



ORIENTACIONES TÉCNICAS

**ACOGIDA Y ACOMPAÑAMIENTO PSICOSOCIAL EN
EL MARCO DE LA LEY 21.030, QUE DESPENALIZA
LA INTERRUPCION VOLUNTARIA DEL EMBARAZO
EN TRES CAUSALES**

MINISTERIO DE SALUD

INDICE

INTRODUCCIÓN	8
I. OBJETIVOS DE LAS ORIENTACIONES TECNICAS	11
II. MARCO JURIDICO	12
CONTEXTO INTERNACIONAL	
MARCO NACIONAL	
III. MARCO CONCEPTUAL	
A. EL EMBARAZO DESDE UNA PERSPECTIVA PSÍQUICA	13
B. DUELO	14
C. MODELOS DE APROXIMACIÓN A LA VIOLENCIA SEXUAL	18
IV. ACOMPAÑAMIENTO PSICOSOCIAL	
OBJETIVO GENERAL	29
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	30
PRINCIPIOS RECTORES	31
ACCIONES	33
IMPLEMENTACIÓN	34
V. INTERRUPCIÓN DEL EMBARAZO EN LA PRIMERA CAUSAL: RIESGO DE VIDA DE LA MADRE	
ANTECEDENTES EPIDEMIOLÓGICOS	35
ASPECTOS CLÍNICOS PARA ESTA CAUSAL	36
CONSIDERACIONES PARA LA ATENCIÓN DE UNA MUJER EMBARAZADA EN RIESGO VITAL	37
ACOMPAÑAMIENTO INTEGRAL	38
a. Acogida y entrega de información	38
b. Continuidad del acompañamiento	39
VI. INTERRUPCIÓN DEL EMBARAZO EN SEGUNDA CAUSAL: ANOMALÍA CONGÉNITA DEL	42

	FETO, DE MAL PRONÓSTICO VITAL (ACMPV)	
	ANTECEDENTES EPIDEMIOLÓGICOS Y DIAGNÓSTICOS	42
	CONSIDERACIONES PARA LA ATENCIÓN DE UNA MUJER CON UN EMBARAZO INVIABLE	44
	ACOMPañAMIENTO INTEGRAL	45
	a. Acogida y entrega de información	45
	b. Acompañamiento para la decisión	46
	c. Acompañamiento para enfrentar la decisión	47
	ATENCIÓN DEL RECIÉN NACIDO: CUIDADOS PALIATIVOS	52
VII.	INTERRUPCIÓN DEL EMBARAZO EN TERCERA CAUSAL: VIOLACIÓN	54
	PREVALENCIA Y MAGNITUD DE LA VIOLENCIA SEXUAL	54
	CONSIDERACIONES EN LA ATENCIÓN A UNA ADOLESCENTE O MUJER EMBARAZADA A CAUSA DE UNA VIOLACIÓN	55
	EVALUACIÓN DE LA RED DE APOYO	56
	CONTACTO Y ACCESO A LA RED DE SALUD EN EL MARCO DE LA LEY 21.030	56
	a. Servicio telefónico Salud Responde	56
	b. Atención Primaria de Salud	57
	c. Derivación desde Fiscalía, Tribunales de Justicia y Servicio Médico Legal	58
	d. Unidad de Alto Riesgo Obstétrico	58
	CONSIDERACIONES PARA LA ATENCIÓN EN LA UNIDAD DE ALTO RIESGO OBSTÉTRICO	58
	a. Acogida y recepción de antecedentes	59
	b. Orientación y entrega de información	61
	c. Evaluación de la concurrencia de la tercera causal	62
	d. Acompañamiento para la Decisión	64
	e. Plan de Apoyo Psicosocial posterior a la decisión	64
VIII.	CONSENTIMIENTO INFORMADO	68
	CONSENTIMIENTO EN LA LEY N° 21.030	69
	A. Mujeres que pueden expresar su preferencia y consentir en forma plenamente autónoma: Mujeres de 18 años y más	69

