

Embarazo no deseado, continuación forzada del embarazo y afectación de la salud mental

DOCUMENTO DE POSICIÓN

Grupo
Médico
POR EL DERECHO
A DECIDIR
GDC COLOMBIA

Embarazo no deseado, continuación forzada del embarazo y afectación de la salud mental

DOCUMENTO DE POSICIÓN

Grupo Médico por el Derecho a Decidir - Colombia
Red Global Doctors for Choice

Diciembre de 2011

Grupo
Médico
POR EL DERECHO
A DECIDIR
GDC COLOMBIA

El **Grupo Médico por el Derecho a Decidir** es una red de médicos y médicas de distintas especialidades, que lucha por el acceso oportuno e integral de las mujeres a los servicios de salud sexual y reproductiva, con base en el respeto a la autonomía de sus decisiones. Es parte de la Red Global Doctors for Choice.

Este documento se elaboró con los aportes sustantivos de los doctores Efraín Noguera, Ximena Cortés Castillo y Laura Gil y el apoyo de Ana Cristina González V.

Diseño y diagramación: www.glyphosxp.com

Cualquier parte de esta publicación puede ser copiada, reproducida, distribuida o adaptada sin permiso previo de las autoras o editoras, siempre y cuando quien se beneficie de este material no lo copie, reproduzca, distribuya o adapte con propósitos de ganancia comercial y que las autoras reciban crédito como la fuente de tal información en todas las copias, reproducciones, distribuciones y adaptaciones de material. El *Grupo Médico por el Derecho a Decidir* agradecería recibir una copia de cualquier material en el que esta publicación sea utilizada.

Índice

| | |
|---|----|
| Introducción | 5 |
| Resumen de la evidencia | 7 |
| Tipos de estudios y retos metodológicos | 7 |
| Impacto del embarazo no deseado sobre la salud mental de la mujer | 9 |
| Impacto de la continuación forzada del embarazo sobre la salud de las mujeres | 13 |
| Nuestra experiencia en la práctica clínica como parte de la evidencia | 14 |
| Consecuencias mentales de la interrupción del embarazo | 14 |
| Algunas reflexiones del Grupo Médico por el Derecho a Decidir | 16 |
| Bibliografía | 20 |

Introducción

El Grupo Médico por el Derecho a Decidir hace parte de la red Global Doctor's for Choice, que tiene representación en casi todas las regiones del mundo (África, USA, Europa y América Latina). Con ocasión de su lanzamiento, y desde la visión de los médicos y médicas de diferentes especialidades que lo integran, el grupo desea hacer pública su posición frente a las consecuencias que tiene para las mujeres el embarazo no deseado. El contacto diario con esta realidad, a partir de nuestro ejercicio médico, nos hace conscientes de la tragedia que sufren las mujeres que deben enfrentar barreras, algunas veces infranqueables, para interrumpir su embarazo cuando así lo han decidido, enfrentándose en ocasiones incluso a la continuación forzada del embarazo.

Nuestra razón de existir como grupo es la defensa de las decisiones libres e informadas de las mujeres en el campo de la salud sexual y reproductiva. Queremos insistir en el valor de una nueva voz pública que, desde la experiencia del día a día en la interacción con las mujeres que solicitan servicios de salud sexual y reproductiva, incluidos los del IVE (interrupción legal del embarazo), nos legitima para hablar *en voz alta* por la protección y el respeto de las decisiones y los derechos de las mujeres.

Desde nuestro compromiso con la promoción de una atención en salud para las mujeres de acuerdo con los más altos estándares de cuidado, y con base en la evidencia, afirmamos que el embarazo no deseado y su continuación forzada afectan la salud mental.

Existe suficiente evidencia que sustenta que la continuación de un embarazo no deseado aumenta el riesgo de experimentar problemas de salud mental y, desde ese punto de vista, toda mujer en esta situación enfrenta un riesgo para su salud que no está obligada a asumir a la luz de la legislación vigente en Colombia¹ y, por lo tanto, tiene derecho a interrumpir su embarazo.

¹ Sentencia C-355/2006. Corte Constitucional de Colombia.

Resumen de la evidencia

Como médicos y médicas que nos enfrentamos con la problemática del embarazo no deseado, el ejercicio ético de nuestra profesión nos obliga a plantearnos la pregunta de si la continuación de un embarazo no deseado conlleva un riesgo para la salud de la mujer. Esta respuesta, de acuerdo con los principios de la medicina basada en la evidencia, debe ser respondida de forma integral, a partir de nuestra experiencia y pericia y con el apoyo de la mejor evidencia existente en la literatura científica.

