

Más allá de la despenalización: una mirada biopsicosocial en la interrupción voluntaria del embarazo

Nombres y apellidos:

Leily Maryuly Bernal Ayala

Código estudiantil: 201821697322

Trabajo de Investigación presentado como requisito para optar el título de:

Especialista en Procesos de Intervención Social

Tutora:

Aura Inés Aguilar Caro

RESUMEN

En este trabajo, me propuse abordar la interrupción voluntaria del embarazo (IVE) desde una perspectiva crítica, amplia e integral. Más allá de los debates jurídicos o clínicos, entendí que la IVE es una experiencia profundamente humana, atravesada por dimensiones emocionales, sociales, culturales, éticas y territoriales, que no pueden ser ignoradas si se desea garantizar una atención realmente digna, respetuosa y transformadora para las mujeres.

Desde el punto de vista jurídico, reconozco los avances que ha tenido Colombia con fallos como la Sentencia C-355 de 2006 y especialmente la Sentencia C-055 de 2022, que despenalizó el aborto hasta la semana 24. Sin embargo, también constaté que la existencia de una norma no garantiza su aplicación efectiva, sobre todo en contextos rurales o periféricos, donde las mujeres siguen enfrentando barreras como la objeción de conciencia, el estigma social, la falta de infraestructura y la desinformación. Estos obstáculos convierten un derecho reconocido en papel, en una lucha cotidiana para muchas mujeres, especialmente las más vulnerables.

Mi enfoque se basa en el modelo biopsicosocial, el cual permite entender la IVE no solo como un procedimiento médico, sino como una experiencia con efectos reales sobre la salud física, mental y social. En el desarrollo del ensayo, abordé la importancia de considerar el acompañamiento emocional y psicológico antes, durante y después del procedimiento. Muchas mujeres pueden sentir alivio y empoderamiento, pero otras pueden experimentar tristeza, ambivalencia o culpa. Esto no debe patologizarse, sino comprenderse desde el contexto personal y social

que rodea cada decisión. El verdadero impacto emocional, más que del aborto mismo, proviene del juicio social, la ausencia de redes de apoyo y el silencio que muchas se ven obligadas a guardar.

También cuestioné el uso del término “síndrome post aborto”, el cual carece de reconocimiento clínico oficial y ha sido instrumentalizado por sectores conservadores para reforzar el estigma. Diversas investigaciones científicas y psicológicas demuestran que no existe un efecto emocional único y universal tras una IVE, sino una multiplicidad de vivencias que dependen de factores como la edad, el nivel de apoyo, las creencias religiosas o la información disponible.

Me detuve especialmente en la experiencia de las adolescentes, resaltando cómo su inmadurez neurológica, la presión del entorno y la falta de herramientas emocionales las exponen a riesgos mayores. En estos casos, es aún más urgente implementar políticas públicas de educación sexual integral, acceso a anticonceptivos y acompañamiento psicológico especializado.

Asimismo, incorporé una mirada territorial que evidencia cómo en departamentos como Guainía, Vaupés o Chocó, las solicitudes de IVE son muchas veces rechazadas o trasladadas a otras ciudades, haciendo inviable el ejercicio del derecho por parte de mujeres indígenas, afrodescendientes o campesinas. Este enfoque me permitió demostrar que la garantía de la IVE también es una cuestión de equidad y justicia territorial.

Vinculé este análisis con los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), en particular el ODS 3 (salud y bienestar), el ODS 5 (igualdad de género) y el ODS 10 (reducción de desigualdades). Sostengo que permitir el acceso seguro, legal y gratuito a la IVE no solo salva vidas, sino que también contribuye a construir sociedades más justas e inclusivas. Negar este derecho, en cambio, perpetúa las brechas de género, la pobreza, la discriminación y la exclusión social.

Desde el campo de la psicología social, analicé cómo las normas culturales, los discursos religiosos y los mecanismos de control simbólico afectan la toma de decisiones sobre el aborto. El estigma sigue siendo una de las principales fuentes de sufrimiento, no el procedimiento en sí. Muchas mujeres que deciden abortar se enfrentan a una soledad profunda, no por lo que hicieron, sino porque no encuentran espacios seguros para hablarlo, para tramitarlo, para ser escuchadas sin juicio. Por eso, reivindicó la necesidad de crear redes comunitarias, espacios de escucha activa, y servicios de salud mental que trabajen desde el respeto, la empatía y el enfoque de derechos.

