perspectiva de las mujeres, en un contexto legal. Las dimensiones de análisis incluyeron las reacciones frente al embarazo, los motivos para interrumpirlo, las influencias en la toma de decisión y el papel del servicio de salud en este proceso.

En los resultados se observó que el embarazo fue inesperado y generó sentimientos de rechazo y desconcierto, convirtiéndose en un acontecimiento disruptivo en sus vidas. Este aspecto se destacó como uno de los motivos para interrumpir el embarazo, ya que las mujeres expresaron no sentirse

preparadas para asumir la maternidad y enfrentaban limitaciones económicas al depender de sus padres. Además, se encontró que la familia, especialmente la madre, desempeñaba un papel significativo en la toma de decisiones relacionadas con el aborto. Por otro lado, el sistema de salud no parece tener un papel relevante en este proceso, ya que la mayoría de las adolescentes manifestaron que la decisión de interrumpir su embarazo fue tomada antes de acudir a un centro de salud.

Es importante destacar que la investigación mencionada es un estudio cualitativo, similar al presente trabajo, y explora dimensiones comunes que influyen en el enfrentamiento de un embarazo no deseado en la adolescencia. Este estudio resulta relevante para el presente trabajo, ya que señala que las mismas dimensiones pueden conducir a las mujeres a tomar decisiones diferentes. En este caso, los resultados obtenidos reflejan las experiencias de mujeres que, a pesar de tener un embarazo no deseado, decidieron interrumpir su proceso de gestación.

Por último, Toro (2017) realizó un estudio titulado *Presión social sobre la adolescente embarazada y su relación con la toma de decisión acerca de la continuación o interrupción del embarazo*, el enfoque de la investigación fue cualitativo, de tipo exploratorio-descriptivo, y contó con la participación de ocho mujeres que habían estado embarazadas entre los 13 y 17 años y que actualmente no superaban los 25 años de edad. De estas, cuatro decidieron continuar con su embarazo y cuatro optaron por realizar un aborto inducido.

Los resultados revelaron que todos los embarazos fueron no planeados, y el acontecimiento estuvo marcado por sentimientos de angustia y negación, a pesar de ser el resultado de una relación sentimental consensuada. La decisión sobre la alternativa a tomar respecto al embarazo fue fuertemente influenciada por la pareja y la familia.

Las mujeres que optaron por el aborto tuvieron un malestar emocional por el sentimiento de culpabilidad, además que su relación amorosa tuvo cambios negativos, e incluso rompimiento, asimismo por realizar el procedimiento de manera clandestina y en condiciones precarias, algunas mujeres

tuvieron consecuencias en la salud corporal y mental. Por otro lado, las mujeres que decidieron continuar con su embarazo tuvieron que vivir situaciones difíciles, algunas recibieron rechazo de sus familiares y allegados, además de asumir nuevas responsabilidades que conlleva esta nueva etapa de vida (Toro, 2017).

Esta investigación es fundamental porque su enfoque cualitativo permite comprender en profundidad las decisiones de las mujeres al enfrentarse a un embarazo no deseado y al optar por una u otra alternativa. Proporciona información sobre las presiones individuales, sociales y familiares, así como sobre las repercusiones de la decisión tomada y la influencia de los contextos mencionados. Este estudio se convierte en un antecedente importante para la presente investigación, ya que comparte similitudes en el objetivo y está situada geográficamente en el mismo país, Colombia.

Cabe destacar que se encontraron pocos antecedentes sobre las mujeres que, al tener un embarazo no deseado, decidieron continuar con su gestación y dar vida al bebé. La mayoría de las investigaciones se centran en la opción del aborto inducido y en el proceso de toma de decisión relacionado con esta elección. Se infiere que esta opción es más relevante para los investigadores porque, estadísticamente, se comprende que, de cada 10 embarazos no deseados, 6 terminan en aborto inducido y 4 en la continuidad de la gestación.

## Justificación

Este trabajo de investigación busca analizar los significados sobre el proceso de la toma de decisiones en mujeres jóvenes con embarazos no deseados que decidieron no abortar después de considerar el aborto como alternativa principal. Como se ha mencionado anteriormente, son pocas las investigaciones que abordan este tema. No obstante, la toma de decisiones frente a un embarazo no deseado ha sido enfocada desde la perspectiva de las mujeres que decidieron practicarse un aborto inducido, y aunque las cifras del aborto en Colombia son un poco confusas, se puede indicar que, de cada diez embarazos no deseados, seis son abortados. Esto quiere decir que cuatro de cada diez embarazos no deseados son llevados a término (Externado, 2017; Instituto Guttmacher, 2008).

Tomar la decisión de continuar o terminar un embarazo no deseado no es una elección que se tome a la ligera. Por esta razón, se ha investigado la relación entre la salud mental y los embarazos no deseados. Sin embargo, este tema sigue siendo objeto de debate en el ámbito académico. Algunos autores sostienen que existe una relación directa entre el embarazo no deseado, el aborto y las alteraciones psicológicas, mientras que otros niegan dicha relación y argumentan que los problemas psicológicos se presentan en mujeres que optan por dar término a su embarazo (Aznar y Cerdá, 2014; Bustamante et al., 2017; Mercier et al., 2013; Rondón, 2015; Sereno et al., 2013; Vivanco, 2011).

Además, la decisión de continuar o terminar un embarazo no deseado es un proceso complejo que ha sido estudiado principalmente en mujeres que optaron por interrumpir su embarazo. Se han evaluado diversos factores que influyen en esta decisión, tales como las dimensiones familiares, económicas, personales y sociales. También se ha encontrado que la actitud positiva o negativa hacia el embarazo no deseado influye significativamente en la decisión de abortar o continuar con el mismo. Todos estos estudios se han centrado en el embarazo no deseado y en las mujeres que decidieron

someterse a un aborto inducido (Doblado et al., 2010; Ituarte y Gómez, 2021; Langer, 2010; Sereno et al., 2013).

Sin embargo, no se ha encontrado estudios que hablen específicamente de la toma de decisiones frente a un embarazo no deseado que eligieron por la vida del bebé, a pesar de que cuatro de cada diez embarazos no deseados en Colombia son llevados a término, teniendo en cuenta que esta es una población significativa que merece ser estudiada con el fin de analizar y entender los factores o significados que guiaron a las mujeres a tomar la decisión de continuar con su embarazo, a pesar de que este fuera no deseado y en muchas ocasiones no planificado para el momento de vida que estaban viviendo.

El tema de la presente investigación es relevante para la sociedad, ya que analiza las experiencias y reflexiones que conducen a las mujeres a tomar la decisión de continuar con su embarazo, a pesar de que las circunstancias no hayan sido esperadas o planeadas. Este enfoque proporciona una visión más completa y presenta una perspectiva alternativa sobre el embarazo no deseado. Además, es un tema poco estudiado que aún presenta numerosos vacíos en la investigación en Colombia, lo que ofrece un amplio campo para futuros estudios.

Asimismo, es fundamental comprender la relación entre el embarazo no deseado y la decisión de continuar con él, ya que esto permite entender las implicaciones psicológicas y emocionales que enfrentan las mujeres. Esta comprensión es crucial para establecer antecedentes investigativos que informen el diseño de recursos de intervención destinados a promover la salud mental en embarazos no deseados y en situaciones de crisis tras decidir asumir la maternidad. Además, el acompañamiento en el proceso de convertirse en madres antes de lo planeado, proporcionando herramientas necesarias tanto durante como después de tomar la decisión de continuar con el embarazo.

Este estudio también tiene implicaciones importantes para el debate sobre los derechos reproductivos de la mujer, al decidir conscientemente qué hacer con su cuerpo y qué hacer con el cuerpo del bebé que lleva en su vientre. Al transmitir los significados de las mujeres que deciden no abortar después de considerar el aborto como alternativa principal, se reafirma la importancia de apoyar y respetar todas las decisiones reproductivas, aunque estas sean difíciles y ambivalentes. Esto contribuye a un discurso más inclusivo, respetuoso y empático respecto a la salud reproductiva de la mujer y además que se les da visibilidad a las mujeres que aun teniendo un embarazo no deseado, deciden continuarlo.

El enfoque principal de la Corporación universitaria minuto de Dios, UNIMINUTO, es el ámbito social, por ello la investigadora que ha llevado su proceso formativo en dicha universidad ha decidido abordar esta problemática social dentro de la propuesta metodológica de la sublínea de investigación del programa de psicología llamada *Construcciones psicosociales*, la cual:

Pretende promover y consolidar desarrollos investigativos en el campo de estudio psicosocial, tomando como puntos de partida elementos teóricos y praxeológicos que permitan la comprensión y el análisis reflexivo y contextualizado de estos procesos (psicológicos y sociales) que tienen lugar en el desarrollo humano, y que inciden directamente en la capacidad de las personas para adecuar formas de actuación individual y social apropiadas de acuerdo a las características específicas de la sociedad y de la época. (p.12)

Este enfoque se aplica a un grupo social poco estudiado y a menudo subestimado, con el objetivo de generar nuevas formas de entender esta realidad y proponer estrategias de intervención. También busca contribuir con un conocimiento investigativo relevante para futuras investigaciones que deseen abordar el mismo tema.

Finalmente, para la investigadora, este tema es tanto relevante como pertinente, ya que ofrece la oportunidad de explorar una problemática poco tratada, fomentando el desarrollo de un análisis crítico, ético y profesional sobre la cuestión. Además, como futura profesional, le permite enriquecer su conocimiento desde la subjetividad y las experiencias reales de las mujeres, comprendiendo los significados detrás de sus decisiones y la complejidad del ser humano. Al integrar teoría y práctica, se genera nuevo conocimiento. Asimismo, esta experiencia cultivará un mayor interés por la investigación y profundizará el conocimiento adquirido, descubriendo nuevas formas de ver el mundo e información poco estudiada, pero valiosa para comprender al otro.

## Marco teórico

### Embarazo no deseado y sus alternativas.

Para la presente investigación es necesario definir los conceptos de: embarazo, embarazo planeado, embarazo no deseado, interrupción voluntaria del embarazo y aborto, embarazo no deseado a término. Con el fin de generar una base teórica y proporcionar claridad de los términos que se utilizaron en la investigación, además, establecer estas definiciones sustentará el análisis de las alternativas que enfrenta una mujer joven y su experiencia con un embarazo no deseado.

**El embarazo.** se define como “los nueve meses durante los cuales el feto se desarrolla en el útero de la mujer” (Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo, 2020, como citó a la Organización Mundial de la Salud, párr.1). Asimismo, el Instituto Nacional del Cáncer (s.f) describe el embarazo o el proceso gestacional como:

Período que transcurre entre la concepción (fecundación de un óvulo por un espermatozoide) y el parto; durante este período el óvulo fecundado se desarrolla en el útero. En los seres humanos, el embarazo dura aproximadamente 288 días. También se llama gestación y gravidez. (párr.1)

En ese orden de ideas, una mujer embarazada es aquella que lleva un embrión en desarrollo dentro de su útero. Este proceso comienza con la fecundación y culmina con el parto de un feto vivo, o, en algunos casos, con la expulsión de un embrión o feto muerto. El embrión humano “es el producto de la concepción en su fase inicial de desarrollo, desde la etapa de cigoto hasta las 8 semanas después de la fecundación” (Astete, Beca, y Lecaros, 2014, p. 1451). A partir de ese punto el embrión pasa a denominarse feto humano que “es el producto de la concepción en desarrollo, desde las 8 semanas después de la fecundación hasta el momento del parto en que se convierte en un recién nacido” (Astete, Beca, y Lecaros, 2014, p. 1451). Se puede detectar la frecuencia cardíaca del embrión humano a partir

de la sexta semana de gestación, alcanzando su punto máximo entre las semanas ocho y diez, momento en el cual ya se considera un feto (Muñoz et al., 2002).

El embarazo puede concebirse de dos maneras: como un embarazo deseado o como un embarazo no deseado. Asimismo, puede finalizar de dos formas: mediante un embarazo llevado a término o a través de un aborto. Estos conceptos son relevantes para la investigación, ya que las mujeres consideradas pensaron en la alternativa de interrumpir su embarazo no deseado, pero finalmente decidieron llevarlo a término.

***El embarazo deseado o planeado.*** se define como “aquel que se produce con el deseo y/o planificación previa” (Instituto Nacional de Estadística, 2024). Esto significa que la pareja ha tomado la decisión consciente de tener un hijo y se ha preparado de manera integral para ello. Emocionalmente, están listos para asumir el rol de padres; físicamente, han cuidado su salud reproductiva y han consultado a profesionales médicos para asegurar que el cuerpo esté en óptimas condiciones para gestar; y financieramente, han considerado los gastos que implica esta nueva etapa. Asimismo, “es entendido como aquel embarazo producto de una intención expresa de tener un bebé a esta edad” (Winkler, Pérez Salas y López, 2005 p. 22). Generalmente, aunque no de manera exclusiva, este tipo de embarazo se presenta en parejas con una relación estable, ya sea en matrimonio o en una convivencia sólida.

***El embarazo no deseado o no planificado.*** Varios autores distinguen entre los conceptos de embarazo no planeado y embarazo no deseado. El embarazo no deseado se refiere a aquellos casos en los que una mujer no desea tener más hijos o no quiere tener uno en ese momento de su vida, es decir, no tiene la intención de procrear en ese momento. Por otro lado, el embarazo no planeado es aquel que ocurre sin haber sido previamente planificado, pero no implica necesariamente que no sea bien recibido. De hecho, algunas mujeres, a pesar de no haber planeado el embarazo, pueden aceptarlo y desear llevarlo a término una vez que conocen su estado (Instituto Guttmacher, 2008).