Tipos de estudio y retos metodológicos

A pesar de la profunda y evidente afectación de la salud que día a día observamos en la esfera mental y social de las mujeres como resultado de la maternidad no deseada, es válido intentar demostrar y medir la existencia de ese impacto desde un punto de vista científico, buscando una respuesta desde la epidemiología que permita:

1. Hacer inferencias de riesgo a nivel poblacional.

2. Establecer asociaciones más certeras mediante el control de variables de confusión.
3. Establecer medidas de intensidad de asociación que brinden elementos de juicio útiles a nivel individual, y que puedan ayudar a una mujer a tomar una decisión, a un profesional de la salud a evaluar la existencia del riesgo o a entender el concepto del embarazo no deseado como un riesgo para la salud. Estos datos también aportan, al nivel colectivo o público, al poner de presente elementos útiles para la formulación de políticas públicas relativas a la protección de la salud de las mujeres.

La búsqueda de esta respuesta plantea retos metodológicos interesantes para el área de investigación en salud que se han resuelto en la literatura médica principalmente mediante dos abordajes: el más frecuente, por no requerir tiempos de seguimiento prolongados o poblaciones muy selectas, es intentar demostrar una asociación estadística entre la depresión o los síntomas depresivos y la vivencia de un embarazo no deseado, tanto durante el mismo embarazo como en el postparto.

8

El segundo abordaje, mucho más exigente, dada la necesidad de periodos de observación prolongados y de identificar subgrupos más específicos de mujeres, consiste en buscar una asociación entre la afectación de la salud mental a largo plazo y la forma como se resuelve un embarazo no deseado, es decir una comparación entre quienes lo terminaron voluntariamente y quienes lo continuaron por factores ajenos a su voluntad. Estas mediciones son especialmente factibles en escenarios con legislaciones en las que a algunas mujeres se les niega una solicitud de aborto por no considerarse en riesgo su salud. Esto permite comparar los verdaderos efectos del nacimiento de un hijo no deseado en un grupo de mujeres en el que se ha continuado el embarazo forzosamente y no por aceptación del mismo.

Con base en el análisis anterior, podemos concluir que, aunque los dos tipos de estudio aportan evidencia útil, aquellos que evalúan el impacto de la continuación forzada del embarazo no deseado aportan un nivel de inferencia mucho más fuerte, pues aborda un subgrupo de mujeres que recrea la situación de miles de colombianas con embarazos no deseados, a quienes no se les reconoce el derecho al aborto legal por considerarse que su salud no corre riesgo como consecuencia de dicho embarazo.

Impacto del embarazo no deseado sobre la salud mental de la mujer

Tener un embarazo o un parto no deseados tiene efectos sobre la mujer, la pareja, el hijo y el resto de la familia. Varios estudios han demostrado específicamente la existencia de un riesgo mayor para la mujer de sufrir consecuencias negativas para su salud durante y después de un embarazo no deseado.¹

Consistentemente, en diferentes estudios, el embarazo no deseado ha demostrado ser uno de los principales factores de riesgo asociados al desarrollo de depresión durante el embarazo,^{2,3} y el postparto^{4,5,6} y de menores niveles de bienestar psicológico durante el embarazo, el postparto y al largo plazo.^{7,8,9}

En general, como se observa en la Tabla 1, Las mujeres que durante el control prenatal refieren no desear el embarazo tienen, en promedio, el doble de riesgo de desarrollar síntomas depresivos o de ansiedad, o de tener mayores niveles de estrés.

Tabla 1.
Resumen de estudios que demuestra asociación entre embarazo no deseado y afectación de la salud mental