B.	Mujeres que pueden decidir su preferencia, pero cuyo representante legal debe ser informado: Mujeres mayores de 14 años y menores de 18 años	70
C.	Mujeres que requieren de la autorización del representante legal	70
D.	Mujeres que requieren ser apoyadas para tomar una decisión y expresar su preferencia y consentir: Mujeres con discapacidad	73
		74
	ASPECTOS DEL PROCESO PARA LA FIRMA DE FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO	
a.	Entrega de la información	74
b.	Condiciones para el proceso	75
c.	Contenido del formulario de Consentimiento Informado	76
IX.	DENUNCIA O COMUNICACIÓN AL MINISTERIO PÚBLICO	77
X.	AUTOCUIDADO DE LOS EQUIPOS	79
	ACTIVIDADES DE PREVENCIÓN DE DESGASTE EMOCIONAL Y AUTOCUIDADO	
a.	Nivel institucional	80
b.	Nivel grupal del equipo interdisciplinario	80
c.	Nivel personal	81
	REFERENCIAS	83
	ANEXOS	
	Anexo N° 1: LEY 21.030	88
	Anexo N° 2: Formularios	93

a. Declaración de entrega y recepción de Información sobre la ley 21.030 que despenaliza la interrupción voluntaria del embarazo en tres causales	94
b. Consentimiento informado para interrupción voluntaria del embarazo para mujeres adultas, adolescentes entre 14 y 18 años y mujeres con discapacidad no declaradas interdictas	96
c. Asentimiento para adolescentes menores de 14 años y consentimiento informado de su representante legal para la interrupción voluntaria del embarazo	98
d. Consentimiento informado para interrupción voluntaria del embarazo para mujeres con discapacidad mental psíquica o intelectual declaradas interdictas que cuentan con representante legal	102
Anexo Nº 3: Consideraciones en torno a la Activación de Medidas de Protección	105
Resolución Exenta Nº 401	106

EQUIPO TÉCNICO RESPONSABLE, MINISTERIO DE SALUD

Macarena Mayol Videla

Psicóloga, Departamento de Salud Mental, DIPRECE, Subsecretaría de Salud Pública
Trabajadora Social, Departamento de Salud Mental, DIPRECE, Subsecretaría de Salud Pública

Ximena Rayo Urrutia

COLABORADORES PRINCIPALES

M. Ester Buzonni
Rosario Domínguez

Psicóloga, Fundación Templanza
Psicóloga, Programa de Fertilidad, Clínica Las Condes.

Mónica Kimelman

Psiquiatra, Unidad de Alto Riesgo Obstétrico, Hospital Barros Luco Trudeau. S.S.M. Sur
Psicóloga, Centro de Referencia Perinatal Oriente.

Natalia Martínez

OTROS COLABORADORES

Roxana Alvarado

Psicóloga, Unidad de Salud Mental, DIGERA, Subsecretaría de Redes Asistenciales

Claudia Aldana

Psicóloga, Unidad de Alto Riesgo Obstétrico, Hospital Barros Luco Trudeau, S.S.M. Sur
Psicólogo, COSAM La Pintana

Francisco Asenjo
Mónica Cea

Asistente Social, Hospital Hernán Henríquez, Temuco

Natalia Dembowski

Psicóloga, Departamento de Salud Mental, DIPRECE, Subsecretaría de Salud Pública
Psiquiatra, Jefe Departamento de Salud Mental, DIPRECE, Subsecretaría de Salud Pública

Rosa Levi

Psicóloga, Encargada Salud Mental, Servicio de Salud Coquimbo

Angélica Marín

Psicóloga, Servicio Nacional de la Mujer y Equidad de Género.

Montse Moreto
Sandra Narváez

Trabajadora Social, COSAM La Pintana
Matrona, Centro de Referencia Perinatal Oriente, S.S.M. Oriente

Lorena Paleo

Gonzalo Rubio

Marcela Villagrán

Psicóloga, Asesora Salud Mental Servicio de
Salud Arauco

Gineco Obstetra, Unidad de Alto Riesgo
Obstétrico, Hospital San José, S.S. M. Norte.

