

CONCEPTO TÉCNICO

ASPECTOS LEGALES, ÉTICOS, EMPÍRICOS Y
DEL EJERCICIO PROFESIONAL DEL
PSICÓLOGO EN LA INTERRUPCIÓN
VOLUNTARIA DEL EMBARAZO (IVE)

AGOSTO DE 2020

| COLEGIO COLOMBIANO DE PSICÓLOGOS |





CONTENIDO

JUSTIFICACIÓN	4
ASPECTOS LEGALES DE LA IVE	5
ASPECTOS ÉTICOS	9
Fuente de dilema ético	10
Alcance de la Objeción de Conciencia	11
Principios generales de salud	11
Principios rectores	12
Método de deliberación ética	13
ASPECTOS EMPÍRICOS Y DISCIPLINARES	14
Investigaciones sobre los efectos psicológicos derivados de la IVE	15
ASPECTOS DEL EJERCICIO PROFESIONAL	19
Acompañamiento psicológico	19
BIBLIOGRAFÍA	21
Anexo A Participación del psicólogo en la IVE	23
Anexo B Rol del psicólogo en la IVE	24



COMISIÓN TÉCNICA

Ana María Méndez Jaramillo

Asesora Jurídica y de Incidencia, La Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres

Diana Carolina Monroy Sánchez

Subdirectora de Campos Disciplinarios y Profesionales, Colpsic

Darly Naiyive Peña Romero

Coordinadora Regional de Jóvenes, Profamilia

Ingrid Lorena Cruz Triviño

Representante del Campo de Psicología Jurídica, Colpsic, Capítulo Tolima. Miembro del Listado de Peritos en Psicología Jurídica y Forense, Colpsic

Patricia Montaña Betancur

Representante del Campo de Psicología Clínica, Colpsic, Capítulo Caldas/ Cumanday

Ricardo Salamanca Basto

Magistrado del Tribunal Nacional Deontológico y Bioético de Psicología, Colpsic

JUSTIFICACIÓN ¹

En el marco de su gestión misional, el Colegio Colombiano de Psicólogos (Colpsic) ejerce como principal consultor en psicología de entes oficiales y privados; por eso, promueve la construcción colaborativa de documentos que, basados en la evidencia, permiten orientar el ejercicio profesional de la psicología en los diferentes contextos aplicados.

Por otro lado, abordar las situaciones y fenómenos sociales actuales exige a los psicólogos fortalecer sus competencias y fundamentar su práctica en la mejor evidencia empírica disponible. Es en este contexto que cobra importancia la construcción de **conceptos técnicos**, ya que brindan a los psicólogos colombianos una línea de acción y, a las entidades públicas y privadas, un importante fundamento disciplinar que sustenta la actuación de estos profesionales en sus distintos ámbitos.

Cabe mencionar que el aporte que realizan los diferentes campos de la psicología, desde la experticia de sus propios actores, es la clave para la elaboración de los conceptos técnicos, los cuales conllevan a un diálogo que gravita entre el ejercicio profesional y la política pública vigente.

El presente concepto técnico tiene como objetivo brindar a los psicólogos orientaciones sobre su rol y competencias en el proceso de la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE); a la luz de un ejercicio profesional basado en la evidencia, los Principios Éticos Universales y la normatividad vigente*.

Dicho procedimiento, además de ser un desafío para el talento humano en salud, es una de las principales causas de morbilidad, discapacidad y mortalidad materna: cuando se practica de manera insegura y clandestina. Esto debe motivar a las naciones a diseñar políticas públicas que, basadas en un enfoque de derechos humanos, contemplen una mayor posibilidad de intervención, servicios de anticoncepción modernos, estrategias de “prevención y detección de las violencias de género y la prevención de embarazos no planeados o no deseados”.²

Por otro lado, la psicología, como disciplina que propende por la salud mental de las poblaciones, tiene un papel muy importante en el acompañamiento de las mujeres en sus diferentes contextos

de decisión, indistintamente de sus características físicas, psicológicas, sociales y culturales, entre otras. Por eso, se hace necesario considerar los aspectos legales, éticos, empíricos y del ejercicio profesional de la psicología en la IVE.

Este documento hace parte de las acciones que realiza el Colegio Colombiano de Psicólogos para promover un ejercicio reflexivo en torno a la participación que les corresponde a los profesionales de la psicología en Colombia.



dores de servicios de salud [En línea]. Bogotá D.C.: UNFPA COLOMBIA, 2014, 7 p. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/SM-IVE-Atencion-baja-complejidad.pdf>

¹Diana Carolina Monroy Sánchez, Subdirectora de Campos Disciplinarios y Profesionales del Colegio Colombiano de Psicólogos.

* Ver el artículo 13 de la ley 1090 de 2006.

²MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL Y FONDO DE POBLACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS. Atención Integral de la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) en el primer nivel de complejidad: Documento técnico para presta-

ASPECTOS LEGALES DE LA IVE³

El presente acápite recoge los principales aspectos legales y constitucionales relacionados con el alcance del derecho a la IVE. Esta se inscribe en la categoría de derechos reproductivos que, a su vez, han sido reconocidos como derechos humanos⁴. Como derecho reproductivo la IVE se edifica sobre dos dimensiones: por un lado, la autodeterminación reproductiva* que se traduce en “el derecho a estar libres de todo tipo de interferencias en la toma de decisiones reproductivas”⁵, y de otro, el acceso a servicios de salud reproductiva desde la óptica de disponibilidad, accesibilidad, calidad y el principio de no discriminación. En 2006 la Corte Constitucional, a través de la sentencia C-355, concluyó que la norma que penalizaba el aborto en cualquier circunstancia imponía a las mujeres una carga desproporcionada que implicaba un desconocimiento de los derechos fundamentales reconocidos en la Constitución Política y en tratados internacionales sobre derechos humanos. Esto implicó, al mismo tiempo, el reconocimiento en Colombia de la IVE como un derecho fundamental de las mujeres, niñas y adolescentes**, en los tres casos identificados por la Corte:

A. Cuando la continuación del embarazo constituye un peligro para la vida o la salud de la mujer, certificada por un médico o un psicólogo:

En la sentencia C-355 de 2006, la Corte Constitucional consideró que en los casos en que la salud o vida de la mujer gestante está amenazada, el Estado no puede obligarla a “asumir sacrificios heroicos y a ofrendar sus propios derechos en beneficio de terceros o del interés general”, incluso si el embarazo fue consentido.

La Corte diferenció entre el peligro para la vida y el peligro para la salud, y recogió el estándar amplio y comprensivo de la salud que “no cobija exclusivamente la afectación de la salud física de la mujer gestante sino también aquellos casos en los cuales resulta afectada su salud mental”⁶. Puntualizó que el embarazo puede causar una situación de angustia o alteraciones psíquicas que un profesional de salud, bien sea médico o psicólogo, está en capacidad de reconocer y certificar*** y, por lo tanto, los conceptos de los psicólogos son válidos para la evaluación del cumplimiento de los requisitos exigidos en la sentencia C-355 de 2006. Para la materialización de esta causal basta con presentar una

sola certificación de un profesional de la medicina o de la psicología —en casos de afectación a la salud mental—, que dictamine la existencia de una amenaza a la salud integral o a la vida de la mujer gestante, quien en todo caso será la que determine de manera libre y autónoma sobre la realización o no de la IVE.

B. Cuando existe grave malformación del feto que haga inviable su vida, certificada por un médico:

En la sentencia C-355 de 2006, la Corte Constitucional consideró que obligar a una mujer a llevar a término un embarazo ante la situación de una vida inviable se traduce en tortura y en una afectación a la dignidad humana. Así, indicó la Corte que el propósito de la causal es aliviar la angustia y padecimiento de una mujer cuyo feto “probablemente no vivirá” fuera del útero.

No existe un listado de malformaciones o diagnósticos médicos predefinidos para la procedencia de esta causal; el grado de probabilidad lo definen los médicos tratantes de acuerdo con las particularidades del caso. Según lo ha indicado la Corte Constitucional, no corresponde a ajenos cuestionar la motivación o el contenido de los dictámenes médicos⁷. Para la materialización de esta causal basta con presentar una sola certificación médica en la que se determine la existencia de una grave malformación que indique que el feto probablemente no vivirá.



³Ana María Méndez Jaramillo, Asesora Jurídica y de Incidencia, La mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres.

⁴CONFERENCIA INTERNACIONAL SOBRE LA POBLACIÓN Y EL DESARROLLO. (1: 5-13, septiembre, 1994: El Cairo, Egipto). Informe. New York: Naciones Unidas, 1995. 37 p.

*Ver las sentencias T 009 de 2009, T 627 de 2012 y SU 096 de 2018 de la Corte Constitucional.

⁵NACIONES UNIDAS. Recopilación de las observaciones generales y recomendaciones generales adoptadas por órganos

creados en virtud de tratados de derechos humanos. En: Instrumentos Internacionales de Derechos Humanos. Mayo, 2003. Vol. 1, no. 6, p. 284.

** Ver las sentencias T-585 de 2010, T-841 de 2011, T-627 de 2012, C-754 de 2015, T-301 de 2016, C-355 de 2006, C-093 de 2018 y SU-096 de 2018.



C. Cuando el embarazo es resultado de una conducta (debidamente denunciada) constitutiva de acceso carnal o acto sexual sin consentimiento, abusivo, de inseminación artificial o transferencia de óvulo fecundado no consentidas, o de incesto:

En la sentencia C-355 de 2006, la Corte Constitucional consideró que la dignidad y la libertad prevalecen cuando el embarazo es producto de un hecho impuesto e involuntario y de especial trascendencia para la vida de la mujer, como lo es una violencia sexual. En esta línea, se ha ratificado que la violencia sexual es una grave violación a la dignidad humana y a la integridad física y mental, y, por tanto, existe la obligación de brindar atención inmediata, gratuita, especializada a las mujeres víctimas de violencia sexual, incluyendo la provisión de servicios de salud sexual y reproductiva y, como parte de estos, acceso a la anticoncepción de emergencia y a la IVE****.

Para la materialización de esta causal basta con presentar la copia de la denuncia penal. No obstante, “la falta de denuncia penal no puede ser pretexto para negar la práctica de la IVE en menor de 14 años o la mujer violentada sexualmente”⁸. Sin perjuicio de lo anterior, esto no significa que el hecho no deba ser denunciado posteriormente o de manera concomitante con la atención en salud, dando aviso a las autoridades del sector justicia y protección.

Cada causal es autónoma e independiente una de otra, aunque pueden converger en un mismo caso; en el cual el prestador de salud deberá aplicar la causal que menos cargas de demostración implique para la mujer.

El ejercicio del derecho a la IVE también está garantizado para (i) mujeres con discapacidad⁹, sin que se les pueda exigir requisitos adicionales a los establecidos por la Corte para cada causal, no obstante, la atención y asesoría deberá disponer de todos los apoyos requeridos para conocer la voluntad de la mujer, independientemente del concepto de sus padres, tutores o de cualquier persona que actúe en su nombre; (ii) mujeres indígenas, toda vez que la jurisprudencia en vigor ha señalado que la IVE se debe garantizar para todas las mujeres sin discriminación por aspectos como la identidad étnica.

Pese a la existencia de un sólido marco normativo en materia de IVE, persisten barreras y obstáculos para las mujeres que buscan acceder a la IVE, asociadas a: (i) desconocimiento del marco legal; (ii) interpretación restrictiva del marco legal; (iii) fallas en la prestación del servicio de salud¹⁰. La Corte Constitucional ha venido decantando el contenido del derecho a la IVE, indicando que este no se agota con la realización del procedimiento médico, sino que hay otros componentes que lo condicionan, tales como

⁶CORTE CONSTITUCIONAL DE COLOMBIA. Sentencia C-355. (10, mayo, 2006). Corte Constitucional. Bogotá D.C., 2006. 10-11 p.

⁷Ver las sentencias T-388 de 2009, T-301 de 2016 y SU-096 de 2018 de la Corte Constitucional. También el lineamiento Técnico y Operativo de la Ruta Integral de Atención en Salud Materno Perinatal, Capítulo 4.2.5.4 Certificación de las causales.

