

Salud mental y Aborto terapéutico

Martha B. Rondón Rondón



consorcio de investigación
económica y social



CIES - Observatorio
del Derecho a la Salud

© Marta B. Rondón

© Consorcio de Investigación Económica y Social
Observatorio del Derecho a la Salud
<www.cies.org.pe>

Edición: Lima, septiembre de 2006
Edición y corrección de estilo: Amelia Villanueva
Impreso por Ediciones Nova Print SAC

Hecho el Depósito Legal en la Biblioteca Nacional del Perú N° 2006-0000

ISBN

Esta publicación forma parte del proyecto Observatorio del Derecho a la Salud, auspiciado por la Fundación Ford.

El Observatorio del Derecho a la Salud es una iniciativa del Consorcio de Investigación Económica y Social (CIES). Su propósito es impulsar una comunidad que articule los derechos humanos con la salud pública, promoviendo los vínculos entre ambos, así como el análisis independiente y la generación de conocimiento útil alrededor del derecho a la salud.

El Observatorio del Derecho a la Salud no comparte necesariamente las opiniones vertidas en la presente publicación, que son responsabilidad exclusiva de su autora.

Índice

PRESENTACIÓN

7

A. LA SALUD MENTAL COMO PARTE INHERENTE DEL DERECHO A LA SALUD

B. LA VALORACIÓN CLÍNICA DEL ESTADO DE SALUD MENTAL

C. LA REPERCUSIÓN EMOCIONAL DEL ABORTO Y DEL EMBARAZO NO DESEADO

1. El impacto emocional del aborto

2. Embarazos no deseados: impacto sobre la salud mental de las mujeres

3. El aborto terapéutico para proteger la salud mental

3.1 El feto con anomalías

3.2 Embarazo producto de una violación

3.3 Impacto psicológica de la imposibilidad de acceder a un aborto terapéutico

D. CONCLUSIÓN

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Presentación

Las mujeres tienen derecho a disfrutar del más alto nivel de salud física y mental, y el Estado debe garantizarles el acceso a los servicios que protejan plenamente este derecho. Por lo tanto, el aborto terapéutico –que en el Perú es un aborto legal desde 1924– debe estar claramente incorporado dentro de la norma jurídica.

El artículo 119° del Código Penal de 1991, señala expresamente que *“No es punible el aborto practicado por un médico con el consentimiento de la mujer embarazada o de su representante legal, si lo tuviera, cuando es el único medio para salvar la vida de la gestante o para evitar en su salud un mal grave y permanente”*.

En ese sentido, la autora, desde la base de la normativa internacional acerca del derecho a la vida y a la salud integral, y la importancia de la salud mental como componente fundamental que permite a las personas realizar su potencial como tales, muestra que el aborto en general y el aborto terapéutico, específicamente, no se relacionan con un daño importante a la salud mental, sino todo lo contrario, y argumenta que la privación del acceso al aborto terapéutico –cuando hay riesgo para la salud emocional de la gestante, como ocurre en los casos de anomalías fetales incompatibles con la vida– constituye una violación del derecho de las mujeres a la salud integral.

El Observatorio del Derecho a la Salud entrega este documento con el ánimo de contribuir con el Estado peruano, las sociedades científicas y las organizaciones que trabajan por la vigencia y realización de los derechos humanos de las mujeres, al proceso de elaboración del Protocolo Nacional para la atención del aborto terapéutico, incluyendo la afectación de la salud mental como una de las indicaciones para su aplicación.

MA. JENNIE DADOR TOZZINI
Coordinadora Adjunta

A. La salud mental como parte inherente del derecho a la salud

El Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales reconoce el derecho de todas las personas a gozar del más alto nivel alcanzable de salud física y mental, y especifica y delimita las obligaciones del Estado para dar cumplimiento al derecho “de todas las personas al nivel adecuado de vida que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar; especialmente la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales adecuados”.

Salud es un concepto amplio, probablemente todas y todos tenemos una idea propia de lo que significa “gozar de buena salud”. Sin embargo, para los Estados, la obligación de proporcionar salud a los ciudadanos incluye dar la atención oportuna y adecuada de la salud física y mental y de los determinantes que le subyacen, así como proporcionar establecimientos de prestación sanitaria, los bienes, los insumos y los servicios que permitan acceder al más alto nivel posible de salud, los cuales deben ser accesibles, de buena calidad y estar ampliamente disponibles. Otros elementos importantes del derecho a la salud son la no discriminación y la igualdad de trato, de modo que las dimensiones físicas y mentales así como los determinantes de la salud de hombres y mujeres deben ser atendidos por igual. (Corcuera Hidalgo, Quintana. 2006 pp 17 y ss)

Lamentablemente, a partir del racionalismo nacido en la época de Descartes y Voltaire, que es uno de los fundamentos del pensamiento científico, se ha escindido la mente del cuerpo y a ambos de su contexto social, y actualmente aún muchos tienden a entender que la salud mental no es parte de la salud.

Avanzar en la protección del derecho de todos los seres humanos a tener salud, requiere unir lo que ha estado separado.