Psicóloga, Encargada Salud Mental, Servicio de
Salud Osorno

INTRODUCCION

Con la publicación de la Ley N° 21.030, el 23 de septiembre de 2017, el Estado Chileno despenaliza la interrupción voluntaria del embarazo (en adelante e indistintamente IVE) en tres situaciones extremas para la vida de la mujer.

Con ello, repone el *aborto terapéutico*, vigente entre 1931 y 1989 en el ordenamiento jurídico del país, que contemplaba la posibilidad de practicar lícitamente un aborto por motivos terapéuticos. La autorización incluida en el Código Sanitario bajo el gobierno del Presidente Carlos Ibáñez del Campo, fue reforzada en 1968 bajo el gobierno del Presidente Eduardo Frei Montalva. Las condiciones para ello eran contar con la autorización de dos médicos cirujanos y tener por objeto fines terapéuticos.

En 1989, bajo la dictadura de Augusto Pinochet, se transformó esa tradición médico – jurídica al modificarse el artículo 119 del Código Sanitario en los siguientes términos: *“No podrá ejecutarse ninguna acción destinada a provocar el aborto”* (Artículo 119), quedando este último absolutamente prohibido, tanto en la legislación sanitaria como en la penal.

La Ley N° 21.030 recupera la tradición y avanza más allá, al instalar el derecho de las mujeres a decidir sobre sus vidas reproductivas en tres situaciones límites: cuando la mujer se encuentre en riesgo vital, de modo que la interrupción del embarazo evite un peligro para su vida; el embrión o feto padezca una patología congénita adquirida o genética incompatible con la vida extrauterina independiente, en todo caso de carácter letal; y cuando éste sea resultado de una violación, siempre que no hayan transcurrido los plazos que establece la ley..

Esta Ley constituye un paso significativo en la historia de políticas públicas del Estado chileno para mejorar la salud reproductiva de las mujeres, las que han contado con soporte ciudadano desde sus inicios. De hecho, la mortalidad materna por aborto se instaló como preocupación en los años 30, cuando el Movimiento Pro Emancipación de la Mujer Chilena (MEMCH), planteaba la urgente necesidad de contar con métodos anticonceptivos y reglamentos para evitar el aborto clandestino y sus graves consecuencias. En ese contexto, se dictó el Código Sanitario que permitió a las mujeres interrumpir su embarazo con fines terapéuticos. En 1952, con la creación del Servicio Nacional de Salud, se instaló la salud materno – infantil, como prioridad de atención en el sistema sanitario.

En 1967, bajo el gobierno del Presidente Eduardo Frei Montalva, el Ministerio de Salud dictó la Política de Planificación Familiar, para disminuir la alta morbilidad por aborto inseguro, incorporando las actividades de regulación de la fertilidad, al Programa de Salud materno – infantil. En ese mismo gobierno se implementó el primer programa de Educación Sexual en el Ministerio de Educación, el programa *“Vida Familiar y Educación Sexual”*.

Desde 1990 en adelante son variados los avances en materia de salud de las mujeres. En 1997 el “Programa de Salud Materno – Perinatal del Ministerio de Salud” pasó a ser el “Programa de Salud de la Mujer”, con el objeto de contribuir a su desarrollo integral, físico, mental y social, en todas las etapas de su ciclo vital, con un enfoque de riesgo que contempla la promoción, prevención, recuperación, rehabilitación y autocuidado de su salud, y con especial énfasis en la salud reproductiva. A contar del año 2000, en el contexto de la reforma de salud, se consagra el enfoque biopsicosocial, con servicios centrados en las personas, la integralidad y la continuidad de los cuidados en la atención en salud.

Con la creación del Programa Chile Crece Contigo, en 2007, incorporado en la Ley N° 20.379 (Sistema Intersectorial de Protección Social, 2009), se establece el acompañamiento biopsicosocial a las mujeres gestantes desde el primer control de su gestación y acciones específicas a niñas y niños vulnerables en sus controles en el sistema de salud, los que son apoyados hasta que ingresan al sistema escolar. Se estableció, además, el acceso preferente de las familias vulnerables a toda la red de servicios y prestaciones sociales del Estado.