⁸CORTE CONSTITUCIONAL DE COLOMBIA. Sentencia SU-096. (17, octubre, 2018). Corte Constitucional. Bogotá D.C., 2018. 3 p.

⁹El artículo 23 de la Ley 1719 de 2014 señala que toda víctima de violencia sexual tiene derecho a interrumpir voluntariamente el embarazo, el cual se garantizará mediante atención prioritaria y como urgencia médica, independientemente del tiempo transcurrido entre el momento de la agresión y la consulta, y de la existencia de denuncia penal. Todas las entidades

del sistema de salud están en la obligación de implementar el Protocolo y el Modelo de Atención Integral en Salud para las Víctimas de Violencia Sexual (Resolución 459 de 2012 del Ministerio de Salud y Protección Social). Ver sentencia C-754 de 2015.

¹⁰CORTE CONSTITUCIONAL DE COLOMBIA. Sentencia T-209. (28, febrero, 2008). Corte Constitucional. Bogotá D.C., 2008. 1 p.

¹¹MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. Resolución 1904 (31, mayo, 2017). Por medio de la cual se adopta el reglamento en cumplimiento de lo ordenado en la orden décima primera de la sentencia T-573 de 2016 de la Corte Constitucional y se dictan otras disposiciones. Minsalud. Bogotá D.C., 2017. 7 p.

el suministro de información veraz o el acceso a una atención integral en salud. A continuación, se exponen algunos de los estándares y deberes de protección del derecho a la IVE definidos por la Corte Constitucional¹⁰, y la vinculación de los psicólogos con estos:

- 1.** El deber de suministrar información oportuna, suficiente y adecuada en materia reproductiva, relacionado con la obligación de las EPS, IPS y profesionales de entregar y publicar periódica y activamente dicha información. También se reitera en las sentencias: C-355 de 2006, T-009 de 2009, T-388 de 2009, T-627 de 2012, T-301 de 2016, T-697 de 2016, y T-731 de 2016.
- 2.** El deber de disponibilidad de los medios necesarios para la materialización de la IVE en todo el territorio nacional, en todos los niveles de complejidad y en cualquier etapa del embarazo. Ello implica la adopción de medidas para asegurar la suficiente y efectiva disponibilidad y acceso a la IVE, sin discriminación, de forma oportuna, segura, con calidad y salubridad. También, que ninguna EPS puede negarse a la IVE y debe garantizar la prestación del servicio en cualquier edad gestacional y sin importar el tipo de afiliación a la seguridad social. Acorde con las sentencias: C-355 de 2006, T-209 de 2008, T-946 de 2008, T-388 de 2009 y T-301 de 2016.
- 3.** El derecho a la intimidad en materia reproductiva y el deber de confidencialidad de los profesionales de la salud, el cual es una obligación de primer orden en relación con el derecho a la IVE, debido a que la decisión sobre la IVE pertenece a la esfera íntima o privada de la mujer. Esto se reitera en las sentencias: C-355 de 2006, T-988 de 2007, T-388 de 2009 y T-841 de 2011.
- 4.** El derecho de las mujeres a decidir libre de apremios sobre la IVE en las causales previstas en la sentencia C-355 de 2006, es decir, sin presión ni manipulación. Asimismo, que ni las mujeres ni quienes atienden su solicitud pueden ser objeto de discriminación. Igualmente se confirma en las sentencias: T-209 de 2008, T-009 de 2009, T-388 de 2009, T-627 de 2012, T-301 de 2016, T-731 de 2016 y T-697 de 2016.
- 5.** El derecho de la mujer gestante a recibir un diagnóstico oportuno y actual sobre el estado y condiciones de su embarazo. Esto significa que la mujer puede exigir: (i) valoración oportuna, integral (física y mental), lo que deberá comunicarse de manera clara; (ii) valoración periódica sobre el desarrollo y estado del embarazo para identificar oportunamente posibles malformaciones y activar la posibilidad de la IVE; (iii) expedición inmediata del certificado médico para activar la posibilidad de la IVE. El sistema de salud no puede negar o dilatar la valoración ni la expedición del certificado o expedir uno que no corresponda con el diagnóstico efectuado. Esto se confirma en las sentencias: T-636 de 2007, T-585 de 2010, T-841 de 2011, T-636 de 2011 y T-301 de 2016.

6. La prohibición de dilaciones en la práctica de la IVE. El plazo razonable para dar respuesta y llevar a cabo la IVE —si ello es médicamente posible— es de cinco (5) días calendario. Entre las barreras inadmisibles se encuentran realizar juntas médicas, de revisión o de aprobación que ocasionan tiempos de espera injustificados para la práctica de la IVE, así como la solicitud de requisitos adicionales, por ejemplo, exigir: (a) dictámenes de medicina forense; (b) órdenes judiciales; (c) exámenes de salud que no son practicados de manera oportuna; (d) autorización por parte de familiares, asesores jurídicos, auditores, médicos, entre otros. En consonancia con las sentencias: T-988 de 2007, T-209 de 2008 con fundamento en la Resolución 4905 de 2006 y el Decreto 4444 de 2006, así como las sentencias T-946 de 2008, T-636 de 2011, T-532 de 2014, T-731 de 2016, T-841 de 2011, T-388 de 2009 y T-301 de 2016.

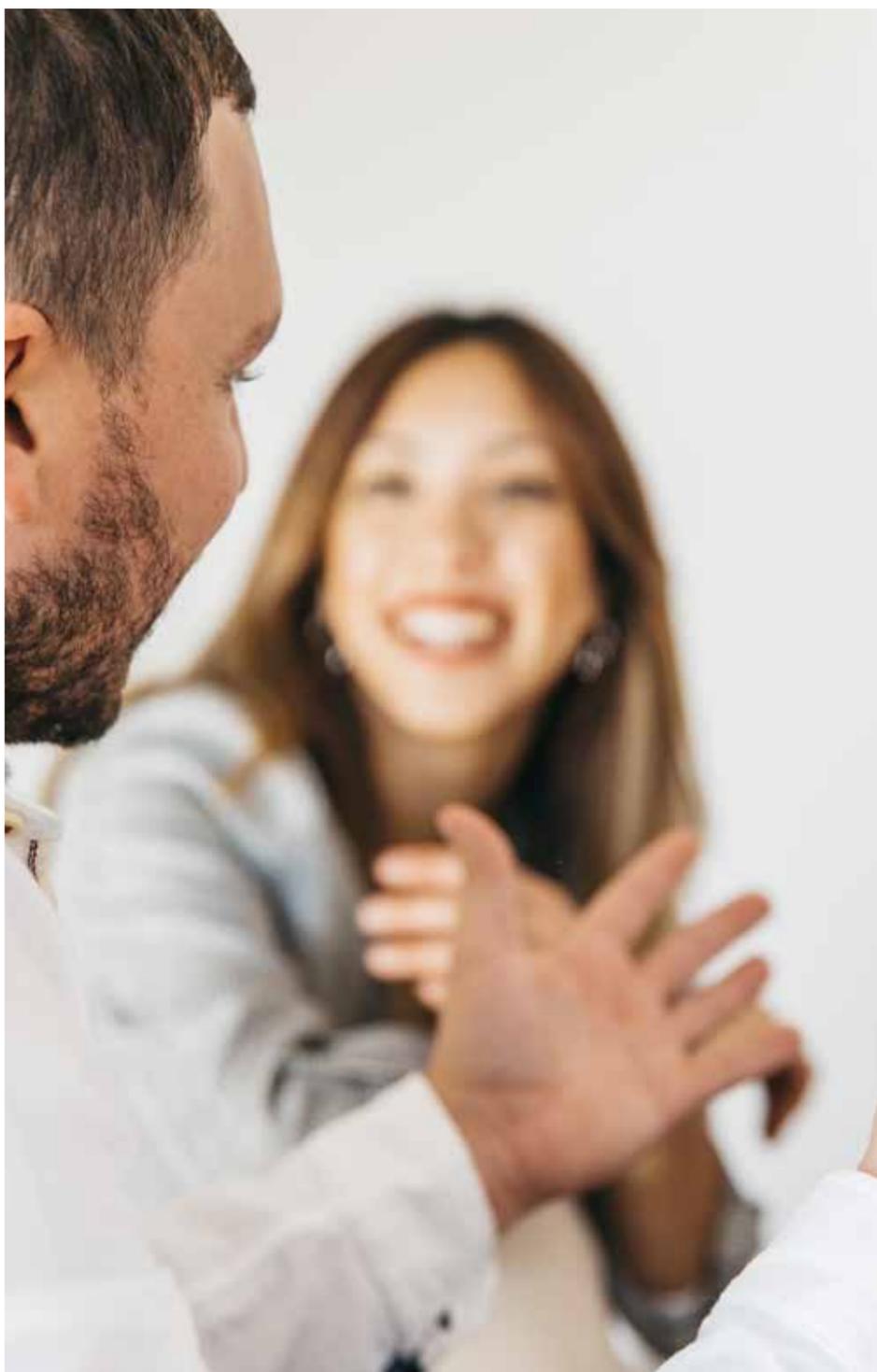
7. Del certificado médico y del psicólogo^{17****}: los psicólogos son profesionales de la salud y, por ende, sus dictámenes son válidos para la certificación de la IVE en los casos de peligro para la vida o la salud de la mujer. Además, (i) La emisión de certificado corresponde a los profesionales de la salud, quienes deberán actuar conforme los estándares éticos de su profesión; (ii) solo será posible controvertir un certificado emitido por un médico externo si se basa en argumentos científicos y dentro de los cinco días desde la emisión del certificado; (iii) una vez se cuenta con el certificado —que bien podrá constar en la historia clínica, valoraciones o exámenes médicos—, la EPS deberá derivar a la mujer a una IPS con capacidad técnica para efectuar el procedimiento de acuerdo con la edad gestacional. Esto se reitera en las sentencias: C-355 de 2006, T-841 de 2011, T-388 de 2009 y T-301 de 2016.

¹⁰ VILLAREAL, Cristina. Mesa Técnica de Interrupción Voluntaria del Embarazo, citado por GONZALEZ VÉLEZ, Ana Cristina y CASTRO, Laura [En línea]. Barreras de acceso a la interrupción voluntaria del embarazo. Colombia: La Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres, 2017. 24 p. Disponible en: https://clacaidigital.info/bitstream/handle/123456789/996/Barreras_IVE_vf_WEB.pdf?sequence=1&isAllowed=y

¹¹ CORTE CONSTITUCIONAL DE COLOMBIA. Sentencia SU-096. Op. Cit., p. 37-43.

^{17****} El profesional debe certificar que existe la probabilidad de daño, pero es la mujer quien identifica y decide sobre el nivel de ries-

go o peligro que está dispuesta a correr, es decir, hasta donde permitirá que la gestación altere su bienestar. Así, el certificado no es una argumentación sobre si se debería interrumpir o no el embarazo según la ponderación del riesgo que hace quien lo expide, sino la confirmación de que, en efecto, la hipótesis del riesgo existe. Cabe señalar que la certificación del riesgo no depende de que este sea de una intensidad determinada sino solo de su existencia.



Se considera una práctica prohibida: “descalificar conceptos médicos expedidos por psicólogos a quienes la Ley 1090 de 2006 les reconoce el status de profesionales de la salud”¹². La única exigencia para quien expide dicho certificado es que actúe conforme a los estándares éticos de su profesión y, por tanto, para la emisión del certificado médico no es exigible que el/la profesional ostente una especialidad específica, pudiendo certificar médico o psicólogo sin una determinada especialidad, o que pertenezca a una institución determinada.

8. Sobre los plazos para la práctica de la IVE: el marco normativo no impone límites a la edad gestacional para la realización de la IVE. Así, los profesionales deben informar los riesgos del procedimiento de acuerdo con la edad de gestación, para que se garantice el consentimiento informado de la mujer, quien es la que decide sobre la realización del procedimiento. Conforme con las sentencias: C-355 de 2006, T-841 de 2011, T-636 de 2011, T-532 de 2014, T-301 de 2016, T-731 de 2016 y C-341 de 2017.