Siguiendo en esa dirección, la Organización Mundial de la Salud ha definido a la salud como el estado de bienestar físico, mental y espiritual. (Preamble to the Constitution of the World Health Organization as adopted by the International Health Conference, 1946, 19-22)

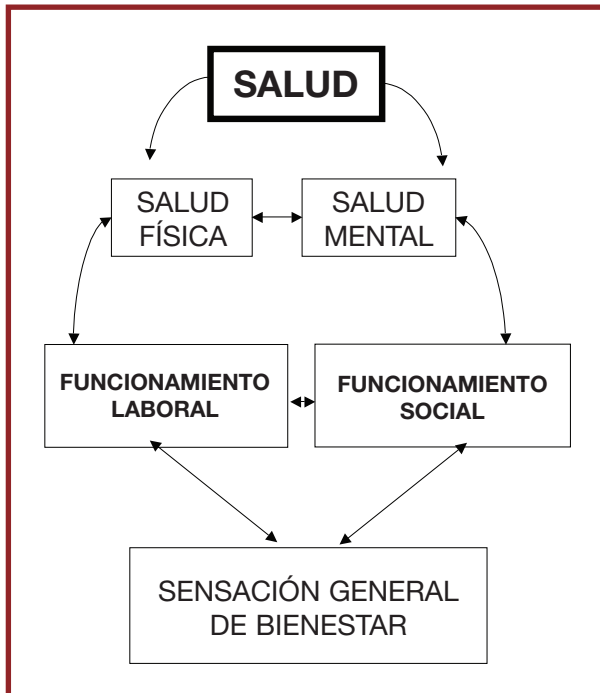
Entonces, “salud” no es solo la ausencia de enfermedades, es un estado de equilibrio dinámico del ser humano en el que hay un funcionamiento adecuado en sus diferentes aspectos que le van a permitir “sentirse bien”. Esta definición integral de salud se basa en la idea que los seres humanos somos unidades con muchas dimensiones interrelacionadas: la física, mental y social, que incluye lo económico, político, cultural y social, propiamente dicho. (Lip, Rocabado, 2005, p 52)

Para medir el nivel de salud no basta con indicadores de mortalidad y morbilidad. Las dimensiones de la salud-enfermedad incluyen cinco parámetros indispensables, que según los expertos (Ware J. 1987; 473-480) son: salud física, salud mental, funcionamiento cotidiano en los roles sociales, funcionamiento en los roles laborales y percepción general de bienestar. No se puede hablar de salud si no se incluyen todas estas dimensiones. (Fig. 1)

La definición de salud mental propuesta por la OMS es también multifacética e integral: el estado de bienestar que permite a cada individuo realizar su potencial, enfrentarse a las dificultades usuales de la vida, trabajar productiva y fructíferamente y contribuir con su comunidad. (WHO Fact Sheet 220.)

Nuestro entendimiento de la salud mental y de los factores que influyen sobre ella ha crecido muy rápidamente en los últimos años, sobre todo a partir de los hallazgos de las neurociencias. Sin

FIGURA 1
Los parámetros interrelacionados de la salud incluyen la salud mental



embargo, existen avances en los campos de la psicoterapia, la psiquiatría social, la epidemiología y la psiquiatría cultural, que estando cerca de las ciencias sociales no pueden entenderse como separados antagónicos con la neurobiología u otras neurociencias. La experiencia humana está moldeada por la herencia genética; y los factores medioambientales y las expresiones fenotípicas de un mismo genotipo pueden ser diferentes en virtud de la exposición oportuna a determinados factores medioambientales, como lo describe Eisenberg en su excelente artículo de *World Psychiatry*. (Eisenberg, 2005, 3-8).

Las neurociencias ofrecen evidencia para:

- descartar el dualismo que es causa del estigma contra las personas que sufren enfermedades mentales y que dificulta la integración de la atención a la salud mental, y
- evaluar científicamente muchas de las importantes teorías psicológicas y conductuales acerca del desarrollo de la mente y

de las enfermedades mentales que se han formulado en los últimos años.

La complejidad multifacética del sistema nervioso central es tal que se puede aceptar que es el sustrato de toda la vida mental y de la conducta humana. Partiendo del reconocimiento que todas las experiencias psicológicas son finalmente codificadas en el cerebro, y que todos los fenómenos psicológicos representan procesos biológicos, la moderna neurociencia de la mente ofrece un entendimiento enriquecido de la inseparabilidad de la experiencia humana, el cerebro y la mente. (Department of Health and Human Services. 1999).

Las funciones mentales, que se trastoran en las enfermedades mentales, están mediadas por el cerebro. En el proceso de transformar las experiencias humanas en eventos físicos a nivel del sistema nervioso central ocurren cambios en la estructura y la función del cerebro, que se pueden documentar mediante una tomografía de emisión de positrones (PET) y otras técnicas.

Sin embargo, es preciso recordar que las enfermedades mentales y los problemas de salud mental deben ser comprendidos en el contexto familiar, social y cultural de las personas, de modo que reciban una mejor atención integral.

Pues, cuando la salud mental se ve afectada, lo más probable es que se produzcan enfermedades y trastornos comunes que conlleven a un periodo de sufrimiento e incluso a la muerte, significando un alto costo económico y social. Los casos de ansiedad y depresión son los más frecuentes.

Los estudios epidemiológicos recientes realizados en el Perú por el Instituto Especializado de Salud Mental confirman los hallazgos de otros países: hasta el 37% de la población tiene la

probabilidad de sufrir un trastorno mental alguna vez en su vida. La prevalencia de depresión en Lima Metropolitana es de 18.2%, en la Sierra peruana de 16.2% y en la Selva de 21.4%.

La depresión y otras enfermedades mentales no atendidas, así como el alto nivel de sentimientos negativos dan como resultado que en un mes el 1% de las personas de Lima Metropolitana, 0.7% en la Sierra y 0.6% en la Selva presenten intentos suicidas.

Este síntoma o estado emocional es una enfermedad médica que se diagnostica, según los criterios de la Organización Mundial de la Salud, cuando hay pérdida de la energía y del interés en las actividades habituales, y cuando la persona pierde la capacidad de experimentar placer por más de dos semanas. Se acompaña de cambios objetivos en el sueño y en el apetito, de sentimientos de culpa, fracaso y falta de valía personal, así como de trastornos en la concentración y la capacidad de planificar el futuro y reaccionar frente a las demandas cotidianas.

Aunque muchas veces usamos la palabra “depresión” para denotar “tristeza”, ésta se relaciona más con la pérdida de energía que con la tristeza, y no es una respuesta normal frente a los eventos desfavorables o el estrés.

