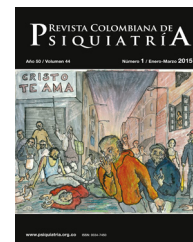




REVISTA COLOMBIANA DE PSIQUIATRÍA

www.elsevier.es/rcp



Editorial

Interrupción voluntaria del embarazo en Colombia: aportes al debate desde la salud mental pública

Voluntary Interruption of Pregnancy in Colombia: Contributions to the Debate from Public Mental Health

Adalberto Campo-Arias^{a,*} y Edwin Herazo^b

^a Programa de Medicina, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad del Magdalena, Santa Marta, Colombia

^b Instituto de Investigación del Comportamiento Humano, Bogotá, Colombia

Los problemas relacionados con la salud mental de la población no dejarán de existir por el solo hecho de eludirlos o no abordarlos. Históricamente, la prohibición y la recomendación de comportamientos, ligadas más a una perspectiva de higiene mental, han predominado en la psiquiatría colombiana.

En las últimas décadas, una más amplia y exhaustiva participación en la búsqueda de soluciones a problemas de salud mental pública y en debates de trascendencia nacional ha subsanado una ausencia injustificable que dejó vacíos notorios en cómo el país afrontó la violencia sociopolítica, la inequidad y la desigualdad social, el empobrecimiento de la población, el consumo de sustancias legales e ilegales, la exclusión, la estigmatización y la discriminación de colectivos enteros (afrocolombianos, pueblos originarios, LGTBTTTIQAH, etc.) y, más lamentable aún, de la mayoría de la población colombiana: las mujeres.

A las mujeres se les ha negado u obstruido en distintos momentos de la historia el derecho a la autodeterminación, el voto, elegir y ser elegidas, la planificación de embarazos, el acceso a avances en anticoncepción y tomar decisiones libres, autónomas e informadas sobre su cuerpo y sus embarazos, asunto sobre el cual aún la lucha de las mujeres no finaliza a pesar de la sentencia que la Corte Constitucional de

la República de Colombia falló en 2006 sobre interrupción voluntaria del embarazo (IVE), que estableció razones de salud, incluida la salud mental, como una de las causas para su despenalización¹. Se esperaba que esa sentencia fuera la luz que guiara el proceder del sistema de salud, el sistema judicial y demás instancias del Estado. No ha sido así. La misma Corte Constitucional emitió sentencias posteriores para salvaguardar los derechos de las mujeres colombianas de acciones vulneradoras de agentes del sistema de salud y de la rama judicial^{2,3}.

El debate, la polémica y los desacuerdos sobre la IVE están lejos de terminar, ya que incluyen preguntas de base filosófica y ética sobre las cuales la humanidad no ha encontrado una respuesta unívoca⁴. Pero, es necesario centrarse en los hechos. Desde tiempos ancestrales, la IVE ha existido, aun en los grupos humanos que siguieron un modelo de reproducción o pauta de natalidad que los antropólogos llaman modo de reproducción de cazadores y recolectores⁵. No obstante, con la transición al modo de reproducción industrial-informático y los adelantos biotecnológicos, se han descubierto métodos o técnicas sencillas, seguras y efectivas para que las mujeres decidan el número de hijos que desean o puedan tener o elegir la extensión del periodo intergestacional sin recurrir a la IVE^{5,6}.

Se debe considerar la IVE como una medida excepcional en situaciones en las que otras medidas o acciones (sanitarias, culturales, sociales y políticas) hayan fracasado⁷. Sin embargo, algunos autores estiman que la penalización de la IVE es una violación de los derechos humanos de las mujeres^{8,9}, al

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: acamboa@unimagdalena.edu.co
(A. Campo-Arias).

<https://doi.org/10.1016/j.rcp.2018.07.003>

0034-7450/© 2018 Asociación Colombiana de Psiquiatría. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

tiempo que la negación de este derecho consolida el complejo estigma-discriminación hacia las mujeres, identificable desde de tiempo inmemoriales, y corrobora la institucionalización de la misoginia en tiempo presente^{8,10}.

En Colombia, el itinerario burocrático para el disfrute del derecho a la salud está lleno de obstáculos¹¹. Estas barreras suelen ser mayores en temas controvertidos como la IVE^{12,13}. Después de la sentencia C-355 de 2006 de la Corte Constitucional, que especifica que la IVE es un asunto legal y decisión de la mujer¹, fueron necesarias sentencias adicionales para superar las barreras institucionales a la IVE y la violación del derecho de las mujeres colombianas a la salud y la vida digna^{2,3}.

Actualmente, algunos opositores de la IVE esgrimen nuevos argumentos y manifiestan preocupación por los efectos negativos de la IVE en la salud mental de la mujer. Sin embargo, es necesario analizar la evidencia disponible para conocer los efectos de la IVE en la práctica clínica psiquiátrica. Es importante tener presente que la mejor evidencia se logra con el análisis de datos colectivos o grupales y nunca alcanza a predecir los hallazgos o resultados posibles en un caso particular¹⁴.