9. Las menores de edad, incluyendo las menores de 14 años, tienen plena autonomía para decidir sobre la IVE. Con base en el derecho al libre desarrollo de la personalidad, entre otros derechos, las menores de edad tienen plena capacidad para decidir sobre la IVE. Lo anterior, aun cuando los padres o representantes no estén de acuerdo con la decisión. Asimismo, se reitera en las sentencias: C-355 de 2006, T-946 de 2008, T-209 de 2008, T-388 de 2009, T-841 de 2011, T-697 de 2016, T-731 de 2016

10. Sobre el derecho a la objeción de conciencia: la objeción de conciencia se predica únicamente del personal médico que realiza directamente la intervención para interrumpir el embarazo, sí y solo sí, se garantiza la prestación de este servicio en condiciones de calidad y de seguridad, sin imponer barreras ni cargas desproporcionadas a las mujeres. Esto significa que no podrá hacer uso de este derecho el personal que realiza funciones administrativas, actividades médicas preparatorias o posteriores a la intervención, o los/as psicólogos que brindan atención. Tampoco las EPS, pues las personas jurídicas no son titulares del derecho la objeción de conciencia. En consonancia con las sentencias: C-355 de 2006, T-209 de 2008, T-946 de 2008, T-388 de 2009, Auto 327 de 2010, T-301 de 2016 y T-731 de 2016.

Cabe señalar que la objeción de conciencia deberá constar por escrito, indicando (i) las razones por las cuales está contra sus más íntimas convicciones la realización del procedimiento en ese específico caso, (no formatos generales de tipo colectivo, ni por persona distinta a quien objete conciencia); (ii) el profesional médico al cual remite, que deberá estar disponible y contar con la capacidad técnica para realizar el procedimiento.

Vale resaltar que las atenciones, intervenciones y procedimientos en salud para la IVE están dentro del Plan de Beneficios de salud para todos los regímenes de vinculación del Sistema General de Seguridad Social en Salud y están exentos de cuotas moderadoras. Además, la atención brindada por parte de profesionales de la psicología deberá ajustarse a (i) los estándares y deberes de protección indicados *****; (ii) los principios y deberes establecidos en la Ley 1090 de 2006; (iii) las instrucciones

¹²CORTE CONSTITUCIONAL DE COLOMBIA. Sentencia T-388. (28, mayo, 2009). Corte Constitucional. Bogotá D.C., 2009. 44 p.

***** Ver www.derechoalaborto.org.co

vigentes de la Circular 003 de 2013 expedida por la Superintendencia Nacional de Salud; (iv) la Resolución 652 de 2016 del Ministerio de Salud y Protección Social, que establece directrices para el registro de las atenciones en salud relacionadas con IVE en el Registro Individual de Prestación de Servicios (RIPS); (v) la Circular 016 de 2017 del Ministerio de Salud y Protección Social que establece directrices para la atención segura, digna y adecuada de las maternas, incluidas las relacionadas con la IVE; (vi) el Lineamiento Técnico y Operativo de la Ruta Integral de Atención en Salud Materno Perinatal en donde se dan indicaciones sobre la atención en salud para la IVE *****, (vii) la Resolución 1904 de 2017 del Ministerio de Salud y Protección Social, en la que se dan las indicaciones para garantizar la toma de decisiones en salud sexual y reproductiva por parte de personas con discapacidad, (viii) la Directiva 006 de 2016 de la Fiscalía General de la Nación. Además, otras entidades a nivel territorial han fijado las obligaciones generales que se desprenden para el Estado y para quienes participan en la garantía efectiva de este derecho. Lo anterior sin perjuicio de las sanciones administrativas, laborales, civiles o penales a que haya lugar.

ASPECTOS ÉTICOS¹³

Las actividades previas y posteriores a la solicitud del derecho a la IVE pueden ser fuentes de dilema ético para el psicólogo. El alcance de su actuación implica el reconocimiento del derecho de la mujer a solicitarlo y recibirlo, así como la claridad de los aspectos: objetivos (identificados por la medicina), subjetivos (relacionados con los aspectos psicológicos presentes antes, durante y después de la IVE), y deontológicos, que orientan el actuar del psicólogo y el marco jurídico que lo regula.

Por tanto, en el concepto técnico no puede ni debe estar ausente la reflexión ética y deontológica, más aún, cuando el psicólogo y su actuar son los que se hallan en una disyuntiva: por un lado, frente a la moral pública,* y de otro, frente a la moral privada (esfera de lo personal a la cual se ha adherido previamente). Esta reflexión pone de manifiesto una situación dilemática que la ley nunca previó, por cuanto la realidad social y personal desborda el alcance de la misma norma y, por lo cual, debe y merece ser interpretada no de forma taxativa (desconociendo las particularidades), ni asumiendo un relativismo normativo, sino como una reflexión circunstancial. Lo anterior, como dice Ollero¹⁴, no presupone deslindar el derecho y la moral, tampoco pretende defender que de una exigencia moral no cabe derivar consecuencias jurídicas, o de una exigencia jurídica ignorar unas consecuencias morales. Dichas exigencias individuales y sociales indican que no es posible imaginar un derecho sin ética, no porque la ética determine lo jurídico, sino porque es contemplado por esta. En esta medida, existe una relación bidireccional entre

el derecho y la moral/ética que ha de contemplar el profesional como actor de decisión, más aún, cuando su deber para con los otros es propender por una mejor calidad de vida, entendida (por la OMS) desde un carácter biopsicosocial (biológico-físico, psicológico-mental y social-relacional). En este ejercicio profesional la búsqueda del bienestar del otro contempla aspectos normativos y procedimentales, en los cuales no se puede suponer que actuar normativamente es proveer bienestar, ni asumir la aplicación de un procedimiento como garantía de bienestar, mucho menos que las dos per se sean éticas.

En ese sentido, asumir una ética pública como una ética procedimental puede llevar a pensar a algunos profesionales de la psicología que seguir unos pasos (protocolo-guía) les exculpa del análisis ético: por el contrario, estas se deben integrar. Otra forma errónea de equivalencia es considerar que la ética privada sustituye el procedimiento al constituirse en soporte de contenido material de la acción. En realidad, lo que cabe es formular cómo desde la ética privada se identifica el verdadero alcance de lo público y su límite con lo privado. Dicho de otra manera, lo jurídico (público) es un medio para el logro de un fin: el bienestar integral de cada persona, desde una práctica que no ignora el contenido privado de los valores del profesional o del paciente; esto significa que ni dicho usuario, por el reconocimiento de su derecho, puede imponer como carga al profesional el desconocimiento de su derecho a apartarse de un procedimiento o acción debido a su cualificación o principios ético-morales, ni este imponerlo o cuestionar los del paciente.

***** Contenido en la Resolución 3280 de 2018, modificada por la Resolución 276 de 2019, del Ministerio de Salud y Protección Social.

¹³Ricardo Salamanca Basto, Magistrado Tribunal Nacional de Bioética del Colegio Colombiano de Psicólogos – Colpsic.

*En palabras de Cárcamo, H. (2012), (...) la formación moral, propia del contexto institucional de la educación (o para el caso de COLPSIC como vocero de los psicólogos ad extra y ad intra), supone un espacio deliberativo ético, (...) que deriva en una confrontación ideológica expresada a través de dos frentes: la moral privada y la moral pública. Quisiera poner de manifiesto lo que entiendo por "moral" (...) Convengamos que la moral trasciende el ámbito de los sentidos, por tanto, se sitúa en el plano de la conciencia de los sujetos, exponiendo un abanico de posibilidades de acción que se organizaran y clasificaran en función de una priorización que el propio agente lleva a cabo en concordancia a las valoraciones (ético-morales) que dan sentido a su devenir social. Por ello (...) la moral posee un importante papel en el modelamiento cognitivo-práctico de los mismos; con esto no digo que la moral anteceda a la cognición, sino que dichas di-

mensiones suponen un sistema complejo en el que los aspectos axiológicos, deontológicos y gnoseológicos se encuentran imbricados del todo, tributando a la incorporación de múltiples esquemas de acción por parte del actor (Lahire, 2004).

¹⁴OLLERO, Andrés. Derecho y moral entre lo público y lo privado. Un diálogo con el liberalismo político de John Rawls. En: Estudios públicos [en línea]. 1998. no. 69, p. 40. Disponible en: https://www.cepchile.cl/cep/site/artic/20160303/asocfile/20160303183328/rev69_ollero.pdf

Por tanto, la ética privada a la que cada psicólogo se adhiere previamente no discrepa de los principios deontológicos del psicólogo que atañen a un ejercicio responsable, el cual tiene como regla de oro el principio de prima facie —no hacer daño— presente en la no maleficencia y el trato justo; garantía de acceso a la prestación de servicios en salud, nunca en detrimento de los derechos del usuario (como parte de los principios rectores). Ese balance será el resultado de un juicio ético, legal y procedimental, que reconoce y garantiza a la mujer el acceso a un derecho de atención debidamente cualificado y, al profesional, un actuar equilibrado entre la ética privada y la pública. Esta posibilidad se halla relacionada con el concepto constitucionalista de democracia, al que debe aspirar para superar todo falso dilema entre fundamentalismo y dictadura de la mayoría¹⁵, sin que pueda ser asumida dicha crítica como un relativismo contra la libertad o un ejercicio de la libertad que acabe resultando inviable en la práctica.