En todos los lugares donde se ha estudiado, y también en el Perú, las mujeres sufren alrededor del doble de trastornos depresivos y ansiosos que los varones. Las razones de esta mayor afectación en su estado emocional son biológicas (la influencia de las hormonas gonadales sobre la regulación del eje hipotálamo-pituitario-adrenal), psicológicas (estilos de crianza y tendencia a autoculparse y a rumiar las dificultades) y sociales (la feminización de la pobreza, la exposición a la violencia física y sexual, los roles subordinados). Esto significa un grave problema para las mujeres, sobre

todo para las más jóvenes, pues afecta y compromete su desarrollo futuro, limitando su educación y por ende crecer en el campo laboral y profesional. La pérdida de capital social en este sector joven de la población es una de las consecuencias de la depresión. (Ernst R. Berndt, Lorrin M. Koran, Stan N. Finkelstein, Alan J. Gelenberg, Susan G. Kornstein, Ivan M. Miller, Michael E. Thase, George A. Trapp, and Martin B. Keller, 2000; 940 – 947).

En este contexto, las medidas que protegen la salud sexual y reproductiva de las mujeres cobran especial importancia, ya que la reproducción es el fenómeno más complejo de la experiencia humana, desde un punto de vista psicológico. (Brockington, IF, 1996, p7) El deseo de tener o no hijos(as), la gestación, la frustración de ésta, el parto y el puerperio, no son solamente fenómenos biológicos sino también procesos de adaptación que ponen a prueba la salud mental de las mujeres y su capacidad adaptativa.

De modo que su vida reproductiva constituye un periodo de riesgo para la aparición de trastornos psiquiátricos, siendo el periodo premenstrual, el puerperio y la perimenopausia los más estudiados, debido a su obvia relación con las oscilaciones hormonales y a la edad donde más turbulencias existenciales ocurren en la vida de las mujeres. (Miranda y Miranda, 2000, 197-212).

Entre los expertos en salud mental existe el consenso que para que las mujeres estén en óptimas y sanas condiciones mentales, se requiere de intervenciones sistemáticas sobre su salud física, y determinantes sociales como educación, empoderamiento y cese de la discriminación contra ellas. Al mismo tiempo, un buen nivel de salud mental es una condición para mejorar la salud sexual y reproductiva de las mujeres. (Stewart DE, Rondón MB, Damiani G, Honikman J, 2001: 13- 17)

B. La valoración clínica del estado de salud mental

A partir de los notables avances en el conocimiento del funcionamiento cerebral, apoyados en la disponibilidad de tecnología de imágenes –resonancia magnética, tomografía por emisión de positrones–, hoy podemos apreciar plenamente la estrecha interrelación entre la estructura cerebral y las manifestaciones conductuales y emocionales. En el campo de la psiquiatría de la mujer, se han documentado:

- diferencias en la estructura y el funcionamiento cerebral, en la farmacocinética y farmacodinámica,
- el rol de las hormonas gonadales en la modulación del funcionamiento del sistema nervioso central, y
- las evidencias imagenológicas del efecto del estrés y los traumas sobre el funcionamiento cerebral y endocrinológico. (Rondón MB y Valladares G. 2004)

Otro campo en el que se ha progresado notablemente es en la definición y clasificación de las enfermedades mentales.

Si bien no conocemos aún la etiología de los trastornos psiquiátricos, se han logrado consensos internacionales acerca de la mejor manera de definirlos, describirlos y clasificarlos. La investigación en psiquiatría y salud mental y el conocimiento acerca de la epidemiología y repercusión económica de las enfermedades mentales ha avanzado mucho a partir de las clasificaciones ateóricas, basadas en la fenomenología, como son la Clasificación Internacional de Enfermedades, Capítulo V, de la OMS, X Revisión y la clasificación americana del Manual de Diagnóstico y Estadística, (DSM por su nombre en inglés) en sus versiones 3 y 4.

Afortunadamente, a partir de esta taxonomía de las enfermedades psiquiátricas se ha proveído a

los especialistas en salud mental de un lenguaje común, que facilita el diagnóstico sobre bases objetivas:

1. La entrevista psiquiátrica, con sus componentes de anamnesis y examen mental es la herramienta fundamental del diagnóstico. El psiquiatra, que es el especialista en el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades psiquiátricas y en la comprensión de los problemas interpersonales, escucha al paciente. El paciente explica aquello que le preocupa en el contexto de una relación médico-paciente confidencial. El psiquiatra escucha y responde en un intento de lograr una mejor comprensión del problema en el contexto emocional, cultural y ambiental. Pone en marcha estrategias que faciliten un intercambio libre y fluido de la información y una vez finalizada la entrevista formula un diagnóstico, según la Clasificación Internacional de Enfermedades.
2. Diversas técnicas como la resonancia magnética, la espectroscopía y la tomografía por emisión de positrones, permiten hoy en día caracterizar las alteraciones estructurales, metabólicas y fisiológicas del cerebro en las personas que padecen enfermedades psiquiátricas.
3. Avances paralelos a nivel celular y molecular permitirán definir las bases genéticas de la vulnerabilidad a los trastornos de la conducta y, finalmente, permitirán determinar los mecanismos y celulares responsables de las enfermedades psiquiátricas.

Así, por ejemplo –la depresión, que es la enfermedad mental más común, constituyendo la segunda causa de morbilidad en el mundo–, no se diagnostica si la persona está triste o

“desolada”, solamente. Los criterios de la Clasificación Internacional de Enfermedades incluyen:

- “...un humor depresivo, una pérdida de la capacidad de concentrarse y disfrutar de las cosas, una disminución de su vitalidad que lleva a una reducción de su nivel de actividad y a un cansancio exagerado, que aparece incluso tras un esfuerzo mínimo...”,
- Algunas de las siguientes manifestaciones:
 - a. la disminución de la atención y de la concentración,
 - b. la pérdida de la confianza en sí mismo y sentimientos de inferioridad,
 - c. las ideas de culpa y de ser inútil,
 - d. una perspectiva sombría del futuro,
 - e. los pensamientos y actos suicidas o autoagresiones,
 - f. los trastornos del sueño,
 - g. la pérdida del apetito.