En resumen, todos los embarazos no deseados son no planeados, pero no todos los embarazos no planeados son no deseados. En esta investigación, nos referiremos a los embarazos no deseados como “aquellos que no son deseados en absoluto (no deseados) o que ocurrieron antes de lo deseado (inoportunos)” (Orr y Miller, 1997, p. 38) y “aquellos que ocurren en un momento poco favorable, inoportuno, o que se dan en una persona que ya no quiere reproducirse” (Langer, 2002, p. 1). El hecho de que una mujer decida iniciar su vida sexual no implica necesariamente que esté preparada o dispuesta a asumir la maternidad. Entre los factores que contribuyen a un embarazo no deseado se encuentran el fracaso de los métodos anticonceptivos, las relaciones sexuales sin protección, la falta de educación en salud reproductiva y, en algunos casos, las relaciones sexuales no consensuadas, o mujeres que ya no desean tener más hijos (Langer, 2002; Instituto Guttmacher, 2008). Por esta razón, un embarazo no deseado también se define como “aquel que surge de manera desfavorable e inoportuna en una mujer cuya intención o deseo no es la reproducción” (Sánchez et al., 2019, p. 2). Cuando una mujer enfrenta un embarazo no deseado, debe lidiar con desafíos físicos, psicológicos y sociales.

**Desafíos físicos.** En primer lugar, comienza a experimentar cambios hormonales y síntomas comunes del embarazo como náuseas, aumento de peso, sensibilidad en los pechos, mayor apetito y ausencia del ciclo menstrual (Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo, 2020). Estos síntomas suelen ser las primeras señales de sospecha, las cuales se confirman al realizar una prueba de embarazo que ratifica dicha condición. Según Cruz et al. (2020), las mujeres con embarazos no deseados tienden a comenzar su atención prenatal después del primer trimestre, lo que aumenta el riesgo de complicaciones, tanto en la salud física como en la toma de decisiones. Además, cuando el embarazo ocurre en la madurez, los riesgos aumentan, presentándose mayores complicaciones físicas y de salud tanto para la madre como para el bebé (Langer, 2002).

**Desafíos emocionales.** En segundo lugar, surgen cambios psicológicos, ya que es más probable que la mujer experimente tristeza, desesperación o, en algunos casos, síntomas de depresión ante un

embarazo no deseado. También tiende a reportar altos niveles de estrés (Orr y Miller, 1997). Por otro lado, Esguerra y Vanegas (1994) indican que las consecuencias psicológicas son difíciles de evaluar, ya que tomar la decisión de abortar nunca es fácil debido a la ambivalencia emocional que surge al no haber esperado la llegada de un bebé en ese momento de su vida. Asimismo, la mujer suele enfrentarse a la "angustia inicial por la posibilidad de estar embarazada, seguida por la decisión traumática de abortar"(p.48).

Por otra parte, la carga emocional que enfrentan las mujeres embarazadas es más significativa que la de aquellas que no lo están, y esta carga aumenta cuando el embarazo no es planificado o presenta complicaciones. Además, este peso emocional perturba el equilibrio interno de la mujer y puede generar afectaciones en sus planes y expectativas de vida, produciendo manifestaciones depresivas y ansiosas que podrían derivar en depresión postparto, la cual puede durar hasta un año después del nacimiento (Rondón, 2015; Mercier et al., 2013).

Frente a un embarazo no deseado, Orr y Miller (1997) postulan que "ante la confirmación del embarazo, el aborto es la opción en la que piensan" (p. 58), siendo esta la primera solución para muchas mujeres, ya que el embarazo llegó en un momento inoportuno. Sin embargo, Vivianco (2011) indica que las mujeres que se someten a un aborto tienen un 81% más de probabilidad de padecer problemas de salud mental y que "cuando se compara el grupo de mujeres que abortaron con las que tuvieron un embarazo no deseado pero que no abortaron, esta diferencia se mantiene" (p. 209). Esto sugiere que aquellas mujeres que optan por abortar tienen mayor riesgo de sufrir problemas mentales que las que deciden continuar con el embarazo.

Por otro lado, Pérez (2020) afirma que "la tesis fundamental para proponer el aborto como una solución para el problema del embarazo imprevisto es que seguir adelante con la gestación y tener al niño provocará malestar y problemas psicológicos a la mujer que no deseaba ese embarazo" (p. 361). Sin embargo, la investigación de Bustamante et al. (2017) encontró que las "mujeres que abortan no

arrojan evidencia suficiente de afectaciones graves en su salud mental; sin embargo, aquellas mujeres que tienen a sus hijos producto de un embarazo no deseado son las más propensas a verse afectadas en su salud mental” (p. 7). Esto sugiere que, ante un embarazo no deseado, tanto la decisión de continuar con el embarazo como la de abortar pueden tener implicaciones psicológicas. Los significados que cada mujer atribuya a su experiencia hacen que estos resultados sean tan ambivalentes y contradictorios entre sí.

**Desafíos sociales.** En tercer lugar, los embarazos no deseados son más frecuentes en los extremos de la edad reproductiva de la mujer, es decir, durante la juventud o en la edad madura (Langer, 2002). Cuando ocurre en la juventud, la mujer se enfrenta a numerosos desafíos, ya que “amenaza su proyecto de vida y la expone al riesgo de pobreza, violencia y discriminación” (Rondón, 2015, p. 410). Además, el embarazo no deseado en esta etapa se asocia con una disminución de oportunidades de crecimiento, lo que puede propiciar la deserción académica y el aplazamiento de objetivos previamente trazados. Esto ocurre porque las jóvenes deben asumir la maternidad a una edad temprana, enfrentando responsabilidades que no son propias de su etapa, a menudo sin el apoyo económico ni familiar necesario (Sánchez et al., 2019).

Por otro lado, Lerner y Guillaume (2008) indican que la respuesta de los hombres frente a un embarazo no deseado varía según el tipo de relación que tengan con la mujer, ya sea estable, ocasional o superficial. Este vínculo influye en su nivel de responsabilidad y apoyo en la situación, o en su ausencia durante el proceso. Por su parte, Pantelides (2008) señala que los varones pueden asumir un rol significativo en la toma de decisiones sobre embarazos no deseados, especialmente en lo que respecta al aborto, participando antes, durante y después del procedimiento.

Asimismo, Orr y Miller (1997), indican que frente a un embarazo no deseado es muy probable que la relación con el padre del bebé se interrumpa, esta situación puede añadir una capa adicional de

estrés emocional para la mujer, quien no solo debe lidiar con el impacto del embarazo no planeado, sino también con la posible pérdida del apoyo de su pareja.

La red de apoyo juega un papel crucial en el proceso de un embarazo no deseado, ya que “podría generar indecisión o incertidumbre sobre si continuar o interrumpir el embarazo” (Toro, 2017, p. 23). En situaciones donde la adolescente no cuenta con el apoyo de su familia, pareja, compañeros o la sociedad, esto puede generar una presión emocional significativa, aumentando la confusión. La falta de respaldo puede hacer que la madre se sienta aislada y angustiada, incrementando el riesgo de que considere el aborto como una solución (Toro, 2017).

***La interrupción voluntaria del embarazo y aborto:*** La Clínica Universidad de Navarra (2023) indica que "el aborto es un término médico que se refiere a la terminación del embarazo antes de que el feto sea viable fuera del útero, generalmente antes de las 24 semanas de gestación" (párr. 1). Por otro lado, la Organización Mundial de la Salud, (s.f) como se citó en Astete, Beca, y Lecaros, (2014) define el aborto como:

La interrupción del embarazo cuando el embrión o feto todavía no es viable fuera del vientre materno. Después de la viabilidad, la interrupción del embarazo se considera inducción de parto prematuro. Si la intención es la eliminación del feto se considera aborto tardío. Aborto en sentido jurídico es toda maniobra destinada a interrumpir el embarazo impidiendo que llegue al término natural, con destrucción o muerte del producto. (p.1450)

La OMS (2024), señala que “el aborto provocado (o interrupción voluntaria del embarazo) es un procedimiento médico sencillo y habitual” (párr.3). Sin embargo, el aborto puede ocurrir de diferentes formas. En primer lugar, el aborto espontáneo es definido como "el aborto que ocurre de manera natural, sin mediar la intención de hacerlo" (Astete, Beca, y Lecaros, 2014, p. 1450). El aborto provocado o inducido se refiere a "la interrupción deliberada del embarazo con feto no viable, como resultado de intervenciones físicas, instrumentales o medicamentosas, realizadas por la propia embarazada o por

otra persona" (Astete, Beca, y Lecaros, 2014, p. 1450). Finalmente, la interrupción voluntaria del embarazo (IVE) es "la intervención instrumental y/o medicamentosa para poner fin a un embarazo, cuya consecuencia es el aborto si ocurre antes de la viabilidad fetal, o la inducción de un parto prematuro si se realiza después" (Astete, Beca, y Lecaros, 2014, p. 1451).

Es fundamental entender la diferencia entre el aborto inducido y la interrupción voluntaria del embarazo (IVE), ya que estos conceptos son distintos y tienen un impacto en la experiencia de un embarazo no deseado, así como en la toma de decisiones. Las semanas de gestación son clave para definir correctamente los términos y las acciones. El aborto inducido se refiere a la interrupción intencional del embarazo antes de que el feto sea viable, es decir, cuando aún no puede sobrevivir fuera del útero. Su objetivo es detener el desarrollo del feto. En cambio, la IVE o aborto tardío también implica la interrupción intencional del embarazo, pero si ocurre después de que el feto es viable, se considera una inducción de parto prematuro, en lugar de un aborto (Astete, Beca, y Lecaros, 2014). La viabilidad del feto se define como:

Es la edad gestacional a partir de la cual es posible la vida extrauterina. La OMS define este límite en las 20 semanas de edad gestacional (18 semanas después de la fecundación), o en más de 400 grs. si la edad gestacional es desconocida. Sin embargo, el límite de viabilidad depende del progreso médico y tecnológico, estando actualmente en torno a las 23 semanas de gestación o en 500 gr. de peso al nacer. (Astete, Beca, y Lecaros, 2014, p. 1451)

El aborto o la interrupción voluntaria del embarazo no es una decisión que se tome a la ligera; es emocionalmente desafiante para las mujeres. En este proceso, suelen experimentar emociones ambivalentes, y el tiempo de gestación influye significativamente en la toma de decisiones. A menor tiempo de gestación, el conflicto es menor, al igual que los niveles de ansiedad, depresión y estrés. En cambio, a mayor tiempo de gestación, aumentan la incertidumbre, el estrés y la depresión (Serenio et al., 2013)

**Embarazo no deseado a término:** La OMS (2021), registra que seis de cada diez embarazos no deseados son abortados. Es decir que cuatro de cada diez embarazos no deseados son llevados a término. Algunos abortos comienzan con un embarazo no deseado, pero no todos los embarazos no deseados terminan en aborto, porque el embarazo no deseado puede llevarse a término, es decir, la madre decide culminar el embarazo y tener al bebé. Orozco López et al. (2011), define “el embarazo no deseado a término cuando una mujer queda embarazada sin quererlo y su embarazo culmina con la llegada de un bebé” (p. 245). Los niños que nacen de un embarazo no deseado se pueden convertir en niños amados y aceptados en su familia (Esguerra y Vanegas, 1994). Sin embargo, las mujeres se enfrentan a situaciones difíciles como el rechazo de su pareja, familiares o amigos. Además, puede haber deserción escolar al asumir mayores responsabilidades y al comenzar una vida laboral (Toro, 2017).

#### **Proceso de toma de decisión frente a un embarazo no deseado.**

En este estudio se busca explorar las subjetividades y significados que surgen en el proceso de toma de decisiones de mujeres jóvenes ante un embarazo no deseado, con un enfoque específico en aquellas que consideraron el aborto como una alternativa principal, pero finalmente decidieron continuar con el embarazo. Por esta razón, resulta indispensable conceptualizar adecuadamente términos como 'experiencia', 'significados' y 'toma de decisiones' dado que permiten enmarcar el análisis de la información recopilada.

**La Experiencia y los significados:** La Real Academia Española (2019) define la experiencia como “Conocimiento de la vida adquirido por las circunstancias o situaciones vividas” (párr. 3), por otro lado, Toews, citado por Scott (2001), indica que “la experiencia es aquella realidad que exige una respuesta con significado” (p.62). En este contexto la experiencia es vista como una realidad objetiva que no necesita ser definida explícitamente porque se percibe como algo evidente en sí mismo. También es entendida como algo fundamental y compartida por todos, una especie de base común que es

independiente del significado que las personas le atribuyen. Según Toews, la experiencia puede ser observada y analizada de manera objetiva, es decir, fuera de los significados subjetivos que se le otorguen. Por lo tanto, la experiencia es lo que sucede, la realidad vivida por las personas que, aunque puede ser compartida, se asume como algo evidente y universal (Toews, citado por Scott, 2001).

Por otro lado, el significado es la interpretación que se da a la experiencia, lo que las personas o sociedades construyen para dar sentido a lo que han vivido. Estos significados varían dependiendo del contexto social, cultural e histórico, y su análisis permite comprender cómo se transforman a lo largo del tiempo y en diferentes sociedades" (Toews, citado en Scott, 2001).

