



REVISTA COLOMBIANA DE PSIQUIATRÍA

www.elsevier.es/rcp



Reporte de caso

Mujer de 38 años con interrupción legal y voluntaria del embarazo por riesgo para la salud mental. Un desenlace inesperado



Diana Restrepo*, Marle Duque, Laura Montoya y Catalina Hoyos

Medicina, Psiquiatría, CES University, Medellín, Colombia

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 13 de febrero de 2016

Aceptado el 23 de mayo de 2016

On-line el 13 de julio de 2016

Palabras clave:

Aborto terapéutico

Factor de riesgo

Salud mental

Aborto legal

R E S U M E N

Objetivo: Describir un caso clínico de interrupción legal y voluntaria del embarazo por riesgo para la salud mental de la madre con sobrevida del feto y posterior deseo de la madre de cuidar del niño.

Métodos: Descripción del caso clínico y revisión no sistemática de la literatura relevante.

Resultados: Mujer de 38 años multigestante, con edad gestacional desconocida, solicitó interrupción legal y voluntaria del embarazo por riesgo para la salud mental por embarazo no deseado. Luego de la interrupción del embarazo, nació un varón de 1.050 g de peso, al que se intubó y trasladó a cuidados intensivos. Tras el parto, los síntomas mentales que llevaron a esta mujer al aborto terapéutico desaparecieron, y decidió asumir el cuidado del niño.

Discusión: Frente a este complejo caso, se analizan varios aspectos: primero, el cambio de opinión de una mujer sobre su deseo de ser madre; segundo, la desaparición de los síntomas mentales en el posparto inmediato, y tercero, la necesidad de revisar los fundamentos clínicos, éticos y legales de la norma legal que permite el aborto terapéutico en Colombia.

© 2016 Asociación Colombiana de Psiquiatría. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

A 38-year-old Woman with a Legal and Voluntary Interruption of Pregnancy due to Mental Health Risk. An Unexpected Outcome

A B S T R A C T

Objective: To describe a case of legal and voluntary interruption of pregnancy due to a mental health risk in the mother. However, the foetus survived and the mother decided to care for the child.

Methods: Description of the case and a non-systematic review of the relevant literature.

Results: A multiparous woman of 38 years with unknown gestational age who requests legal and voluntary interruption of pregnancy. After abortion a male child born of 1050 grams

Keywords:

Therapeutic abortion

Risk factor

Mental health

Legal abortion

* Calle 10 A # 22- 04 Universidad CES Medellín-Colombia. Teléfono 574-4440555.

Correo electrónico: dianarestrepobernal@gmail.com (D. Restrepo).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rcp.2016.05.006>

0034-7450/© 2016 Asociación Colombiana de Psiquiatría. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

was born, intubated and admitted to intensive care. Subsequently, the mother, without the mental problems that led to abortion, gradually assumed the care of the child.

Discussion: To address this complex case, several aspects are analysed: first, the change of mind of a woman in her desire to be a mother. Second, the disappearance of mental symptoms in the immediate postpartum. Third, the need to review the clinical, ethical and legal foundations of the legal ruling that allows therapeutic abortion in Colombia.

© 2016 Asociación Colombiana de Psiquiatría. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

La reproducción humana ha sido calificada como «un fenómeno complejo desde el punto de vista psicológico»¹. El embarazo es siempre un evento novedoso que supone estrés y adaptación, y tanto el deseo de ser madre, de experimentar la gestación y el parto como el deseo de recurrir al aborto son procesos que ponen a prueba la salud mental de las mujeres².

Los sentimientos de cualquier mujer al descubrir que se encuentra embarazada pueden ser diversos y contrarios: alegría, incredulidad, preocupación, miedo, frustración, rabia o una mezcla ambivalente. La respuesta subjetiva individual depende de múltiples factores que incluyen la edad, la condición física, el vínculo con el padre del hijo, la situación económica y laboral, el apoyo familiar y social y el marco cultural³.

