

Traducido de: Cook, R. J., Ortega-Ortiz, A., Romans, S. & Ross, L.E., "Legal abortion for mental health indications" (2006) *95 International Journal of Gynecology and Obstetrics* 185. © 2006, Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia. Publicado por Elsevier Ireland Ltd. Todos los Derechos Reservados.

CONSIDERACIONES ÉTICAS Y LEGALES EN LA SALUD REPRODUCTIVA

La salud mental de la mujer como indicación para el aborto legal

R.J. Cook ^{a*}, A. Ortega-Ortiz ^b, S. Romans ^c, L.E. Ross ^d

a. Facultad de Derecho, Facultad de Medicina y Centro Asociado de Bioética, Universidad de Toronto, Toronto, Canadá

b. Asesora legal IPAS México; becaria del Programa Internacional de Derecho de Salud Sexual y Reproductiva, Facultad de Derecho, Universidad de Toronto, Toronto, Canadá.

c. Catedrática Shirley Brown en Investigación sobre la Salud Mental de la Mujer, Centro para la Investigación de la Salud de la Mujer, Facultad de Medicina, Universidad de Toronto, Canadá.

d. Departamento de Psiquiatría, Facultad de Medicina, Universidad de Toronto, Canadá.

SINOPSIS

Guía de ayuda para los profesionales de la medicina que no tienen acceso a especialistas en la rama de la salud mental y que, por lo tanto, deben interpretar y aplicar la indicación legal para el aborto basada en la salud mental de la mujer embarazada.

RESUMEN

En los sistemas jurídicos donde el aborto terapéutico está permitido con el fin de preservar la salud mental de las mujeres, los profesionales de la medicina, muchas veces, no tienen acceso a especialistas en salud mental para que éstos diagnostiquen o pronostiquen si el embarazo o la crianza posterior representan un riesgo para la salud mental de la mujer embarazada. En estos casos, son los propios profesionales de la medicina los que deben evaluar clínicamente el impacto que tendrá sobre sus pacientes la continuación de un embarazo o la crianza posterior. Al respecto, es conveniente insistir en que la legislación aplicable en la mayoría de los países, en lo concerniente a las buenas prácticas médicas y a la operación de la indicación para el aborto basada en la salud mental de la mujer, sólo exige que los profesionales de la medicina emitan sus evaluaciones de buena fe y bajo un criterio de credibilidad. Este artículo sugiere que los

trastornos mentales abarcan la angustia o sufrimiento mental producidos por embarazos no deseados y la responsabilidad que implica el cuidado de los hijos o hijas o, por ejemplo, el conocimiento anticipado de serias anomalías fetales. En el momento de emitir un diagnóstico/ pronóstico acerca de los riesgos a la salud mental asociados con el embarazo, el profesional de la medicina debe tener en cuenta los factores que predisponen a las pacientes hacia la angustia, como el historial personal o familiar de enfermedades mentales; factores que pueden precipitar la angustia mental, como el término de relaciones personales significativas, y los factores que pueden consolidar la angustia, como la formación educativa limitada y la marginación social. Algunas características de las pacientes, tales como la pobreza y la carencia de redes de apoyo social, pueden operar en ambos sentidos precipitando y consolidando la angustia clínica.

Palabras clave

Aborto terapéutico; Aborto por razones de salud mental; Razones de salud mental para el aborto; Motivos psiquiátricos del aborto; Causales legales para el aborto; deformidad fetal

* Autor Correspondiente. Tel: +1-416-978-4446 Fax: +1-416-978-7899
E-mail: rebecca.cook@utoronto.ca (R.J. Cook)

1. Introducción

A menudo, los ordenamientos legales son ambivalentes respecto de los efectos que cierto evento puede ocasionar en la salud mental de las personas. Estos ordenamientos reconocen que las lesiones físicas traen aparejado dolor y sufrimiento mental, aunque son más cautos en cuanto a admitir que exista un sufrimiento sin una lesión previa. Esto ha ocurrido, fundamentalmente, dada la preocupación del ordenamiento jurídico de que ciertos efectos mentales sean simulados con fines exculpatorios o para obtener compensaciones económicas. A pesar de esta preocupación, los sistemas jurídicos han expresado cierta flexibilidad para reconocer que el embarazo puede dañar la salud mental de la mujer. Por ejemplo, la Ley sobre Infanticidio de 1922 (*Infanticide Act 1922*) de Inglaterra fue la primera en admitir que la alteración mental post-parto podía causar que la madre diera muerte a su bebé, asignándole a este delito una gravedad menor que la asignada al delito de homicidio.