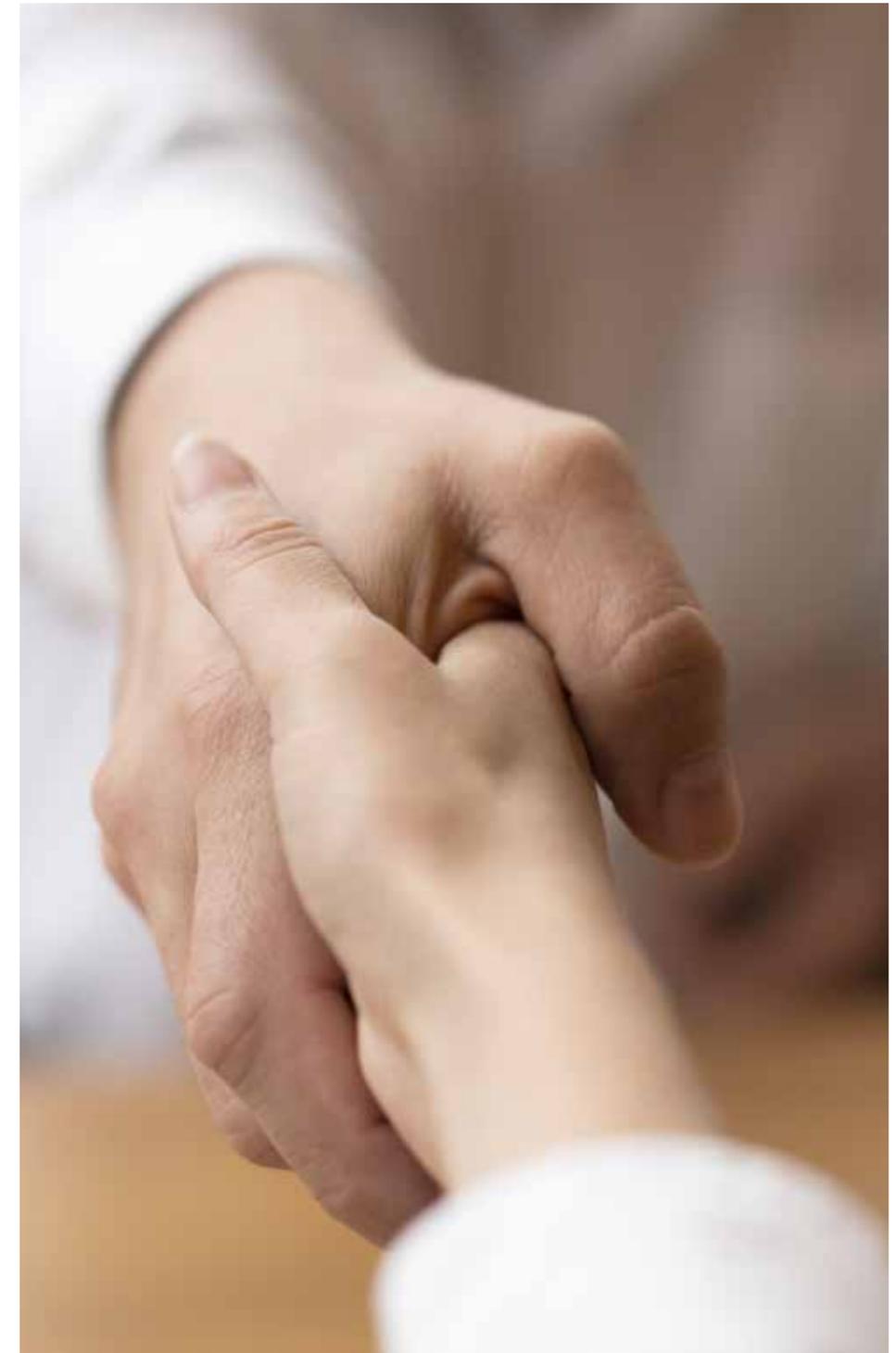
FUENTE DE DILEMA ÉTICO

En el marco de la IVE, los aspectos jurídicos de la objeción de conciencia (O de C) no dejan de ser una fuente de tensión ética. Esta libertad de conciencia (L de C) no puede operar arbitrariamente ni ser aplicada de modo inadecuado, pues desconocería el principio de la autonomía y no maleficencia, pudiendo atentar contra la vida y la salud de las pacientes e inducir a problemas legales a las instituciones.

Esta O de C que deriva del derecho a la libertad de pensamiento, conciencia y/o libertad religiosa, es un derecho constitucional y, como otros, no es absoluto; además presenta límites: está restringido a situaciones particulares para no ser distorsionadas con el velo de legitimidad de un derecho, cuando en realidad se constituye en obstáculo o barrera de acceso a los derechos de las mujeres, o un deber que impone la renuncia de un derecho.

Ante la disyuntiva de tener que anteponer el derecho de la mujer o el deber del profesional: en lugar de oponerse estos pueden articularse. Sin embargo, en ciertas ocasiones opera la O de C, lo que no implica el abandono de la paciente, negar u ocultar información, coartar la voluntad, ni retrasar o impedir la derivación inmediata y oportuna a un no objetor. Lo anterior, siempre y cuando la mujer gestante no se encuentre en una situación de urgencia vital, en la cual operaría el principio de defensa de la vida. Actuar de manera contraria sería incoherente (si el actuar ético se orienta a un proceder desde el respeto y reconocimiento de la dignidad del otro, un otro que no es radicalmente diferente a mí). Por el contrario, el reconocimiento de los propios límites por parte del profesional es óbice para favorecer el acceso a un servicio que no se está en capacidad (moral) de prestar; a través de otro profesional no O de C que brinde el mayor bien que este no puede otorgar. Esta postura requiere del profesional objetividad y prudencia para identificar qué y cómo informar, y cómo acompañar o derivar.

¹⁵Ibíd., p. 40.



ALCANCE DE LA OBJECCIÓN DE CONCIENCIA

La despenalización del aborto, en los tres casos establecidos** por la Corte Constitucional, es un acto jurídico que compromete a las ciencias de la salud, cuya acción multidisciplinaria involucra a la psicología, en las obligaciones y derechos que ello implica.

En este orden de ideas, la objeción es un actuar basado en la L de C que puede ser o no compatible con el sistema de creencias que lo rodea, pudiendo darse la negación de actuar (por conciencia) o la actuación (por compromiso de conciencia). Por tanto, la objeción en sí no es equivalente a la desobediencia civil, dado que esta última busca cambiar la norma y desobedecer la ley. Por otro lado, la O de C es un actuar conforme a las creencias y valores, en ese sentido, objetar es negarse a la actuación por ir en contra de la conciencia y no de la norma. En cualquier caso, no debe desconocerse el impacto social de tal decisión, pues su coherencia no puede ser argumento para desconocer el derecho del otro a ser atendido o recibir la prestación de un servicio.

Esta articulación de posturas opuestas requiere de un ejercicio de prudencia, racionalidad e igualdad que proporcione un principio moral más protector, en el que las obligaciones profesionales básicas tengan en cuenta, para la excepcionalidad del hecho y, en orden del ejercicio de libertad, la posibilidad de darse una exigencia parcial (siempre y cuando no se configure en una barrera de acceso o negación del servicio por parte del profesional —quien posee la capacidad de obrar intencionalmente—). Además, han de estar iluminados por los principios bioéticos, para realizar un ejercicio profesional que reconozca la diversidad moral y la necesidad de mejorar la convivencia en contextos de desacuerdo²⁶.

** Ver sentencia T-301 de 2016, p. 38-39.

¹⁶CORTE CONSTITUCIONAL DE COLOMBIA. Sentencia T-301. (9, junio, 2016). Corte Constitucional. Bogotá D.C., 2016.

¹⁷COLEGIO COLOMBIANO DE PSICÓLOGOS. Deontología y bioética del ejercicio de la psicología en Colombia. 7 ed. Bogotá D.C.: Manual Moderno, 2019. 99-100 p.

PRINCIPIOS GENERALES DE SALUD

Un elemento de conexión entre la O de C y el derecho a la IVE es el principio de Responsabilidad¹⁷. Este se materializa en los principios generales y rectores de la salud y el acompañamiento, siendo fundamental para la garantía de la dignidad humana (como principio protomoral). Esta responsabilidad profesional se enfoca en los siguientes aspectos:

- Promoción de la salud de las personas.
- Evitación de todo posible daño directo o indirecto.
- Respetar y garantizar el ejercicio de la autonomía de las pacientes.
- Asegurar el acceso de las mujeres a la información, la salud y la vida.
- No realizar un ejercicio arbitrario de la O de C que derive en barreras de acceso o prácticas veladas discriminatorias a nivel individual o institucional.
- Equilibrar la integridad profesional y las necesidades e intereses de las pacientes.

Estos principios son criterios útiles para la emisión de juicios ético-procedimentales, pues minimizan el riesgo de un falso análisis y, por ende, los juicios y elecciones equivocadas que pueden afectar la credibilidad y legitimidad¹⁸ de la profesión.

¹⁸TÁVARA OROZCO, Luis. Objeción de conciencia. En: Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia [en línea], 2017, vol. 63, no. 4, p. 584-585. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rgo/v63n4/a10v63n4.pdf>.



PRINCIPIOS RECTORES

En ese marco, los principios generales son articulados con los principios rectores de la profesión, los cuales se relacionan con cada etapa de la IVE¹⁹. Estos principios rectores²⁰ a los que se adhiere el profesional de la psicología, para actuar de forma equilibrada y prudente, garantizan la protección del derecho a la IVE a través de:

- 1 **Respeto a la autonomía** de las mujeres a decidir de acuerdo con su sistema de valores o creencias, sin emitir juicios ni opiniones valorativas sobre su discernimiento y decisión.
- 2 **Veracidad en la información** sobre los derechos y riesgos, de forma actualizada e imparcial.
- 3 **Respeto a la dignidad:** garantía de los derechos irrenunciables de la persona, que le permiten obtener calidad de vida mediante la protección, junto con la libertad, igualdad, integridad y solidaridad.
- 4 **Respeto a la privacidad:** referida no solo al espacio sino también a la solicitud de información de la acogida, orientación, recuperación y acompañamiento posterior.
- 5 **Confidencialidad** de toda aquella información relacionada con la elaboración, manipulación, acceso y reserva de la Historia Clínica y cuidado de la intimidad.
- 6 **Cualificación** profesional en la atención.
- 7 **Atención oportuna, integral y multidisciplinaria:** celeridad del equipo de salud en atender a los plazos establecidos para acceder a la IVE, además de brindar la atención profesional necesaria.

Esta participación del psicólogo en el proceso de la IVE también implica una articulación interdisciplinaria e intersectorial que asegure el bienestar, la protección y la garantía de la continuidad de cuidado. Y de respuesta a la necesidad y derecho de las mujeres a continuar o no el embarazo.

La articulación de los principios generales y rectores se halla en función de brindar: (i) información (primer derecho); (ii) orientación psicológica (durante el discernimiento y toma de decisión de la paciente); (iii) intervención profesional (contención emocional personal y familiar durante y después del procedimiento). Todo ello con los más altos estándares de calidad, integralidad y oportunidad en la prestación de los servicios,²¹ para lo cual se requiere que sean: disponibles, accesibles, provistos en una locación adecuada, oportunos, continuos, eficientes, efectivos, competentes, equitativos, centrados en las mujeres, seguros, privados y confidenciales.



¹⁹MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL Y FONDO DE POBLACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS. Prevención del Aborto Inseguro en Colombia: Protocolo para el Sector Salud [En línea]. Bogotá D.C.: UNFPA COLOMBIA, 2014, 37-73 p. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/SM-Protocolo-IVE-ajustado-.pdf>

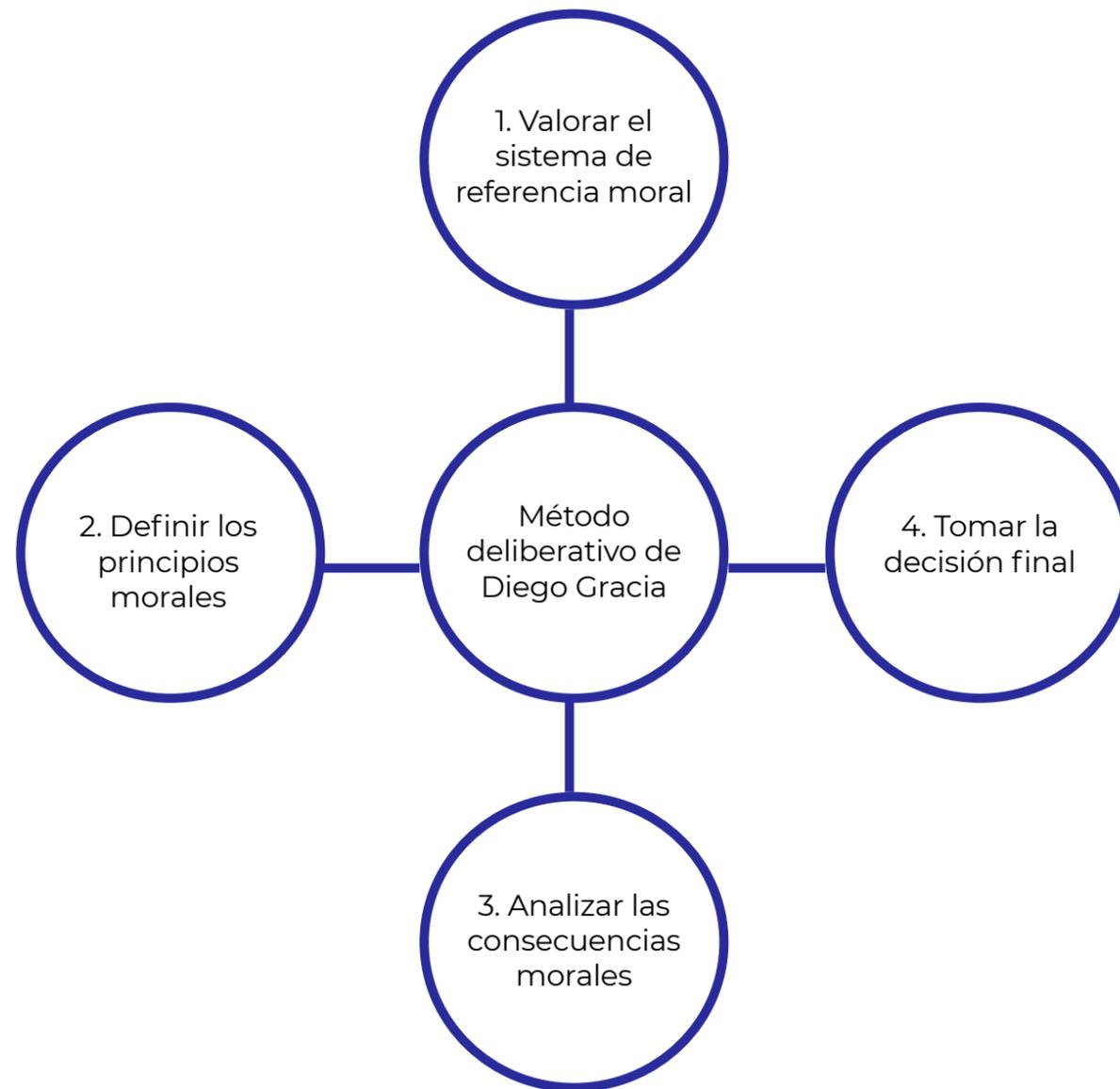
²⁰COLEGIO COLOMBIANO DE PSICÓLOGOS. Deontología y bioética del ejercicio de la psicología en Colombia. 6 ed. Bogotá D.C.: Manual Moderno, 2016. 61-88 p.