El feminismo también es una columna vertebral de este trabajo. A lo largo del ensayo, reconocí que sin las luchas feministas no estaríamos hablando de IVE como un derecho, ni de autonomía reproductiva como una condición básica para la igualdad. Las consignas como “educación sexual para decidir, anticonceptivos para no abortar, aborto legal para no morir” no son simples eslóganes, sino síntesis de

luchas históricas por la vida, la dignidad y la libertad de las mujeres. En particular, reconozco el papel del feminismo interseccional, que ha puesto en el centro las voces de mujeres racializadas, rurales y empobrecidas, quienes han sido históricamente las más expuestas a la violencia institucional del aborto clandestino.

Finalmente, este ensayo es un llamado a mirar la IVE sin prejuicios, desde la ciencia, la empatía y los derechos humanos. Mi intención fue construir un discurso que reconozca la diversidad de experiencias de las mujeres, que desarme los mitos y temores infundados, y que promueva un enfoque de salud pública que integre cuerpo, mente y entorno. Estoy convencida de que garantizar el aborto legal, seguro y acompañado no incentiva su práctica, sino que brinda a las mujeres la posibilidad de decidir con libertad, sin miedo y sin culpa.

Porque nadie debería ser forzada a parir, a sufrir o a callar. El aborto no es una tragedia; lo es la soledad, el silencio y la falta de acompañamiento. Por eso, apuesto por una sociedad donde la autonomía reproductiva sea reconocida, protegida y acompañada como parte de una vida digna.

Palabras clave: Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE), Perspectiva biopsicosocial, Salud mental, Derechos sexuales y reproductivos, Estigma social.

ABSTRACT

In this work, I set out to address voluntary termination of pregnancy (VTP) from a critical, broad, and comprehensive perspective. Beyond legal or clinical debates, I understand that VTP is a deeply human experience, shaped by emotional, social, cultural, ethical, and territorial dimensions that cannot be ignored if we aim to guarantee care that is truly dignified, respectful, and transformative for women.

From a legal standpoint, I acknowledge the progress Colombia has made with rulings such as C-355 of 2006 and especially C-055 of 2022, which decriminalized abortion up to the 24th week of gestation. However, I also observed that the existence of a legal norm does not guarantee its effective implementation, especially in rural or peripheral areas, where women still face barriers such as conscientious objection, social stigma, lack of infrastructure, and misinformation. These obstacles turn a recognized right on paper into a daily struggle for many women, particularly the most vulnerable.

My approach is based on the biopsychosocial model, which allows us to understand VTP not only as a medical procedure, but as an experience with real impacts on physical, mental, and social health. Throughout the essay, I explored the importance of emotional and psychological support before, during, and after the procedure. While many women may feel relief and empowerment, others may experience sadness, ambivalence, or guilt. These reactions should not be pathologized, but rather understood within the personal and social contexts that surround each decision. The true emotional impact comes not so much from the abortion itself, but

from social judgment, the lack of support networks, and the silence many women are forced to maintain.

I also questioned the use of the term “post-abortion syndrome,” which lacks official clinical recognition and has been instrumentalized by conservative sectors to reinforce stigma. Multiple scientific and psychological studies show that there is no single, universal emotional effect after a VTP, but rather a multiplicity of experiences shaped by factors such as age, support networks, religious beliefs, or access to information.

I paid special attention to the experience of adolescents, highlighting how their neurological immaturity, environmental pressures, and lack of emotional tools expose them to greater risks. In these cases, it is even more urgent to implement public policies that ensure comprehensive sexual education, access to contraceptives, and specialized psychological support.

I also incorporated a territorial lens, showing how in departments such as Guainía, Vaupés, or Chocó, VTP requests are often denied or referred to distant cities, making it nearly impossible for Indigenous, Afro-descendant, or rural women to exercise this right. This approach allowed me to demonstrate that guaranteeing access to VTP is also a matter of territorial equity and justice.

I connected this analysis to the Sustainable Development Goals (SDGs), particularly SDG 3 (Good Health and Well-being), SDG 5 (Gender Equality), and SDG 10 (Reduced Inequalities). I argue that allowing safe, legal, and free access to VTP not only saves lives, but also contributes to building more just and inclusive societies. Denying this right, on the other hand, perpetuates gender gaps, poverty, discrimination, and social exclusion.

From the field of social psychology, I analyzed how cultural norms, religious discourses, and symbolic control mechanisms influence abortion decision-making. Stigma remains one of the main sources of suffering not the procedure itself. Many women who choose to have an abortion face profound loneliness, not because of their choice, but because they lack safe spaces to speak, to process, to be heard without judgment. For that reason, I advocate for the creation of community support networks, spaces for active listening, and mental health services grounded in respect, empathy, and a rights-based approach.