Es decir, la base de la experiencia es objetiva y compartida, y requiere ser explicada; mientras que el significado es la construcción subjetiva que cada persona o sociedad atribuye a esa experiencia. Esto implica que, aunque varias personas vivan una misma situación, los significados que atribuyen a la experiencia serán distintos, ya que cada individuo percibe y comprende las circunstancias de manera única, otorgando un significado personal a su vivencia. Los factores externos e internos influyen en cómo se procesa la información y cómo se responde a ella. En esta investigación, es fundamental destacar estos conceptos, ya que, aunque todas las mujeres enfrentaron la misma experiencia de un embarazo no deseado y contemplaron el aborto, finalmente decidieron no interrumpir el embarazo debido a los significados que, en su contexto, las llevó a tomar la decisión de continuar con él en ese momento.

**Decisión:** La Real Academia Española (2019), define el concepto de decidir como "Formar la idea o el propósito firme (de hacer algo), tras haber reflexionado" (párr. 1), por otro lado, Gambará (2004), citado por Zambrano y Valencia (2007), plantea que:

Decidir es el proceso que se sigue ante una situación problemática que implica la existencia de al menos dos opciones sobre las cuales elegir; estas opciones plantean un conflicto porque no

existe un orden de preferencias claro y porque las consecuencias derivadas de la elección de las alternativas no siempre son conocidas. (p.9)

Como se ha mencionado anteriormente, ante un embarazo no deseado, las mujeres —y en algunos casos, las parejas— se enfrentan a una decisión difícil, con solo dos alternativas: continuar con la gestación o interrumpirla mediante un aborto inducido. A pesar de la existencia de antecedentes y estudios sobre los efectos emocionales, sociales, económicos y físicos de cada opción, la decisión sigue siendo compleja. Las consecuencias personales de cada elección son únicas, personales y subjetivas, ya que, aunque la experiencia sea la misma, el significado que cada mujer atribuye a dicha experiencia varía, dependiendo del momento de vida en que se encuentre y de sus circunstancias particulares.

**Toma de Decisión en jóvenes:** En el proceso de toma de decisiones frente a un embarazo no deseado, las jóvenes pueden estar influenciadas por diferentes factores, según la etapa en la que se encuentren y las personas que los rodean. Langer et al. (1993), citado por Vargas, Henao, y González, (2007), señalan que algunos adolescentes toman decisiones basadas en sus propios intereses y valores, mientras que otros se dejan influenciar por las expectativas de sus padres o por la opinión de su grupo de pares.

En los primeros años de la adolescencia es más común que los jóvenes decidan conforme a lo que sus padres esperan de ellos, mientras que, al avanzar en la adolescencia, la influencia del grupo de referencia se vuelve más relevante. Por otro lado, Blustein y Phillips (1990), citado por Vargas, Henao, y González, (2007), indican que los estilos de toma de decisiones varían entre lo racional y lo intuitivo: algunos adolescentes usan estrategias lógicas y sistemáticas, mientras que otros toman decisiones de forma impulsiva o delegan esta responsabilidad en personas significativas como los padres o amigos.

**Proceso de toma de decisiones desde la teoría de la decisión conductual:** El proceso de toma de decisiones es complejo cuando existen varias alternativas, y al elegir una de ellas, no se puede tener certeza absoluta de que sea la opción correcta. En este sentido, Edwards (1984), citado por Zambrano y

Valencia (2007), plantea que “la mejor decisión es aquella que transforma el problema original en un problema bien estructurado de decisión, permitiendo a los decisores elegir la alternativa que maximice las utilidades” (p. 10). En el proceso de toma de decisiones frente a un embarazo no deseado, esto implica que la mujer debe clarificar su problema de forma que pueda verlo claramente definido. Al estructurar el problema, puede evaluar las diferentes opciones y sus posibles consecuencias — emocionales, sociales, económicas y familiares— para tomar la decisión que le ofrezca mayor beneficio.

En el proceso de toma de decisiones, se ha demostrado que las consecuencias percibidas influyen significativamente en la decisión final. Es decir, cuando una mujer evalúa las diferentes alternativas—continuar con el embarazo o abortar—, lo que más impacta en su decisión es la probabilidad de obtener resultados positivos (recompensas) y el valor personal que le asigna a dichas consecuencias. Por esta razón, aunque en un principio la idea de abortar pueda ser la opción principal, la decisión final puede inclinarse hacia continuar con el embarazo, dependiendo de cómo se valoren los posibles beneficios y resultados a nivel personal (Zambrano y Valencia, 2007).

Por otro lado, se ha encontrado que el estado emocional de una persona influye en la toma de decisiones, ya que la activación del sistema límbico —responsable de las emociones— afecta la valoración que hace el lóbulo prefrontal —encargado de los procesos cognitivos— de las posibles consecuencias de dicha decisión. Se ha observado que cuando las personas están de mal ánimo, tienden a utilizar de manera menos discriminativa la información y fallan al plantear alternativas de acción ante la situación que le aporte mas beneficios (Zambrano y Valencia, 2007).

En este orden de ideas, las emociones juegan un papel importante al momento de tomar una decisión frente a un embarazo no deseado. Las emociones se categorizan en positivas y negativas: las positivas se asocian con sensaciones de placer y bienestar como la alegría, el entusiasmo y la sorpresa; mientras que las negativas están relacionadas con sensaciones de malestar o sufrimiento, como la tristeza, el miedo o la soledad. Lydon. et al. (1996) citado por Zambrano y Valencia (2007) indican que:

La respuesta emocional activada al momento de conocer la noticia de un embarazo, predice las decisiones que se tomaran respecto al curso de este embarazo. Estos autores encontraron que quienes presentaron una respuesta emocional negativa en el momento de enterarse del embarazo fueron más susceptible a presentar altos niveles de estrés durante la gestación y fueron más susceptible a practicarse un aborto. Por el contrario, aquellas personas que tuvieron una activación emocional positiva mostraron altos niveles de compromiso hacia el embarazo y por tanto, una mayor intención de continuar con la gestación. (pp. 18-19)

Así mismo, Agudelo y Martín (2007) encontraron que las adolescentes que deciden abortar frente a un embarazo no planeado tienden a tener una visión más negativa sobre las consecuencias que este evento podría tener en su vida, y muestran más emociones negativas al recibir la noticia, en comparación con quienes eligen continuar con el embarazo.

### **Raíz moral en el proceso de toma de decisión**

El proceso de toma de decisiones en situaciones moralmente complejas, como lo es un embarazo no deseado, puede ser entendido a través de dos enfoques psicológicos principales sobre la decisión moral, desarrollados por Jonathan Haidt y Gerd Gigerenzer. Sus postulados pueden brindar una comprensión de cómo las mujeres que enfrentan un embarazo no deseado consideran el aborto como alternativa, y qué factores influyen en su decisión final de no abortar.

***Perspectiva Intuicionista de Haidt:*** Jonathan Haidt hace una distinción entre juicio moral y decisión moral, en primer lugar, indica que emitir un juicio moral “consiste en ofrecer una apreciación de aprobación o censura de una acción” (p.451) y por otro lado tomar una decisión moral a grandes rasgos, “implica optar por una opción de respuesta que incide en el bienestar de otras personas, en un contexto moral específico” (p.451). Es decir que la decisión moral es una respuesta automática donde la intuición juega un papel crucial antes de que se realice un razonamiento consciente.

Las decisiones morales son mayormente intuitivas, lo que significa que son rápidas y automáticas, impulsadas por las respuestas emocionales más que por un razonamiento premeditado. Es decir que las personas tienden a tomar decisiones morales en cuestión de segundos, motivadas por intuiciones emocionales que son instantáneas, casi automáticas, y luego buscan razones para justificar esas decisiones, esto implica que la razón no es el motor principal de nuestras decisiones morales, sino que actúa más como un justificante de lo que ya hemos decidido intuitivamente, y luego persuadimos a otras personas de la decisión tomada (Echeverri Álvarez, 2016), esto quiere decir que “la explicación ofrecida por el autor [Jonathan Haidt] pone a la intuición en un primer plano mientras que la razón adquiere un papel instrumental secundario de justificación y persuasión” (p.455).

La tesis de Haidt afirma que las decisiones morales no están predeterminadas por razones prácticas o deliberaciones conscientes, sino que son impulsadas principalmente por intuiciones o emociones. Estas intuiciones pueden manifestarse como sensaciones inmediatas o indescriptibles —lo que comúnmente llamamos presentimientos—, o a través de emociones morales como la empatía, el amor, o incluso emociones negativas como el odio o el egoísmo. Luego, las personas buscan justificar racionalmente estas intuiciones, aunque el origen real de la decisión provenga de una preferencia emocional inconsciente (Echeverri Álvarez, 2016).

En el caso de un embarazo no deseado, una mujer se entera de que está embarazada inesperadamente. Su reacción inmediata es el miedo, y sin pensarlo mucho, su intuición le sugiere que el aborto es la mejor opción. Según el autor, esta intuición emocional es la que motiva la acción, y la justificación racional vendría después, lo que puede incluir argumentos como sus estudios o la falta de estabilidad económica. Así, “la reflexión privada y la deliberación consciente en contadas ocasiones se utilizan para emitir juicios y tomar decisiones morales” (p. 472), es decir, la decisión no solo es un acto reflexivo, sino que está profundamente influenciado por emociones o presentimientos que moldean el juicio moral desde el inicio (Echeverri Álvarez, 2016).

***Heurísticas en la Decisión Moral de Gigerenzer:*** Gigerenzer plantea que las heurísticas son atajos cognitivos o reglas prácticas que permiten a las personas tomar decisiones rápidas y efectivas en situaciones de incertidumbre o complejidad sin la necesidad de realizar un análisis detallado de todas las alternativas posibles. En otras palabras, estas heurísticas ayudan a reducir la sobrecarga cognitiva, permitiendo que las personas tomen decisiones que, aunque no sean perfectas o racionalmente óptimas, son lo suficientemente buenas (Echeverri Álvarez, 2016). Además, Gigerenzer enfatiza que las decisiones morales se toman en un contexto de racionalidad limitada, donde las personas enfrentan incertidumbre y no disponen de toda la información necesaria.

Es decir, el ser humano toma decisiones con restricción en el tiempo, una ignorancia parcial de las alternativas y ante la presencia de un futuro incierto. En estas condiciones la racionalidad humana utiliza intuiciones como atajos para escoger las alternativas razonablemente buenas para un individuo en concreto, sin evaluar con detenimiento todas las opciones de respuesta en un problema de elección moral. (Echeverri, 2016, p.451)

Por otro lado, Gigerenzer indica que "las reglas generales que fundamentan la intuición son atajos (heurísticos) que utilizan la información más relevante para tomar decisiones, ignorando otros datos o fuentes de información" (p. 465). Además, identifica algunas heurísticas comunes que las personas suelen utilizar al tomar decisiones morales. Una de ellas es la heurística del reconocimiento, que se basa en lo que otra persona haría en una situación similar. Es decir, está muy relacionada con los consejos que otras personas podrían ofrecer, ya que tiende a ser una opción más familiar o reconocible. Esto permite tomar una decisión rápida sin la necesidad de un análisis exhaustivo de todas las alternativas y posibles consecuencias. En el caso de un embarazo no deseado, por ejemplo, la mujer podría recurrir a una heurística basada en la experiencia previa de un familiar o en el consejo de una persona cercana, eligiendo la opción que más le resuene emocionalmente o que le haya sido recomendada por alguien en quien confía (Echeverri Álvarez, 2016).

**Raíces morales de las decisiones:** En el proceso de toma de decisiones, las decisiones morales no son completamente racionales ni independientes de las influencias externas. Gigerenzer sostiene que las decisiones morales están guiadas por intuiciones y vinculadas a tres raíces fundamentales: la ética individualista, la ética familiar y la ética comunitaria. En otras palabras, los factores emocionales individuales, las normas familiares que funcionan como heurísticas y las expectativas sociales influyen como intuiciones automáticas al momento de tomar decisiones (Echeverri Álvarez, 2016). A continuación, se presentan cada una de estas raíces:

**Ética individualista:** Echeverri Álvarez (2016) señala que la ética individualista "privilegia los derechos y libertades individuales, una ética propia de la convicción liberal en las sociedades occidentales" (p. 467). Esto implica que, al tomar una decisión, las personas tienden a priorizar sus propias necesidades, deseos y libertades, dando menos importancia a los factores externos, como las expectativas de los demás. En este sentido, la raíz moral individualista sugiere que "las intuiciones morales que se experimentan con mayor frecuencia están orientadas a preservar la autonomía personal en temas como el derecho al aborto, la eutanasia, la libre expresión, la identidad sexual, el libre consumo de marihuana, entre otros" (p. 468).

Desde un enfoque individualista, en un embarazo no deseado, la mujer priorizará su autonomía personal, la libertad de elección y el derecho a tomar decisiones sobre su cuerpo. Si cree que el feto no forma parte de su cuerpo y está invadiendo su individualidad, es más probable que opte por un aborto inducido. Sin embargo, si considera que el feto ya es parte de su cuerpo, es más probable que decida llevar el embarazo a término. En ambas situaciones, la mujer está priorizando su autonomía personal y sus libertades individuales al tomar la decisión

**Ética familiar:** Echeverri Álvarez (2016) señala que la ética moral familiar "enfatisa una obligación moral de por vida con la familia. En este caso, los sentimientos morales se relacionan más con la familia que con el individuo" (p. 467). Esto significa que la persona toma decisiones pensando en sus

obligaciones morales hacia la familia o en el bienestar y expectativas del grupo familiar, en lugar de priorizar sus propios intereses. La responsabilidad emocional está ligada a la unidad familiar, donde "los temas de interés moral aquí son el bienestar y el honor de la familia" (p. 468). Al tomar decisiones, la persona elegirá la alternativa que beneficie a la familia y considerará cuidadosamente la opinión y los consejos de sus familiares antes de decidir.