| Autor/año | Descripción del estudio | Hallazgos |
|----------------------|--|---|
| Eastwood 2011 | Corte transversal 29405 mujeres, Australia | Mayor incidencia de síntomas depresivos en el postparto entre mujeres con embarazo no deseado |
| Bunevicius 2009 | Cohorte 230 mujeres, Lituania | Mayor riesgo de depresión durante cada trimestre del embarazo entre mujeres con embarazo no deseado |
| Lau keung 2007 | Corte transversal en 2178 mujeres, China | 40% más incidencia de altos niveles de estrés psicológico y tres veces más incidencia de altos niveles de síntomas depresivos, entre quienes tenían un embarazo no deseado. |
| Rich-Edwards 2006 | Cohorte 1662 mujeres, USA | Dos veces más riesgo de depresión postparto entre mujeres con embarazo no deseado en comparación con mujeres con embarazo deseado. |
| Iramfar 2005 | Cohorte 163 mujeres, Irán | Dos veces más depresión postparto entre mujeres con embarazo no deseado en comparación con embarazo deseado. |
| Najman 1991 | Cohorte de 6642 mujeres, Australia | Riesgo cinco veces mayor durante el embarazo y tres veces mayor durante el postparto, de sufrir de depresión entre las mujeres que no deseaban el embarazo y que, además, tuvieron una reacción negativa hacia él al principio del mismo. |
| Laukaran 1980 | Cohorte de 8000 mujeres embarazadas, USA | Incidencia 2,6 veces mayor de problemas psicosociales en mujeres con embarazo no deseado y una actitud negativa frente al mismo. |

Al evaluar estos hallazgos, puede surgir la duda de si esta afectación de la salud mental puede ser consecuencia de factores relacionados y no directamente del embarazo como tal, como un bajo nivel socioeconómico, la ausencia de pareja, el bajo nivel educativo, el abuso de drogas, la presencia de violencia, en cuyo caso la terminación o la continuación del embarazo no tendrían ninguna incidencia en el riesgo de afectación de la salud.

Este posible sesgo se resuelve mediante el análisis de cada una de esas variables por separado para evidenciar su impacto sobre la salud mental. Consistentemente estos análisis estratificados demuestran que, si bien algunas situaciones psicosociales adversas pueden ser más frecuentes entre mujeres que experimentan embarazos no deseados, la sola presencia del embarazo no deseado se asocia de forma independiente con una mayor incidencia de afectación de la salud mental.

De estos estudios, el que aporta mejor evidencia por su metodología adecuada y el uso de una definición estricta de embarazo no deseado, es el publicado por Najman, quien realizó en Australia un análisis prospectivo entre 6642 mujeres desde el control prenatal hasta los 6 meses postparto, entre quienes se identificó, con criterios muy estrictos, a aquellas que se encontraban en el extremo del amplio espectro que representan las mujeres que no desean su embarazo, identificando así a 277 mujeres que no habían planeado ni deseado el embarazo y que, además, tuvieron una reacción emocional negativa frente al mismo que se evidenció durante el primer control prenatal.

Este estudio sólo incluye aquellas mujeres que continuaron el embarazo, por lo tanto es posible que el grupo incluya tanto mujeres que deseaban abortar y encontraron algún tipo de barreras, como mujeres que, después de un tiempo, aceptaron el embarazo. Es de esperar que las consecuencias en la salud mental de las mujeres que deciden continuar un embarazo no deseado se vean mitigadas en cierta medida por la aceptación; sin embargo, al evaluar este grupo heterogéneo de mujeres que, en general, habían rechazado su embarazo en un principio, se demostró a través de la medición con herramientas psicométricas estandarizadas y validadas, un claro aumento del riesgo de ansiedad y depresión tanto durante el embarazo como al mes y a los seis meses del postparto.

El riesgo de depresión durante el embarazo observado en estas mujeres puede ser hasta cinco veces mayor que el de sus pares con embarazos deseados y, aunque dismi-

nuye durante el postparto, permanece elevado al doble en comparación con el grupo de control. La misma tendencia se observa respecto al riesgo de padecer de ansiedad.

Es importante anotar que en el análisis de este estudio no se incluyeron las mujeres que optaron por dar el hijo en adopción, por lo que es posible que estas medidas de asociación fueran aun más fuertes de haberse incluido este subgrupo de mujeres, que sin duda hacen parte de aquellas que deben continuar un embarazo no deseado y que, por lo tanto, deben asumir las consecuencias del mismo sobre su salud.

Barber aporta una mirada a más largo plazo en cuanto a la afectación de la salud mental como resultado de la maternidad no deseada mediante un estudio realizado en Estados Unidos con un seguimiento durante 31 años a 1113 mujeres que demostró mayores índices de depresión y menores índices de felicidad entre las mujeres que reportaron el nacimiento y la crianza de un hijo no deseado durante los años sesenta, cuando el aborto no era legal.