Finalmente, se requiere que los síntomas varíen escasamente de un día para otro y que permanezcan por lo menos durante dos semanas. (OMS, 2002, 152-156)

Es cierto que los profesionales de la salud mental trabajamos con lo más subjetivo de la persona humana: sus sentimientos, sus percepciones y sus vivencias; sin embargo, al aproximarnos sistemáticamente a nuestro objeto de estudio, diferenciamos lo que constituye una respuesta normal frente a eventos vitales de aquellas manifestaciones que denotan dificultades importantes para la adaptación, sufrimiento psicológico, deterioro de la capacidad de trabajo o incapacidad para evaluar la realidad.

Pues bien, actualmente conocemos medios para promover y proteger la salud mental de las mujeres; estamos aprendiendo a prevenir los trastornos mentales relacionados con la exposición al estrés; tenemos medios para reconocer certeramente cuando la salud mental está perturbada; y poseemos armas terapéuticas poderosas, eficaces y refinadas que nos permiten devolver la salud mental a las personas afectadas. No existen motivos para que las mujeres se vean condenadas a la depresión y la ansiedad... excepto el hecho de que la salud mental no se prioriza porque no hay conciencia de su importancia.

C. La repercusión emocional del aborto y del embarazo no deseado

1. EL IMPACTO EMOCIONAL DEL ABORTO

Un aborto puede ser espontáneo cuando ocurre involuntariamente, o provocado como resultado de la decisión voluntaria de las mujeres de terminar con el embarazo. La causa más frecuente del aborto provocado es la existencia de un embarazo no deseado.

Existe también la posibilidad de que el embarazo termine por recomendación médica debido al

riesgo existente para la salud de la gestante, ya sea física o mental, de continuar el embarazo. A éste se le conoce como aborto terapéutico.

El aborto, definido como la interrupción de un embarazo antes de que el feto sea viable, es la ruptura de un lazo físico y afectivo entre la gestante y el niño anticipado.

Naturalmente, existe la tentación de atribuirle al aborto grandes repercusiones emocionales y hasta psiquiátricas. De hecho, algunos activistas

llegan a exagerar estas consecuencias y se refieren a un supuesto “síndrome posaborto”, entidad que no existe en la literatura científica mundial y que no figura en ningún sistema de clasificación de trastornos mentales al no existir fundamento para su reconocimiento como tal.

El suicidio y la hospitalización psiquiátrica son los resultados negativos más serios y objetivos. Hay informes de suicidios e intentos de suicidio luego de un aborto inducido electivo, y Gissler y sus colaboradores informan que el riesgo de suicidarse luego de un aborto espontáneo es 18.1 por 100 mil y luego de un aborto provocado es de 34.7 por 100 mil en una población (mujeres finlandesas entre 1987 y 1994) donde la tasa general de suicidios es de 11.3. Los autores hacen notar que el suicidio ocurre sobre todo en mujeres jóvenes, de muy baja condición social y sin pareja. Esto nos lleva a postular la existencia de otros múltiples determinantes comunes de la decisión de abortar y suicidarse. (Gissle Mika R, Elina Hemminki, Jouko Lonnqvist. 1996; 1431-1434)

La personalidad previa de las mujeres, sobre todo ante el antecedente de depresión, y las circunstancias que dan lugar a la decisión del aborto y la calidad del apoyo social y familiar, tienen relación con la respuesta de las mujeres y con las consecuencias psicológicas a largo plazo.

Probablemente la mejor revisión de las consecuencias emocionales del aborto fue publicada en 1980 en una revista especializada de ginecología y obstetricia por el especialista británico J. Ashton (Ashton, JR (1980). 1115-1122), quien reportó los resultados de entrevistas y seguimiento a 64 mujeres por ocho semanas y a otras 86 durante ocho meses. Identificó tres tipos de respuesta: 5% de todas las mujeres presentaron trastornos emocionales graves, de tipo depresión clínica. La mitad refirió culpa y remordimiento y susceptibilidad frente a

comentarios o menciones de aborto entre las personas de su entorno, de corta duración. El resto no presentó ninguna reacción emocional.

2. EMBARAZOS NO DESEADOS: IMPACTO SOBRE LA SALUD MENTAL DE LAS MUJERES

Cada año ocurren entre 8 y 30 millones de embarazos no deseados en el mundo. (Langer 2002 11:3, 192-204) La falta de coincidencia entre las expectativas de las mujeres y las parejas con respecto al número de hijos que desean tener y las limitaciones en la disponibilidad y efectividad de los métodos anticonceptivos explican esta cifra.

Las mujeres y las parejas en nuestra región desean tener menos hijos de los que resultarían naturalmente del ejercicio de la sexualidad. Esto ocurre debido al descenso de la mortalidad infantil, las mayores expectativas de los padres para el desarrollo de los hijos o hijas, el incremento del nivel educativo de las mujeres y su mayor participación en la vida pública y el mercado laboral, las políticas de población y los mensajes oficiales acerca de las ventajas de tener menos hijos.

Lamentablemente, las mujeres aún no pueden controlar su fecundidad, a pesar que existen métodos anticonceptivos seguros, eficaces y de diverso tipo. Las personas con necesidad insatisfecha de anticoncepción –es decir quienes desean limitar su fecundidad pero no están usando un método moderno y eficaz– están expuestas al riesgo constante de un embarazo no deseado. Entre las razones para la insatisfacción de la necesidad de anticoncepción se cita:

- la ineficiencia de los sistemas sanitarios, que no son capaces de proporcionar educación apropiada ni los insumos necesarios,

- la postura de la Iglesia en la región, y
- los temores, infundados, a los efectos colaterales de los anticonceptivos.