La evidencia surgida de algunos estudios recientes demuestra que existe cierta susceptibilidad femenina a padecer efectos neurológicos puesto que las hormonas reproductivas que determinan el sexo del feto también determinan la susceptibilidad a trastornos psiquiátricos basados en el sexo. Los efectos positivos y negativos del embarazo sobre las predisposiciones neurológicas deben tenerse siempre en cuenta. [1]

La legislación vigente en distintos países incorpora una indicación basada en la salud mental para autorizar la práctica legal de un aborto. En estos países, sin embargo, aún persiste cierta falta de claridad para definir los criterios de acceso a este tipo de servicios.

Ese fue el escenario que siguió a la reforma de 2002 a la legislación penal vigente en la Ciudad de México. [2]

Aunque en la mayoría de los países, por ejemplo, es posible practicarse una interrupción legal de embarazo por violación, en algunos la indicación legal basada en la salud mental de la mujer se amplía para contener este supuesto. En Gran Bretaña, por ejemplo, antes de la promulgación de la Ley sobre Aborto de 1967, las cortes y tribunales ya habían aceptado la legalidad del aborto provocado con el objeto de prevenir el “la angustia mental” de una mujer físicamente apta para sobrellevar un embarazo y parto seguros. [3] Si bien la Ley de 1967 no se ocupa de la violación, considera que un aborto es legal cuando los profesionales de la medicina opinan, “de buena fe,” que la continuación del embarazo coloca a la mujer embarazada en riesgo de padecer un daño en “la salud física o mental” [4] De acuerdo con dicha ley, para realizar el procedimiento debe tomarse en consideración tanto la situación actual de la mujer, como la situación futura que puede razonablemente predecirse. [5]

Una revisión de la legislación internacional en la materia evidencia que la mayoría de las disposiciones jurídicas que contemplan el aborto terapéutico como un supuesto excluyente de responsabilidad penal utilizan simplemente la palabra “salud”, aunque otras sí hacen referencia expresa a la salud física y mental. [6] Dado que la OMS entiende la definición de “salud” como un estado de bienestar físico, mental y social, las referencias particulares a la salud mental resultan redundantes, puesto que la sola mención de la palabra “salud” ya incluye sus tres dimensiones. Aquellas legislaciones que, explícitamente, señalan que la preservación de la vida o la salud física de la mujer embarazada son causa justificada para un aborto representan un mayor desafío interpretativo. Pues, de acuerdo con las reglas de interpretación jurídica, la mención de sólo una parte del conjunto significaría la explícita exclusión del resto. Sin embargo, las normas jurídicas de interpretación son específicamente utilizadas para sustentar los alegatos y razonamientos de los abogados, o las decisiones por las que optan los jueces, más que para fundar conclusiones particulares.

2. Marco jurídico

Los ordenamientos jurídicos no exigen que los profesionales de la medicina conozcan claramente la ley y sus sutilezas para atribuir relevancia y efectos legales a sus opiniones. Esto ocurre aún en los casos en que la opinión médica puede ser la base para la exclusión de responsabilidad penal por delitos fuertemente castigados como el homicidio. La preocupación de la ley se centra en la integridad del proceso mediante el cual el médico arriba a una opinión. Esto es, las leyes exigen que los profesionales de la medicina formen su opinión profesional de buena fe, ajena a ideologías o intereses individuales. Por ejemplo, se puede sospechar del dictamen de un médico que considera indicado legalmente el aborto en cierto caso, pero que cobrará un monto excesivo por dicho procedimiento en comparación con otros procedimientos similares. Es razonable entender que este médico actúa, más bien, con la intención de obtener una ganancia personal que con la intención de proteger los intereses de salud de su paciente. [7] También puede suponerse que un médico, que mantiene una oposición personal a la

práctica de un aborto legal, difícilmente determinará, de buena fe y objetivamente, la elegibilidad de su paciente para la práctica legal de una interrupción de embarazo. Como ha sido ya determinado por ciertos jueces, tales médicos carecerán de defensa legal ante cargos de homicidio culposo o lesiones culposas [9] y/o a demandas por indemnización por daños y perjuicios causados por culpa o negligencia, cuando sus pacientes sufren un daño que podría haberse evitado si éstas hubieran sido oportunamente atendidas por profesionales de la medicina que actúan de buena fe.