Desde un enfoque familiar, en un embarazo no deseado, la mujer priorizará lo que su familia espera que haga, guiada por los valores morales, la religión que profesa y las normas explícitas e implícitas que cada familia tiene. Por ejemplo, una mujer podría decidir seguir adelante con el embarazo porque su familia está en contra del aborto y ella siente la necesidad de cumplir con sus expectativas. Por otro lado, una mujer puede optar por abortar debido a la presión familiar, temiendo que la expulsen de su hogar o no la apoyen con el bebé, aunque su deseo sea tenerlo. En este enfoque, no prevalece su individualidad, sino lo que la familia espera de ella, ya que "los sentimientos morales de daño y reciprocidad se relacionan más con la familia que con el individuo" (Echeverri Álvarez, 2016, p. 468).

**Ética Comunitaria:** Echeverri Álvarez (2016) señala que la ética comunitaria "incluye obligaciones morales en función de la lealtad al grupo y el respeto a la autoridad grupal" (p. 467). Esto significa que las personas priorizan sus decisiones de acuerdo con las normas y valores de la sociedad o comunidad a la que pertenecen. Esta ética moral se orienta hacia la lealtad al grupo, el respeto y la tradición en instituciones comunitarias como la religión o las normas culturales. Gigerenzer (2008), citado por Echeverri Álvarez (2016), afirma: "La mayoría de las tribus, los grupos religiosos o las naciones defienden virtudes como el patriotismo, la lealtad, el heroísmo, y desde tiempo inmemorial los individuos han sacrificado su vida por su grupo excluyente" (p. 468). En este sentido, las personas con una ética comunitaria no toman decisiones basadas en su individualidad o en las expectativas familiares, sino en la profunda creencia en los valores del grupo comunitario al que pertenecen.

Desde un enfoque comunitario, en un embarazo no deseado, la mujer priorizará las creencias de su comunidad por encima de su individualidad. Por ejemplo, si una mujer pertenece a una comunidad que apoya el aborto en todas las circunstancias y queda embarazada, es probable que aborte debido a su ideología, aunque en el fondo sí desee tener al bebé. De manera similar, en el caso opuesto, una mujer que forme parte de una comunidad que no apoye el aborto probablemente continuará con el embarazo, incluso si su deseo personal es interrumpirlo.

## Objetivos

### Objetivo general

Analizar los significados sobre el proceso de la toma de decisiones en 3 mujeres jóvenes residentes de la ciudad de Medellín con embarazos no deseados que decidieron no abortar.

### Objetivos específicos

1. Describir la experiencia de un embarazo no deseado según los significados de 3 mujeres jóvenes residentes de la ciudad de Medellín.
2. Identificar el proceso de toma de decisiones sobre el embarazo no deseado según los significados de 3 mujeres jóvenes residentes de la ciudad de Medellín.
3. Determinar la raíz moral predominante en el proceso de toma de decisiones según los significados de 3 mujeres jóvenes residentes de la ciudad de Medellín.

## **Metodología**

### **Postura epistemológica**

El paradigma en el cual se centra esta investigación es el constructivismo. Guba y Lincoln (2002), indican que “las realidades son comprensibles en la forma de construcciones mentales múltiples e intangibles, basadas social y experiencialmente, de naturaleza local y específica, y su forma y contenido dependen de los individuos o grupos que sostienen esas construcciones” (p. 128). Es decir, la comprensión de los individuos se origina en su subjetividad, estas condiciones no son lineales, esto significa que se pueden transformar a lo largo de la vida a medida que se experimentan diversas situaciones y acontecimientos (Guba y Lincoln, 2002).

Por otro lado, la postura del investigador, se inclina a que “el investigador y el objeto de investigación están vinculados interactivamente de tal forma que los ‘hallazgos’ son literalmente creados al avanzar la investigación” (p.128) , y el marco interpretativo dentro de la postura epistemológica es la hermenéutica y dialéctica, donde se plantea que el conocimiento se construye mediante la interacción del investigador y los participantes, creando información que fusiona las experiencias de los participantes y los saberes del investigador, para producir un análisis interpretativo de las vivencias (Guba y Lincoln, 2002).

Finalmente, el objetivo de enfocarse en este paradigma para llevar a cabo esta investigación es “entender y reconstruir las construcciones de la gente incluyendo al investigador” (Guba y Lincoln, 2002, p.134), en otras palabras, es comprender la subjetividad de las participantes y adquirir nuevos saberes que se puedan interpretar a través de la teoría, y más allá de eso, conocer los significados subjetivos y únicos de cada mujer al momento de tomar decisiones frente a su embarazo no deseado.

### **Estrategia metodológica**

La presente investigación es cualitativa por que “lo que se espera al final es una descripción tersa, una comprensión experiencial y múltiples realidades” (Álvarez y Jurgenson, 2009, p.29) del tema

estudiado, además la estrategia metodológica es el estudio de caso. Eisenhardt, citado por Páramo (2011), define el estudio de caso como “una estrategia de investigación dirigida a comprender las dinámicas presentes en casos singulares. Puede tratarse de un único caso o de varios casos” (p.308). El propósito de la estrategia es representar la realidad de manera clara y concreta, reduciendo la distancia entre el investigador y los sujetos de estudio, esto permite comprender la interacción entre las distintas partes del sistema estudiado y sus características importantes (Páramo, 2011).

El estudio de caso es pertinente en esta investigación porque “aborda el comportamiento de los individuos de manera mas directa que lo que tradicionalmente lo han hecho los estudios que solo se valen por cuestionarios que registran los reportes verbales de las personas” (Páramo, 2011, p.308), asimismo el propósito de la investigación es interpretativo-comprensivo como lo indica George y Bennett, citado por Páramo (2011) ya que “pretende conseguir un acercamiento entre las teorías revisadas en el marco teórico y la realidad del fenómeno bajo estudio, con el fin de contrastarlas; sin olvidar que sirve igualmente para generar teoría” (p.309).

Por otro lado, se utilizó la hermenéutica para analizar los testimonios de las participantes, con el fin de que la información recolectada sea examinada para encontrar el significado explícito como el implícito en cada una de las categorías en las que se pretende entender el fenómeno estudiado (Páramo, 2011). Asimismo, contrastar y comparar la información suministrada, entendiendo la subjetividad de cada caso, pero categorizando la información para ver cómo se relaciona o contrasta el fenómeno en mujeres con diferentes condiciones y experiencias.

### **Participantes**

Esta investigación se realizó con tres mujeres que residen en la ciudad de Medellín. Las participantes fueron elegidas a conveniencia, los criterios de inclusión que se tuvieron en cuenta fueron:

mujeres que tuvieron un embarazo no deseado en la juventud entendida entre los 14 y 28 años<sup>1</sup> que, consideraron el aborto como alternativa principal, pero decidieron continuar y terminar su gestación, además que actualmente tengan hasta 30 años de edad, por otra parte, el criterio de exclusión fue mujeres que hayan quedado en embarazo por causa de abuso sexual.

Se entrevistaron tres mujeres identificadas en los apartados de resultados y discusión mediante el código M (mujer) seguido de un número. M1 se refiere a la primera entrevistada, de 21 años, soltera, con dos embarazos no deseados; abortó el primero a los 15 años y decidió continuar con el segundo a los 19. Es universitaria y pertenece al estrato socioeconómico 2. M2 tiene 26 años, es soltera, enfermera y pertenece al estrato 3; tuvo dos embarazos no deseados que decidió llevar a término. Finalmente, M3, de 17 años, soltera, en noveno de bachillerato y del estrato 1, ha tenido dos embarazos; no deseó el segundo y pensó en abortarlo.

### **Técnicas de recolección de la información**

Álvarez y Jurgenson (2009), indican que en la investigación cualitativa “la entrevista busca entender el mundo desde la perspectiva del entrevistado, y desmenuzar los significados de sus experiencias” (p. 109), en este orden de ideas la técnica de recolección de información que se utilizó en esta investigación fue la entrevista semiestructurada, ya que esta herramienta permite conocer la subjetividad, los significados, las experiencias personales y las situaciones particulares de las entrevistadas, además la investigadora puede extraer la información y realizar un análisis e interpretación de los temas de interés e investigación.

La entrevista no estructurada “destaca la interacción entrevistado-entrevistador el cual esta vinculado por una relación de persona a persona cuyo deseo es entender más que explicar” (Vargas, 2012, p.127), en estas entrevistas no se tiene un guion rígido y estructurado a seguir, pero sí es

---

<sup>1</sup> Joven. Toda persona entre 14 y 28 años cumplidos en proceso de consolidación de su autonomía intelectual, física, moral, económica, social y cultural que hace parte de una comunidad política y en ese sentido ejerce su ciudadanía (Ley 1622 del 2013, Colombia).

necesario crean un guión de los temas a tratar. Kvale citado por Álvarez y Jurgenson (2009) indica que “la preparación de antemano es esencial para la interacción y el resultado de una entrevista” (p. 111), por esta razón es importante crear un guión, con las preguntas abiertas principales y que el entrevistador tenga claridad del tema a tratar para estar alineado en los temas de interés de la investigación en todas las entrevistas, aunque estas se desarrollen de maneras completamente diferentes.

Esta técnica de investigación es adecuada para la presente investigación porque le permite a la investigadora reconocer su posición en el estudio y a las entrevistadas expresar sus experiencias de manera detallada y profunda. El objetivo es tener la información clara, para clasificarla de la manera adecuada y posteriormente analizar la información en las categorías que se estructuraron anteriormente, con el fin de responder la pregunta de investigación las necesidades y darles visibilidad a las mujeres entrevistadas (Páramo, 2011).

### **Procedimiento y análisis de la información**

El procedimiento de esta investigación se realizó con tres mujeres jóvenes que residen en la ciudad de Medellín que tuvieron un embarazo no deseado en la juventud y consideraron el aborto como alternativa principal, pero decidieron continuar el embarazo. Las entrevistas se realizaron de manera individual y el instrumento se diseñó basándose en las categorías que se detallan en la Tabla 1, el análisis de la información realizó utilizando una matriz categorial en Excel, basada en los objetivos específicos con el fin de definir la categoría de análisis para responder los objetivos específicos de la investigación.

Cada mujer firmó el consentimiento informado, se respetó el anonimato y la confidencialidad en todo el proceso, además toda la información de las entrevistas fue grabada, transcrita y analizada por medio de la matriz categorial, ya que el objetivo de este tipo de estudios es “generar una comprensión del problema de investigación dentro de una lógica deductiva derivada de las categorías o suposiciones”

(Páramo, 2011, p.113). Asimismo, la investigadora fue guiada por la literatura escrita en el marco teórico de la investigación para analizar la información de forma inductiva.

Por último, la información se organizó en función de las categorías de análisis y se realizó un comentario analítico, después de realizar el ejercicio interpretativo de cada una de las entrevistas de las mujeres en las categorías de estudio, además de contrastar y comparar la información con la teoría que se muestra en el apartado de resultados y discusión. La matriz categorial se presenta a continuación:

Tabla 1. Matriz categorial.

Objetivos específicos	Categorías	Preguntas
<b>Describir la experiencia de un embarazo no deseado según los significados de 3 mujeres jóvenes residentes de la ciudad de Medellín.</b>	Experiencia de un embarazo no deseado.	Cuéntame la historia de cada uno de tus embarazos. ¿Cuántos embarazos has tenido y cuántos hijos tienes actualmente? ¿Cómo fue tu experiencia al enterarse de cada uno de tus embarazos, qué emociones sentiste en los primeros momentos después de saber que estabas embarazada? ¿Si anteriormente tuviste un embarazo no deseado y lo abortaste, cuál crees que fue tu razón principal para tomar la decisión de abortar en ese momento? Hablemos del embarazo no deseado: ¿Qué crees que te llevó a pensar y sentir que no deseabas ese embarazo? ¿Qué significa para ti un embarazo no deseado? ¿Cómo viviste el proceso de tener un embarazo no deseado? ¿En algún momento sentiste que tu percepción o actitud hacia el embarazo cambió? Si es así, ¿cómo fue ese cambio? ¿Cómo fue tu relación con tu familia, tus amigos y tu pareja durante el embarazo?
<b>Identificar el proceso de toma de decisiones sobre el embarazo no deseado según los significados de 3 mujeres jóvenes residentes de la ciudad de Medellín.</b>	Proceso de toma de decisiones sobre un embarazo no deseado.	Hablemos ahora sobre la decisión que tomaste, ¿Cuál era tu mayor preocupación en ese momento? ¿En qué momento consideraste la posibilidad de abortar, y cuáles fueron tus principales razones para pensarlo? (Indagar por las semanas de embarazo al momento de la decisión).¿Acudiste a alguna institución o persona para buscar información sobre tus opciones? Si es así, ¿qué opciones te dieron? /¿Cuánto tiempo estuviste considerando esas opciones antes de tomar una decisión?Luego de haber considerado interrumpir el embarazo, ¿qué crees que te hizo cambiar de opinión y decidir continuar con el embarazo?