El embarazo no deseado tiene diversas consecuencias desfavorables, tanto para las mujeres y sus familias como para el sistema sanitario.

Para las mujeres de todas las edades representa el riesgo de someterse a un aborto inducido, que en nuestro país es siempre inseguro y clandestino; para aquellas que están en ambos extremos de la vida reproductiva –entre quienes es más frecuente el embarazo no deseado–, se acompaña de mayor riesgo obstétrico y de una mayor probabilidad de tener hijos con problemas congénitos.

Existe alguna evidencia epidemiológica de que la esquizofrenia es más frecuente entre los niños o niñas nacidos de embarazos no deseados. (Kmietowicz, BMJ 1996, 313:1167)

Las repercusiones emocionales sobre las mujeres, de continuar un embarazo forzadas por las circunstancias (es decir la falta de recursos económicos para costear un aborto clandestino pero seguro), incluyen resentimiento y hostilidad hacia el niño o niña, que pueden durar hasta tres años; y dificultades en la adaptación, que afectan hasta a una cuarta parte de las mujeres.

La mayoría de víctimas de neonaticidio y el 11% de las víctimas de neonaticidio a manos de la madre son el producto de un embarazo no deseado. (Resnick PJ: 1970; 1414-1420)

El estudio clásico de Fursman (Fursman H y Thuwe I: 1966; 71-78) compara 120 hijos(as) de embarazo no deseado con igual número de niños(as) deseados: los niños y niñas del grupo en estudio tenían más trastornos psiquiátricos, tuvieron infancias más inseguras, se habían

casado antes y habían tenido hijos(as) a más temprana edad.

Desde el marco de intervención en crisis, terminar un embarazo no deseado puede ser en sí mismo terapéutico: Zolese encontró en una revisión del tema que solo alrededor del 10% de mujeres presentan una reacción adversa, ya sea ansiosa o depresiva luego de un aborto terapéutico; en su estudio, el mayor riesgo lo tienen las mujeres con antecedentes psiquiátricos, las más jóvenes, las multiparas, aquellas que carecen de apoyo social y las que pertenecen a grupos antagonistas del aborto. (Zolese, G, Blacker, CV, 1992, 742-749)

3. EL ABORTO TERAPÉUTICO PARA PROTEGER LA SALUD MENTAL:

3.1 El feto con anomalías

La existencia de métodos modernos de diagnóstico, como la ecografía, han dado lugar a que las mujeres puedan saber antes del parto si sus futuros hijos o hijas tienen alguna malformación o anomalía. Estos avances tecnológicos tienen un “costo psicológico”: son causa de estrés al producir ansiedad con respecto al resultado de la gestación, incertidumbre sobre el futuro y, en algunos casos, reacciones de duelo anticipado, complicado por factores relativos a la edad, la personalidad o los antecedentes psiquiátricos previos.

Las mujeres que se enteran que son portadoras de un feto con anomalías tienen un sentimiento de ser “defectuosas”, lo que representa una seria amenaza para su autoestima. Pueden, además, existir sentimientos de culpa relacionados con su incapacidad de crear una niña o niño sano y normal. La vida sexual se puede afectar por el estado de ansiedad o por la idea de que el sexo –en sí mismo placentero– puede dar lugar a una tragedia.

La reacción frente al descubrimiento de una anomalía es compleja: la primera etapa puede ser de negación y shock, mientras se absorbe la noticia y sus implicancias. Luego sobreviene una etapa de ansiedad, y la mujer y su pareja deciden la conducta a seguir: a quién comunicar y cuándo, cómo enfrentar a los otros hijos o hijas. En esta etapa muchas mujeres rompen su vínculo con el feto, mientras otras refuerzan su relación emocional. Se ha documentado que las mujeres con fetopatía se centran más en el futuro incierto y menos en sí mismas o en su vínculo con el feto. Muchas mujeres se refugian en la desvalorización de la confiabilidad de la ecografía. (Detraux JJ, Gillot-de Vries F, Vanden Eynde S, Courtois A, Desmet 1998 Jun 210-9.)

Tanto las mujeres como sus parejas pueden mostrar ira y hostilidad hacia el personal, la familia o la propia pareja. Uno o ambos miembros de la pareja pueden caer en depresión a medida que se encaminan hacia una etapa final de aceptación y equilibrio emocional. (Robinson GE y Winer KL: 1993, 37-54)

En un estudio de 360 mujeres sometidas a aborto terapéutico, comparando síntomas psiquiátricos, ajuste marital y sentimientos de culpa antes y después del aborto, se encontró: disminución de síntomas, resolución de sentimiento de culpa y buen ajuste marital. (Greer, HS, Lal, S, Lewis, SC, Belsey, EM, Beard, RW: 1976 128: 74-79)

No basta con argumentar que las mujeres que dan a luz niños o niñas con malformaciones importantes o letales requieren apoyo familiar y social; la ambivalencia que se les presenta frente a la gestación y las dificultades que ellas tienen en tomar una decisión (continuar o no el embarazo) así como su estilo de afronte psicológico y su resiliencia afectarán su respuesta frente al nacimiento, el aborto, la presencia de una pareja y otras circunstancias. (Dagg PK: 1991; 578- 585)

El hecho de que no todas las personas reaccionen de la misma manera frente a experiencias traumáticas similares, ha llevado a la búsqueda de explicaciones neurobiológicas: el rol del eje hipotálamo pituitario adrenal y su regulación/desregulación se considera un mecanismo de vulnerabilidad biológica para las respuestas del tipo del estrés postraumático (TEPT). Las mujeres que sufren TEPT tienen niveles menores de cortisol, aunque se postula que existen diferencias en la respuesta de cortisol relacionadas con el ciclo menstrual. La progesterona tiene un efecto antiglucocorticoide, y por tanto, disminuiría la vulnerabilidad frente al estrés. (Born L, Phillips SD, Steiner M, Soares C. 2005 s65-s72) La hormona dehidro-epiandrosterona, al parecer, también está implicada en la modulación de la respuesta al estrés.