En términos generales, sería recomendable que aquellos profesionales de la medicina que tienen acceso oportuno a profesionales especializados en salud mental, particularmente psiquiatras y psicólogos clínicos, remitieran a sus pacientes a dichos especialistas con el objeto de que éstos realicen la evaluación profesional sobre el estado de la salud mental de sus pacientes. Para determinar si existe acceso adecuado, se debe considerar la gravedad del caso, el acceso expedito a profesionales de la salud mental y la situación financiera de la paciente, especialmente si ella debe cubrir los costos de remisión. Sin embargo, en muchas circunstancias, los médicos y sus pacientes no pueden acceder oportunamente a servicios especializados en salud mental. En estos casos, los profesionales de la medicina son quienes deben emitir, en buena fe y con base objetiva y razonable, una opinión profesional a este respecto.

Un obstáculo para alcanzar la atención de salud indicada para una paciente surge cuando se exige la opinión de dos o más médicos para determinar la existencia de una indicación legal para el aborto. Por ejemplo, la Ley de Aborto británica de 1967 (*Abortion Act 1967*) exige la evaluación de dos médicos registrados e independientes. Dicha ley no requiere que estos médicos sean necesariamente los dos primeros en evaluar a la paciente, por lo que puede encontrarse lícitamente una segunda opinión seguida de una serie de remisiones médicas. En otras palabras, una opinión negativa no impide una opinión posterior positiva. Es más, la sección 1(4) del al Ley de 1967 libera al profesional de la medicina de la necesidad de acudir a una segunda opinión concurrente e independiente, cuando, a su juicio, “la terminación del embarazo es necesaria en forma inmediata para salvar la vida o prevenir un daño grave y permanente a la salud física y mental de la mujer embarazada.”

Las legislaciones que adoptan indicaciones legales para la práctica de un aborto basadas en la salud mental regularmente carecen de reglamentaciones adecuadas que permitan a los profesionales aplicar la norma de forma consistente. [2] Un ordenamiento jurídico que adolece de criterios claros para implementación equitativa de las indicaciones legales basadas en la salud puede ser responsabilizado internacionalmente. El fundamento de la responsabilidad es el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos y ésta se deduce ante el Comité de Derechos Humanos, organismo monitor de dicho tratado, como ocurrió recientemente en el caso de Perú. [10] De acuerdo con la resolución del Comité, negar a una mujer acceso equitativo y digno a un aborto necesario para la preservación de su salud constituye una forma de trato cruel, inhumano y degradante y una denegación de los derechos de las mujeres a tratamiento oportuno y eficaz. De igual manera, el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la

Mujer, encargado de vigilar la observancia de la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, ha condenado, como injusto y restrictivo, el requisito legal subsistente en Namibia de que sólo sean los psiquiatras quienes pueden autorizar legalmente el aborto terapéutico bajo la justificación de salud mental, señalando que sólo existe un psiquiatra en todo Namibia. [11]

Los tribunales locales parecen igualmente dispuestos a responsabilizar a los gobiernos por el acceso equitativo a servicios de salud y han exigido que éstos regularicen los criterios bajos los cuales se prestan servicios de interrupción legal del embarazo. El objetivo es que tanto los proveedores de servicios de salud, como las usuarias de los mismos, entiendan los requisitos necesarios para que los abortos legales sean llevados a cabo. [12] Los profesionales de la medicina y las asociaciones médicas pueden solicitar a sus gobiernos que aclaren el alcance de la legislación sobre aborto, sin necesidad de recurrir a litigios prolongados y costosos.