La Política Nacional de Salud de Adolescentes y Jóvenes (2008) abrió el campo de atención en salud integral a las y los adolescentes y jóvenes, desde una mirada biopsicosocial, y desarrolló el modelo de atención de Espacios Amigables para Adolescentes en establecimientos de Atención Primaria.

Estas y otras políticas sanitarias y los avances de la ciencia y el desarrollo científico han permitido que en el país se haya reducido la mortalidad por causa obstétrica. No obstante, los abortos y pérdidas reproductivas que se siguen produciendo llevaron a la elaboración y publicación de las “Orientaciones Técnicas para la Atención Integral de Mujeres que Presentan un Aborto y otras Pérdidas Reproductivas” aprobada por Resolución Exenta N° 264 de 3 de mayo de 2011, del Ministerio de Salud. .

La Ley N° 21.030, al igual que las políticas públicas recién mencionadas, tienen por finalidad resguardar los derechos de las mujeres, desde la niñez y adolescencia, y ofrecerles una adecuada protección para decidir sobre su vida y su salud sexual y reproductiva, atendiendo a sus necesidades, expectativas y derechos, en sus condiciones de vida particulares.

Con ello el Estado de Chile, además, cumple con la Convención sobre la Eliminación de toda Forma de Discriminación contra la Mujer (CEDAW), así como con diversos informes de Comités de Derechos Humanos sobre el país¹, que recomendaban reconocer este derecho a las mujeres y ordenar la legislación nacional, de acuerdo con estándares de derechos humanos universalmente reconocidos.

A contar de la vigencia de esta Ley, los equipos de salud cuentan con la certeza jurídica que, al interrumpir un embarazo en estas tres situaciones de crisis en la vida de las mujeres, se obrará inequívocamente en el contexto permitido por la Ley, y no por interpretaciones de ésta.

Finalmente, esta ley abre una oportunidad para actualizar y fortalecer el trabajo de los equipos multidisciplinarios que laboran en la salud materno – fetal de todo Chile, pues les exige disponer de diagnósticos certeros y oportunos, junto con la actualización de las herramientas terapéuticas y la incorporación de la evaluación y seguimiento por una dupla psicosocial de cada caso, que permita acompañar, de manera voluntaria, a las mujeres que viven estas situaciones límites, ya sea que decidan continuar o interrumpir el embarazo.

Especial importancia adquiere este acompañamiento psicosocial en la tercera causal – embarazo producto de una violación – donde el daño es provocado por el entorno, los determinantes sociales en que vive esa adolescente o mujer, y en que la intervención biomédica es sólo una parte de la intervención.

¹ Comité de Derechos Humanos, Observaciones finales sobre el sexto informe periódico de Chile. 13 de agosto de 2014/ Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, Observaciones finales sobre los informes periódicos quinto y sexto de Chile del 1º a 19 de octubre de 2012 / Comité sobre los Derechos del Niño, Observaciones finales sobre el tercer informe periódico del 23 de abril de 2007 / Comité sobre los Derechos Económicos, sociales y culturales, Observaciones finales sobre el tercer informe periódico del 26 de noviembre de 2004.

La discusión legislativa estableció en la Ley un derecho para la mujer a un programa de acompañamiento psicosocial, de carácter no disuasivo, voluntario, al que puede acceder, antes, durante y/o después de haber tomado la decisión, ya sea, de continuar o interrumpir su embarazo.

Estas *“Orientaciones Técnicas para el Acompañamiento Psicosocial en el marco de la Ley 21.030, que Despenaliza la Interrupción Voluntaria del Embarazo en Tres Causales”* entrega lineamientos para brindar las prestaciones a que tiene derecho toda mujer que habita en Chile y que se encuentra en alguna de estas situaciones específicas, en base a adecuados estándares de calidad, integralidad y oportunidad. Apunta a propiciar el desarrollo de relaciones de ayuda con mujeres adolescentes y adultas y los equipos de salud, de manera de constituirse en redes de apoyo significativas para acompañar en procesos difíciles en la esfera de la sexualidad y maternidad.