Estas consideraciones son importantes al tratar el tema de la respuesta al aborto y al parto de un niño o niña con anomalías porque se postula que las variaciones bruscas de niveles hormonales en el posparto inmediato alteran no solo la respuesta del eje HPA sino también la capacidad de compensar esta respuesta a través de la actividad de otras hormonas. Las mujeres estarían más expuestas a respuestas desfavorables al estrés en el periodo posaborto y posparto.

El avance en las técnicas de Medicina Fetal, sumado a la ausencia de terapias viables, ha encendido el debate sobre el derecho de las mujeres a la interrupción de la gestación en casos de anomalías incompatibles con la vida. No hay claridad sobre lo que debe hacerse ante un caso de inviabilidad fetal puesto que existe una clara falta de sincronía entre el avance científico y el contexto legislativo en nuestro país, donde no se ha reconocido el aborto como un derecho reproductivo. (Diniz D., 2005,.634-639)

En esta discusión, el caso de la anencefalia es paradigmático porque:

1. la anencefalia es una malformación fetal incompatible con la vida, en cuyo diagnóstico y pronóstico hay consenso internacional, y
2. constituye la mayoría de casos de anomalías fetales inviábiles, incompatibles con la vida y está relacionada con condiciones de falta de equidad y pobreza: deficiencias de ácido fólico.

Un feto anencefálico no tiene ninguna probabilidad de vivir, por tanto, la interrupción de ese embarazo no constituye un crimen contra la vida ni contra la potencialidad de vivir. Para la gestante, el saber que su futuro hijo(a) carece de cerebro constituye un dolor intenso desde el punto de vista psicológico, con las respuestas que hemos descrito antes aunadas a la sensación de futilidad de continuar con el embarazo.

Para el sistema de salud, la respuesta frente a esta situación no debe seguir siendo un sendero sin mapa: se requieren documentos consensuados basados en la ética y el respeto por los derechos humanos, que permitan un abordaje multidisciplinario e integral, donde las mujeres que atraviesan esta difícil situación no se vean envueltas en controversias y dilaciones que dificulten aún más la toma de decisiones adecuadas y dañen prolongadamente su salud mental.

La normativa internacional, derivada de la Carta Universal de los Derechos Humanos de 1948, define claramente el derecho a la vida, y reconoce que este derecho y otros derechos humanos fundamentales se lesionan cuando se restringe indebidamente el derecho al aborto seguro. Ningún ser humano tiene el derecho de subordinar a otro de la manera en que la mujer se encuentra sujeta a los embarazos no deseados, o a poner involuntariamente su vida y su salud en riesgo para salvar a su propio hijo(a) aún no nacido. (Copelon, Zampas, Brusie, deVore 2005, 120-129)

3.2 Embarazo producto de una violación

Otro punto de controversia importante es el embarazo luego de una violación. La violación sexual constituye una experiencia traumática para las mujeres, se reconoce que alrededor del 70% de las mujeres que son violadas presentan trastorno de estrés postraumático (Bownes IT, O’Gorman EC, Sayers A 1991, 27-30) y que van a sufrir las consecuencias de este evento por muchos años. El trastorno de estrés postraumático cursa con alteraciones de la hormona liberadora de la corticotropina, y ya se ha documentado que la exposición in útero a niveles elevados de CRH es desfavorable para el feto.

La complejidad de la respuesta de las mujeres frente a la violación trasciende a la presentación de la respuesta crónica al trauma psicológico: se debe incluir una conceptualización de la experiencia de violencia en una sociedad donde el género femenino es subordinado y carente de poder. En este contexto, debe tomarse en cuenta el rechazo al producto de la violación y la pérdida de apego hacia el propio cuerpo. (Wasco SM, 2003 309-22)

Los problemas sexuales, como la pérdida del deseo, los trastornos de la excitación, el miedo a las relaciones sexuales y la falta de capacidad de disfrute de la sexualidad, que persisten por lo menos un año después del asalto sexual (van Berlo W, Ensink B. 2000; 235-57), se pueden entender como una prolongación del sufrimiento inflingido.

Entre 68 mujeres violadas en Bosnia Herzegovina (Loncar M, Medved V, Jovanovic N, Hotujac. 2006, 67-75) se encontró que 58 sufrían síntomas depresivos, 40 presentaban síntomas evitativos, y 25 ideas suicidas. Aunque se trataba de un grupo sin antecedentes psiquiátricos previos, luego de la violación se diagnosticó 52 casos de

depresión, 51 casos de fobia social y 21 casos de estrés postraumático, registrándose una alta comorbilidad. De estas mujeres, 29 quedaron embarazadas a consecuencia de las violaciones y 17 optaron por un aborto.

En esta investigación se observa que no todas las mujeres optaron por el aborto que, sin embargo, al estar disponible permitió que aquellas que no sentían que estaban en condiciones de afrontar el embarazo y la crianza del niño producto de la violación, escogieran interrumpir el embarazo.

En el caso de Perú, de las 527 mujeres víctimas de violación sexual durante el conflicto armado interno, reportados en el Informe de la Comisión de la Verdad y Reconciliación, muchas quedaron embarazadas. Hay testimonios que nos muestran claramente la afectación emocional:

“...Yo estaba loca porque yo estaba... cuando me dijo que ya estaba pasando... que ya sí, estaba en barriga, está cuatro meses en cárcel, cuatro meses, sí. Yo estaba, quería matarme, quería tomarme algo, todo intentaba tomar, hasta tomaba puro limón cualquier cantidad, para mí hacía conseguir limón, me saltaba, quería morirme yo, yo pensaba que entre mí, ese producto, es cuántos, como un mostro será, cuántas tantas personas que me han abusado, yo pensaba que tenía mostro, depente qué clase, cómo estarán creciendo en mi adentro...”.