Feminism is also a backbone of this work. Throughout the essay, I recognized that without feminist struggles, we would not be talking about VTP as a right, nor reproductive autonomy as a basic condition for equality. Slogans such as “sex education to decide, contraception to avoid abortion, legal abortion to avoid dying” are not mere phrases, but summaries of historic fights for women’s lives, dignity, and freedom. In particular, I acknowledge the role of intersectional feminism, which has centered the voices of racialized, rural, and impoverished women those historically most exposed to the institutional violence of clandestine abortion.

Finally, this essay is a call to view VTP without prejudice from the lens of science, empathy, and human rights. My intention was to build a discourse that acknowledges the diversity of women's experiences, dismantles myths and unfounded fears, and promotes a public health approach that integrates body, mind, and environment. I am convinced that guaranteeing legal, safe, and supported abortion does not

encourage its practice; rather, it gives women the possibility to decide freely, without fear or guilt.

Because no one should be forced to give birth, to suffer, or to remain silent. Abortion is not the tragedy, loneliness, silence, and lack of support are. That is why I advocate for a society where reproductive autonomy is recognized, protected, and accompanied as part of a dignified life.

Key Words: Voluntary Termination of Pregnancy (VTP), biopsychosocial perspective, mental health, sexual and reproductive rights, social stigma.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Adhara Psicología. (2024, enero 15). *¿Cómo es el cerebro de los adolescentes? Estas son las características típicas del cerebro adolescente*. Psicología y Mente. <https://psicologiaymente.com/neurociencias/como-es-cerebro-de-adolescentes>
2. Amnistía Internacional. (2024). *La situación del aborto en el mundo*. <https://www.es.amnesty.org/en-que-estamos/noticias/noticia/articulo/el-aborto-en-el-mundo/>
3. Coleman, P. K. (2011). Abortion and mental health: Quantitative synthesis and analysis of research published 1995–2009. *The British Journal of Psychiatry*, 199(3). <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21881096/>
4. Danet, L. (2021). Experiencias emocionales en la interrupción voluntaria del embarazo. *Global Health Action*, 35(4). <https://doi.org/10.1080/16549716.2021.1917407>
5. Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science*, 196(4286), 129–136. <https://doi.org/10.1126/science.881383>
6. Freedman, L., & Weitz, T. A. (2012). The politics of motherhood meets the politics of poverty. *Contemporary Sociology*, 41(1). <https://www.jstor.org/stable/23212005>
7. García, M., Rodríguez, L., & Pérez, J. (2021). Experiencias emocionales en la interrupción voluntaria del embarazo: Un análisis en mujeres de Colombia. *Global Salud*, 35(4). <https://www.scielo.org/article/ga/2021.v35n4/361-373/>
8. Guttmacher Institute. (2022). *Unintended pregnancy and abortion worldwide*. https://www.guttmacher.org/sites/default/files/factsheet/fb_iaw.pdf
9. Kiecolt-Glaser, J. K., McGuire, L., Robles, T. F., & Glaser, R. (2002). Psychological influences on immune function and health. *Journal of*

Consulting and Clinical Psychology, 70(3), 537–548.

<https://doi.org/10.1037/0022-006X.70.3.537>

10. Kumar, A., Hessini, L., & Mitchell, E. M. (2019). Conceptualizing abortion stigma. *Culture, Health & Sexuality*, 11(6).
https://www.researchgate.net/publication/24422526_Conceptualizing_Abortion_Stigma
11. Londoño Restrepo, J. A., & Martínez Pérez, G. (2021). *Experiencias de las mujeres tras la interrupción voluntaria del embarazo en contextos legales restrictivos: Una revisión cualitativa*.
<https://repositorio.unal.edu.co/handle/unal/85832>
12. Major, B., Appelbaum, M., Beckman, L., Dutton, M. A., Russo, N. F., & West, C. (2008). *Report of the APA Task Force on Mental Health and Abortion*. American Psychological Association.
<https://www.apa.org/pi/women/programs/abortion/mental-health.pdf>
13. Ministerio de Salud y Protección Social. (2022). *ABC de la maternidad elegida*.
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/abc-maternidad-elegida.pdf>
14. Moncrieff, J. (2008). *The Myth of the Chemical Cure: A Critique of Psychiatric Drug Treatment*. Palgrave Macmillan.
15. Montero, A., & Espinoza, P. (2014). El síndrome post aborto: una mirada crítica. *Revista Médica de Chile*, 142(2).
https://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S1726-569X2014000200006&script=sci_arttext
16. *Mortalidad y morbilidad materna: Gestación más segura para las mujeres*. (2009). *Revista Mujer Salud*. <https://diassere.org.pe/wp-content/uploads/2019/06/rhm5.pdf>
17. National Geographic. (2023, 22 de enero). *¿En qué países es legal el aborto y cuáles ponen condiciones?*
https://www.nationalgeographic.com.es/mundo-ng/que-paises-es-legal-el-aborto-y-cuales-ponen-condiciones_21770