3. El significado de la salud mental

Una afectación a la salud mental no debe ser forzosamente conceptualizada, de forma estigmatizante, como locura o demencia. El alcance de lo que ahora se entiende por trastorno mental es mucho más amplio. Un trastorno mental puede caracterizarse como la angustia o los trastornos psicológicos, asociados con la pérdida de la integridad personal y autoestima, causados, por ejemplo, por un embarazo producto de una violación o de una relación incestuosa abusiva, o, tal como lo ha reconocido el Comité de derechos Humanos, por el diagnóstico de discapacidad fetal severa como la anencefalia.[10] Algunos ordenamientos legales caracterizan el diagnóstico de discapacidad fetal severa como una causal autónoma para la práctica de un aborto legal. Sin embargo, en criterio del Comité de Derechos Humanos, la reacción que una mujer experimenta al conocer el diagnóstico de una enfermedad fetal severa es razón suficiente para considerar que la práctica de la interrupción es posible basada sólo en la causal de salud mental. Continúa presentando un desafío jurídico o ético, sin embargo, el hecho de que algunas mujeres se procuren un aborto debido a la angustia que les genera que la fetoscopia o el ultrasonido revelen una enfermedad fetal considerada como no grave y posiblemente reparable como el pie bot (también conocido como pie zambo o talipes equinovarus) o el labio leporino.

Las circunstancias sociales también constituyen un factor relevante que puede determinar la opinión clínica, vertida de buena fe, respecto a que el embarazo representa una amenaza para la salud mental de la mujer. En algunas culturas, el embarazo de una mujer soltera la coloca bajo el temor razonable de ostracismo familiar y/o social, y reduce significativamente sus posibilidades de un matrimonio o vida familiar futura. Igualmente, la mujer embarazada en estas circunstancias puede experimentar el temor fundado de que se le someterá violencia o, incluso, a la muerte cuando el llamado “honor familiar” se encuentra comprometido. Lo mismo ocurre con un embarazo producto de una relación extramarital o, en algunas culturas, de relaciones inter-raciales o inter-religiosas. Tomando en consideración lo anterior, la OMS ha conformado su concepción de “salud” en términos amplios, susceptibles de incluir el bienestar mental y social.

La tradición jurídica inglesa ha mantenido largamente un criterio, hasta cierto punto controversial, que considera la intención de suicidarse de la mujer embarazada como una indicación para el aborto basado en la salud mental. De acuerdo con este criterio, el médico tendría una obligación legal de prevenir que este daño finalmente ocurra. [13] Los dictámenes forenses de suicidio, invariablemente, agregan “mientras el equilibrio de la mente se encontraba perturbado,” asociando el suicidio con desequilibrio mental. Ciertamente, existe un historial de suicidios de mujeres embarazadas, aunque la explicación ofrecida por algunas familias, como las caídas de determinada altura, pueden en realidad encubrir reacciones violentas de la propia familia frente a un embarazo percibido como una deshonra. A pesar de este historial, las amenazas de suicidio despiertan suspicacias, sobre todo ante la posibilidad de que las afecciones mentales sean simuladas con fines utilitarios o manipuladores. [14] Otra preocupación es que aunque las motivaciones suicidas genuinas de sus pacientes correctamente induzcan a los profesionales de la medicina a autorizar un aborto, la creencia popular de que las mujeres embarazadas se encuentran predispuestas hacia un comportamiento irracional, emocional o autodestructivo las estigmatice como incapaces de tomar decisiones racionales. No obstante, es importante insistir en que cuando los médicos, en buena fe, temen que sus pacientes pondrán en peligro su propia vida, pueden autorizar un aborto de acuerdo con la indicación legal de salvaguardar la vida o prevenir un daño grave o permanente a la salud física.