²¹MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL Y FONDO DE POBLACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS. Orientación y asesoría para la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE): Documento técnico para prestadores de servicios de salud [En línea]. Bogotá D.C.; UNFPA COLOMBIA, 2014. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/SM-IVE-DT-Orientacion.pdf>

MÉTODO DE DELIBERACIÓN ÉTICA²²

El análisis de dilemas éticos requiere de criterios que orienten la resolución de situaciones complejas. Para ello se usará el método deductivo, formal y crítico de Diego Gracia²³, el cual brinda elementos de análisis para la toma de decisiones del psicólogo.

Figura 1. Modelo Deliberativo de Diego Gracia



Considerando la complejidad del dilema frente al cual se encuentra la menor o mujer embarazada (decidir respecto de la IVE) se debe garantizar el análisis, deliberación, decisión y continuidad de la vida social y familiar. Por otro lado, el proceso de información sobre los derechos a la IVE, incluyendo la atención en crisis emocional (al acudir a solicitar orientación y ayuda por encontrarse embarazada —según los tres casos—), no es óbice de objeción de conciencia, en tanto esta no compromete los valores y creencias adheridas previamente (ética privada y procedimental). Las subsecuentes fases del proceso, que implican acciones de acompañamiento (información para el discernimiento, toma de decisión y apoyo posterior a la IVE a nivel emocional y de integración familiar o social) deberán ser abordadas siempre de forma imparcial y respetuosa de parte del profesional. Dada la complejidad y vulnerabilidad, el proceso de acompañamiento no puede entenderse como un conjunto de etapas inconexas, sino como un continuo en el que se traslapan la información que se brinda y la contención en crisis; la información y elementos de discernimiento; el discernimiento y la toma de decisión; la elección de la alternativa y la preparación para el procedimiento médico; el soporte psicológico posterior al IVE y la integración al ámbito familiar y social.

²²COLEGIO COLOMBIANO DE PSICÓLOGOS. Op. Cit., 7 ed, p. 215-232.

²³GRACIA, Diego. Fundamentos de Bioética, citado por COLEGIO COLOMBIANO DE PSICÓLOGOS. Deontología y bioética del ejercicio de la psicología en Colombia. 7 ed. Bogotá D.C.: Manual Moderno, 2016. 232-233 p.

ASPECTOS EMPÍRICOS Y DISCIPLINARES ²⁴

Conforme a lo dispuesto por el Ministerio de Salud y Protección Social²⁵, es un imperativo ético y jurídico de los profesionales, especialmente del ámbito de la salud, contribuir a que la norma constitucional se refleje real y efectivamente en los servicios de atención, para que la IVE esté ampliamente disponible, sea libre de barreras de acceso y cuente con los más altos estándares de calidad.

La Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (ACNUDH) ha afirmado que el acceso al aborto es un asunto de derechos humanos. Por tanto, asegurar el acceso a estos servicios, de conformidad con los estándares de derechos humanos, hace parte de las obligaciones del Estado. Este debe eliminar la discriminación en contra de las mujeres y garantizar su derecho a la salud, así como a otros derechos humanos fundamentales. De acuerdo con el Relator Especial sobre el derecho a la salud, las leyes que penalizan el aborto “atentan contra la dignidad y autonomía de la mujer al restringir gravemente su libertad para adoptar decisiones que afectan su salud sexual y reproductiva”²⁶.

Al respecto, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC)²⁷ señala que los Estados Partes del Pacto, entre los cuales se encuentra Colombia, reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. Los Derechos Económicos, Sociales y Culturales son derechos humanos considerados como obligaciones de deuda, lo que significa que el Estado tiene que intervenir y tomar las medidas adecuadas para garantizar su aplicación. Estos derechos garantizan a todo ser humano un nivel de vida adecuado y promueven la mejora continua de las condiciones de vida.

Por otro lado, la definición de salud puntualizada por la constitución de la Organización Mundial de la Salud (posteriormente adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional): “la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”²⁸, permite deducir que en el concepto de **salud** se encuentra implícita la **salud reproductiva**, la cual entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos, además de la libertad para procrear y decidir cuándo y con qué frecuencia.

Por otro lado, dicha definición obliga a adoptar una mirada amplia y no solo biológica de la salud, es decir, supone advertir la multiplicidad de factores de orden físico, mental y social que la influyen. Así mismo, la definición de **salud mental** precisada por el Congreso de la República²⁹: “estado dinámico que se expresa en la vida cotidiana a través del comportamiento y la interacción de manera tal que permite a los sujetos individuales y colectivos desplegar sus recursos emocionales, cognitivos

y mentales para transitar por la vida cotidiana, para trabajar, para establecer relaciones significativas y para contribuir a la comunidad”.

En este orden de ideas, la salud mental ha de ser de interés y prioridad nacional para la República de Colombia; porque es un derecho fundamental, un tema prioritario de salud pública, un bien de interés público y, también, componente esencial del bienestar general y el mejoramiento de la calidad de vida de los colombianos.

Como se mencionó anteriormente, la definición amplia de salud implica una mirada multifactorial del bienestar mental, por lo cual, al considerar la primera causal de despenalización es necesario tener en cuenta el riesgo de afectación derivado de las condiciones socioculturales, el bienestar subjetivo, la autonomía y potencial emocional y, además, la capacidad de la mujer para construir un proyecto de vida y alcanzar la plenitud. Similarmente al riesgo para la salud física, no se requiere que haya una afectación de la salud mental ya establecida o un diagnóstico o presencia de síntomas de enfermedad mental, puesto que la presencia del riesgo es suficiente para la aplicación de la causa. Así “la primera causal aplica a toda mujer cuyo embarazo ponga en riesgo o afecte cualquiera de los determinantes de la dimensión social de su salud, la cual se refiere al conjunto de habilidades que tiene la mujer para desarrollar de manera adecuada la esfera social de la vida, incluyendo: i) relaciones con miembros de la familia y la comu-

²⁴ Ingrid Lorena Cruz Triviño, Representante del Campo de Psicología Jurídica del Capítulo Tolima del Colegio Colombiano de Psicólogos – Miembro del Listado de Peritos en Psicología Jurídica y Forense- Colpsic / Patricia Montaña Betancur, Representante del Campo de Psicología Clínica del Capítulo Caldas/ Cumanday del Colegio Colombiano de Psicólogos – Colpsic.

²⁵ MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN DE SOCIAL Y FONDO DE POBLACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS. Prevención del Aborto Inseguro en Colombia: Protocolo para el Sector Salud, Op. Cit., p. 32-33.

²⁶ ASAMBLEA GENERAL: El derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. (66: 3, agosto, 2011). Informe. New York: Naciones Unidas, 2011. 9 p.

²⁷ PACTO INTERNACIONAL DE DERECHOS ECONÓMICOS, SOCIALES Y CULTURALES: Informe [En línea]. Naciones Unidas, 1966. Disponible en: https://www.hchr.org.co/documentoseinformes/documentos/html/pactos/pacto_internacional_derechos_economicos_sociales_culturales.html

²⁸ ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Documentos básicos [En línea]. 48 ed. Italia: Organización Mundial de la Salud, 2014. 1 p. Disponible en: <https://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd48/basic-documents-48th-edition-sp.pdf?ua=1#page=7>

²⁹ COLOMBIA. CONGRESO DE AL REPÚBLICA. Ley 1616 (21, enero, 2013). Por medio de la cual se expide la ley de salud mental y se dictan otras disposiciones. Diario oficial. Bogotá D.C., 2013. no. 48.680. 1 p.<

nidad; ii) acceso a medios de producción, de sustento y a condiciones de vida dignas; iii) participación en la vida laboral, educativa y recreativa y iv) contribución en la transformación positiva de la sociedad”³⁰.

Las investigaciones señalan unánimemente que uno de los elementos fundamentales a considerar para determinar si existe relación directamente proporcional entre la IVE y el desarrollo de trastornos mentales es el concepto de **factor de riesgo**. La Organización Mundial de la Salud (OMS) entiende los factores de riesgo como cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión. Según lo señalado por el Ministerio de Salud y Protección Social, en determinadas circunstancias el embarazo puede aumentar la posibilidad de lesión o enfermedad para la mujer. Es precisamente este riesgo de afectación de la salud el que ha sido reconocido por la Corte Constitucional Colombiana al estipular la primera causal de excepción para la IVE. Así mismo, el concepto de bienestar involucra un componente subjetivo referido a la percepción que cada persona tiene acerca de su satisfacción con la vida de acuerdo a sus estándares individuales y, uno objetivo que considera factores como la educación, la ocupación, el ingreso, la estabilidad emocional, la tranquilidad, la ausencia de estrés y la salud a la hora de definirlo. Como refiere el Ministerio de Salud y Protección social³¹, “aunque el ordenamiento jurídico colombiano protege la salud y el bienestar integral del no nacido, no lo hace en la misma proporción en la que protege a la persona humana, por lo tanto, el derecho de la mujer a optar por la IVE bajo las causales establecidas por la norma, tiene un estatus jurídico prioritario”.

Además, el alcance de la salud mental (dentro de la Sentencia C-355 de 2006) queda claro al afirmarse: “...esta hipótesis (riesgo para la salud) no cobija exclusivamente la afectación de la salud física de la mujer gestante sino también aquellos casos en los cuales resulta afectada su salud mental.”³² Recuérdese también que el derecho a la salud, a la luz del artículo 12 del PIDESC, supone el derecho al goce del más alto nivel posible de salud física y mental. En ese sentido, el embarazo puede causar una situación de angustia severa o incluso graves alteraciones psíquicas que justifiquen su interrupción. “Por ser las mismas mujeres quienes asumen el riesgo asociado al embarazo, son ellas quienes deben decidir, basadas en sus estándares de bienestar”³³. Cabe señalar que los conceptos de psicología, sobre riesgo para la salud mental de una mujer, no pueden ser descalificados por parte del profesional médico que evalúa el riesgo, porque los profesionales de psicología son reconocidos como profesionales de la salud según la Ley 1090 de 2006, la Sentencia T-388 de 2009 y las demás sentencias citadas en el marco jurídico del presente documento.

³⁰MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL Y FONDO DE POBLACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS. Orientación y asesoría para la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE): Documento técnico para prestadores de servicios de salud. Op. Cit., p. 58.

³¹Ibíd. p. 56.

³²CORTE CONSTITUCIONAL DE COLOMBIA. Sentencia C-355. Op. Cit., p. 11.

³³MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL Y FONDO DE POBLACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS. Prevención del Aborto Inseguro en Colombia: Protocolo para el Sector Salud. Op. Cit., p. 26.