En Colombia, a partir de la sentencia C-355 de 2006, el aborto es legal en las siguientes tres situaciones: a) cuando esté en peligro la salud física, mental y/o emocional de la madre como consecuencia directa del embarazo; b) cuando el embarazo es el resultado de una violación o un tratamiento de fertilidad no consentido por la mujer, y c) cuando el feto presenta graves malformaciones que hacen inviable la vida fuera del útero⁴.

El objetivo de este reporte de caso es presentar un caso clínico complejo de una mujer que solicitó la interrupción legal y voluntaria del embarazo (ILVE) por riesgo para la salud mental. Se obtuvo el consentimiento informado por escrito de la mujer que aquí se describe, en el que consta que la información se utilizaría con fines académicos y de publicación científica. Para proteger la identidad de la madre y el niño y el derecho a la confidencialidad de la información brindada por la paciente, no se incluyó información específica que permitiera la identificación de ella o de su hijo.

Presentación del caso

Mujer de 38 años ingresó por consulta externa de un hospital público de la ciudad de Medellín para que se le practicara el procedimiento de ILVE. Ella había acudido días atrás por consulta externa de la entidad prestadora de salud para evaluación médica porque creía estar embarazada. Se le confirmó el embarazo y se le informó de su derecho a la ILVE, ya que se sentía «triste y aburrida», lo que para los profesionales sanitarios que la atendieron configura un «riesgo para la salud mental materna». Se remitió a la mujer a un hospital

de tercer nivel de complejidad, con la orden del juez para que se le practicara el procedimiento de ILVE.

Ingreso al hospital

Ingresó al servicio de ginecoobstetricia una mujer con edad gestacional desconocida que vivía en unión libre desde hacía 3 meses, tenía escolaridad hasta cuarto de primaria, se dedicaba a los oficios domésticos e informaba que esta era su cuarta gestación. El examen físico describe una mujer en aparentes buenas condiciones generales: hidratada, consciente, alerta, con presión arterial de 120/80 mmHg, frecuencia cardíaca 80 lpm, 16 rpm y afebril; sin hallazgos en la auscultación pulmonar y cardíaca; abdomen grávido, altura uterina de 22 cm. Se especifica en la historia clínica: «no se toma fetocardia». Genitales externos, normales; al tacto vaginal, se encuentra el cuello del cérvix anterior de 3 cm de longitud, con orificio externo permeable a un dedo; además se observó flujo vaginal escaso y fétido. Las extremidades, normales y sin edemas. No se observaron déficit neurológicos. En el análisis y la conducta del ingreso, se anotó: «Paciente de 38 años de edad con embarazo de aproximadamente 20-22 semanas por altura uterina, embarazo no planeado, no deseado, quien ingresa para ILVE con causal salud mental. Se le explica a la paciente el procedimiento, los riesgos, y acepta».

Se inició procedimiento de ILVE con misoprostol 400 µg sublingual cada 3 h, por 5 dosis. En las evoluciones de ginecoobstetricia, se describe «labilidad emocional», por lo cual se solicitó valoración por psicología. Psicología la evalúa y describe en la historia clínica: «Desea terminar con este embarazo debido a problemática de pareja y por su salud mental. A nivel emocional se encuentra angustiada por lo que está viviendo». Tras esta evaluación, Psicología da alta sin ningún plan de seguimiento.

El parto

A las 36 h del ingreso hospitalario se registró en la historia clínica: «Paciente expulsa feto vivo, en malas condiciones; peso, 1.050 g; se entregó a perinatología». La madre recibió el alta al día siguiente, en buenas condiciones.

Interconsulta a psiquiatría de enlace

Cinco meses después del parto descrito, psiquiatría de enlace recibió una solicitud de interconsulta clínica para evaluar a un bebé de 5 meses de vida cuya madre, según describen los pediatras en la historia clínica: «Se opone a procedimientos y

manejos médicos necesarios». Además anotaron en la historia clínica de pediatría: «Madre agresiva, intolerante, no acepta las explicaciones que ofrece el personal médico, no cumple las medidas de aislamiento estricto».