Hasta qué punto los profesionales de la medicina deben tomar en cuenta los posibles efectos psicológicos, no sólo respecto del embarazo y el parto, sino que del cuidado de los hijos, es una cuestión sujeta a valoración profesional. Al respecto, puede señalarse que algunas legislaciones reconocen la depresión post-parto o el trastorno mental como condiciones que deben valorarse al momento de autorizar la interrupción legal de un embarazo. Por ejemplo, la ley de aborto británica de 1967 prevé que “[d]ebe considerarse... la situación futura de la mujer que razonablemente puede predecirse.” [5] Algunos sistemas jurídicos permiten el aborto explícitamente ante la posible incapacidad de la mujer para la crianza. Por ejemplo, el Código Penal de Etiopía, reformado en 2004, autoriza el aborto “cuando el nacimiento del infante constituye un riesgo para la vida o salud de la madre” y “cuando la mujer embarazada, debido a una deficiencia física o mental previa, o debido a su minoría de edad, no se encuentra física ni mentalmente capacitada para criar al hijo.” [15]

4. Evaluación de la salud mental

Tanto psiquiatras como otros profesionales de la medicina, cuando los primeros no se encuentran disponibles, deben llevar a cabo evaluaciones sobre si la indicación legal para un aborto resulta aplicable. Al respecto, las normas jurídicas hacen prevalecer hasta cierto punto el juicio clínico de los profesionales de la medicina. Se ha observado que “las normas jurídicas que regulan el acceso a los servicios de aborto se encuentran determinadas por el hecho de si los médicos actúan de ‘buena fe’ cuando aplican los supuestos expresados por la legislación y no por la consideración directa que hagan de los mismos” [16] Si bien los profesionales de la medicina, no están exentos de arribar a conclusiones arbitrarias, subjetivas o producto de su idiosincrasia, están obligados, al

menos, a hacer el mayor esfuerzo posible para actuar, dentro de sus circunstancias, bajo estándares profesionales de evaluación.

Una evaluación clínica está constituida, usualmente, tanto por los síntomas actuales como previos de un trastorno mental en las pacientes, incluyendo información respecto del historial psiquiátrico, médico y de problemas familiares de la mujer. Así mismo, debe tenerse en cuenta las estrategias personales que la mujer ha puesto en práctica para enfrentar los problemas; por ejemplo: qué tan bien ha lidiado con las fuentes de estrés, particularmente en el último año, y cómo ha sido su funcionamiento integral. Los antecedentes sociales y laborales del historial de la paciente pueden relacionar la presencia de síntomas de salud mental a ciertos eventos de su vida. También debe prestarse atención a los valores morales de su comunidad socio-cultural, incluyendo sus creencias y prácticas religiosas, para así evaluar el impacto que estas circunstancias tienen sobre el estado mental, así como la posibilidad de conflicto entre sus valores culturales y la percepción de sus intereses.

El modelo comúnmente utilizado para conceptualizar las causas de problemas mentales significativos es el modelo biopsicosocial descrito, en 1980, por el Dr. George Engel. [17] Este modelo explica cómo el sufrimiento y las enfermedades se ven influidos por diferentes niveles de estructura biológica, desde el nivel genético-molecular hasta el nivel social. [18] Dicho modelo agrupa las causas probables de desórdenes mentales en factores de vulnerabilidad o predisposición, precipitación y consolidación:

Los factores de vulnerabilidad o predisposición son las consideraciones más remotas que inciden en el riesgo general a la salud mental, e incluyen la herencia genética surgida de la historia psiquiátrica, tanto personal como familiar de la paciente; los antecedentes de abuso o falta de cuidado en la infancia temprana; los múltiples cambios escolares o de domicilio, y ciertas características de personalidad como la impulsividad. Estos factores constituyen la fuente desde el cual determinado trastorno puede emerger y muestran diversos grados de susceptibilidad personal o familiar a desarrollar trastornos psiquiátricos.

Los factores de precipitación son aquellos que preceden, de forma inmediata, al posible origen de un trastorno, como el duelo por la pérdida de un ser querido o la terminación de una relación significativa; un embarazo no deseado y los eventos que lo rodean, tales como la separación repentina de la pareja; un embarazo forzado; sufrir violencia doméstica o sexual; la angustia derivada de padecer una enfermedad o haber recibido diagnóstico de una enfermedad fetal; la pérdida de un empleo; entre otros. Todas estas circunstancias constituyen factores precipitantes de un trastorno mental.

Los factores de consolidación implican las dificultades persistentes que contribuyen a que un trastorno mental se coloque en fase crónica, como la pobreza, la marginación, la falta de apoyo social y la falta de acceso a servicios de salud adecuados. Existen características que actúan como factores de precipitación o de consolidación, tales como soporte social marginal o niveles mínimos de escolaridad.