---

<p><b>Determinar la raíz moral predominante en el proceso de toma de decisiones según los significados de 3 mujeres jóvenes residentes de la ciudad de Medellín</b></p>	<p>Raíz moral predominante en el proceso de toma de decisiones.</p>	<p>(Indagar por las semanas de embarazo al momento de la decisión). ¿Cómo describirías tus sentimientos y pensamientos durante el proceso de toma de decisiones? ¿Cómo te sentiste después de tomar la decisión de continuar con el embarazo, cómo te sentiste en el embarazo?</p> <p>Hablemos ahora sobre aquello que fue la base de tu decisión, ¿Cuáles crees que fueron los factores principales que influyeron en tu decisión de continuar con el embarazo? (familiares, personales, religiosos, sociales, etc.) ¿Crees que, si esos factores no hubieran estado presentes, habrías tomado una decisión diferente? ¿Por qué? ¿Qué papel jugaron tus valores o creencias personales en la decisión de continuar con el embarazo? ¿Consideras que tu decisión fue una convicción profunda y personal? ¿Cómo llegaste a esa convicción o por qué crees que no lo fue? ¿Influyeron las opiniones de personas cercanas (familia, pareja, amigos) en tu decisión final? ¿Cómo? ¿Qué crees que termina siendo lo más determinante en tu decisión: ¿tu individualidad, tu familia o la sociedad?</p>
---	---	---

---

### **Consideraciones éticas**

En la presente investigación se cumplieron los aspectos éticos estipulados en la resolución 8430 de 1993 del 4 de octubre, donde “se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para investigación en la salud” (p.1). También se tuvieron en cuenta los principios éticos establecido en VII código de ética del psicólogo en Colombia que “es la protección y el bienestar del individuo y de los grupos con los cuales trabaja el psicólogo y guiar y proteger a éste en el ejercicio de su profesión.” (p.211).

Además de la Ley 1090 del 2006, en los artículo 18, 19, 24 y 26, que hacen referencia al uso responsable de la información, la confidencialidad y el anonimato que la investigadora tiene que respetar con los datos suministrados por las participantes; asimismo, el artículo 15 que menciona el consentimiento informado que cada participante leyó y firmo para participar de manera voluntaria en la investigación y finalmente el artículo 12, que expresa el respeto y la dignidad con la que la investigadora debe tratar a las participantes ya que el tema a tratar es sensible y delicado.

## Resultados y discusión

### Experiencia de un embarazo no deseado

*“Porque es como la persona que nos enseña el verdadero significado de una palabra, te amo. Es el hijo. Y él es mi galán, mi hombrecito, mi amor” (M2, 2024).*

Este apartado describe las experiencias de un embarazo no deseado según los significados atribuidos por tres mujeres jóvenes residentes en la ciudad de Medellín. Es importante destacar que, aunque todas compartieron la experiencia de un embarazo no deseado, el significado que cada una le otorgó a esta vivencia fue subjetivo y personal. Esta interpretación varía en función de los factores internos y externos que influyen en cómo cada mujer procesa y responde a la situación, considerando además su contexto social, económico, familiar y personal.

La experiencia de cada embarazo es profundamente única y personal. Al indagar en las historias de las participantes, encontramos que M1 vivió dos embarazos no deseados y tomó decisiones distintas en cada uno: en el primero decidió abortar, mientras que, en el segundo, aunque también pensó en interrumpirlo, optó por llevarlo a término. En el caso de M2, también tuvo dos embarazos no deseados. El primero lo consideró interrumpir, pero finalmente decidió continuar, y en el segundo, aunque tampoco fue planeado, lo llevó a término sin contemplar otras opciones. Por último, M3 experimentó un primer embarazo no planeado que decidió llevar a término sin mayores cuestionamientos, y un segundo embarazo no deseado, donde sí consideró el aborto, pero al final también decidió continuar. M3 (2024) expresa respecto a su primer embarazo no planificado: "Sí, ese sí, no pensé nada, lo tuve y ya". Esta expresión refleja cómo algunas mujeres, a pesar de no haber planeado un embarazo, pueden aceptarlo y seguir adelante sin explorar otras alternativas, como señala el Instituto Guttmacher (2008).

Este apartado se centrará en las experiencias de los embarazos no deseados donde las mujeres consideraron abortar. En el capítulo 2, se ahondará en la experiencia de M1 (2024), quien, al ser la única

que tomó decisiones opuestas en dos ocasiones diferentes, ofrece una perspectiva más compleja sobre el proceso de toma de decisiones frente a un embarazo no deseado.

Las mujeres pueden iniciar su vida sexual, pero esto no siempre significa que estén preparadas para asumir la maternidad. El embarazo no deseado se define como “aquel que surge de manera desfavorable e inoportuna en una mujer cuya intención o deseo no es la reproducción” (Sánchez et al., 2019, p. 2). Para M1 (2024), el embarazo fue algo completamente inesperado: “¿cómo le digo?, bueno, fueron no deseados. Entonces llegó como así”. En su caso, la falta de educación en salud reproductiva, sumada a las relaciones sexuales sin protección, fueron factores determinantes en la concepción no deseada: “tenía mi vida sexual, pues, sin protegerme, sin nada, y nunca había pasado nada”.

Por otro lado, M3 (2024) experimentó un embarazo no deseado debido a decisiones impulsivas: “De no pensar las cosas y saber que, como por decirlo así, la cagaste una vez, la vuelves a cagar otra vez”. Además, ya no deseaba tener más hijos: “de que ya tenía uno, pues no, pues, tener dos. Y más que todo, como a la edad que tengo, entonces eso era pues como un problema”. Estas experiencias refuerzan las afirmaciones de Langer (2002) y el Instituto Guttmacher (2008), quienes señalan que la falta de educación reproductiva y las relaciones sexuales sin protección juegan un papel crucial en la ocurrencia de embarazos no deseados.

En primer lugar, los desafíos físicos que enfrenta una mujer ante un embarazo incluyen cambios hormonales y síntomas comunes como náuseas, aumento de peso y la ausencia del ciclo menstrual. Estos son generalmente las primeras señales de sospecha de un embarazo, que posteriormente se confirma mediante una prueba de embarazo (Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo, 2020). M1 (2024) indica “me sentía mal, mal, mal, entonces ya me hicieron la prueba. Porque una mujer como que tiene un sexto sentido, literal. Y yo no, yo sé que estoy en embarazo”. Pero en algunos casos esos síntomas no son tan evidentes y la mujer no se da cuenta que está en embarazo; M3 (2024) menciona:

No, porque no se me veía el estómago, no tenía ganas de vomitar, comía normal. Pues no, lo único, así como extraño era que no había como tanto apetito, pero eso no es como algo muy diferente a mí porque pues yo por tiempos como, por tiempos no. Entonces no le vi pues como nada extraño. No tenía náuseas, ni dolor de cabeza, ni sueño.

Además, las mujeres comenzaron su atención prenatal después de varias semanas de enterarse de su embarazo, M2 (2024) relató: “Sí, pero ya tenía cuatro meses y empecé consulta prenatal”, mientras que M3 (2024) mencionó “fui a mi primera cita a los 6 meses” lo que aumenta el riesgo de complicaciones, tanto en la salud física como en la toma de decisiones (Cruz et al., 2020).

En segundo lugar, al momento de enterarse de un embarazo no deseado también surgen cambios psicológicos, Orr y Miller (1997) indican que es más probable que la mujer experimente tristeza, desesperación y posiblemente depresión. M1 (2024) expresa que al enterarse del embarazo sintió desesperación: “Y yo no, pues yo no sabía qué hacer. No, es algo que no hay cómo describirlo. O sea, pero ¿qué hago?”, por otro lado, M2 (2024), experimentó emociones ambivalentes de felicidad y miedo ante la noticia: “en el momento me sentí feliz porque, o sea, una vida, un ser humano, un niño dentro de mí. Feliz, pero a la vez me sentía con miedo”. Y curiosamente M3 (2024) no experimentó ninguna emoción: “yo no sentí nada, no sentí ni alegría, ni tristeza, ni rabia, no sentí nada. Simplemente me dijeron que estaba embarazada y yo salí, salí pues como con la mente en blanco”.

Además, el sentimiento de soledad fue un común denominador en las experiencias de las tres mujeres en el proceso del embarazo no deseado, M1 (2024) menciona: “yo estoy sola, literal, yo me siento sola”, asimismo M2 (2024) expresó: “en ese momento estaba sola, me daba miedo”. Y finalmente M3 (2024) mencionó: “yo no sé porque a veces me siento sola y tiendo en hablar sola”. Estas emociones negativas y ambivalentes son comunes para considerar el aborto como alternativa principal, “ante la confirmación del embarazo, el aborto es la opción en la que piensan” (Orr y Miller, 1997, p. 58). En los testimonios de las mujeres podemos evidenciar que el primer pensamiento de la M1 (2024) fue “no,

Dios mío, ¿por qué a mí? ¿Por qué a mí? Entonces yo fui, yo tenía una amiguita en ese tiempo, que éramos muy unidas, entonces yo pensé incluso en tomarme veneno”; por su parte, M2 (2024) dijo: “Bueno, el primero lo decidí que lo quería abortar. Me provocó abortarlo”. Y finalmente, M3 (2024) reflexionó: “ya pues fue que me puse ya como a pensar y yo, ¿será que no lo tengo? Pues es que dos...”.

Después de considerar el aborto como alternativa principal en el proceso de toma de decisiones las mujeres deben clarificar y estructurar el problema, de forma que puedan evaluar las diferentes opciones y sus posibles consecuencias —emocionales, sociales, económicas y familiares— para que puedan tomar la decisión que más les convenga (Edwards, 1984, citado por Zambrano y Valencia, 2007). La primera alternativa es practicarse el aborto inducido y la experiencia que cada mujer tuvo con la EPS influyó de alguna manera con la decisión de continuar con su embarazo. Por un lado, M1 (2024) no tuvo los recursos económicos para realizarse el aborto, ella menciona que:

Yo fui, cogí la cita en Profamilia y me la dieron como para un once de marzo. Y sí, entonces yo fui, pues iba muy contenta, porque dije, bueno, voy a ver si puedo salir de esto. Pero como la EPS en ese entonces no era de acá, a mí me cobraban cierto dinero.

Por otro lado, M2 indica que “en la EPS me insistieron en abortarlo, pero yo sentí mover a la bebé”. Además, la EPS es recurrente en mencionar la posibilidad de abortar. M2 (2024) menciona: “y en cada cita de control me decían que si lo quería abortar”, adicionalmente M1 (2024) afirma: “En la EPS, cuando yo voy a hacerme los controles, sí, encima (refiriéndose a la actitud percibida)... Cuando ven que uno es madre soltera siempre le dicen, usted hasta las 24 semanas puede abortar”, finalmente M3 (2024) menciona que ya se iba a realizar el proceso, pero de un momento a otro al acompañante le indicaron los riesgos de practicarse el aborto tardío, ella expresa:

Él de un momento a otro me dice -vea que es que para usted hacerle un aborto...- porque yo tenía seis meses y seis días. Entonces esos seis días eran problemas porque normalmente es hasta los seis meses, pero pues esos seis días se me complicaba más. -Entonces dijeron que

solamente había una oportunidad, que el riesgo que a usted le pasara algo era muy grande, porque probablemente ese bebé saliera vivo, muy, muy chiquito o... y usted se muera o puede ser que a ustedes no les pase algo, pero el niño va a nacer con problemas-. Entonces le dijeron que eso era un riesgo muy grande.

En este caso ya no sería un aborto inducido, sino interrupción voluntaria del embarazo o aborto tardío, esta situación se da porque el feto ya es viable fuera del vientre materno y se considera inducción de parto prematuro, porque el feto ya puede sobrevivir fuera del útero, es decir puede nacer vivo con complicaciones, o en otros casos los dos humanos, es decir la madre y el feto, pueden morir en el procedimiento (Astete, Beca, y Lecaros, 2014).

La experiencia que cada mujer tuvo con su EPS influyó en su decisión de continuar con el embarazo. Además, otras situaciones y circunstancias también desempeñaron un papel importante, las cuales se analizan con mayor detalle en el siguiente capítulo de resultados. En dicho capítulo, se aborda el proceso de toma de decisiones y el cambio que las llevó a pasar de considerar el aborto como primera opción a finalmente optar por tener al bebé.

En tercer lugar, al momento de enterarse de un embarazo no deseado también surgen desafíos sociales, el primero es la relación con el hombre o el padre del bebé. Lerner y Guillaume (2008) indican que el rol del hombre depende del vínculo emocional que este tenga con la mujer y esta cercanía emocional determina el apoyo o la ausencia de su paternidad. En las entrevistas, las mujeres experimentaron la ausencia del hombre en todo el proceso del embarazo no deseado y la decisión tomada. M1 (2024) menciona: “entonces yo le escribí al papá y me dijo que no, que no podía tener hijos. Que no podía tener hijos y me decía, no, ahora te llamo. Nunca llamaba, me colgaba cuando no me escuchaba la voz”, asimismo M2 (2024) indicó: “Bueno, el papá del niño, él se fue para la costa, me dejó sola”, en este mismo orden de ideas, M3 (2024) expresa: “Entonces él me decía que no, que él sí iba a hacer la prueba pero que yo la tenía que pagar. Y ya lo último fue que se perdió, que eso ya era

problema mío, que resolviera cómo pudiera”. En este orden de ideas se refuerza lo dicho por Orr y Miller (1997), frente a un embarazo no deseado es muy probable que la relación con el padre del bebé se interrumpa.