El presente documento busca orientar respecto del desarrollo de las acciones de acompañamiento, proponiendo un punto de referencia al quehacer en salud y en articulación intersectorial. Entrega una mirada epidemiológica, un marco conceptual y jurídico. A su vez, describe los principios rectores del acompañamiento psicosocial, abordando en forma separada, las acciones ligadas a las causales de interrupción del embarazo que autoriza la Ley. Incluye, para cada causal, los flujos para el acceso a la atención, la articulación entre el acompañamiento psicosocial y la interrupción del embarazo y el apoyo posterior. Para la tercera causal, detalla las condiciones particulares que permiten continuar la acogida al evaluar la concurrencia de los hechos que constituyen la causal, especificando los requisitos que establece la ley según edad y capacidad de expresión de voluntad, y las consideraciones necesarias para garantizar la protección de las víctimas, el apoyo de salud mental, ligado a las acciones de acompañamiento, derivación a la red y seguimiento.

Para efectos de la elaboración de este documento, se hablará de adolescentes y adultas como las mujeres que pueden acceder a la interrupción voluntaria del embarazo. Esto, en consideración de criterios de desarrollo biológico y físico que permiten la existencia de un embarazo; pero sin desconocer el dolor encarnado en la infancia a partir de estas situaciones críticas, en especial la correspondiente a la tercera causal.

I. OBJETIVOS DE LAS ORIENTACIONES TÉCNICAS

OBJETIVO GENERAL

Establecer lineamientos que orienten el quehacer de los equipos de salud para el desarrollo de procesos de acompañamiento en su aspecto psicosocial, en el marco de la atención integral a las adolescentes y mujeres que se encuentran en alguna de las situaciones contenidas en la Ley 21.030, sobre despenalización de la interrupción voluntaria del embarazo en tres causales.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Entregar lineamientos técnicos, basados en revisión bibliográfica y revisión por equipo de expertos, para otorgar una atención oportuna, pertinente y de calidad a las adolescentes y mujeres que enfrentan un embarazo con las características señaladas como causales para acceder a interrupción voluntaria en el marco de la Ley 21.030.
- Definir y describir el acompañamiento psicosocial que indica la Ley, centrado en los derechos de la mujer. Sin perjuicio de otras prestaciones de orden biomédico contempladas en el programa de acompañamiento.
- Actualizar conocimientos y estimular la adquisición de competencias de los equipos de salud, para el desarrollo de procesos de acompañamientos integrales y significativos para las adolescentes y mujeres en las que concurra alguna de las causales contenidas en esta Ley.
- Distinguir y describir articulaciones intersectoriales relevantes y necesarias para la atención integral a las adolescentes y mujeres que se acompañen, con miras a asegurar su bienestar, protección y garantizar la continuidad de su cuidado.

II. MARCO JURÍDICO

CONTEXTO INTERNACIONAL

La Declaración Universal de los Derechos Humanos, aprobada en 1948, señala que *“todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos [...]”* (Artículo 1) y que *“toda persona tiene todos los derechos y libertades proclamados en esta Declaración, sin distinción alguna de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de cualquier otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición”* (Artículo 2, punto 1).

Da inicio a un proceso reflexivo, aún en desarrollo, que va desde la afirmación universal los derechos básicos, inalienables y universales, hacia su materialización a través de instrumentos que los garanticen para todos los seres humanos (Fondo de Población de Naciones Unidas, 2006).

El documento manifiesta la igualdad de derechos de hombres y mujeres, reconociendo su condición de inalienables para todo ser humano: *“fe en los derechos fundamentales del hombre, en la dignidad y el valor de la persona humana y en la igualdad de derechos de hombres y mujeres, y se declaran resueltos a promover el progreso social y a elevar el nivel de vida dentro de un concepto más amplio de la libertad”* (op. cit.).