Psiquiatría de enlace revisó la historia clínica del lactante y citó a la madre para evaluación, sin tener información de las circunstancias del parto ni el motivo de la prematuridad del lactante. La madre asistió a la entrevista psiquiátrica a la hora indicada. Se confirmó la información sociodemográfica, se trataba de una mujer que residía en un pueblo de Antioquia, con estudios primarios, desempleada. Tenía tres hijas mayores, hacía 3 meses se había separado del padre de su hijo por maltrato físico y verbal luego de una relación de 9 meses.

La mujer negaba cualquier antecedente médico patológico. No consumía sustancias psicoactivas. No había tenido intentos de suicidio. No tenía antecedentes personales ni familiares de enfermedad mental. Nunca había consultado por psicología o psiquiatría previamente. Describió a su familia como «muy unida», todos comprometidos los unos con los otros; aseguró que contaba con el apoyo de sus hermanas, su madre y sus hijas. No tenía contacto con su expareja, quien desconoce lo que ocurre con su hijo.

Lo que dice la mujer en la entrevista psiquiátrica

«Me metí con él porque no tenía plata...» (explica el motivo de entablar la relación con su expareja).

«Sentía miedo que mis hijas me rechazaran del todo por tener un hijo de ese hombre... ese tipo fue lo peor» (explica el rechazo inicial al embarazo).

«Estuve hospitalizada dos días; cuando salí, mi familia estaba desesperada porque no sabían de mi paradero; le conté a mi hermana lo sucedido, ella estaba muy confundida, pero me dijo que recapacitara, que ella me apoyaba para salir adelante con mi hijo... que no lo entregara» (explica cómo la familia de ella se enteró de que estaba en embarazo y que había recurrido a la ILVE hospitalariamente).

«Cuando lo vi, me dio mucho que pesar, sentí mucho arrepentimiento por lo que había hecho, todo era mi culpa» (explica la primera vez que en el servicio de cuidados intensivos fue a visitar a su hijo, que se encontraba hospitalizado).

«Ahora estoy en el hospital cuidándolo» (explica cómo comenzó a asistir al servicio de pediatría donde se encontraba hospitalizado su hijo y cómo progresivamente se hizo cargo de cuidarlo).

«... la idea es volver al pueblo a la casa de mis papás... A mi hermana le dieron la custodia del niño, pero yo pienso solucionar eso con Bienestar Familiar y que se quede conmigo» (explica lo que tiene pensado hacer cuando le den el alta hospitalaria a su hijo).

«Lo único que deseo es luchar por mi bebé y salir adelante para recuperar mi tiempo y darle todo mi amor y cariño, porque él no tiene la culpa de lo sucedido» (amplía la idea anterior).

Examen mental a partir de la evaluación psiquiátrica

Se trata de una mujer con adecuada presentación personal, amable y colaboradora durante la entrevista. Orientada en persona, lugar y tiempo. Atención normal. Aparentemente tranquila. Hace contacto visual. Sin alteraciones motoras. Afecto modulado, resonante, eutímico. Lenguaje normal. Pensamiento coherente, lógico, con ideas de culpa frente a la situación de enfermedad de su hijo. No expresa ideas suicidas o delirantes. Memoria conservada. Juicio y raciocinio apropiados. Inteligencia impresionada normal. Prospección positiva, introspección adecuada.

Intervención de psiquiatría de enlace

Se realizó entrevista psiquiátrica no estructurada, en la cual no se evidenciaron síntomas ansiosos, depresivos o psicóticos que configuraran algún trastorno psiquiátrico mayor según criterios del DSM-5⁵. Se descartó riesgo suicida. Se estableció que la mujer contaba con adecuado apoyo de su familia, incluidas sus tres hijas mayores. Se determinó que la mujer estaba separada del padre de su hijo y se sentía a gusto con esa decisión. Se motivó a la madre a cooperar con las indicaciones de enfermería y de los médicos para lograr una evolución favorable del niño. La mujer se mostró receptiva y se comprometió a colaborar.