El segundo desafío social que enfrenta una mujer ante un embarazo no deseado es el apoyo o rechazo de su red de apoyo. Rondón (2015) afirma que en una mujer el embarazo no deseado “amenaza su proyecto de vida y la expone al riesgo de pobreza, violencia y discriminación” (p. 410). M1 y M3 fueron expulsadas de sus hogares, como relata M1 (2024): “Yo vivía en la casa de una, es mujer de un tío. Me tocó irme de ahí, porque ya me echó”. En la misma línea, M3 (2024) indicó que encontró apoyo en una nueva pareja: “yo me quedé a vivir con él un tiempo porque me echaron de la casa”. Asimismo, M2 no contó con el apoyo de su familia: “Prácticamente sola sin el apoyo de mi familia y sola sin el apoyo del papá”. Así pues, el rechazo familiar incrementa la incertidumbre, además de los sentimientos de soledad.

El tercer desafío social es la disminución de oportunidades académicas y de tiempo de esparcimiento debido a la responsabilidad de ser madre en la juventud (Sánchez et al., 2019). M1 (2024) expresa: “me toca limitarme a muchas cosas porque yo soy mamá”. En esta misma línea, M3 (2024) señala: “Yo me puedo estar muriendo de ganas de salir y no salgo por estar con ellos”. Sin embargo, en cuanto a las oportunidades académicas, M3 añade: “más que todo el niño es el que me ha abierto las puertas, más en lo académico porque muchos lugares apoyan a las madres jóvenes”.

Las entrevistas revelaron un resultado que no habíamos encontrado en los antecedentes ni en la teoría sobre la experiencia de un embarazo no deseado: el apoyo de instituciones o fundaciones que acompañan a las mujeres que deciden continuar con su embarazo. En estos lugares las mujeres reciben apoyo económico, psicológico y social para enfrentar esta nueva etapa, que, como se ha mencionado, presenta muchos desafíos para las madres solteras. M1 (2024) menciona: “hasta que encontré la fundación. Gracias a la fundación, pues, pude ver si este embarazo diferente, me brindaron

acompañamiento psicológico, el de la trabajadora social, y todo eso”. Por otro lado, M2 (2024) indica que, en la incertidumbre de qué hacer con su embarazo encontró apoyo: “pero me puse a pensarlo, encontré, me metí en redes sociales y encontré una corporación, me acerqué a esa corporación, tuve ayuda psicológicamente, económicamente”. Finalmente, M3 (2024) señala: “y ya lo último fue, ya lo último cuando ya decidí tenerlos, trabajo social me dijo que viniera a una institución, que ayudaban y ella había mandado algunas mamás de allá, del centro para la institución. Y también en el colegio me dijeron que viniera a esta institución”.

Finalmente, las mujeres entrevistadas decidieron llevar su embarazo a término: “el embarazo no deseado a término cuando una mujer queda embarazada sin quererlo y su embarazo culmina con la llegada de un bebé” (Orozco López et al., 2011, p. 245). A pesar de que consideraron el aborto como una alternativa inicial, todas coincidieron en que tener a sus hijos fue una buena decisión, a pesar de los desafíos, ya que el amor por sus bebés hace que valga la pena. M1 (2024) expresa:

A veces me siento muy cansada, por lo que esa decisión ahora de ser madre no es fácil, pero lo veo y me siento feliz, pues es algo inefable, inefable, no sé cómo describirlo, porque a la vez me siento cansada, pero a la vez lo veo y digo, ay no, qué lindo.

Por otro lado, M2 (2024) señala: “Que es el amor de mi vida, que es mi todo. Y más cuando me dicen, ma, te amo. Y me da un besito, me da hasta la bendición. Ay Dios, gracias por no hacerlo, por no tomar esa decisión”. Finalmente, M3 (2024) concluye:

Creo que fue una buena decisión, aunque eso me priva como muchas cosas de adolescentes, pero no importa, todo a lo último tiene su recompensa. Yo también le veo como la ventaja, yo la verdad le veo como una ventaja, aunque la gente me diga que no, yo lo veo como tal, como una ventaja.

Frente a un embarazo no deseado, “la tesis fundamental para proponer el aborto como una solución para el problema del embarazo imprevisto es que seguir adelante con la gestación y tener al

niño provocará malestar y problemas psicológicos a la mujer que no deseaba ese embarazo” (Pérez, 2020, p. 361). Sin embargo, en el caso de las tres mujeres de este estudio, ninguna reportó afectaciones psicológicas tras la decisión de tener al bebé, y cada una tiene al menos 8 meses desde el parto. Por el contrario, se evidenciaron secuelas psicológicas en M1, quien se practicó un aborto en su primer embarazo no deseado.

Los significados que cada mujer atribuye a su experiencia frente a un embarazo no deseado son profundamente personales y subjetivos. Las razones por las que inicialmente consideraron abortar, pero finalmente decidieron continuar con el embarazo, se exploran a fondo en el capítulo 2 de esta sección. Respecto a la experiencia, entendida como el “conocimiento de la vida adquirido por las circunstancias o situaciones vividas” (Real Academia Española, 2019, p. 48), se concluye que, aunque cada mujer otorga un significado único a esta vivencia, enfrentan situaciones similares que se pueden categorizar. Además, este estudio confirma que “hay casos en los que un embarazo no deseado se transforma en un niño aceptado y amado” (Esguerra y Vanegas, 1994).

### **Proceso de toma de decisión sobre un embarazo no deseado**

*“A ver, sí, de miedo y frustración, fui pasando como a la fe y la esperanza de que, pues, de que todo iba a cambiar” (M1, 2024).*

Este apartado tiene como objetivo identificar el proceso de toma de decisiones sobre el embarazo no deseado según los significados de 3 mujeres jóvenes residentes de la ciudad de Medellín. Ante un embarazo no deseado, las mujeres se enfrentan a dos opciones: abortar o llevar a término el embarazo. Esta investigación se centra en aquellas que consideraron el aborto, pero finalmente decidieron continuar con su embarazo. Un caso particular es el de M1, quien tuvo dos embarazos no deseados y tomó decisiones diferentes en cada uno. Esta información es relevante para ilustrar cómo, aunque una misma persona atravesase experiencias similares, sus decisiones pueden variar debido a los factores internos y externos que influyen en cada momento de su vida. Así, el presente apartado

analizará primero las decisiones de las mujeres que optaron por continuar con su embarazo y, posteriormente, la experiencia de aborto inducido en el caso de M1.

En este apartado se abordará el proceso de toma de decisiones desde la perspectiva de la teoría de la decisión conductual, la cual señala que dicho proceso se vuelve complejo cuando existen múltiples alternativas y, al optar por una de ellas, no se puede tener certeza absoluta de que sea la opción correcta (Zambrano y Valencia, 2007). En este contexto, cuando una mujer se enfrenta a un embarazo no deseado, debe tomar una decisión emocionalmente desafiante. Sus dos principales alternativas son: interrumpir el embarazo mediante un aborto inducido o continuarlo hasta el término. Según los estudios, las emociones negativas que surgen al descubrir el embarazo tienden a estar relacionadas con la opción de abortar, mientras que las emociones positivas se asocian con la decisión de llevar el embarazo a término (Zambrano y Valencia, 2007).

En el primer embarazo no deseado M1 describe el proceso de toma de decisión que la lleva a optar por la opción del aborto inducido. En primer lugar, las emociones negativas al enterarse del embarazo no deseado se asocian con la probabilidad de practicarse un aborto. M1 (2024) expresa lo que sintió cuando se dio cuenta: “Yo me llené de mucha angustia, ansiedad, miedo. Yo me coloqué súper flaca, yo no comía, aparte de los síntomas del embarazo, la ansiedad me generaba mucha náusea, yo sentía que todo el mundo se había acabado ahí”. Además de que en los primeros años de la adolescencia es más común las decisiones conforme a lo que los padres esperan (Vargas, Henao, y González, 2007), M1 al tener 15 decidió practicarse el aborto inducido porque sabía que la madre no la iba a apoyar en el embarazo: “mi mamá me limitaba a todo, era súper jodida. Entonces yo dije, no, ya me va a matar, me va a matar. Y yo decía, no, me tengo que sacar, me tengo que sacar, yo no deseo a ese niño”. Además de tomar decisiones impulsivas sin pensar en diferentes alternativas y las consecuencias para evaluar lo que sea más beneficioso para el futuro, M1 relata que tomó la decisión de abortar y al momento lo estaba ejecutando de manera casera sin evaluar los riesgos de su decisión:

“Entonces me tomé dos y me introduje dos. Y en menos de cinco minutos estaba ya, pues, llena de sangre. Yo vi cuando se me salió”. Finalmente, después de ejecutar la decisión la mujer siente que solucionó su problema: “No, algo muy traumático porque en su momento yo lo vi normal y dije, bueno, me liberé de eso”.

El relato de la M1 en el primer embarazo no deseado que decidió abortar expresa el proceso común de toma de decisiones de jóvenes frente a una situación de crisis, donde el joven toma decisiones de manera impulsiva e influenciado por las expectativas de sus padres. Al no evaluar todos los riesgos o consecuencias, la decisión tomada puede generar situaciones contraproducentes, M1 expresa que el aborto le dejó secuelas tanto físicas como emocionales:

Pero después no, el cargo de conciencia grandísimo. Hasta ahora me siento culpable. Llegó el insomnio, llegó la depresión, llegó la ansiedad a mi vida. Aparte de que es un dolor físico horrible, porque yo paré cinco días hospitalizada sangrando. Casi me muero. Y también ese dolor emocional, como esa cajita negra en la que uno nunca sale, entonces uno se siente como enjaulado, como culpable de algo, de una muerte literal.

Tomar la decisión de realizar un aborto inducido de manera impulsiva, sin considerar todas las alternativas posibles, puede desencadenar daños tanto físicos como emocionales. Además, este testimonio señala que las mujeres que optan por abortar tienden a experimentar un aumento en los problemas psicológicos. Aunque no se ha identificado un síndrome posaborto específico, las dificultades psicológicas posteriores al aborto son evidentes (Aznar y Cerdá, 2014).

El tiempo de gestación influye significativamente en la toma de decisiones de una mujer respecto a practicarse un aborto inducido. A menor tiempo de gestación, menor es el conflicto (Serenó et al., 2013). M1 y M2 descubrieron que estaban embarazadas en el segundo mes. M1 experimentó sentimientos ambivalentes hasta el quinto mes con la intención de abortar. Por su parte, M2 consideró

el aborto hasta el cuarto mes. M3, en cambio, se dio cuenta de su embarazo en el sexto mes y deseó abortar hasta los seis meses y seis días de gestación.

Por otro lado, la toma de decisiones de las mujeres que enfrentaron un embarazo no deseado y consideraron el aborto como la alternativa principal pero finalmente decidieron continuar con el embarazo, se relaciona más con el proceso de toma de decisiones propuesto por Edwards (1984), citado por Zambrano y Valencia (2007). Este autor plantea que "la mejor decisión es aquella que transforma el problema original en un problema bien estructurado de decisión, permitiendo a los decisores elegir la alternativa que maximice las utilidades" (p. 10).

En el contexto de la toma de decisiones frente a un embarazo no deseado, es importante destacar que las emociones al momento de descubrir el embarazo juegan un papel clave. M1 (2024) expresó: "sentí miedo, yo decía, yo no quiero vivir, yo entré en una depresión horrible". M2 (2024) experimentó sentimientos ambivalentes, pero predominó el miedo: "En el momento me sentí feliz porque, o sea, una vida, un ser humano, un niño dentro de mí. Feliz, pero a la vez me sentía con miedo". Por último, M3 (2024) no evidenció una emoción clara o destacada: "y yo no sentí nada, no sentí ni alegría, ni tristeza, ni rabia, no sentí nada".

Las emociones predominantes, como el miedo o la apatía, tienden a aumentar la probabilidad de considerar un aborto inducido (Zambrano y Valencia, 2007). Además, las tres mujeres reportaron sentirse solas y no contaron con el apoyo del padre ni de la familia para atravesar este proceso. Por otro lado, las presiones familiares y la falta de estabilidad económica reforzaban la idea de abortar. M1 comentó: "Yo creo que la mayor preocupación es cómo voy a hacer, ¿cierto? Porque, cómo le digo, yo estoy sola, literal." M2 (2024) expresó: "Bueno, sentía mucho miedo, como te dije, estaba sola. Pero estaba bien económicamente, porque estaba trabajando y lo que más me preocupaba era de qué fuera a decir mi familia". Finalmente, a M1 le inquietaba la opinión de su familia: "que digan en la casa, si

usted vuelve a meter las patas entonces ya se olvidan de uno, yo siendo independiente, no hubiera pues pensado en eso, lo hubiera tenido, normal, pero como soy una persona que depende de ellos”.

En el proceso de toma de decisiones frente a un embarazo no deseado, lo primero que hace la mujer es clarificar el problema. Al estructurarlo, puede evaluar las diferentes opciones y sus posibles consecuencias emocionales, sociales, económicas y familiares para tomar la decisión que le ofrezca mayor beneficio. Al considerar el aborto como la alternativa principal, lo primero que hicieron las mujeres fue asistir a un centro médico o EPS para evaluar los riesgos y las consecuencias de practicarse un aborto inducido. M1 (2024) expresa que solicitó una cita en Profamilia: “yo fui, pues iba muy contenta, porque dije, bueno, voy a ver si puedo salir de esto. Pero como la EPS no era de acá, a mí me cobraban cierto dinero”. Sin embargo, por falta de recursos económicos no pudo realizarse el procedimiento ese día.