5. Situando la indicación de salud mental

La indicación de salud mental del aborto puede ser aplicada de acuerdo con las siguientes categorías operativas:

- a) **Tendencias suicidas agudas:** El riesgo grave de suicidio es el criterio más claro para la interrupción legal de un embarazo basada en la salud mental de la mujer embarazada. Tradicionalmente, este riesgo se considera existente tanto si la paciente ha intentado hacerse daño a sí misma como si tiene un plan específico en mente. El riesgo de suicidio, así considerado, satisfaría incluso la causal de peligro de muerte. Por ello, para operar la causal de salud en su debido alcance legal, será necesario introducir las siguientes dos categorías operativas.

- b) **Enfermedad mental grave o crónica** como el trastorno depresivo, la esquizofrenia, el trastorno bipolar, entre otras. Este tipo de enfermedades o trastornos pueden limitar varias funciones sociales, incluso las relacionadas con la crianza. Cuando una mujer padece un trastorno mental grave, su capacidad para asumir la crianza deber ser evaluada conforme a la valoración que tenga la mujer respecto a dicha capacidad, para evitar actuaciones prejuiciosas o discriminatorias. Dicho de otra forma, si una mujer que padece esquizofrenia encuentra muy angustiada la continuación del embarazo porque supone que será incapaz de sobrellevar la crianza, y la consejería al respecto no basta para remontar su angustia, la interrupción del embarazo estaría médica y legalmente indicada.

Las enfermedades mentales son diagnosticadas de acuerdo con la Clasificación Internacional de Enfermedades de la Organización Mundial de la Salud [20] y el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM), publicado por la Asociación Americana de Psiquiatría [19]. En los casos de trastornos mentales diagnosticados, la continuación de un embarazo puede ser una contraindicación para recibir el tratamiento adecuado y razonable. Además, una suspensión repentina del tratamiento puede generar o incrementar los síntomas de la enfermedad produciendo, incluso, episodios sicóticos.

Por otra parte, la capacidad de una mujer afectada por un trastorno grave de salud mental para producir su consentimiento respecto a la continuación o interrupción de un embarazo debe ser cuidadosamente evaluada, puesto que su decisión puede estar inducida por delirios o sentimientos persecutorios [21]. Antes de poner término al embarazo, la condición psiquiátrica de la mujer debe ser estabilizada con medicamentos, lo cual puede lograrse en unos cuantos días, para que, de esta manera, ella pueda tomar la decisión que le parezca más apropiada.

- c) **Resultados adversos para la salud mental en el futuro:** Este criterio señala que, para satisfacer la causal de salud para la interrupción de un embarazo, no es necesario que la mujer padezca un trastorno de salud mental crónico o grave o tenga pensamientos suicidas; basta que existan razones para emitir un pronóstico en el sentido de que la

salud mental de la mujer se verá negativamente afectada con la continuación de un embarazo, debido a la presencia de ciertos factores de riesgo.

Al realizar estas evaluaciones, se debe prestar atención a la concepción personal que la mujer tenga de bienestar, puesto que esa concepción también determina su capacidad de aceptación de circunstancias cambiantes o no y, con ello, sus niveles de frustración y angustia. Es posible prever, adoptando como evidencia de apoyo aquella proveniente de la observación clínica, de estudios sociológicos o psicológicos practicados en la propia paciente o documentados por la literatura de las distintas disciplinas, que la salud mental de una mujer se verá negativamente afectada si su embarazo es resultado de una violación; incluso, si ha recibido el diagnóstico de una enfermedad propia o fetal, o si enfrenta circunstancias sociales o económicas adversas, incluido el embarazo no deseado o temprano. Todas estas circunstancias son aptas para generar niveles de angustia suficientes para impactar seriamente la salud mental de la mujer, o desencadenar depresión u otros trastornos psiquiátricos. Tal y como se ilustra a continuación con el siguiente estudio de caso:

6. Estudio de caso

Ana, con 17 años de edad y siete semanas de embarazo, ha solicitado a su médico la interrupción de su embarazo. Ana dejó la escuela hace diez meses y, desde entonces, trabaja como camarera. Vive por su cuenta y su embarazo es producto de una corta relación que sostuvo con un hombre casado, algunos años mayor que ella. Dicha relación ha finalizado. Ana tiene una hermana mayor y un hermano menor, todos criados por su madre, luego que su padre les abandonara cuando Ana tenía seis años. A los 14 años sufrió de depresión, poco después de la muerte de su abuelo materno, con quien mantenía una relación muy cercana, especialmente después del abandono de su padre. Fue tratada con medicamentos por varios meses. Su madre trabajaba largas horas, debido a la situación de pobreza de la familia; por lo que los niños debían valerse por sí mismos hasta su regreso a la casa, lo que ocurría ya casi de noche. La madre de Ana sufre de depresión intermitente y se le prescribieron medicamentos antidepresivos y benzodiacepinas para los trastornos de sueño y ansiedad.

Ana ha sido una niña ansiosa, deseosa de complacer a los adultos. Un vecino amigo de su madre abusó sexualmente de ella mediante estimulación genital, por un período de cuatro meses cuando tenía ocho años de edad, dejándola en un estado de confusión e incertidumbre respecto de la sexualidad y sus propios deseos. Ella no se ha involucrado en ninguna otra relación sexual con excepción de aquella de la cual resultó embarazada. Se percibe a sí misma como carente de confianza y como una persona nerviosa que mira la vida pasivamente. Cuando se ve enfrentada a un problema, comienza generalmente a cavilar improductivamente y se vuelve ansiosa e insegura. Tiene dos amigas cercanas, pero no les ha contado ni a ellas, ni a su madre o hermanos de su embarazo.

Análisis: Ana presenta diversos factores de riesgos asociados con el principio de un trastorno depresivo. Entre ellos: factores de vulnerabilidad como la historia personal y familiar de trastornos mentales, la interrupción de lazos de seguridad, abandono, abuso sexual infantil, baja autoestima, bajos niveles de escolaridad, estrategias inmaduras para

lidar con los problemas, factores de precipitación como la terminación de una relación significativa y un embarazo no deseado, y factores de consolidación como la pobreza y la carencia de redes de apoyo.

Actualmente, la incapacidad asociada con el trastorno depresivo está bien documentada y puede durar varios meses aún después de la resolución del síndrome depresivo. Además de los problemas individuales asociados con el trastorno, muchos pacientes experimentan reacciones negativas no sólo de parte de los miembros de la familia, sino incluso de otras personas en el ámbito social, educativo o laboral, lo cual agrava el trastorno. Efectivamente, Ana no expresa fantasías suicidas ni padece una enfermedad mental crónica y grave; sin embargo, los factores de riesgo presentes en su situación son suficientes para asociar la continuación del embarazo con resultados adversos para su salud mental en el futuro. Luego, los criterios para la interrupción legal de embarazo basado en la salud mental de la mujer quedarán satisfechos en este caso.

7. Conclusión

Muchas jurisdicciones que contemplan la indicación legal para el aborto basada en la salud mental de la mujer embarazada la aplican de forma inconsistente y sin transparencia, provocando un acceso inequitativo a los servicios de interrupción legal del embarazo. En los lugares donde las causales para el aborto legal son implementadas inconsistentemente, los ministerios de salud tienen la obligación jurídica, en virtud de los principios de derechos humanos, de establecer las pautas que aseguren un acceso justo y transparente entre las mujeres a los servicios de aborto legal. Los principios de derechos humanos exigen a los gobiernos asegurar acceso equitativo y razonable a los servicios de interrupción legal de embarazo, basado en los derechos de la mujer a igual protección de la ley, a acceso a los servicios de salud y en el derecho a no sufrir tratos crueles, inhumanos y degradantes. Además de las obligaciones estatales en virtud de principios constitucionales nacionales o de derechos humanos, la profesión médica tiene la responsabilidad ética de asegurar que los profesionales de la medicina provean un acceso equitativo a servicios y cuidados que resulten lícitos.