A su vez, afirma el deber del Estado de garantizar su protección, con el objeto de que el individuo se pueda desarrollar libremente. Este nuevo principio orienta una segunda generación de derechos humanos, desde los pactos sobre Derechos Civiles y Políticos y sobre Derechos Económicos, Sociales y Culturales de 1966, que defiende no sólo la libertad individual, sino también la protección social. En este marco, el individuo no sólo debe ser protegido de la arbitrariedad del Estado, sino que el Estado debe promover sus derechos para asegurar la construcción de su individualidad. Es decir, se amplía la noción de defensa del individuo frente al Estado hacia la defensa del individuo por el Estado. Se asienta así, una relación entre libertad e igualdad, que será la base para la construcción de la equidad de género como derecho humano (op.cit.).

Todos los pactos y convenciones internacionales que apuntan a proteger los derechos humanos, posteriores a la Declaración de 1948, reafirman su universalización y refuerzan el principio de igualdad. Pero, sobre todo, dan cuenta de una conciencia ética compartida por los Estados y de un consenso internacional en torno a la prioridad de la igualdad entre mujeres y hombres.

CONTEXTO NACIONAL

Desde un enfoque de Derechos Humanos, la Ley N° 21.030 viene a corregir una restricción importante de estos derechos para las mujeres chilenas, cuando hasta la promulgación de esta Ley se penalizaba la interrupción del embarazo, sin excepciones. Esta situación podía llevar a las mujeres a buscar la realización de abortos inseguros, especialmente aquellas en situación de pobreza, sin un adecuado cuidado médico y con el consecuente riesgo de vida.

El Comité de la Convención de Naciones Unidas para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer había recomendado al Estado de Chile revisar la legislación vigente sobre el aborto, con miras a despenalizarlo en los casos de violación, incesto o riesgo para la salud o la vida de la madre.

En este contexto, la Ley 21.031 despenaliza la interrupción del embarazo en las siguientes causales:

- **La mujer se encuentra en riesgo vital:** la interrupción oportuna del embarazo evita un peligro para su vida. No es necesario que sea inminente, se debe evitar dilaciones indebidas que pongan en riesgo la salud de la mujer.
- **El embrión o feto padece una patología congénita adquirida o genética, incompatible con la vida extrauterina independiente:** en todo caso de carácter letal.
- **El embarazo es resultado de una violación:** siempre que no hayan transcurrido más de doce semanas de gestación en mayores de 14 años, y 14 semanas, tratándose de una niña menor de 14 años.

Toda mujer que se encuentre afectada por alguna de las tres causales podrá solicitar la interrupción de su embarazo. Su decisión será individual e indelegable, pudiendo contar con acompañamiento psicosocial durante este proceso.

III. MARCO CONCEPTUAL

A. EL EMBARAZO DESDE UNA PERSPECTIVA PSÍQUICA

El embarazo constituye una etapa relevante en la vida de toda mujer, en la que, junto con los cambios físicos y biológicos, se desarrollan una serie de fenómenos psíquicos que llevan a una reestructuración de su identidad, conformándose una especie de crisis madurativa que lleva a la embarazada a construir una nueva forma de relacionarse consigo misma, y con su entorno familiar y social.

Esta reorganización psíquica se caracteriza por la reevaluación de las propias experiencias infantiles con los padres, la evaluación y re elaboración de la relación con la madre y la decisión de cómo enfrentar la propia maternidad y cómo desarrollar el rol de madre y cuidadora.

Asimismo, a nivel emocional este proceso se vive con ambivalencia: por una parte, se siente ilusión por el hijo que se espera (fantasías de cómo será). Por otra, preocupación sobre el futuro (preguntas como ¿saldrá todo bien en el parto?, ¿seré una buena madre?, ¿será exitosa la lactancia?).

Se origina un constante intercambio entre las fantasías sobre el “bebé imaginado” y las preguntas concretas y cercanas a la realidad que se hace la mujer. Es por ello que normativamente, el principal desafío de esta etapa es lograr la integración de ese bebé imaginario que se ha fantaseado como ideal durante el embarazo, con el bebé real, con características auténticas.

Si bien este proceso de constante cuestionamiento y reorganización psíquica puede interpretarse como un estado de mayor vulnerabilidad, que incluso aumentaría el riesgo de presentar morbilidad

psiquiátrica, es importante considerarlo como una instancia de mayor permeabilidad psicológica, donde las barreras defensivas se vuelven menos estrictas y aumenta la disposición a los cambios internos (Stern, 1999).