Por otro lado, M2 comenta: “Sí, pero ya tenía cuatro meses y empecé consulta prenatal. Y en la EPS me insistieron en abortarlo, pero yo sentí mover a la bebé”. Esta mujer experimentaba ambivalencia con respecto al aborto, pero la consulta en la EPS le permitió sentir a su bebé y reconsiderar su decisión. Finalmente, M3, al momento de realizar el procedimiento, fue informada de las posibles complicaciones debido a que se trataba de un aborto tardío: “Entonces esos seis días eran problemas porque normalmente es hasta los seis meses, pero pues esos seis días se me complicaba más” (M3, 2024).

El sistema de salud parece tener un papel relevante en el proceso de toma de decisiones, ya que, inicialmente, las mujeres consideraban el aborto como la opción principal. Sin embargo, al evaluar los riesgos y las posibles consecuencias de esta decisión, comenzaron a contemplar la posibilidad de llevar el embarazo a término. En contraste, los resultados de la investigación de Ituarte y Gómez (2021) muestran que en su estudio el sistema de salud no tuvo una influencia significativa en la decisión final.

Además de los problemas que las mujeres encontraron en el sistema de salud para practicarse el aborto, también estuvieron presentes algunos factores individuales que influyeron en el cambio de

decisión. Entre los factores individuales, M1 (2024) expresó: “digo que fue el Espíritu Santo que habló. Me dijo, es que vas a cometer el mismo error, pero clarito, clarito, clarito, clarito, se lo juro, vas a cometer el mismo error. Y yo como, ¿qué? Yo quedé así, paniqueada”. M2 indicó: “es un compañerito de vida y a lo mejor fue un angelito que mi mamá me mandó, porque en ese momento me acababa de fallecer y estaba muy unida con mi mamá”. Finalmente, M3, debido a los riesgos de practicar un aborto tardío, indicó: “Por el miedo a morir no lo hice. Sí, la verdad es que sí.”

Después de evaluar las posibles consecuencias de la primera opción que era practicarse un aborto inducido, las mujeres comenzaron a considerar la segunda opción. M1 fue motivada por razones personales; ella expresó: “Y sin tener nada, nada, yo dije, no, con él yo salgo, no sé cómo, pero salgo de esta”. M2 fue influenciada por el apoyo de sus amistades y comentó: “Cuando le comenté a mi amiga, no, ella súper feliz, yo ahí decidí, no, voy a traerlo al mundo y decidí en no hacerlo (abortar)”. M3, en cambio, tomó en cuenta lo que la sociedad, y en particular sus vecinas, pudieran decir de ella: “ah más bien tengámoslo y pues que por lo menos que si van a hablar que hablen de algo bueno”.

Al considerar la segunda opción, que era llevar el embarazo a término, las mujeres comenzaron a buscar alternativas y a evaluar las posibles consecuencias. Encontraron instituciones que ofrecían apoyo a mujeres con embarazos no deseados, brindando acompañamiento psicológico, psiquiátrico y social, especialmente a aquellas que no contaban con apoyo económico o familiar. Estas instituciones les proporcionaron un entorno de apoyo durante el proceso de continuar con su embarazo. Finalmente, tras evaluar ambas opciones y las diferentes consecuencias de cada una, decidieron continuar con el embarazo, ya que consideraron que esta decisión les ofrecía una mayor probabilidad de obtener beneficios personales. Además, no querían asumir los riesgos o consecuencias que implicaba optar por la primera opción.

Por otro lado, la aceptación de un embarazo no deseado se relaciona con la frecuencia cardíaca del embrión humano, que se establece a partir de la sexta semana de gestación (Muñoz et al., 2002). Las

mujeres expresan que sentir o escuchar el latido del corazón del embrión o feto contribuye a crear un vínculo entre madre e hijo. En el caso de M1 y M2, sentir al bebé dentro de ellas ayudó a desarrollar el vínculo materno. M1 (2024) comenta: “yo lo acepté, aunque cuando yo escuché su corazoncito por primera vez, yo, ay no, yo me enamoré. Como a los cinco o seis meses que ya lo fui sintiendo”. De manera similar, M2 (2024) expresa: “a los 4 meses, pero yo sentí mover a la bebé, la primera ecografía al verla, yo dije Dios, gracias por no aceptar que hiciera esto, fue algo bonito al ver ese ser dentro de mí”. Por el contrario, M3 no desarrolló el vínculo hasta después del nacimiento del bebé, influenciada por el hecho de que el bebé naciera con algunas complicaciones y permaneciera en la UCI durante 15 días. M3 (2024) expresa: “cuando nació, me gustó como intentar sentir ese vínculo de madre a hijo, porque pues como digo antes no lo estaba sintiendo, ya después, más o menos, como a los dos meses”. Así, aunque el embarazo no era deseado, es posible que en algunos casos el bebé se convierta en un niño amado y aceptado.

### **Raíz moral en el proceso de toma de decisión**

*“Yo creo que fue por mí. Porque yo decía, no donde yo aborte como con el primer bebé, cómo quedo con esa secuela” (M1,2024).*

Este apartado tiene como objetivo determinar la raíz moral predominante en el proceso de toma de decisiones según los significados de 3 mujeres jóvenes residentes de la ciudad de Medellín. En este estudio, las mujeres que experimentaron un embarazo no deseado consideraron el aborto como la alternativa principal; sin embargo, decidieron finalmente continuar con el embarazo y llevarlo a término. Se busca, por tanto, identificar la raíz moral predominante en la decisión de continuar con la gestación.

La decisión moral propuesta por Haidt es una respuesta automática donde la intuición juega un papel crucial antes de que se realice un razonamiento consciente, es decir que estas decisiones son rápidas y automáticas, impulsadas por respuestas emocionales más que por una reflexión. Por lo cual las

personas toman decisiones morales en segundos y después buscan razones lógicas para justificar las decisiones (Echeverri Álvarez, 2016).

En el caso de nuestra investigación la decisión moral propuesta por Haidt, se evidencia cuando las mujeres consideran el aborto como alternativa principal. En el momento en el que M1, M2, y M3 se dan cuenta del embarazo no deseado, las respuestas emocionales automáticas están relacionadas con emociones negativas como miedo, soledad, incertidumbre, apatía, después de experimentar estas emociones automáticamente piensan y consideran la opción de abortar como respuesta a la situación que se están enfrentando. Posteriormente, las mujeres buscan razones lógicas para justificar la decisión que tomaron en cuestión de segundos. Las razones más comunes incluyen dificultades económicas, falta de apoyo familiar, ausencia del padre, problemas académicos, cuestiones relacionadas con su proyecto de vida y presiones sociales.

Después de que las mujeres consideran la opción de abortar, pueden cambiar de decisión y finalmente decidir continuar con su embarazo, este cambio de decisión en este trabajo se va a explicar desde la teoría de Gigerenzer y las intuiciones vinculadas a tres raíces fundamentales: individualista, la ética familiar y la ética comunitaria. El autor plantea que estas decisiones son rápidas y efectivas en situaciones de incertidumbre y complejidad. Es este estudio las mujeres que tuvieron un embarazo no deseado e inmediatamente consideraron el aborto tuvieron complicaciones al momento de realizar el procedimiento en la EPS y tenían sentimientos ambivalentes frente a la elección escogida.

Gigerenzer enfatiza que las decisiones morales se toman en un contexto de racionalidad limitada, donde las personas enfrentan incertidumbre y no disponen de toda la información necesaria, (Echeverri Álvarez, 2016), en el caso de las mujeres, la situación de incertidumbre para realizarse el embarazo no deseado las llevó a cambiar de alternativa y decidir por llevar a término su embarazo, de esta manera ellas utilizaron atajos o intuiciones que están vinculadas con las raíces morales mencionadas anteriormente. Primero se van a identificar las tres raíces morales en cada una de las

mujeres, en caso de que corresponda, y posteriormente se va a determinar la raíz moral predominante en cada una de ellas.

La ética individualista prioriza las libertades individuales; es decir, los deseos subjetivos y necesidades propias. En la decisión moral de continuar el embarazo por parte de M1 se identifica una heurística de reconocimiento basada en la experiencia anterior de su aborto para tomar la decisión moral de continuar con el embarazo no deseado: “Porque yo decía, no, donde aborte como con el primer bebé, cómo me quedo con esa secuela. No volví a pasar por eso. Suficientes traumas tengo ya”, siendo esta raíz influyente en su decisión.

La ética familiar prioriza una obligación moral por la familia, es decir que la persona toma decisiones pensando en sus obligaciones morales hacia la familia y las expectativas del grupo familiar en lugar de priorizar su individualidad. M2 expresa que las opiniones y expectativas familiares influyeron en su decisión de continuar con el embarazo, además de la creencia: “yo dije, no, a lo mejor fue un angelito que mi mamá me mandó y para que esté conmigo”, siendo esta raíz influyente en su decisión.

La ética comunitaria prioriza las obligaciones morales de lealtad y respeto a la autoridad grupal, es decir que se toman las decisiones en función de las normas y valores de la sociedad o comunidad a la que se pertenece. Siendo esta la raíz predominante en las tres mujeres por razones diferentes, en primer lugar, M1 tomó la decisión de continuar su embarazo no deseado por una creencia religiosa: “digo que fue el Espíritu Santo que habló. Me dijo, es que vas a cometer el mismo error, pero clarito, clarito, clarito, clarito, se lo juro, vas a cometer el mismo error. Y yo como, ¿qué? Yo quedé así, paniqueada”. Además, la fundación que le ofreció ayuda en su embarazo le daba charlas que la influenciaban a querer y aceptar a su bebé: “Uno de los factores fue la fundación, yo soy cristiana, entonces ellos me decían que no, que es una herencia de Dios, que él era mi única compañía y sí, es mi única compañía literal”. Por otro lado, M2 se identifica con la heurística basada en el consejo de una persona cercana: “pero no, tuve una amiga que me aconsejó que no lo hiciera” y por último, M3 (2024) también tuvo el consejo de

una persona cercana para continuar con el embarazo: “entonces me dijo que no, pues que lo tuviera que él me ayudaba”, además del temor al juicio o la crítica social: “Primero fue pues como lo que dijera pues la gente, pero ya a lo último me puse a pensar, bueno pues no todo en la vida está perdido mientras que si se cierran las puertas otras nuevas se abren”, basando su decisión en lo que el círculo social amplio pudiera decir de ella.

En este sentido, se concluye que la raíz moral predominante en esta investigación fue la ética comunitaria. Esto se debe a que M1, M2 y M3 se vieron influenciadas principalmente por la necesidad de respetar las normas y valores sociales, tales como la religión, el grupo de pertenencia y el entorno social. Aunque las raíces individualista y familiar también jugaron un papel en los significados que cada mujer atribuyó a su decisión, el factor común entre las tres participantes fue la influencia de la raíz comunitaria, lo que permite identificarla como la predominante.

### **Conclusiones**

Las experiencias de cada mujer frente a un embarazo no deseado son únicas, ya que los significados atribuidos dependen de factores internos y externos. Estas interpretaciones varían según la etapa de vida y el contexto social, familiar, académico, económico y emocional. La investigación consideró perfiles diversos en creencias y condiciones socioeconómicas. Cada embarazo no deseado representa una historia con significados específicos, incluso si una mujer vive la situación más de una vez; cada experiencia será distinta y afectará sus sentimientos, pensamientos y decisiones. Aunque las opciones se reducen a interrumpir o continuar el embarazo, los caminos para llegar a esa decisión son variados y están llenos de significados únicos.

En este orden de ideas, las experiencias que las mujeres tuvieron con las instituciones resultaron cruciales a la hora de cambiar su decisión. Inicialmente, consideraron el aborto como la principal alternativa, por lo que acudieron a las EPS en busca de orientación. Sin embargo, se encontraron con

varios obstáculos. En primer lugar, el aborto es un procedimiento costoso y poco accesible para mujeres sin cobertura de EPS. Además, se les informó sobre los altos riesgos asociados al aborto, especialmente a medida que avanza la gestación, aumentando los peligros tanto para la mujer como para el feto. Al reconsiderar su decisión y optar por continuar con el embarazo, las instituciones que brindan apoyo psicológico, social y económico para madres solteras se convirtieron en un recurso fundamental. Estos servicios les ofrecieron un soporte crucial en la superación de los desafíos de esta etapa, consolidando su decisión de seguir adelante con el embarazo.

En el proceso de toma de decisiones ante un embarazo no deseado, se observa que la emoción predominante al momento de conocer la noticia influye significativamente en el rumbo que tomará la situación. Si los sentimientos iniciales son negativos, como miedo, soledad, apatía o desesperación, es más probable que la mujer considere el aborto inducido como la opción principal. Por el contrario, si experimenta emociones como felicidad, bienestar o sorpresa, es más probable que decida continuar con el embarazo. En esta investigación se concluyó que, aunque la emoción predominante en el inicio sí desempeña un papel clave en la decisión inicial de la mujer, las experiencias posteriores, los factores internos y externos, así como el acompañamiento de instituciones, pueden influir en que una mujer cambie de decisión y opte por llevar el embarazo a término. Además, se evidenció que decidir continuar con un embarazo no deseado no necesariamente está vinculado a efectos psicológicos negativos; por el contrario, un embarazo no deseado puede transformarse en una experiencia que culmina en la aceptación y el amor hacia el bebé.