En general, el informe y la comprobación clínica de síntomas ansiosos y depresivos son habituales en respuesta a la pérdida del fruto del embarazo; no obstante, estos síntomas suelen ser temporales¹⁵. En países como Colombia, la decisión de la IVE está permeada por elementos religiosos, aun en aquellos casos en que tal decisión se fundamenta en condiciones médicas que comprometen seriamente la vida del feto o la madre^{8,9,16}. Para una mujer, la IVE siempre será una decisión compleja y difícil que puede acompañarse de manifestaciones emocionales, según el contexto particular de la decisión¹⁷⁻²¹.

Sereno et al. indican que, aunque la IVE es una situación que genera conflicto transitorio y tolerable para la mayoría de las mujeres¹⁷, se observan algunos síntomas depresivos temporales, sin deterioro significativo en el desempeño global¹⁸⁻²¹.

Los mejores niveles de evidencia y grados de recomendación, con las precauciones que se deben tener en los casos individuales, se encuentran en las publicaciones de Charles et al. en 2008²² y Steinberg en 2011²³. Los autores concluyen que la IVE, incluso después del primer trimestre, no afecta de manera estadísticamente significativa a la salud mental de la mujer. En la misma dirección, Herd et al.²⁴, en un estudio longitudinal en que evaluaron a mujeres adultas mayores, observaron que las mujeres que llevaron a término embarazos no deseados tenían peor salud mental que las mujeres con embarazos deseados, no solo en mediciones de neuroticismo, extroversión y agradabilidad, sino también mayor riesgo de trastorno depresivo (*odds ratio* [OR]=1,42; intervalo de confianza del 95% [IC95%], 1,07-1,88). Además, Foster et al.²⁵ observaron que las mujeres a las que se negó la IVE informaron más dificultades financieras y requirieron más servicios sociales médicos que aquellas a quienes se autorizó la IVE.

Se debe considerar que la reunión de criterios de trastorno mental, en cualquier momento de la vida, es el resultado de una compleja e imbricada interacción de determinantes proximales, mediales y distales, tanto en mujeres como en varones²⁶⁻²⁸. Por ejemplo, el diagnóstico de un trastorno mental posterior a un aborto se asocia a la preexistencia de aquel,

historia de abuso sexual, violencia de pareja, barreras de acceso en salud sexual y reproductiva, salud mental y el complejo estigma-discriminación relacionado con la IVE²⁹⁻³¹.

En congruencia con los lineamientos del Ministerio de Salud y Protección Social³², los profesionales de la psiquiatría están llamados a proteger los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, tanto de quienes en pleno ejercicio de autonomía optan por la IVE por las causas señaladas por la Corte Constitucional¹ como de quienes desean continuar el embarazo⁴. Para el primer grupo, se recomienda agilizar el proceso de la IVE con el propósito de reducir el posible impacto desfavorable en la salud mental de la mujer gestante, y en ambos casos los profesionales de la psiquiatría deben estar dispuestos a ayudar ante las reacciones emocionales o los trastornos mentales emergentes²⁶⁻²⁸.

Sin duda, en Colombia se necesita investigar el impacto en la salud mental individual y colectiva de la IVE en distintos ámbitos culturales y sociales. En general, esto puede contribuir a la reducción de inequidades en salud.

Financiación

Universidad del Magdalena, Santa Marta e Instituto de Investigación del Comportamiento Humano (*Human Behavioral Research Institute*), Bogotá, Colombia.

Conflicto de intereses

El contenido de este editorial es responsabilidad de los autores y no refleja, necesariamente, la posición de las instituciones en las que laboran.

BIBLIOGRAFÍA

1. Corte Constitucional, República de Colombia. (2006). Sentencia C-355 de 2006. Bogotá: Corte Constitucional (Consultado: 23-07-2018). Disponible en: <http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2006/c-355-06.htm>.
2. Corte Constitucional, República de Colombia. 2009. Sentencia T-388 de 2009. Bogotá: Corte Constitucional. Disponible en: <http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2009/t-388-09.htm>. Consultado 23 Jun 2018.
3. Corte Constitucional, República de Colombia. 2011. Sentencia T-841 de 2011. Bogotá: Corte Constitucional. Disponible en: <http://www.corteconstitucional.gov.co/RELATORIA/2011/T-841-11.htm>. Consultado 23 Jun 2018.
4. Espitia FJ. Las ambivalencias de la interrupción voluntaria del embarazo. *Arch Med*. 2018, <http://dx.doi.org/10.30554/archmed.18.1.2518.2018>.
5. Miller B. *Antropología cultural*. Madrid: Uned-Pearson; 2011. p. 165-95.
6. Harris M. *Antropología cultural*. Madrid: Editorial Alianza; 1998.
7. Saleem S, Fikree FF. The quest for small family size among Pakistani women—is voluntary termination of pregnancy a matter of choice or necessity? *J Pak Med Assoc*. 2005;55:288-91.