B. DUELO

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales en su cuarta versión (DSM-IV-TR) define *Duelo* (Z63.4) (APA, 2003) como una reacción a la muerte de una persona querida, en la que algunos individuos presentan síntomas característicos de un episodio de depresión mayor, como tristeza, insomnio, anorexia y pérdida de peso. Sin embargo, la persona en duelo valora su ánimo depresivo como "normal". Aunque en el DSM-V se califica al duelo como un posible disparador que lleve a un episodio depresivo mayor. Este cambio genera controversias, pues el riesgo es facilitar la medicación y apurar los tiempos que cada persona necesita para elaborar un duelo.

Desde una perspectiva más amplia, se puede definir al *duelo* como una reacción y adaptación psicológica ante la pérdida de algo apreciado, vinculado al individuo. Existe un proceso de elaboración de la vivencia de pérdida afectiva, de manera de integrarla de manera realista y efectiva a la vida. Cada persona afronta esta experiencia con su propio estilo, recursos y personalidad previa. Las circunstancias y el encuadre social y cultural en que esto ocurre también pueden condicionar el proceso y trabajo de duelo posterior.

Las situaciones de duelo pueden repetirse de formas diversas a lo largo de la vida de una persona y es complejo afirmar cuándo éste sigue un curso esperable y normal, o cuándo la sintomatología sugiere una patología psiquiátrica. Existen algunas normas sociales tácitas, que orientan sobre quién puede y debe hacer el duelo, cómo, por quién y durante cuánto tiempo. Desmarcarse de esos parámetros puede llevar a algunas personas a sufrir la pérdida en soledad y sin apoyo, al sentirse no autorizados para expresar lo que sienten, ni encontrar acogida a su dolor (López, 2011).

En el duelo los síntomas psicológicos y afectivos pueden confundirse o solaparse con una depresión mayor, aunque ambos cuadros se distinguen por criterios sintomáticos y de duración del episodio. Si bien la depresión es una complicación posible del *duelo*, no debe diagnosticarse salvo que los síntomas se mantengan dos meses después de la pérdida (MINSAL, 2013).

a. Duelo Perinatal

La pérdida durante el embarazo es una paradoja para la que no se está preparado. En la experiencia subjetiva de los padres, es muy difícil encontrar aliento y consuelo. Los rituales religiosos no logran reconfortarlos; los familiares y amigos evitan hablar del tema, por temor a causar más dolor. A esto se suma que la pérdida del embarazo conjuga los tabúes de la sociedad actual sobre la muerte, el sexo y la reproducción. De esta forma, los padres viven esa experiencia de dolor en soledad.

En el duelo perinatal destaca la proximidad entre el nacimiento y la muerte. Muchas veces, la juventud de los padres supone su primer contacto con la muerte y lo inesperado del suceso. Se trata de la pérdida de una relación simbólica, basada en las propias necesidades y deseos (Brier, 2008).

“La experiencia clínica demuestra que, tras la pérdida perinatal, la persona en duelo experimenta shock e insensibilidad, aturdimiento y dificultades para funcionar con normalidad. Siente añoranza y tiene conductas de búsqueda, con irritabilidad, labilidad, debilidad y sentimientos de culpa. Algunas mujeres refieren oír el llanto del bebé o sentir sus movimientos en el vientre. Aparece posteriormente la desorientación y desorganización de la vida cotidiana, con sensación de vacío y desamparo. Se sienten desautorizadas para estar en duelo, temen enfermar y deprimirse. Estos fenómenos comienzan cuando todo el mundo se sorprende de que no lo haya "superado", pues "hay que seguir adelante" y tener otro hijo. Finalmente se produce una reorganización, en la que, sin olvidar la pérdida, se rehace la vida y se recupera la capacidad de disfrutar” (López, 2011).El duelo perinatal puede dar lugar a trastornos psiquiátricos como:

- Trastornos Depresivos: entre el 10 y el 48%. Son más frecuentes en mujeres con antecedentes depresivos o psiquiátricos en general, primíparas o con abortos previos.
- Trastornos de Ansiedad: aumentan tras el aborto, para disminuir después de las 12 semanas. Surgen especialmente, ante la posibilidad de un nuevo embarazo.
- Trastorno por Estrés Postraumático: entre el 2% y 5% en partos instrumentales y cesáreas; hasta el 25% en el mes posterior a la pérdida y hasta el 7% cuatro meses después.