12 |

También existen estudios que podrían parecer conflictivos. En un estudio longitudinal¹⁰ en el que se hizo seguimiento durante 13 años a 1247 mujeres con un primer embarazo no planeado, no hallaron ninguna diferencia en cuanto a la incidencia de depresión entre quienes decidieron terminarlo y quienes dieron a luz. Estos datos, sin embargo, deben interpretarse con cautela por dos razones. La primera es que el grupo de estudio fue definido mediante la pregunta de si el embarazado fue planeado o no, sin evaluar si éste era deseado o no. El espectro de posibilidades en este grupo de mujeres es muy amplio, pues muchos embarazos no planeados son deseados desde un principio. La segunda es que este estudio fue realizado en un contexto legislativo liberal en el que, en teoría, las mujeres tenían la posibilidad de decidir terminar el embarazo; por lo tanto, es de esperar que aquellas que decidieron terminarlo mitigaron la afectación de su salud mental mediante el aborto. Es posible que si estas mujeres no hubiesen tenido la oportunidad de decidir, se observaría un mayor nivel de depresión entre quienes continuaron el embarazo, como lo sugieren los estudios que toman en cuenta mujeres a quienes se les ha negado un aborto.

De otro lado, este estudio observó en el grupo que resolvió el embarazo no deseado mediante el aborto, un mayor nivel de educación e ingreso económico al largo plazo, dos determinantes sociales fundamentales tanto de la salud mental como de la salud social.

Impacto de la continuación forzada del embarazo sobre la salud de las mujeres

Los primeros estudios que trataron de evidenciar la afectación de la salud de las mujeres con un embarazo no deseado y obligadas a continuar el embarazo provienen de países europeos, y fueron realizados durante épocas de transición de la legislación en aborto, en las que se establecieron excepciones al delito y, por lo tanto, existían casos en los que una solicitud de aborto podía ser negada.

A pesar de que carecen de una metodología rigurosa que incluya la aplicación de herramientas estandarizadas de medición de salud mental y la selección de un grupo control adecuado, los abordajes iniciales a esta cuestión son valiosos y están representados por los estudios clásicos de Hook¹¹ y Forssman¹² en la década de los sesentas, en los que se siguió a largo plazo a mujeres a quienes les fue negada una solicitud de aborto. En estos grupos de mujeres se observaron menores índices de salud mental y de bienestar socioeconómico en comparación con mujeres que no afrontaron esta situación.

En un estudio que usó una metodología más rigurosa con grupos de comparación adecuados y una muestra grande de mujeres, Gilchrist¹³ demostró, a través del seguimiento a 6410 mujeres británicas, que la continuación del embarazo no deseado, por cualquier motivo, se asocia con una tendencia casi tres veces mayor a desarrollar conductas autolesivas en su vida futura, incluyendo el suicidio. Más aún, cuando la continuación del embarazo ha sido forzada a través de la negación del aborto, este riesgo aumenta a más del doble en comparación con las mujeres que terminaron el embarazo.

En Brasil, en un contexto legal restrictivo, mediante un estudio retrospectivo¹⁴, se evaluó la presencia de desórdenes mentales comunes (depresión y ansiedad) en un grupo de 1121 mujeres embarazadas, encontrando una incidencia muy alta (63%), entre las mujeres que quisieron abortar o habían intentado hacerlo sin lograrlo.

Dagg, en una revisión sobre el tema de las consecuencias de la negación del aborto, encuentra que existe una variedad de respuestas al largo plazo frente a un nacimiento

no deseado pero, invariablemente, a través de los estudios incluidos, se observa la presencia de efectos negativos al largo plazo en algunas mujeres, que varían desde el resentimiento hacia el hijo hasta síntomas de enfermedad mental, ansiedad y pobre adaptación psicosocial.¹⁵

En conclusión, los anteriores estudios demuestran que el embarazo no deseado, no solo puede afectar de manera inmediata y tardía la salud mental de la mujer, exponiéndola a depresión, ansiedad e infelicidad, sino que, además, la continuación forzada de los embarazos no deseados empeora estos riesgos que debe asumir la mujer para su salud. De esta forma, la negación del aborto a estas mujeres, a pesar de que su salud ya está en riesgo, pone aún en mayor riesgo su salud.¹⁶

Nuestra experiencia en la práctica clínica como parte de la evidencia

14 |

Un embarazo no deseado puede generar reacciones depresivas y ansiosas severas en una mujer que no se siente emocional ni socialmente preparada para esa responsabilidad. La práctica clínica diaria nos ofrece un contacto directo con las mujeres que atraviesan esta situación, y nos acerca al sufrimiento que padecen. La simple idea de continuar con un embarazo no deseado se convierte, para muchas mujeres, en una tortura psicológica. Quienes las entrevistamos y ayudamos somos testigos de una situación emocional muy dolorosa que encuentra alivio con la interrupción de la gestación.