8. Londoño JG. Aspectos controvertidos del aborto en Colombia. *Memorias Curso de Actualización en Ginecología y Obstetricia*. 2012;17:151.
9. Vivanco M. Crítica a la moral conservadora. Aborto, eutanasia, drogas matrimonio igualitario. Santiago de Chile: LOM; 2015.
10. Holland J. Una breve historia de la misoginia. México: Océano; 2010.
11. Abadia CE, Oviedo DG. Bureaucratic itineraries in Colombia. A theoretical and methodological tool to assess managed-care health care systems. *Soc Sci Med*. 2009;68:1153–60.
12. Gómez-Sánchez PI, Urquijo-Velásquez LE, Villarreal C. Estrategia FIGO para la prevención del aborto inseguro. Experiencia en Colombia. *Rev Colomb Obstetr Ginecol*. 2011;62:24–35.
13. Barreras de acceso a la interrupción voluntaria del embarazo en Colombia. Bogotá: La Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres; 2016.
14. Wesseling A, Colebatch H, Pearce W. Evidence and policy: discourses, meanings and practices. *Policy Sci*. 2014;47:339–44.
15. Biggs MA, Upadhyay UD, McCulloch CE, Foster DG. Women's mental health and well-being 5 years after receiving or being denied an abortion: A prospective, longitudinal cohort study. *JAMA Psychiatry*. 2017;74:169–78.
16. Echeverría C, Serani A, Arriagada AM, Goic A, Herrera C, Quintana C, et al. Consideraciones acerca de la "interrupción voluntaria del embarazo", desde el punto de vista ético-médico (a propósito de un proyecto de ley). *Rev Med Chile*. 2015;143:1478–83.
17. Sereno S, Leal I, Maroco J. The role of psychological adjustment in the decision-making process for voluntary termination of pregnancy. *J Reprod Infert*. 2013;14:143–51.
18. Munk-Olsen T, Laursen TM, Pedersen CB, Lidgaard Ø, Mortensen PB. Induced first-trimester abortion and risk of mental disorder. *N Engl J Med*. 2011;364:332–9.
19. Biggs MA, Neuhaus JM, Foster DG. Mental health diagnoses 3 years after receiving or being denied an abortion in the United States. *Am J Public Health*. 2015;105:2557–63.
20. Van Ditzhuijzen J, ten Have M, de Graaf R, Lugtj P, van Nijmegen CH, Vollebergh WA. Incidence and recurrence of common mental disorders after abortion: results from a prospective cohort study. *J Psychiatr Res*. 2017;84:200–6.
21. Limoncin E, D'Alfonso A, Corallino C, Cofini V, Di Febbo G, Ciocca G, et al. The effect of voluntary termination of pregnancy on female sexual and emotional well-being in different age groups. *J Psychosom Obstetr Gynecol*. 2017;38:310–6.
22. Charles VE, Polis CB, Sridhara SK, Blum RW. Abortion and long-term mental health outcomes: a systematic review of the evidence. *Contraception*. 2008;78:436–50.
23. Steinberg JR. Later abortions and mental health: Psychological experiences of women having later abortions—A critical review of research. *Women Health Issue*. 2011;21:S44–8.
24. Herd P, Higgins J, Sicinski K, Merkurieva I. The implications of unintended pregnancies for mental health in later life. *Am J Public Health*. 2016;106:421–9.
25. Foster DG, Biggs MA, Ralph L, Gerdtz C, Roberts S, Glymour MM. Socioeconomic outcomes of women who receive and women who are denied wanted abortions in the United States. *Am J Public Health*. 2018;108:407–13.
26. Uher R. Gene-environment interactions in common mental disorders: an update and strategy for a genome-wide search. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2014;49:3–14.
27. Allen J, Balfour R, Bell R, Marmot M. Social determinants of mental health. *Int Rev Psychiatry*. 2014;26:392–407.
28. Borsboom D. A network theory of mental disorders. *World Psychiatry*. 2017;16:5–13.
29. Robinson GE, Stotland NL, Russo NF, Lang JA, Occhiogrosso M. Is there an "abortion trauma syndrome"? Critiquing the evidence. *Harv Rev Psychiatry*. 2009;17:268–90.
30. Steinberg JR, Finer LB. Examining the association of abortion history and current mental health: A reanalysis of the National Comorbidity Survey using a common-risk-factors model. *Soc Sci Med*. 2011;72:72–82.
31. Rondón MB. Salud mental y aborto terapéutico. *An Fac Med*. 2015;76:407–11.
32. Ruta para la interrupción voluntaria del embarazo. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social; 2014. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/salud/publica/ssr/Paginas/Ruta-para-la-interrupcion-voluntaria-del-embarazo.aspx>. Consultado 23 Jun 2018.