Discusión

Este complejo caso clínico se puede analizar desde múltiples perspectivas, entre ellas: a) los derechos de un bebé prematuro; b) los derechos reproductivos de la mujer; c) la ILVE en Colombia y el vacío jurídico frente a la edad máxima a la cual se puede practicar el procedimiento; d) los médicos que atienden la ILVE de una mujer con edad gestacional avanzada; e) lo que significa «riesgo para la salud mental» en el contexto de un embarazo no deseado; f) los derechos del padre del niño, y g) la sociedad, que puede desconocer los resultados de un procedimiento de ILVE.

Por motivos prácticos, se analizan las siguientes dos perspectivas: el vacío jurídico frente a la edad máxima a la cual se puede practicar el procedimiento de ILVE que implicó la sobrevida de una feto sometido a un procedimiento médico que tenía por objeto terminar la gestación, es el riesgo para la salud mental materna por embarazo no deseado.

La sentencia de la Corte colombiana que hizo exequible el aborto terapéutico no estableció la edad gestacional máxima a la cual se podía practicar el aborto³. Este vacío jurídico permitió que el caso aquí presentado pasara de ser un aborto terapéutico a un parto pretérmino con un prematuro gravemente enfermo. La terminación del embarazo en el segundo trimestre representa entre el 10 y el 15% de todos los abortos inducidos en el mundo y causan dos tercios de todas las complicaciones relacionadas con el aborto⁶. En Colombia, según la Norma Técnica para la interrupción del embarazo⁷, después de 12 semanas completas de gestación desde la fecha de última menstruación, se debe emplear un régimen de mifepristone y misoprostol, con una efectividad del 97%⁸. La dificultad radica en que no se consideró que luego de cierta

edad gestacional el procedimiento diera como resultado un parto prematuro en vez de un aborto terapéutico, y la Norma Técnica prohíbe que los médicos soliciten juntas o pidan una segunda opinión porque consideran que son estrategias solo encaminadas a negar o retrasar el procedimiento de ILVE.

Frente a la segunda perspectiva, si bien el concepto de salud es amplio, no cabe duda de que «salud» es más que la ausencia de enfermedad y que la Organización Mundial de la Salud define salud mental como 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 a su comunidad⁹. Cada año ocurren millones de embarazos no deseados. La falta de coincidencia entre las expectativas de las mujeres y las parejas frente al número de hijos que desean tener y las múltiples situaciones que afrontan las mujeres para controlar la fecundidad hacen probable que las mujeres afronten un embarazo no deseado¹⁰.

El aborto terapéutico para preservar la salud mental de la mujer está explícitamente reconocido en las leyes de 23 países del mundo, incluida Colombia¹¹. Sin embargo, ningún estudio ha encontrado que el aborto terapéutico por riesgo para la salud mental se asocie con mejor desenlace de esta³, como tampoco resulta evidente a pesar de la controversia que el aborto terapéutico empeore la salud mental. Los resultados frente a este controvertido tema están «salpicados» por controversia social y política, la cual no resulta fácil evadir y que puede hacer olvidar lo importante que es apoyar los argumentos con base en los resultados de estudios válidos, estadísticamente sólidos, que controlen factores de confusión y consideren la enfermedad mental previa al embarazo¹², sin que resulte necesario asimilar como patológico o sinónimo de «riesgo para la salud mental» el deseo de una mujer de abortar cuando se enfrenta a un embarazo no deseado.

En las décadas pasadas, ha habido cada vez más interés por establecer si el aborto es un factor de riesgo de enfermedad mental; los desenlaces estudiados son, entre otros, depresión^{13,14}, ansiedad^{15,16}, uso de sustancias^{17,18} y comportamiento suicida^{19,20}. Y si bien los estudios recientes han intentado controlar estos factores de confusión, es necesaria mayor evidencia que resuelva apropiadamente las controversias aún existentes.

Conclusiones

Este caso pone en evidencia la necesidad de revisar la edad máxima a la cual se permitirá la realización de un procedimiento de ILVE en Colombia o las medidas que habrá que tomar para garantizar a la mujer un aborto terapéutico, y no un parto pretérmino.