Consecuencias mentales de la interrupción del embarazo

En el año 2008, la Asociación Psicológica Americana publicó un informe muy completo en el que hace un análisis de la literatura médica publicada en revistas científicas desde 1989 sobre el posible efecto de un aborto en la salud mental de una mujer (APA Task Force on Mental Health and Abortion)¹⁷. La conclusión general de esta revisión siste-

mática es que interrumpir un embarazo no deseado en el primer trimestre no tiene más riesgo para la salud mental que la continuación del embarazo. Evidenciaron también que perder o terminar un embarazo deseado, por ejemplo, por malformación fetal, sí tiene graves consecuencias en la salud mental de la mujer.

El factor determinante, por lo tanto, no es el aborto en sí, sino el deseo que la mujer siente por el mismo.

El aborto puede, en muchos casos, generar alivio del estrés asociado con embarazo no deseado, tal como lo reflejan muchos estudios². Sin embargo, en algunos casos en que a la decisión de abortar se añade estigma social o religioso, o en los que la mujer se ve obligada a mantener en secreto su decisión o no cuenta con una red de apoyo, esto puede generar un estrés adicional que no depende directamente del aborto sino de las situaciones desfavorables que lo puedan acompañar.

Estos autores encuentran que, en muchos estudios, se evidencia el sesgo de estar en contra del derecho a decidir de las mujeres. Este se manifiesta en la falacia intervencionista, en la que se plantea, sin mayor claridad metodológica, que el aborto genera más depresión en las mujeres y que, por lo tanto, al reducir el número de abortos, se reducirá la tasa de depresión en la población femenina. Quienes defienden esta falacia no han tenido en cuenta la tasa de depresión y otras alteraciones en las mujeres a las que se les niega el aborto.

Recientemente fue publicado un meta-análisis de Coleman y colaboradores³ en la revista británica de psiquiatría, en el número de octubre de 2011, en el que encontraron una alta tasa de alteraciones mentales en mujeres como consecuencia directa de un aborto. Sin embargo, este estudio ha recibido a la fecha innumerables críticas por las enormes fallas metodológicas y éticas en las que incurrieron sus autores, quienes son reconocidos activistas en contra del derecho de las mujeres a decidir.

² Ver referencia ¹⁷.

³ Priscilla K. Coleman. Abortion and mental health: quantitative synthesis and analysis of research published 1995–2009. *BJP* September 2011. 199:180-186.

Algunas reflexiones del Grupo Médico por el Derecho a Decidir

La IVE es un procedimiento legal y básico cuando se trata de impedir un riesgo para la salud mental de la mujer, particularmente si éste se relaciona con el embarazo no deseado y, por lo tanto, está estrechamente relacionado con el deber ser del profesional de la salud y de su compromiso con la ética y con los derechos de sus pacientes. Esta afirmación nos suscita las siguientes reflexiones:

El papel de los y las médicas frente a las decisiones de las mujeres

- En los casos en los que una mujer solicita la interrupción de su embarazo, los médicos no participamos en esta decisión. No nos compete hacerlo, porque no es una decisión médica. Es una decisión autónoma de una mujer que ve en riesgo su salud o su bienestar con la continuación del embarazo.
- La posibilidad de tomar decisiones autónomas hace parte de la protección de la salud mental de las mujeres. La mayor afectación de su salud ocurre cuando a las mujeres se les niega el acceso a un servicio legal y, por lo tanto,

se les niega la posibilidad de tomar decisiones autónomas sobre sus vidas y sus cuerpos. La sentencia T-009 de 2009 (Corte Constitucional de Colombia) deja perfectamente claro que nadie más que la misma mujer puede tomar la decisión de interrumpir su embarazo, pues es a ella misma a quien se le debe respetar el libre desarrollo de su personalidad.