INVESTIGACIONES SOBRE LOS EFECTOS PSICOLÓGICOS DERIVADOS DE LA IVE

Existen diversas investigaciones que han intentado aproximarse al estudio de las implicaciones psicológicas que puede generar la IVE, sin embargo, estos estudios han presentado limitaciones, por eso se requiere continuar investigando variables y categorías de análisis más amplias que permitan tener una mejor comprensión sobre los efectos psicológicos y de salud mental en las mujeres.

De acuerdo con Reardon:

La controversia sobre el aborto y la salud mental está impulsada por dos perspectivas diferentes. Por un lado, al interpretar los datos, algunos tienden a hacer énfasis en los riesgos asociados con el aborto, mientras que otros enfatizan en los factores de riesgo preexistentes como la explicación principal de las correlaciones con resultados más negativos. Aun así, ambas partes están de acuerdo en que (a) el aborto está constantemente asociado con tasas elevadas de enfermedad mental en comparación con las mujeres sin antecedentes de aborto; (b) la experiencia del aborto contribuye directamente a los problemas de salud mental de al menos algunas mujeres; (c) existen factores de riesgo, como enfermedades mentales preexistentes, que identifican a las mujeres con mayor riesgo de problemas de salud mental después de un aborto; y (d) es imposible realizar una investigación en este campo que pueda identificar definitivamente hasta qué punto cualquier enfermedad mental después del aborto puede atribuirse de manera confiable al aborto en sí mismo³⁴.

Lo dicho hasta aquí supone que algunas mujeres corren previsiblemente un mayor riesgo de experimentar consecuencias negativas luego de practicarse un aborto, no obstante, esto no significa que todas desarrollen algún trastorno psicológico. Conforme a lo investigado por Reardon³⁵, existe un fuerte consenso, basado en la investigación, sobre la existencia de numerosos factores de riesgo que se pueden utilizar para identificar cuáles mujeres tienen mayor riesgo de sufrir resultados psicológicos negativos después de uno o más abortos. De hecho, el grupo de trabajo sobre salud mental y aborto de la Asociación Americana de Psicología³⁶ (APA) concluyó que una de las pocas áreas de investigación que puede estudiarse con mayor eficacia, está relacionada con la identificación de las mujeres que podrían tener más o menos probabilidades que otras de presentar resultados psicológicos adversos o positivos después de un aborto.

Ya en 1986 Rubí señalaba lo siguiente:

Desde la perspectiva española, y en relación con los supuestos de la ley, el riesgo psicológico está modulado, según hemos podido constatar, por las siguientes circunstancias: a) En aquellas mujeres que desean continuar el embarazo, pero que ante un peligro objetivo, físico o psíquico que las afecta personalmente, deciden someterse a la IVE, se incrementa la probabilidad de que aparezcan trastornos emocionales antes y después de la interrupción del embarazo; b) En los casos en los que no existe en la mujer y en su pareja el deseo consciente de tener el hijo, la probabilidad de que aparezcan alteraciones emocionales dependerá tanto de rasgos de su estructura psíquica como de las características del contexto en el que se realice, básicamente la actitud de la o las familias, y la eventual contención o rechazo que puedan generar; c) En los casos en los que la demanda de IVE se plantea subsecuentemente a la violación, la intervención psicológica tendría que estar dirigida a resolver las ansiedades propias de la mujer por la agresión sufrida, tanto antes como después del IVE a fin de ayudar a elaborar y resolver las distintas situaciones de estrés físico y psicológico a las que ha sido sometida; d) Si la recomendación y decisión de la IVE es consecuencia de que se presume que el feto habría de nacer con graves taras físicas y psíquicas, se da una situación similar a la considerada en el primer caso; coincidiendo los fuertes sentimientos ambivalentes hacia el embarazo que esta situación suele crear, con la tendencia a la “autodepreciación” por “no ser capaz de tener hijos sanos”. Incide además el que, con frecuencia, en este supuesto, la IVE se realiza en un momento más avanzado de la gestación con las implicaciones de mayor riesgo, tanto físico como psíquico³⁷.

Las circunstancias planteadas anteriormente (ligadas tanto a la ley española como colombiana) están relacionadas con el riesgo psicológico, el cual debe ser analizado desde las motivaciones de las mujeres, considerando además su competencia cognitiva y emocional. Esto se debe a que la intervención psicológica requiere analizar el contexto y las implicaciones que puede tener la continuidad o no del embarazo en la salud física y mental de la mujer. Para ello, es fundamental brindar a las mujeres educación sexual, planificación familiar y/o terapia de pareja, familia e individual, según se requiera, con el fin de ayudarles a asumir posiciones saludables con respecto a sus decisiones y al posible ejercicio de la maternidad.

Otro aspecto, no menor a considerarse desde la perspectiva psicológica, implica reconocer que “en los efectos emocionales de la IVE juega un papel destacado la actitud de los observadores, es decir las personas significativas del entorno de la mujer. Pues dicha actitud incide en la frecuencia y contenido de las consecuencias emocionales específicas de la interrupción del embarazo. Una actitud punitiva y reprobadora por parte de los observadores, incrementa la probabilidad de que la experiencia sea vivida con culpabilidad. Una actitud comprensiva, acompañante, contenedora, favorece que la experiencia pueda ser superada sin cicatrices emocionales de larga duración”³⁸. Además, la experiencia nos permite reconocer que la incidencia de estas actitudes, no solo del círculo afectivo cercano, sino de la sociedad en general (por ejemplo, los casos que alcanzan un nivel mediático) tiene un grado de impacto emocional en el afrontamiento de la experiencia, tanto en los momentos previos como en los posteriores a la IVE, razón por la cual el acompañamiento psicológico debe ser un recurso permanente desde que se contempla la posibilidad hasta el momento final.

³⁴ REARDON, David. The abortion and mental health controversy: A comprehensive literature review of common ground agreements, disagreements, actionable recommendations, and research opportunities [En línea]. En: SAGE Open Medicine. Octubre, 2018. vol. 6, no. p. 1. Disponible en: <https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/2050312118807624>

³⁵ Ibid.

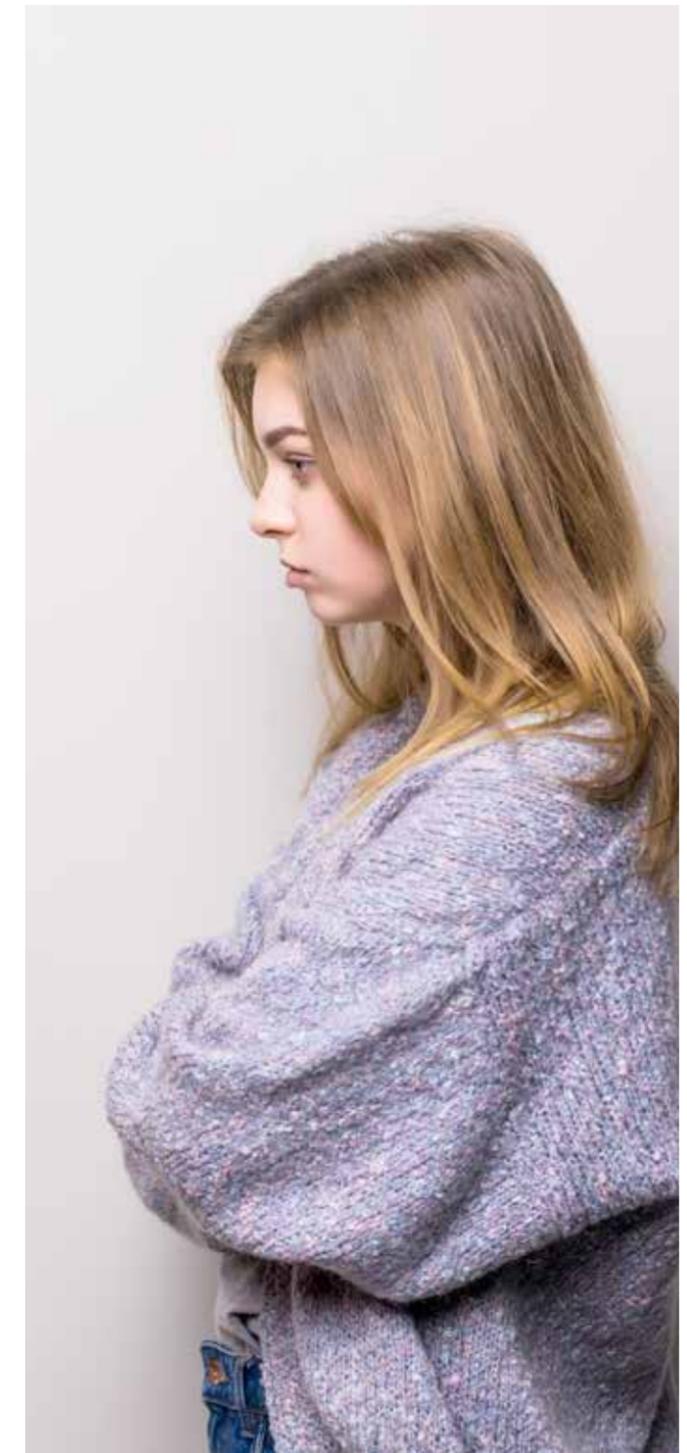
³⁶ AMERICAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION. Task Force on Mental Health and Abortion [En línea]. Washington D.C: APA; 2008. Disponible en: <https://www.apa.org/pi/women/programs/abortion/mental-health.pdf>

³⁷ RUBÍ, María. La intervención psicológica en las demandas de interrupción voluntaria del embarazo [En línea]. En: Papeles del Psicólogo. 1986. no. 26. Disponible en: <http://www.papelesdelpsicologo.es/vernumero.asp?id=282>

³⁸ Ibid.

³⁹ BIGGS, Antonia; BROWN, Katherine y GREEN, Diana. Perceived abortion stigma and psychological well-being over five years after receiving or being denied an abortion [En línea]. En: PLOS ONE. Enero, 2020. vol. 1, no. 15. Disponible en <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0226417>

⁴⁰ AMERICAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION. Op. Cit., p. 12.



En esta línea, Biggs, Brown y Green⁴⁹ realizaron un estudio nacional contando con la participación de más de 4,000 pacientes de aborto en los EE. UU. Encontraron que el estigma del aborto hace parte de una gama más amplia de estigmas reproductivos que afectan a la mayoría de las personas que buscan el aborto. Según este estudio, el estigma del aborto puede asumirse como una característica negativa atribuida a las mujeres que buscan interrumpir un embarazo, que las marca interna o externamente como inferiores a los ideales de la feminidad. Según esta definición el estigma del aborto es específico para las mujeres que buscan un aborto, las cuales se sienten devaluadas por no cumplir con las expectativas sociales de la maternidad. Otros han conceptualizado el estigma del aborto de manera más amplia, incluyendo también a los proveedores y otras personas involucradas en el aborto. De cualquier manera, los resultados de los estudios transversales han relacionado las percepciones del estigma del aborto con la salud psicológica previa y posterior al mismo.

Volviendo al estudio, también encontraron que más de la mitad de quienes buscan un aborto piensan que las personas cercanas a ellos y las de su comunidad los despreciarían si supieran que lo han buscado: una proporción similar a la informada en otros estudios. Además, hallaron que una de cada cuatro personas se ha practicado un aborto en su vida, lo que les permitió señalar que, a pesar de ser esta una experiencia común, es altamente estigmatizada y tiene posibles implicaciones para la salud psicológica a futuro. Los niveles más altos de estigma del aborto, entre las personas que tuvieron acceso a un aborto, persistieron durante casi dos años, lo que demuestra los efectos de larga data del estigma. Las trayectorias del estigma del aborto de los participantes en este estudio pueden reflejar cómo las percepciones del estigma se mueven a través del

tiempo, según la reacción de los demás al estigma y a medida que el proceso de revelar el aborto se vuelve más fácil.