Además resulta prioritario establecer el significado del concepto «riesgo para la salud mental materna» en Colombia, de modo que no se tenga la necesidad de «psiquiatrizar» a una mujer que afronta un embarazo no deseado.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que los procedimientos seguidos se conformaron a las normas éticas del comité de experimentación humana responsable y de

acuerdo con la Asociación Médica Mundial y la Declaración de Helsinki.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores han obtenido el consentimiento informado de los pacientes y/o sujetos referidos en el artículo. Este documento obra en poder del autor de correspondencia.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA

1. Brockington IF. *Motherhood and mental health*. New York: Oxford University Press; 1996.
2. Rondón MB. *Salud mental y aborto terapéutico*. Lima: Consorcio de Investigación Económica y Social. Observatorio del Derecho a la Salud. 2006:20.
3. Gurpegui M, Jurado D. Complicaciones psiquiátricas del aborto. *Cuad. Bioét.* 2009;20:381-92.
4. Guía de Capacitación para Atención en Salud de la Interrupción Voluntaria del Embarazo. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social, Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA); 2016 [citado 10 Feb 2016]. Disponible en: <http://unfpa.org.co/wp-content/uploads/2014/08/SM-IVE-Guia-Capcitacion.pdf>
5. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5®)*. Arlington: APA; 2013.
6. Report of a WHO Scientific Group. Medical methods for termination of pregnancy. *World Health Organ Tech Rep Ser.* 1997;871:1-110.
7. Interrupción Voluntaria del Embarazo-IVE. Guía sobre los diferentes aspectos del derecho de la mujer a interrumpir voluntariamente su embarazo. Bogotá: Profamilia; 2012 [citado 28 Sep 2015] Disponible en: <http://www.profamilia.org.co/aborto/img/PlegableIVE.pdf>
8. Greene M, Joshi S, Robles O. Sí a la opción, no al azar. Planificación de la Familia, derechos humanos y desarrollo. El estado de la Población Mundial. Fondo de Población de las Naciones Unidas, UNFPA. 2012 [citado 28 Sep 2015]. Disponible en: http://www.unfpa.org/sites/default/files/pubpdf/SP_SWOP2012_Report.pdf.
9. Documentos, básicos. 48.a ed. Bologna: Organización Mundial de la Salud; 2014 [citado 28 Sep 2015]. Disponible en: <http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd48/basic-documents-48th-edition-sp.pdf#page=7>
10. Born L, Phillips SD, Steiner M, Soares C. Trauma & the reproductive life cycle in women. *Rev Bras Psiquiatr.* 2005;27:S65-72.
11. Skuster P. Implementing the mental health indication to help ensure access to safe abortion. *Med Law.* 2009;28:419-32.
12. 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.
13. Major B, Cozzarelli C, Cooper ML, Zubek J, Richards C, Wilhite M, et al. Psychological responses of women after first-trimester abortion. *Arch Gen Psychiatry.* 2000;57:777-84.

14. Pedersen W. Abortion depression. A population-based longitudinal study of young women. *Scand J Public Health*. 2008;34:424-8.
15. Cougle JR, Reardon DC, Coleman PK. Generalized anxiety following unintended pregnancies resolved through childbirth and abortion: a cohort study of the 1995 National Survey of Family Growth. *J Anxiety Disord*. 2005;19:137-42.
16. Steinberg JR, Russo NF. Abortion and anxiety What's the relationship? *Soc Sci Med*. 2008;67:238-52.
17. Pedersen W. Childbirth abortion and subsequent substance use in young women: a population-based longitudinal study. *Addiction*. 2007;102:1971-8.
18. Fergusson DM, Horwood LI, Ridder E. Abortion in young women and subsequent mental health. *J Child Psychol Psychiatry*. 2006;47:16-24.
19. Reardon DC, Cougle JR. Depression unintended pregnancy in the National Longitudinal Survey of Youth: a cohort study. *BMJ*. 2002;324:151-2.
20. Broen AN, Moum T, Bødtker AS, Ekeberg O. The course of mental health after miscarriage and induce abortion: a longitudinal, five-year follow-up study. *BMC Med*. 2005; 3:18.