- La interrupción legal del embarazo es un servicio de salud que se presta mediante un procedimiento médico que tiene indicaciones no necesariamente médicas. Por ejemplo, cuando una mujer con un embarazo no deseado se acerca a solicitar el servicio, lo hace ejerciendo su derecho constitucional al libre desarrollo de la personalidad que es, en otras palabras, el derecho a la autonomía individual. Los médicos tenemos el deber de respetar la autonomía de todos los pacientes, incluso la de las mujeres con embarazos no deseados que soliciten la interrupción del mismo.
- La sentencia C-355 de 2006 de la Corte Constitucional no solicita a los médicos expresar su acuerdo con la decisión de la mujer de interrumpir su embarazo; únicamente les pide reconocer y certificar la existencia de un riesgo para la salud cuando este existe. Un médico puede no estar de acuerdo con la decisión de una mujer, pero esto no puede afectar su capacidad de reconocer el riesgo. En caso de ser objetor de conciencia, por razones morales o religiosas, tiene el deber de evitar que su objeción de conciencia se convierta en una barrera de acceso, haciendo una remisión efectiva a un colega no objetor.
- La negación de servicios de aborto basada en el disenso con la decisión de la mujer, o porque no se está de acuerdo con alguna de las causales o con un caso en especial, es inadecuada y no constituye una objeción de conciencia, sino una negación injustificada de servicios de salud y, por lo tanto, una violación a los derechos de la mujer.
- En el certificado que, como profesionales de la medicina, expedimos a la paciente que solicita la IVE, solamente debe constar si existe ese riesgo para su salud desde una perspectiva amplia (bio-psico-social), que incluye el proyecto de vida en la dimensión social e incluso en la económica, entre otras. En este punto vale la pena puntualizar que no tendría sentido utilizar una definición

estrecha de salud para los abortos, cuando usamos una definición amplia para otros tópicos de la salud.

La salud y el embarazo no deseado:

- La maternidad es un estado que se conquista (mental y emocionalmente) y, por tanto, un embarazo no deseado impide esta apropiación por parte de las mujeres.
- La existencia de un riesgo para la salud mental y, por lo tanto, su certificación, no requiere la presencia de un trastorno o una enfermedad mental, como por ejemplo la esquizofrenia. Tampoco depende de una magnitud determinada del riesgo, pues es la mujer quien decide la magnitud del riesgo que desea correr puesto que no está obligada a correr ninguno. Por consiguiente, nuestra recomendación es hacer una valoración juiciosa de la existencia del riesgo, sin limitar su certificación a la presencia de una enfermedad o a una magnitud determinada. Esta valoración debe ser integral, es decir, debe tener en cuenta la salud como un estado de bienestar completo físico, mental y social tal y como lo establece la definición de la Organización Mundial de la Salud.
- La afectación de la salud mental de una mujer no significa que ella pierda capacidad para tomar decisiones sobre su salud y su vida. Hemos visto con frecuencia que prestadores de servicios de salud confunden «alteración de la salud mental» con «discapacidad mental». Las alteraciones de la salud mental, tales como el trastorno depresivo, los trastornos de ansiedad y otros, no afectan *per se* la capacidad de la paciente para tomar decisiones sobre su vida, su salud o sus asuntos personales. Es necesario distinguir entre afectación de la salud mental y disminución de la autonomía (discapacidad mental). La mayoría de trastornos mentales hacen referencia a un tipo de sufrimiento emocional o psicológico, y no a alteraciones de las funciones cognitivas⁴.

⁴ Solo cuando se alteran gravemente las funciones cognitivas (orientación, memoria, atención, comprensión del lenguaje, pensamiento abstracto, entre otras) se puede decir que existe «discapacidad mental» o pérdida de la autonomía. Un ejemplo de esto es la demencia y los trastornos mentales muy severos como la esquizofrenia que, en ciertas circunstancias, pueden alterar la autonomía del individuo.

- Ningún médico o médica del Grupo Médico considera que la interrupción voluntaria del embarazo (IVE) constituya un tratamiento de la enfermedad o afectación que resulta de un embarazo no deseado, sea esta física o mental. No obstante, la IVE puede aliviar y restaurar el bienestar de una mujer, e impedir que se consolide un riesgo para su salud.
- Si bien la IVE no resuelve el conflicto de un embarazo no deseado, sí permite la resolución de otros conflictos: la ambivalencia frente al proyecto de vida, las apuestas personales, etc. El desarrollo psicológico y emocional de una mujer o de un ser humano pasa por asumir en forma absoluta las riendas de su propia vida. Esto es parte de la salud mental. En el ámbito de la salud mental, la interrupción puede ser un acto de enorme valor social al abrir un camino para la estructuración interna del sujeto.