La Asociación Americana de Psicología⁴⁰ reporta como marco de uso frecuente para comprender la experiencia psicológica del aborto de las mujeres los estudios y teorías psicológicas del estrés y el afrontamiento de Lazarus y Folkman. Esta perspectiva considera el aborto como un evento de vida potencialmente estresante dentro del rango de otros factores estresantes de la vida normal⁴¹. Debido a que el aborto ocurre en el contexto de un primer evento estresante de la vida (un embarazo no deseado, involuntario o asociado con problemas de alguna manera), puede ser una forma de resolver el estrés asociado con este y, por lo tanto, puede llevar a un alivio. Sin embargo, el aborto también puede generar estrés adicional propio.

Como refieren Billings y Moos: “un principio distintivo de las teorías psicológicas del estrés y el afrontamiento es la variabilidad”⁴². Desde esta perspectiva, aunque el embarazo no deseado y el aborto pueden plantear desafíos y dificultades para una mujer en particular, estos eventos no conducirán inevitable o necesariamente a experiencias psicológicas negativas para las mujeres. La experiencia psicológica del aborto que tiene la mujer está mediada por sus evaluaciones del embarazo y el aborto, la importancia que este tiene para su vida, su capacidad percibida para hacer frente a esos eventos y las formas en que afronta las emociones posteriores al aborto. Estos están formados por las condiciones del entorno de la mujer (edad, recursos materiales, presencia o ausencia de una pareja de apoyo, entre otros), así como por las características de la mujer misma (por ejemplo, personalidad, actitudes y valores). “Así, por ejemplo, una mujer que considera el aborto como conflictivo con las creencias religiosas, espirituales o culturales profundamente

arraigadas de ella y de su familia, y sin embargo decide interrumpir un embarazo no planeado o no deseado, puede evaluar esa experiencia como más estresante que una mujer que no considera que un aborto esté en conflicto con sus propios valores o los de otros en su red de apoyo”⁴³.

Conforme a lo anterior, la experiencia de decidir, experimentar y recuperarse de la interrupción voluntaria del embarazo conlleva muchos factores de vida para las mujeres, los cuales pueden influir en la salud mental posterior. Por estas razones, diversos estudios concluyen que puede ser más exacto concebir un aborto, no como una causa de resultados de salud mental (un evento clínico), sino como un factor en un complejo de influencias (un evento de vida) que en conjunto afectan el nivel de bienestar psicológico de una mujer.

Continuando con la reflexión sobre el impacto psicológico de la IVE, Pinto⁴⁴ señala que, desde la toma de decisión hasta que ocurra la IVE, las mujeres experimentan diversas reacciones que no son uniformes para todas. En esa línea, Rocca y sus colaboradores⁴⁵ estudiaron la evolución emocional de 667 mujeres cuyo promedio de edad fue de 25 años. El estudio fue longitudinal; hizo un seguimiento de tres años desde el 2008 al 2010. Los resultados mostraron que en todos los casos la decisión de abortar fue difícil y estuvo relacionada con los deseos de continuar estudiando, no ver entorpecido el trabajo y la inestabilidad de sus relaciones amorosas. El 95% expresó que la decisión de abortar fue la correcta. La mayoría consideró su decisión autónoma con relación a su pareja. Después de seis meses la tendencia de la muestra fue considerar que aún tenía sentimientos acerca de la experiencia del aborto. Luego de tres años el 90% muy rara vez pensó en el evento.

⁴¹ ADLER, Nancy, et al. Psychological factors in abortion: A review [En línea]. En: American Psychologist. Octubre, 1992. vol. 47, no. 10. Disponible en: <https://doi.org/10.1037/0003-066X.47.10.1194>

⁴² BILLINGS, A y MOOS, R. The role of coping responses and social resources in attenuating the impact of stressful life events, citado por AMERICAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION. Task Force on Mental Health and Abortion [En línea]. Washington D.C: APA; 2008, p. 10. Disponible en: <https://www.apa.org/pi/women/programs/abortion/mental-health.pdf>

⁴³ AMERICAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION. Op. Cit., p. 11.

⁴⁴ PINTO, Bismarck. Los efectos psicológicos del aborto inducido [En línea]. En: Universidad Católica Boliviana “San Pablo”. Julio, 2017. p. 5. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/318508185_Efectos_psicologicos_del_aborto_inducido

⁴⁵ ROCCA, Corinne, et al. Decision Rightness and Emotional Responses to Abortion in the United States: A Longitudinal Study [En línea]. En: PLOS ONE. Julio, 2015. vol. 10, no. 7, p. Disponible en: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0128832>

Por otro lado, Paul Sullins⁴⁶ señala que al no distinguir los resultados según la intención del embarazo (deseado o no deseado) se puede caracterizar erróneamente el riesgo general de salud mental, asociándolo al aborto al reducir los riesgos específicos de la intención. Así las cosas, se necesitan investigaciones futuras que puntualicen la asociación de las intenciones con el nivel y tipo de angustia, en el contexto relacional del aborto.

Es preciso señalar que este tipo de estudios longitudinales contribuyen a la construcción de distintos niveles de respuesta, pues evalúan e investigan las actitudes, comportamientos y emociones de las mujeres frente a la IVE. A partir de esto, equipos interdisciplinarios pueden brindar apoyo, motivados por quienes describen como difícil la decisión de abortar. Esto debe propiciar el análisis y generar estrategias de acompañamiento que permitan la asimilación y elaboración del evento, con el fin de que las mujeres puedan integrarlo a la vida cotidiana y continuar con su proyecto de vida. Lo anterior, teniendo en cuenta los derechos y deberes de las mujeres y la promoción de su salud mental.

En pocas palabras, extrapolando lo recomendado por el Ministerio de Salud y Protección Social, el/la profesional en psicología “debe ayudar a la consultante a comprender las implicaciones a corto, mediano y largo plazo de los factores de riesgo o de la condición de salud actual sobre su embarazo y su salud, y a determinar la cantidad de riesgo que la mujer está dispuesta a asumir en el marco de sus derechos fundamentales a la vida y a la salud”⁴⁷. Cabe señalar que la interpretación de la causal salud debe hacerse en forma amplia e integral, respetando el derecho que la mujer tiene a decidir sobre su propio cuerpo y favoreciendo el acceso a los servicios de la Interrupción Voluntaria del Embarazo para toda mujer cuya vida o salud esté en riesgo*.

⁴⁶ SULLINS, Donald. Affective and Substance Abuse Disorders Following Abortion by Pregnancy Intention in the United States: A Longitudinal Cohort Study. [En línea]. En: Medicina. Noviembre, 2019. Vol. 55, no. 11, p. 741. Disponible en: <https://www.mdpi.com/1010-660X/55/11/741>

⁴⁷ MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL Y FONDO DE POBLACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS. Orientación y asesoría para la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE): Documento técnico para prestadores de servicios de salud. Op. Cit., p. 59.

* Para la estimación del riesgo es importante tener en cuenta tanto la experiencia clínica como la evidencia científica disponible. En todos los casos debe ser contextualizada e individualizada según la situación particular de la mujer.



ACOMPañAMIENTO PSICOLÓGICO

El acompañamiento del psicólogo/a se puede presentar en diferentes momentos de la ruta de atención de la IVE (según el estado o afectación emocional que refiera la mujer, dado que solo ella puede comunicar la intensidad de su afectación emocional, estrés o tensión). El rol del psicólogo se centra en acompañar, escuchar y generar un espacio de apertura con la usuaria que permita reflexionar sobre la situación y tomar una decisión informada y autónoma, así como incorporar esta experiencia en su vida de la manera más constructiva posible.

Además, debe ofrecer un espacio de orientación, respetuoso y profesional, enmarcado en los derechos sexuales y reproductivos y con perspectiva de género, en el cual puedan, de manera espontánea, elaborar un concepto a partir de los aprendizajes, preocupaciones y proyecciones que tiene para su vida. El objetivo de estos espacios es reflexionar sobre los aspectos positivos, teniendo en cuenta tanto sus creencias como los conceptos de bienestar y calidad de vida.

El acompañamiento psicológico se puede direccionar así:

1 ENCUADRE

En el momento inicial el/la psicólogo/a debe buscar un acercamiento cálido, brindado escucha activa y respetuosa. Además, debe establecer una relación empática con la usuaria que le permita generar un espacio de diálogo, reconocimiento y validación de sus inquietudes, sentimientos y emociones alrededor de la IVE (libre de juicios de valor). En este momento se establecen: los temas a tratar, tiempos, la ruta de atención y el objetivo del acompañamiento.

Dado que la mujer puede solicitar expresamente ser remitida a la asesoría por psicología en cualquier momento de la ruta, se hace importante valorar su estado emocional, las circunstancias que contextualizan el embarazo y los recursos personales con los que cuenta para responder de manera efectiva a la situación; así como la decisión que la lleva a buscar atención en salud. Este espacio debe brindar seguridad de privacidad y confidencialidad a la mujer, de modo que logre expresar ideas y sentimientos de manera abierta.

2 VALORACIÓN

Este es un momento de exploración en el que se identifican las necesidades más sentidas y relevantes para la mujer, de tal forma, que pueda priorizarse su atención y así disminuir el malestar emocional que pueda estar presente. Debe explorarse el sentido que tiene su decisión y tener en cuenta sus creencias, valores y estrategias de afrontamiento.

Es importante normalizar las emociones y sentimientos generados por la experiencia, así como validarlos, de tal forma que pueda reducirse la percepción de rechazo, incompreensión, juzgamiento y recriminación, en otras palabras, el estigma. También se deben identificar y abordar los conflictos emocionales, religiosos o morales que puedan generar ambivalencia frente a la decisión. Esta identificación debe realizarse a través de preguntas y parafraseo que propicien la reflexión por parte de la mujer.

En ese sentido, es adecuado reforzar la información de la normatividad relacionada con la IVE, así como las diferentes opciones posibles frente al embarazo. Igualmente, reafirmar a la usuaria que su decisión es libre y autónoma, y que el aborto voluntario es un derecho sexual y reproductivo reconocido en nuestro país. También, es imperativo respetar la posibilidad de cambiar libremente de decisión durante el proceso, ya que la mujer puede hacerlo en el ejercicio pleno de sus derechos.

Si existe ambivalencia de sentimientos frente a la decisión de la IVE, es necesario plantear una asesoría en opciones reproductivas y centrar el acompañamiento psicológico en la consideración del significado del embarazo, el parto y la crianza, la posibilidad de dar en adopción y la interrupción voluntaria del embarazo; todo ello en el marco de los derechos reproductivos y, teniendo en cuenta, todos aquellos factores biopsicosociales y económicos que influyen en la decisión.

3 IDENTIFICACIÓN DE RECURSOS PERSONALES

En este espacio se busca reconocer (en medio de los conflictos emocionales, morales y/o religiosos) aquellos

⁴⁸ Darly Naiyive Peña Romero, Psicóloga, Coordinadora Regional de Jóvenes de Profamilia.

recursos con que cuenta la mujer para afrontar su decisión de manera positiva; de modo que se logre facilitar el autoconocimiento, la reflexión, la aceptación de límites, la puesta en marcha de estrategias de afrontamiento y el fortalecimiento y reafirmación de la identidad y la autoestima.

Ayudar a identificar los recursos de afrontamiento que ha utilizado en otras circunstancias difíciles generará autoconfianza, así como propiciar la búsqueda de nuevas herramientas de afrontamiento. Además, identificar y fortalecer los recursos propios de cada mujer para la elaboración e incorporación de la vivencia de IVE en su historia personal, favorecerá que esta experiencia se viva como una oportunidad de aprendizaje para su vida, así como de empoderamiento en sus derechos sexuales y reproductivos.

En este sentido, es importante valorar las redes de apoyo con las que cuenta, pues esto hará que las estrategias de afrontamiento sean mejores o que la falta de redes o su negativa influencia generen insuficientes herramientas de afrontamiento.

4 TOMA DE DECISIONES Y CIERRE DEL ACOMPAÑAMIENTO

En este espacio se hace el recuento de los elementos trabajados durante la asesoría. La mujer ya ha evaluado las opciones y tiene una información completa de la normativa, sus recursos emocionales y la consecución de su historia de vida. De modo que se retoman los aspectos positivos de la toma de su decisión y las herramientas de afrontamiento con las que puede contrarrestar la aparición de emociones negativas.