La raíz moral predominante en la decisión de continuar con un embarazo no deseado fue la ética comunitaria que prioriza los valores de la sociedad o comunidad a la que se pertenece. Esta decisión estuvo influenciada por factores sociales como la religión que profesan, el grupo al que pertenecen, el temor al juicio social y las opiniones de personas cercanas que no siempre son familiares. Además, se

encontró que una mujer puede estar influenciada por más de una raíz moral, pero siempre hay una que prevalece y tiene mayor peso en la decisión final.

A partir de esta investigación, surgen nuevas preguntas que podrían ampliar la comprensión del tema. En primer lugar, sería relevante indagar más sobre los embarazos no deseados llevados a término y sus implicaciones psicológicas a largo plazo. Además, investigar el impacto del apoyo institucional en la calidad de vida de las madres que decidieron continuar con el embarazo. Por último, sería interesante explorar cuál es la raíz moral predominante en mujeres que decidieron optar por el aborto.

## Referencias

- Agudelo Zambrano, I. T., y Martín Valencia, A. E. (2007). *Toma de decisiones frente a un embarazo no planeado en la adolescencia* [Trabajo de grado, Universidad de los Andes]. Repositorio Institucional Séneca. <http://hdl.handle.net/1992/23417>
- Alcaldía de Medellín. (2023, 10 de mayo). Medellín presenta la mesa distrital por el derecho a la interrupción voluntaria del embarazo. Recuperado de <https://www.medellin.gov.co/es/sala-de-prensa/noticias/medellin-presenta-la-mesa-distrital-por-el-derecho-a-la-interrupcion-voluntaria-del-embarazo/>
- Álvarez, J, y Jurgenson, G. (2009). Como hacer investigación cualitativa, fundamentos y metodología. Recuperado de [Como hacer investigacion cualitativa. Fundamentos y metodologia \(1\).pdf](#)
- Astete, A., Beca, J. P., y Lecaros, A. (2014). Propuesta de un glosario para la discusión sobre el aborto. *Revista Médica de Chile*, 142(11), 1449-1451. <https://doi.org/10.4067/S0034-98872014001100012>
- Aznar, J., y Cerdá, G. (2014). Aborto y salud mental de la mujer. *Acta Bioethica*, 20(2), 189-195. <https://doi.org/10.4067/S1726-569X2014000200006>
- Corte Constitucional de Colombia. (1991). Sentencia C-555/06. Recuperado de <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2006/c-355-06.htm>
- Código ético del psicólogo, Colombia. (2000). *Revista Latinoamericana de Psicología*, 32(1), pp. 209-225. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/805/80532121.pdf>
- Congreso de Colombia. (2006). Ley 1090 del 2006 de septiembre 6. Recuperado de <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=66205>
- Corporación Universitaria Minuto de Dios. (s.f). Sublíneas de investigación del programa de psicología. Facultad de ciencias humanas. Bogotá, D.C.: Centro editorial UNIMINUTO. Recuperado de <file:///C:/Users/USER/Downloads/Sublíneas%20de%20investigación%20-%20Psicología.pdf>

- Clínica Universidad de Navarra. (2023). *Aborto*. Diccionario médico. <https://www.cun.es/diccionario-medico/terminos/aborto>
- Cruz-Bendezú, A. M., Lovell, G. V., Roche, B., Perkins, M., Blake-Lamb, T. L., Taveras, E. M., & Simione, M. (2020). Psychosocial status and prenatal care of unintended pregnancies among low-income women. *BMC Pregnancy Childbirth*, 20(1), 615. Recuperado de <https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12884-020-03302-2>
- Derecho de petición 202442300847162. (2024). Ministerio de salud de Colombia. Recuperado de [Respuesta petición 202442300847162.pdf](#)
- Doblado, N. I., Batista, I. R. y Manrique, A. J. (2010). Aborto en la adolescencia un problema de salud. *Revista cubana de Obstetricia y Ginecología*, 36 (3), 409-421. Recuperado de [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0138-600X2010000300011](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2010000300011)
- Echeverri Álvarez, J. (2016). Haidt y Gigerenzer: la decisión moral como respuesta automática. *Revista Katharsis*, N. 21, pp.449-479. Recuperado de <http://revistas.iue.edu.co/index.php/katharsis>
- El Fondo de Población de las Naciones Unidas. (2022). Estado de la Población Mundial 2022. Recuperado de [https://colombia.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/estado\\_de\\_la\\_poblacion\\_mundial-datos.pdf](https://colombia.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/estado_de_la_poblacion_mundial-datos.pdf)
- Esguerra V., C. R., y Vanegas, B. C. (1994). Asesoría en la toma de decisiones frente al aborto. *Avances en Enfermería*, 12(2-3), 47-50. Recuperado de <https://repositorio.unal.edu.co/handle/unal/30376?show=full>
- Guba, E. y Lincoln, Y. (2002) Paradigmas en competencia en la investigación cualitativa. En Denman, C. y Haro J.A, Por los rincones. Antología de métodos cualitativos en la investigación social. Hermosilla, Sonora. Recuerdo de <https://psicologiaexperimental.wordpress.com/wp-content/uploads/2010/02/guba-y-lincoln-2002.pdf>

- Huesos, vivos. (2022, 27 de enero). Más de 22 mil niños asesinados en Colombia antes de nacer. El tiempo. Recuperado de <https://blogs.eltiempo.com/huesos-vivos/2022/01/27/mas-de-22-mil-ninos-asesinados-en-colombia-antes-de-nacer/>
- Instituto Colombiano del Bienestar Familiar. (2016). La salud mental y la interrupción voluntaria del embarazo en Colombia. Recuperado de [https://www.icbf.gov.co/sites/default/files/la\\_salud\\_mental\\_y\\_la\\_ive\\_en\\_colombia.pdf](https://www.icbf.gov.co/sites/default/files/la_salud_mental_y_la_ive_en_colombia.pdf)
- Instituto Guttmacher. (2008). Embarazo no deseado y aborto inducido en Colombia. Instituto Guttmacher. Recuperado de <https://www.guttmacher.org/sites/default/files/pdfs/pubs/Embarazo-no-deseado-Colombia>.
- Instituto Nacional de Estadística. (s. f.). *Embarazo deseado*. DEFIne. <https://www.ine.es/DEFIne/es/concepto.htm?c=5833>
- Ituarte, M. L., & López-Gómez, A. (2021). Las adolescentes frente a la decisión de interrumpir un embarazo en un contexto de aborto legal. *Cadernos De Saúde Pública*, 37(2), e00235219. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00235219>
- Langer, A. (2002). El embarazo no deseado: impacto sobre la salud pública y la sociedad en América Latina y el Caribe. *Revista Panamericana de Salud Pública (Impresa)*, 11(3), 192-205. Recuperado de <https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v11n3/9402.pdf>
- Luna Matos, M. L., Salinas Piélago, J., & Luna Figueroa, A. (2009). Depresión mayor en embarazadas atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima, Perú. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 26(4), 310–314. Recuperado de <https://scielosp.org/pdf/rpsp/2009.v26n4/310-314/es>
- Mercier, R. J., Garrett, J., Thorp, J., & Siega-Riz, A. M. (2013). Pregnancy intention and postpartum depression: Secondary data analysis from a prospective cohort. *BJOG*, 120(9), 1116-1122. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.12255>

Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. (2014). Prevención del Aborto inseguro en

Colombia- Protocolo para el sector salud. Recuperado de

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/SM-Protocolo-IVE-ajustado-.pdf>

Ministerio de salud (1993). Resolución numero 8430 de 1993. Recuperado de

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/RESOLUCION-8430-DE-1993.pdf>

Murillo Bustamante, P. A., Gallego Ocampo, M. A., & Botero Yepes, C. V. (2017). Efectos del aborto en la salud mental de la mujer. *Revista Electrónica Psyconex*, 9(14), 1–8. Recuperado de

<https://revistas.udea.edu.co/index.php/Psyconex/article/view/328510>

National Cancer Institute. (s. f.). *Embarazo*. Diccionario de cáncer.

<https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionarios/diccionario-cancer/def/embarazo>

Organización Mundial de la Salud. (2021, 25 de noviembre). Aborto. Organización Mundial de la Salud.

Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/abortion>

Organización Mundial de la Salud. (s. f.). Aborto. Organización Mundial de la Salud. Recuperado de

[https://www.who.int/es/health-topics/abortion#tab=tab\\_1](https://www.who.int/es/health-topics/abortion#tab=tab_1)

Orr ST, Miller CA. (1997). Unintended pregnancy and the psychosocial well-being of pregnant women.

*Womens Health Issues*. Jan-Feb;7(1):38-46. Recuperado de

[https://www.whijournal.com/article/S1049-3867\(96\)00017-5/pdf](https://www.whijournal.com/article/S1049-3867(96)00017-5/pdf)

Orr, S. T., y Miller, C. A. (1997). Unintended pregnancy and the psychosocial well-being of pregnant women. *Women's Health Issues*, 7(1), 19-24. [embarazo no deseado y bienestar de la mujer](#)

[ingles.pdf](#)

Orozco López, M. A., Mendoza Reséndiz, M. T., Ramos Galván, R. I., López López, A., & Ruelas González,

G. (2011). Embarazo no deseado a término en mujeres atendidas en dos hospitales del Distrito

- Federal. Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas, 16(4), 240-247. Cómo citar - Embarazo no deseado a término en mujeres atendidas en dos hospitales del Distrito Federal (redalyc.org)
- Pérez Salido, T. (2020). Factores de riesgo en embarazos no planificados y abortos, una mirada educativa. En Asociación Católica de Propagandistas & Fundación Universitaria San Pablo CEU, 361-369. Recuperado de [https://repositorioinstitucional.ceu.es/bitstream/10637/10918/1/Factores\\_Tasio\\_Perez\\_21Cong\\_Cat%26VidaPubl\\_2019.pdf](https://repositorioinstitucional.ceu.es/bitstream/10637/10918/1/Factores_Tasio_Perez_21Cong_Cat%26VidaPubl_2019.pdf)
- Rondón, M. B. (2015). Salud mental y aborto terapéutico. Anales de la Facultad de Medicina, 76(4), 407-11. <https://doi.org/10.15381/anales.v76i4.11411>
- Real Academia Española. (2019). *Experiencia*. Diccionario de la lengua española. <https://www.rae.es/diccionario-estudiante/experiencia>
- Rubio, M. (2015). El Mito De Los 400 Mil Abortos En Colombia (The Myth of the 400,000 Abortions in Colombia). Revista de economía institucional, 17(33). <https://bdigital.uexternado.edu.co/entities/publication/36385b03-5d06-4c55-a9a8-da927ce93579>
- Sánchez, Arévalo S., Bastidas Tello, G., Alfonso Gonzales, I., Labrada Gonzales, E. (2019). Embarazo no deseado y sus factores asociados en estudiantes universitarias Vol. 40 (Nº 39). Recuperado de <https://dc.revistaespacios.com/a19v40n39/a19v40n39p09.pdf>
- Sereno, S., Leal, I., y Maroco, J. (2013). The Role of Psychological Adjustment in the Decision-making Process for Voluntary Termination of Pregnancy. Journal of Reproduction & Infertility, 14, 143-151.
- Scott, JW (2001). Experiencia. Revista de estudios de género: La ventana, 2(13), 42-74. Universidad de Guadalajara. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5202178>

- Swartz, Nico P. (2016) Women's Reproductive Rights: A Judicial Rhetoric towards a Privacy Jurisprudence. *British Journal of Education, Society & Behavioural Science*, 18 (2). pp. 1-14. ISSN 22780998 <http://science.scholarsacademic.com/id/eprint/1014>
- Toro Castaño, M. (2017). Presión social sobre la adolescente embarazada y su relación con la toma de decisión acerca de la continuación o interrupción del embarazo. Bogotá : Universidad Externado de Colombia, 2017.. recuperado de <https://bdigital.uexternado.edu.co/handle/001/1443>
- Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo. (2020). *Condiciones biológicas del embarazo*. <https://uah.edu.mx/onutmi/condiciones-biologicas.html>
- Vargas, I. (2012). La entrevista en la investigación cualitativa: nuevas tendencias y retos. *Revista Calidad en la Educación Superior*, 3. Recuperado de: [http://biblioteca.icap.ac.cr/BLIVI/COLECCION\\_UNPAN/BOL\\_DICIEMBRE\\_2013\\_69/UNED/2012/investigacion\\_cualitativa.pdf](http://biblioteca.icap.ac.cr/BLIVI/COLECCION_UNPAN/BOL_DICIEMBRE_2013_69/UNED/2012/investigacion_cualitativa.pdf)
- Vargas Trujillo, E., Henao, J., Y González, C. (2007). Toma de decisiones sexuales y reproductivas en la adolescencia. *Acta Colombiana de Psicología*, 10(1), 49-63. (ESTA EN MI PC, SACAR LINK)
- Vivanco Sierralta, L. (2011). Aborto y salud mental. *Persona y Bioética*, 15(2),209-210. Recuperado de [https://www.proquest.com/scholarly-journals/aborto-y-salud-mental/docview/1001349359/section-2/ABORTO\\_Y\\_SALUD\\_MENTAL.pdf](https://www.proquest.com/scholarly-journals/aborto-y-salud-mental/docview/1001349359/section-2/ABORTO_Y_SALUD_MENTAL.pdf)
- Winkler, M. I., Pérez Salas, C. P., & López, L. (2005). ¿Embarazo Deseado o No Deseado?: Representaciones Sociales del Embarazo Adolescente, en Adolescentes Hombres y Mujeres Habitantes de la Comuna de Talagante, Región Metropolitana. *Terapia Psicológica*, 23(2), 19-31. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=78523203>