18. Organización Mundial de la Salud (OMS). (1946). *Constitución de la Organización Mundial de la Salud*.
<https://www.who.int/about/governance/constitution>
19. Organización Mundial de la Salud (OMS). (2008). *Informe sobre la salud en el mundo 2008: La atención primaria de salud ahora más que nunca*.
<https://www.who.int/whr/2008>
20. Organización Mundial de la Salud (OMS). (2013). *Salud mental: Un estado de bienestar*. https://www.who.int/mental_health
21. Organización Mundial de la Salud. (2024). *Aborto*.
<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/abortion>
22. Ortiz, C. (2014). El síndrome post aborto: una revisión crítica. *Revista Médica de Chile*, 142(2).
<https://www.scielosp.org/article/gs/2021.v35n4/361-373/>
23. Parra Cepeda, M. J., & Galvis, M. (2024, febrero 21). *Dos años de aborto legal: Se dispararon los procedimientos seguros*. La Silla Vacía.
<https://www.lasillavacia.com/silla-nacional/dos-anos-de-aborto-legal-se-dispararon-los-procedimientos-seguros/>
24. Psicología y Mente. (2021). *Cómo es el cerebro de los adolescentes*.
<https://psicologiaymente.com/neurociencias/como-es-cerebro-de-adolescentes>
25. Psiemadrid. (2020). *Maduración cerebral, emociones y decisiones en la adolescencia*. <https://psisemadrid.org/maduracion-cerebral-emociones-y-decisiones-en-la-adolescencia>
26. Prada Rincón, D. E., Rojas Herrera, D. M., Vargas Pineda, P., & Ramírez Cárdenas, J. A. (2019). El aborto en adolescentes, factores de riesgo y consecuencias: Revisión de literatura. *Salud Areandina*, 4(1).
<https://revia.areandina.edu.co/index.php/Nn/article/view/1319>
27. Romero, M., Pérez, A., & López, T. (2023). Efectos de la interrupción voluntaria del embarazo en la salud reproductiva: Un estudio sobre complicaciones en embarazos posteriores. *Universidad de la Costa*.

<https://repository.ucc.edu.co/items/aebe2035-5c6c-43ff-87c0-f245d532555b/full>

28. Romero, R., Kalache, K., & Yeo, L. (2023). Obstetric outcomes after induced abortion: A review of current evidence. *Journal of Maternal-Fetal Medicine*, 35(7). http://www.gynaecology-obstetrics-journal.com/wp-content/uploads/2023/09/5.JOG_03_2023-FINALE.pdf
29. Saccone, G., & Berghella, V. (2016). Induced abortion and the risk of preterm birth: A systematic review and meta-analysis. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 214(3).
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26743506/>
30. Sedgh, G., Bearak, J., & Singh, S. (2016). Unintended pregnancy and abortion: Global levels and trends. *The Lancet*, 388(10041).
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27179755/>
31. Serna, J. M. (2019). *El cerebro adolescente: Cambios y transformaciones*.
<https://juanmoisesdelaserna.es/desarrollo-cerebral-a-lo-largo-de-la-vida/el-cerebro-adolescente-cambios-y-transformaciones/>
32. Statista. (2023). *Tasa de embarazos no deseados y abortos realizados a nivel mundial 1990-2019*. <https://es.statista.com/estadisticas/1260851/tasa-de-embarazos-no-deseados-y-abortos-realizados-a-nivel-mundial/>
33. Statista Research Department. (2024, 12 de septiembre). *Abortos ilegales: Casos reportados como crímenes en Colombia 2010-2020*. Statista.
<https://es.statista.com/estadisticas/1347606/abortos-reportados-como-crime-nes-en-colombia/>
34. Wade, D. T., & Halligan, P. W. (2004). The biopsychosocial model of illness: A model whose time has come. *Clinical Rehabilitation*, 18(6), 707–713.
<https://doi.org/10.1191/0269215504cr825oa>
35. World Health Organization. (2021). *Abortion care guideline*.
<https://www.who.int/publications/i/item/9789240039483>