En esas circunstancias se presentaron, además de los sentimientos de rechazo a la gestación, sentimientos ambivalentes con culpa e impotencia.

“...no quiero ver la bebé dipente cómo será, dánla a alguien adopción, quién sea que quiere puede llevarse...”.

Desafortunadamente, no se atendieron los problemas psicológicos y psiquiátricos derivados de la violación y del embarazo consecuente, y eso debe haber contribuido significativamente a la alta prevalencia de trastornos mentales en las zonas afectadas por el conflicto interno.

El conocido caso Paulina, en México, nos muestra cómo no basta con la ilusión de la disponibilidad del aborto: el marco legal debe ser muy claro, pero al mismo tiempo las disposiciones técnicas del sistema sanitario, como son los protocolos y las guías de práctica clínica, deben ser lo suficientemente claras y conocidas como para salvaguardar el derecho de las mujeres a elegir con autonomía. (Taracena R. 2002, 103-10)

El tema de la autonomía de la mujer violentada es de la mayor importancia: la violación y otras formas de violencia son real y simbólicamente actos de subyugación: la víctima de la violencia es desprovista de su derecho a la libre determinación. Por lo tanto, en el abordaje terapéutico se debe considerar restituir la autonomía de la mujer, y esto debe incluir el acceso al aborto terapéutico.

3.3 Impacto psicológica de la imposibilidad de acceder a un aborto terapéutico

Cuando a las mujeres se les niega un aborto terapéutico: ¿cuántas de ellas consiguen un aborto ilegal, cuántas sufren complicaciones por ser un aborto inseguro? ¿Cuántos de esos niños o niñas son dados en adopción, ya sea legal o informal? ¿Cuáles son las consecuencias psicológicas para la madre y el niño(a)?

Pare y Raven (Pare CMB, Raven H: 1970: 635-638) reportaron que 34% de 73 mujeres entrevistadas, uno a tres años después de que se les negara el aborto terapéutico, refirió

resentimiento hacia el niño o niña; tenían más sentimientos de culpa y ansiedad que aquellas que tuvieron un aborto y sentían que el futuro hijo(a) era una carga.

Un estudio checo (Matejcek et al, 1985, 136-148) encontró que los niños o niñas de embarazo no deseado, a cuyas madres se les había negado el aborto, tenían menos posibilidades de recibir lactancia materna, más problemas médicos, rendían menos en la escuela, mayores dificultades en ser aceptados por sus pares y

se adaptaban mal a las frustraciones. Además, las relaciones con sus madres eran menos satisfactorias.

Siete años después de haber dado a luz a un niño(a) no deseado, subsiguiente a la negativa de un aborto terapéutico, 22% de 249 mujeres mostraron síntomas de depresión y ansiedad. (Hook H. Refused abortion: A study of 249 women whose applications were refused by the National Board of Health in Sweden. 1963: 3-156)

D. Conclusión

El derecho de las mujeres a gozar del más alto nivel de salud física y mental requiere especial atención a la protección de su salud sexual y reproductiva: los embarazos no deseados son expresión de la ineficiencia y falta de equidad de los servicios de salud y representan una carga inmensa para las mujeres que se ven privadas del derecho a plantear su propio desarrollo en condiciones de autonomía.

La evidencia científica actual demuestra que el aborto carece, en general, de consecuencias desfavorables para la salud emocional de las mujeres. El impacto del aborto, así como el de otras experiencias estresoras y potencialmente traumáticas, está mediado por factores neurobiológicos individuales, la historia y circunstancias de la persona y su manera de afrontar las crisis. Por otro lado, el aborto terapéutico puede contribuir significativamente a resolver las crisis precipitadas por embarazos en circunstancias muy desfavorables, como ser el resultado de una violación o cursar con un feto con anomalías incompatibles con la vida.

Un embarazo con malformación somete a las mujeres a un alto riesgo de depresión. El

embarazo luego de la violación se acompaña de depresión, fobia y trastorno de estrés postraumático. Los niños o niñas que nacen luego de un embarazo en el que se había negado el aborto terapéutico a la madre sufren claras desventajas. Existe documentación al respecto.

Por lo tanto, la protección de la salud mental de las mujeres gestantes debe recibir especial consideración cuando hay un feto con anomalías congénitas, incompatibles con la vida, o cuando el embarazo es producto de una violación, y ofrecerles servicios apropiados de consejería y aborto terapéutico, si tal fuera su elección.

La opción del aborto terapéutico puede ayudar a restituir la autonomía de las mujeres que han sido víctimas de violación y constituye, por lo tanto, parte del afronte psicoterapéutico para ellas.

La protección de la salud mental, a la par que la protección de la salud física y de la vida, es un deber del Estado. Como hemos visto, esta obligación se traduce en la necesidad del

Estado de tener leyes y normas que protejan la salud, así como establecimientos que proporcionen cuidados accesibles, aceptables y de buena calidad.

En ese sentido, una medida preventiva prioritaria en el corto plazo es la elaboración y aprobación de protocolos claros, sucintos y consensuales, que reflejen el estado

actual de conocimientos médicos y normas éticas acerca del aborto terapéutico. La existencia de estas normas permitirá acortar significativamente el proceso para decidir si procede o no un aborto terapéutico por razones de salud mental, inclusive. Tales documentos deben tomar en cuenta el riesgo de trastorno de estrés postraumático, depresión y suicidio.