Por consiguiente, es necesaria la emisión de regulaciones respecto a la indicación legal para el aborto basada en la salud mental de la mujer embarazada, con el objeto de que los médicos precavidos las cumplan y las mujeres que están considerando un aborto las comprendan. Tales regulaciones pueden facilitar el juicio clínico mediante la indicación de una lista abierta de los factores de riesgo asociados con el embarazo. El riesgo debe ser evaluado respetando la decisión adoptada por la mujer, considerando que en caso de que ella elija un procedimiento para lo cual está legalmente capacitada, su salud estará protegida a través de intervenciones calificadas. Las regulaciones pueden contener las tres categorías operativas en las que los criterios para la indicación de salud mental para el aborto se cumplen; esto es, riesgo grave de suicidio, enfermedad mental grave o crónica y resultados adversos para la salud mental en el futuro. Los y las profesionales de la medicina pueden evaluar, en buena fe, con escasa o nula profesionalización psiquiátrica, si la mujer embarazada se encuentra en los supuestos de cualquiera de las tres categorías operativas, fácil y objetivamente.

Referencias bibliográficas

1. Kaplan PW. Neurologic disease in women. New York: Demos; 2^a edición.; 2006.
2. Secretaría de Salud del Distrito Federal [Ciudad de México] Circular/GDF-SSDF/02/02 Gaceta Oficial del Distrito Federal, Abril de 2002 en 'Lineamiento Cuarto', sección II.
3. R v Bourne, [1938] 3 All England Reports 615, [1939] 1 King's Bench 687 (Central Criminal Court, London).
4. Abortion Act 1967. UK Statutes 1967, ch. 87, sections 1(1) (a), (b), (4).
5. Abortion Act 1967. UK Statutes 1967, ch. 87, section 1(2).
6. Center for Reproductive Rights, *The World's Abortion Laws*, Fact Sheet p.1-2, www.reproductiverights.org/pub_fac_abortion_laws.html, última visita: 3 de Julio de 2006.
7. Dickens BM, Cook RJ. Conflict of interest: legal and ethical aspects. *Int J Gynecol Obstet* 2006; 92: 192-7.
8. Dickens BM, Cook RJ. The scope and limits of conscientious objection. *Int J Gynecol Obstet* 2000; 71: 71-7.
9. Judge Macnaghten in R v Bourne, [1938] 3 All England Reports 615 at 618-9 (Central Criminal Court, London).
10. Karen Llontoy v Peru. Human Rights Committee 85th Session. Case No. CCPR/C/85/D/1153/2003.
11. Consideration of Reports submitted by States Parties under Art. 18 of the Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women; Initial Reports of States Parties, Namibia, p. 139, Feb 10, 1997, UN doc: CEDAW/C/NAM/1, <http://daccessdds.un.org/doc/UNDOC/GEN/N97/052/52/IMG/N9705252.pdf?OpenElement>, última visita: 3 de Julio de 2006.
12. Family Planning Association of Northern Ireland v Minister for Health, Social Services and Public Safety, [2005] Northern Ireland Law Reports 188 (Court of Appeal).

13. McGraw RB. Legal aspects of termination of pregnancy on psychiatric grounds. *New York State J Medicine* 1956; 56: 1605-9.
14. Stengel E. *Suicide and attempted suicide*. Harmondsworth: Penguin Books; 1964.
15. Ethiopian Criminal Code of 2004, Article 551 (1)(b), (d) (translation) <http://mail.mu.edu.et/~ethiopia/laws/criminalcode/criminalcodepage.htm>, última visita: 3 de Julio de 2006.
16. Montgomery J. Law and the demoralization of medicine. *Legal Studies* 2006; 26: 185-210, at 200.
17. Engel G. The clinical application of the biopsychosocial model. *American J. Psychiatry* 1980; 137: 535-47.
18. Borrell-Carrio F, Suchman AL, Epstein RM. The biopsychosocial model 25 years later: principles, practice, and scientific inquiry. *Annals Family Medicine* 2004; 2: 576-82.
19. American Psychiatric Association (APA). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM IV)*. Washington DC: APA; 1994.
20. World Health Organization (WHO). *The ICD-10 classification of mental and behavioural problems; clinical descriptions and diagnostic guidelines*. Ginebra: WHO; 1992.
21. Burt VK, Hendrick V. Psychiatric assessment of the female patient. In Hales RE, Yudofsky SC, Talbott JA (eds). *Textbook of psychiatry*. Tercera Edición. Washington DC: American Psychiatric Press; 1999, 1429-1445.