Finalmente, tanto el Estado como la comunidad médica deberían garantizar la existencia de clínicas especializadas y servicios amigables con personal sensibilizado y proveedores dispuestos a favorecer el acceso a servicios de aborto legal, donde las mujeres que acudan solicitando este servicio no sean sometidas a barreras ilegales ni a cargas desproporcionadas.

Bibliografía

- 1 Logan C., Holcombe E., Manlove J., Ryan S. «The consequences of unintended childbearing.» The National Campaign to Prevent Teen and Unplanned Pregnancy. *Child Trends*, INC, may 2007.
- 2 Bunevicius R., Kusminskas L., Bunevicius A., Nadisauskiene R.J., Jureniene K., PopVJ. «Psychosocial risk factors for depression during pregnancy». *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2009;88(5):599-605.
- 3 Najman J.M., Morrison J., Williams G., Andersen M., Keeping J.D. «The mental health of women 6 months after they give birth to an unwanted baby: a longitudinal study». *Soc Sci Med*. 1991;32(3):241-7.
- 4 Rich-Edwards J.W., Kleinman K., Abrams A., Harlow B.L., McLaughlin T.J., Joffe H., Gillman M.W. «Sociodemographic predictors of antenatal and postpartum depressive symptoms among women in a medical group practice.» *J Epidemiol Community Health*. 2006 Mar;60(3):221-7.
- 5 Iranfar S., Shakeri J., Ranjbar M., Nazhad Jafar P., Razaie M. «Is unintended pregnancy a risk factor for depression in Iranian women?» *East Mediterr Health J*. 2005 Jul;11(4):618-24.
- 6 Eastwood J.G., Phung H., Barnett B. «Postnatal depression and socio-demographic risk: factors associated with Edinburgh Depression Scale scores in a metropolitan area of New South Wales, Australia.» *Aust N Z J Psychiatry*. 2011 Oct 22.

- 7 Laukaran V.H., van den Berg B.J. «The relationship of maternal attitude to pregnancy outcomes and obstetric complications. A cohort study of unwanted pregnancy.» *Am J Obstet Gynecol.* 1980 Feb 1;136(3):374-9.
- 8 Lau Y., Keung D.W. «Correlates of depressive symptomatology during the second trimester of pregnancy among Hong Kong Chinese.» *Soc Sci Med.* 2007 May;64(9):1802-11.
- 9 Barber J.S., Axinn W.G., Thornton A. «Unwanted childbearing, health, and mother-child relationships.» *J Health Soc Behav.* 1999 Sep;40(3):231-57.
- 10 Schmiege S., Russo N.F. «Depression and unwanted first pregnancy: longitudinal cohort study.» *BMJ.* 2005 Dec 3;331(7528):1303.
- 11 Hook k. «Refused abortion. A follow-up study of 249 women whose applications were refused by the National Board of Health in Sweden.» *Acta Psychiatr Scand Suppl.* 1963;39(168):1-156.
- 12 Forssman H., Thuwe I. «One hundred and twenty children born after application for therapeutic abortion refused. Their mental health, social adjustment and educational level up to the age of 21.» *Acta Psychiatr Scand.* 1966;42(1):71-88.
- 13 Gilchrist A.C., Hannaford P.C., Frank P., Kay C.R. «Termination of pregnancy and psychiatric morbidity.» *Br J Psychiatry.* 1995 Aug;167(2):243-8
- 14 Ludermir A.B., Araya R, de Araújo T.V., Valongueiro S.A., Lewis G. «Postnatal depression in women after unsuccessful attempted abortion.» *Br J Psychiatry.* 2011 Mar;198(3):237-8.
- 15 Dagg P.K. «The psychological sequelae of therapeutic abortion--denied and completed.» *Am J Psychiatry.* 1991 May;148(5):578-85.
- 16 Watter W.W. «Mental health consequences of abortion and refused abortion.» *Can J Psychiatry.* 1980 Feb;25(1):68-73.
- 17 *American Psychological Association, Task Force on Mental Health and Abortion.* (2008). «Report of the Task Force on Mental Health and Abortion.» Washington, D.C.: Author. Consultado en: <http://www.apa.org/pi/wpo/mental-health-abortion-report.pdf>

Grupo
Médico
POR EL DERECHO
A DECIDIR
GDC COLOMBIA