Referencias bibliográficas

- Ashton, JR (1980). "The Psychological Outcome of Induced Abortion". *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 87(12), 1115-1122.
- Born L, Phillips SD, Steiner M, Soares C. *Trauma and the reproductive life cycle in women*: Rev. Bras. Psiquiatr. v.27 supl.2 São Paulo oct. 2005.
- Bownes IT, O'Gorman EC, Sayers A. *Assault characteristics and posttraumatic stress disorder in rape victims*. *Acta Psychiatr Scand*. 1991 Jan;83(1):27-30.
- Brockington, IF *Motherhood and Mental Health* Oxford University Press, New York, 1996.
- Corcuera Ricardo, Catalina Hidalgo, Alicia Quintana. Exigibilidad del derecho a la salud. Consorcio de Investigación Económica y Social. Observatorio del derecho a la salud. Lima 2006 pp 17 y ss.
- Copelon R, Zampas C, Brusie E y de Vore J *Human Rights Begin at Birth: International Law and the Claim of Fetal Rights Reproductive Health Matters*. Volume 13, Issue 26, November 2005, Pages 120-129.
- Dagg PK: *The psychological sequelae of therapeutic abortion: denied and completed*. *Am J Psychiatry*. 1991; 148: 578- 585.
- Department of Health and Human Services. *Mental Health: A report of the Surgeon General*. Rockville, Md. US Department of Health and Human Services: Substance abuse and mental health services administration, center for mental health services, National Institutes of Health, National Institute of Mental Health, 1999.
- Detraux JJ, Gillot-de Vries F, Vanden Eynde S, Courtois A, Desmet A, *Psychological impact of the announcement of a fetal abnormality on pregnant women and on professionals*. *Ann N Y Acad Sci*. 1998 Jun 18;847:210-9.
- DINIZ, Debora. *Abortion and fetal non-viability: the Brazilian debate*. *Cad. Saúde Pública*. [online]. Mar./Apr. 2005, vol.21, no.2 [cited 09 May 2006], p.634-639.:http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2005000200032&lng=en&nrm=iso>. ISSN 0102-311
- EISENBERG, LEO Are genes destiny? Have adenine, cytosine, guanine and thymine replaced Lachesis, Clotho and Atropos as the weavers of our fate? *World Psychiatry*. 2005 February; 4(1): 3-8.
- Ernst R. Berndt, Lorrin M. Koran, Stan N. Finkelstein, Alan J. Gelenberg, Susan G. Kornstein, Ivan M. Miller, Michael E. Thase, George A. Trapp, and Martin B. Keller, *Lost Human Capital From Early-Onset Chronic Depression Am J Psychiatry*, Jun 2000; 157: 940 – 947.
- Gissler M, Elina Hemminki, Jouko Lonnqvist *Suicides after pregnancy in Finland, 1987-94: register linkage study.. BMJ* 1996;313:1431-1434.
- Greer, HS, Lal, S, Lewis, SC, Belsey, EM, Beard, RW: *Psychosocial consequences of therapeutic abortion King's termination study III*. *Br J Psychiatry* 1976 128: 74-79
- Hook H. *Refused abortion: A study of 249 women whose applications were refused by the National Board of Health in Sweden*. *Acta Psychiatr Scand (Suppl)* 1963; 168: 3-156
- Kmietowicz Zosia *Unwanted children at increased risk of schizophrenia*. *BMJ* 1996;313:1167.

- Langer A, El embarazo no deseado: impacto sobre la salud y la sociedad en América Latina y el Caribe. *Rev Panam Salud Publica* 2002 11:3 (192-204).
- Lip Licham César, Rocabado Quevedo Fernando. *Determinantes sociales de la salud en el Perú*. Lima. Ministerio de Salud, Universidad Norbert Wiener, Organización Panamericana de la Salud, 2005, p 52.
- Loncar M, Medved V, Jovanovic N, Hotujac L, Psychological consequences of rape on women in 1991-1995 war in Croatia and Bosnia and Herzegovina. *Croat Med J*. 2006 Feb;47(1):67-75.
- Matejcek et al, Follow-up Study of Children Born to Women Denied Abortion. *Abortion: Medical Progress and Social Implications*, Ciba Foundation Symposium 115, pp 136-148 (1985).
- Organización Mundial de la Salud, CIE-10 Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico. Meditor, Madrid, 1992.
- Pare CMB, Raven H: Psychiatric sequelae to therapeutic abortion: follow up of patients referred for termination of pregnancy. *Lancet* 1970;1:635-638.
- Preamble to the Constitution of the World Health Organization as adopted by the International Health Conference, New York, 19-22 June, 1946, (Official Records of the World Health Organization, no. 2, p. 100) disponible en <http://www.who.int/about/definition/en/>, revisada el 02 junio 2006).
- Resnick PJ: Death of a newborn. *American J of Psychiatry*. 1970; 126:1414-1420.
- Rondón MB y Valladares G. *Psiquiatría de la Mujer*. En: **Psiquiatría**, Segunda Edición. R. D. Alarcón, G. Mazzotti & H. Nicolini (Editores). Editorial El Manual Moderno y Programa PalTex - Organización Panamericana de la Salud, México D.F. - Washington D.C., 2004.
- Stewart DE, Rondón MB, Damiani G, Honikman J: International Psychosocial and Systemic Issues in Women's Mental Health. *Archives of Women's Mental Health* 4: 13- 17, 2001.
- Taracena R. Social actors and discourse on abortion in the Mexican press: the Paulina case. *Reprod Health Matters*. 2002 May;10(19):103-10.
- Van Berlo W, Ensink B. Problems with sexuality after sexual assault. *Annu Rev Sex Res*. 2000;11:235-57.
- Ware J. Standards for validating health measures: Definition and content. *J Chronic Dis* 1987;40: 473-480.
- Wasco SM: Conceptualizing the harm done by rape: applications of trauma theory to experiences of sexual assault. *Trauma Violence Abuse*. 2003 Oct;4 (4):309-22
- WHO Fact Sheet 220, revised November 2001, accesada en <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs220/en/print.html> el 02/06/06
- Zolse, G, Blacker, CV: The psychological complications of therapeutic abortion. *Br J Psychiatry* 1992 160: 742-749.