Luego de evaluar las necesidades y el estado de afrontamiento de la mujer es preciso determinar la importancia de activar redes de apoyo externas:

— **Autoridades judiciales:** en caso de estar en riesgo su integridad física y emocional a manos de un victimario, tras haber identificado un caso de violencia basada en género o en cualquier tipo de situación que la haga vulnerable.

— **Equipo interdisciplinar:** se debe hacer remisión a psiquiatría si se identifican factores de riesgo que puedan desencadenar un trastorno mental. Además, buscar acciones que favorezcan su bienestar integral (como la activación de redes de apoyo o personas significativas de su contexto que aporten a su recuperación emocional).

Finalmente, se deben explorar las claridades y dudas que pueda tener la mujer sobre el procedimiento (si prevalece la ambivalencia en la decisión es conveniente abrir otro espacio para reevaluar las ideas ya consideradas —sin detrimento de su atención—). Una vez la decisión ya esté clara se debe continuar con la ruta e invitar a realizar la cita de control positivo.



BIBLIOGRAFÍA

ADLER, Nancy, et al. Psychological factors in abortion: A review [En línea]. En: American Psychologist. Octubre, 1992. vol. 47, no. 10, p. 1194-1204. Disponible en: <https://doi.org/10.1037/0003-066X.47.10.1194>

AMERICAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION. Task Force on Mental Health and Abortion [En línea]. Washington D.C: APA; 2008. Disponible en: <https://www.apa.org/pi/women/programs/abortion/mental-health.pdf>

ASAMBLEA GENERAL: El derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. (66: 3, agosto, 2011). Informe. New York: Naciones Unidas, 2011.

BIGGS, Antonia; BROWN, Katherine y GREEN, Diana. Perceived abortion stigma and psychological well-being over five years after receiving or being denied an abortion [En línea]. En: PLOS ONE. Enero, 2020. vol. 1, no. 15. Disponible en <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0226417>

BILLINGS, A y MOOS, R. The role of coping responses and social resources in attenuating the impact of stressful life events, citado por AMERICAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION. Task Force on Mental Health and Abortion [En línea]. Washington D.C: APA; 2008, p. 10. Disponible en: <https://www.apa.org/pi/women/programs/abortion/mental-health.pdf>

COLEGIO COLOMBIANO DE PSICÓLOGOS. Deontología y bioética del ejercicio de la psicología en Colombia. 6 ed. Bogotá D.C.: Manual Moderno, 2016.

-----, -----, 7 ed. Bogotá D.C.: Manual Moderno, 2019.

COLOMBIA. CONGRESO DE AL REPÚBLICA. Ley 1616 (21, enero, 2013). Por medio de la cual se expide la ley de salud mental y se dictan otras disposiciones. Diario oficial. Bogotá D.C., 2013. no. 48.680. 16 p.

CONFERENCIA INTERNACIONAL SOBRE LA POBLACIÓN Y EL DESARROLLO. (1: 5-13, septiembre, 1994: El Cairo, Egipto). Informe. New York: Naciones Unidas, 1995. 194 p.

CORTE CONSTITUCIONAL DE COLOMBIA. Sentencia C-355. (10, mayo, 2006). Corte Constitucional. Bogotá D.C., 2006. 671 p.

-----, Sentencia SU-096. (17, octubre, 2018). Corte Constitucional. Bogotá D.C., 2018. 271 p.

-----, Sentencia T-209. (28, febrero, 2008). Corte Constitucional. Bogotá D.C., 2008. 44 p.

-----, Sentencia T-301. (9, junio, 2016). Corte Constitucional. Bogotá D.C., 2016. 82 p.

-----, Sentencia T-388. (28, mayo, 2009). Corte Constitucional. Bogotá D.C., 2009. 100 p.

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. Resolución 1904 (31, mayo, 2017). Por medio de la cual se adopta el reglamento en cumplimiento de lo ordenado en la orden décima primera de la sentencia T-573 de 2016 de la Corte Constitucional y se dictan otras disposiciones. Minsalud. Bogotá D.C., 2017. 39 p.

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL Y FONDO DE POBLACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS. Atención Integral de la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) en el primer nivel de complejidad: Documento técnico para prestadores de servicios de salud [En línea]. Bogotá D.C.: UNFPA COLOMBIA, 2014, 82 p. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/SM-IVE-Atencion-baja-complejidad.pdf>

-----, Orientación y asesoría para la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE): Documento técnico para prestadores de servicios de salud [En línea]. Bogotá D.C.; UNFPA COLOMBIA, 2014, 100 p. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/SM-IVE-DT-Orientacion.pdf>

-----, Prevención del Aborto Inseguro en Colombia: Protocolo para el Sector Salud [En línea]. Bogotá D.C.: UNFPA COLOMBIA, 2014, 112 p. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/SM-Protocolo-IVE-ajustado-.pdf>

NACIONES UNIDAS. Recopilación de las observaciones generales y recomendaciones generales adoptadas por órganos creados en virtud de tratados de derechos humanos. En: Instrumentos Internacionales de Derechos Humanos. Mayo, 2003. Vol. 1, no. 6, p. 281-291.

OLLERO, Andrés. Derecho y moral entre lo público y lo privado. Un diálogo con el liberalismo político de John Rawls. En: Estudios públicos [en línea]. 1998. no. 69, p. 19-45. Disponible en: https://www.cepchile.cl/cep/site/artic/20160303/asocfile/20160303183328/rev69_ollero.pdf

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Documentos básicos [En línea]. 48 ed. Italia: Organización Mundial de la Salud, 2014. 217 p. Disponible en: <https://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd48/basic-documents-48th-edition-sp.pdf?ua=1#page=7>

PACTO INTERNACIONAL DE DERECHOS ECONÓMICOS, SOCIALES Y CULTURALES: Informe [En línea]. Naciones Unidas, 1966. Disponible en: https://www.hchr.org.co/documentoseinformes/documentos/html/pactos/pacto_internacional_derechos_economicos_sociales_culturales.html

PINTO, Bismarck. Los efectos psicológicos del aborto inducido [En línea]. En: Universidad Católica Boliviana "San Pablo". Julio, 2017. p. 5. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/318508185_Efectos_psicologicos_del_aborto_inducido

REARDON, David. The abortion and mental health controversy: A comprehensive literature review of common ground agreements, disagreements, actionable recommendations, and research opportunities [En línea]. En: SAGE Open Medicine. Octubre, 2018. vol. 6, no. p. 1-38. Disponible en: <https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/2050312118807624>

ROCCA, Corinne, et al. Decision Rightness and Emotional Responses to Abortion in the United States: A Longitudinal Study [En línea]. En: PLOS ONE. Julio, 2015. vol. 10, no. 7, p. Disponible en: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0128832>

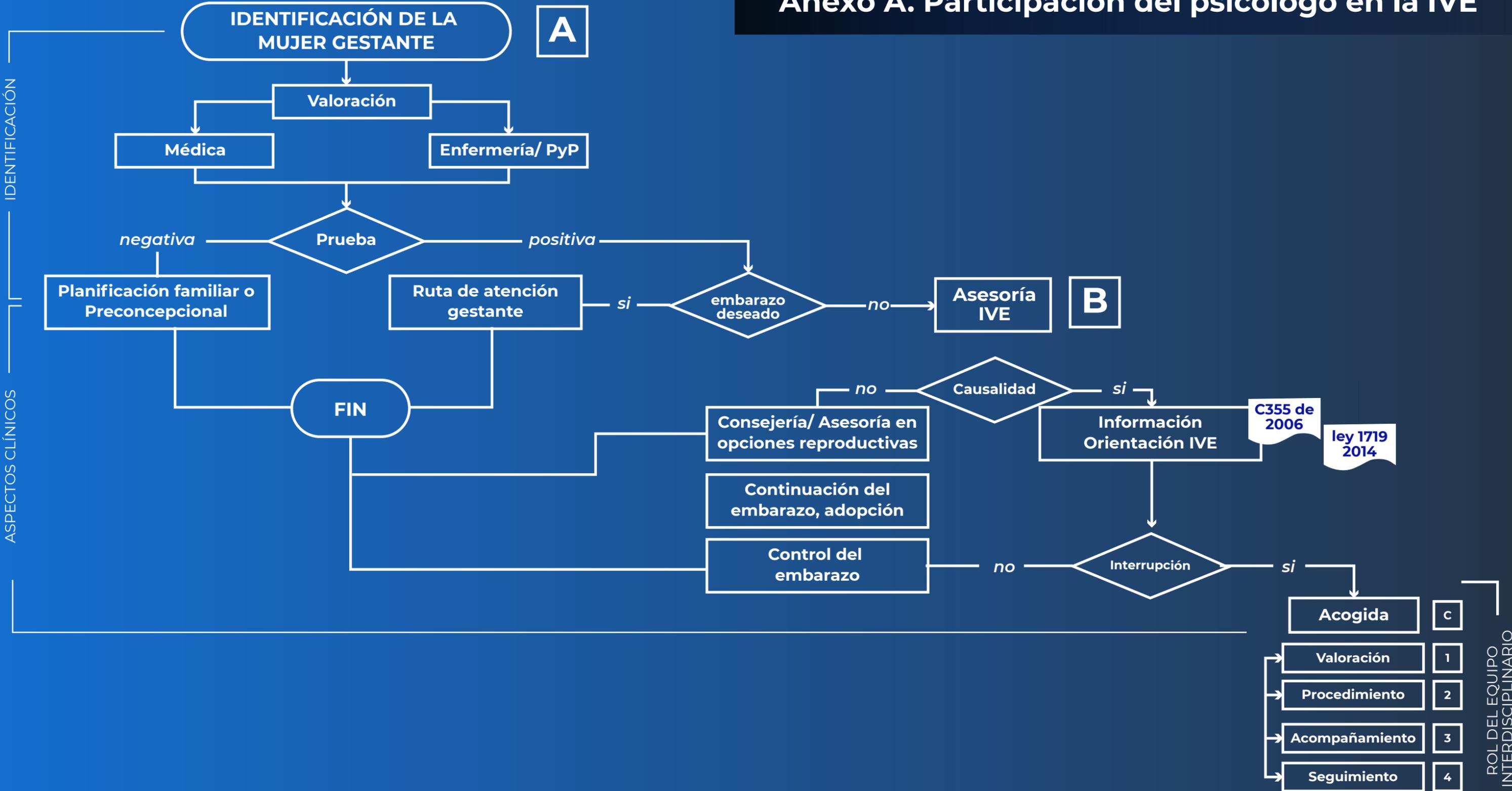
RUBÍ, María. La intervención psicológica en las demandas de interrupción voluntaria del embarazo [En línea]. En: Papeles del Psicólogo. 1986. no. 26. Disponible en: <http://www.papelesdelpsicologo.es/vernumero.asp?id=282>

SULLINS, Donald. Affective and Substance Abuse Disorders Following Abortion by Pregnancy Intention in the United States: A Longitudinal Cohort Study. [En línea]. En: Medicina. Noviembre, 2019. Vol. 55, no. 11, p. 741. Disponible en: <https://www.mdpi.com/1010-660X/55/11/741>

TÁVARA OROZCO, Luis. Objeción de conciencia. En: Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia [en línea], 2017, vol. 63, no. 4, p. 581-590. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rgo/v63n4/a10v63n4.pdf>

VILLAREAL, Cristina. Mesa Técnica de Interrupción Voluntaria del Embarazo, citado por GONZALEZ VÉLEZ, Ana Cristina y CASTRO, Laura [En línea]. Barreras de acceso a la interrupción voluntaria del embarazo. Colombia: La Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres, 2017. 56 p. Disponible en: https://clacai-digital.info/bitstream/handle/123456789/996/Barreras_IVE_vf_WEB.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Anexo A. Participación del psicólogo en la IVE



IDENTIFICACIÓN

ASPECTOS CLÍNICOS

ROL DEL EQUIPO INTERDISCIPLINARIO

Anexo B. Rol del psicólogo en la IVE