En este proceso, puede ser determinante que la pérdida se haya dado en una fase avanzada del embarazo, cuando se perciben los movimientos fetales. Puede influir también, que se trate del primer embarazo, que el hijo sea deseado, programado o no, que la gestación se desarrolle al final de la vida reproductiva o fruto de técnicas de fertilización. A esto se suman factores psicosociales y dependientes de la personalidad y la cultura (Boyce, 2002).

El duelo puede complicarse con síntomas psiquiátricos, si concurren factores de riesgo tales como:

- Antecedentes de problemas psiquiátricos.
- Presencia de depresión.
- Historia de pérdidas recurrentes.
- No tener hijos.
- No tener pareja estable, familia o apoyo social.
- Disponer de escasa información sobre los abortos.
- Inexistencia de una explicación para lo sucedido.
- Que la pérdida coincida con otros problemas vitales importantes.
- Características de personalidad
- Historia de vínculos afectivos patológicos

b. Duelo Anticipatorio

Al recibir la noticia de que se producirá una pérdida durante el período perinatal, puede observarse en los padres y personas significativas un proceso llamado “*Duelo Anticipatorio*”, definido como aquel que tiene lugar con anterioridad a la pérdida propiamente tal.

Este tipo de duelo es experimentado por gran parte de la familia, determinando como punto final del proceso el momento en que se produce la pérdida. Quien lo padece suele atravesar etapas similares a las del duelo normativo, destacando una intensa ambivalencia emocional y potente negación. Se

observa, además, la existencia de una etapa adicional llamada *Esperanza* (por ejemplo, confiar en una cura para la enfermedad o error médico en el diagnóstico y/o pronóstico). Finalmente, en muchos casos puede lograrse una aceptación más serena del desenlace fatal.

Una vez producida la pérdida, se inicia el duelo convencional, para el que se espera un desarrollo favorable y menor riesgo de aparición de sintomatología patológica, pues el duelo anticipatorio es considerado “una respuesta adaptativa positiva, porque facilita a la persona una oportunidad para ensayar el papel de duelo y comenzar a trabajar los profundos cambios que típicamente acompañan a la pérdida, mitigando así el trauma asociado al duelo post mortem. El duelo anticipatorio es por tanto considerado como el inicio del trabajo de duelo” (Rosales y Olmeda, 2001). De esta forma, el apoyo en esta etapa debe concentrarse en la sucesión de intervenciones facilitadoras, que guíen el proceso de duelo anticipado hacia la expresión de un duelo sano.

c. Avances en la Aproximación de los Equipos de Salud al Duelo Perinatal

Al observar la práctica clínica con relación al abordaje y acompañamiento a la mujer y las familias frente a la pérdida del embarazo, destaca una transformación significativa a valorar.

En la década del sesenta, los mortinatos se transformaban en una especie de "punto ciego" para los profesionales de la salud, que enfrentaban dicha situación como si nada hubiese ocurrido. Probablemente, desde una intención protectora, ante una muerte perinatal no se daba posibilidad a los padres de conocer a su hijo. Se guardaba silencio sobre lo ocurrido, se sedaba a la madre en el expulsivo para evitarle el dolor de ver a su hijo muerto y, al despertar, su cuerpo ya había desaparecido. Para remediar su pena, se recomendaba a los progenitores olvidar lo sucedido y buscar un nuevo embarazo cuanto antes.

En la década del ochenta comienza a cuestionarse la capacidad de los profesionales de la salud para dar respuesta a las necesidades de los padres de los mortinatos. Kirkley-Best y Kellner (1982) hicieron referencia al “*Duelo Olvidado*” y presentaron nuevas recomendaciones que orientaban a que los progenitores vieran y tomaran en brazos al bebé muerto, con la finalidad de elaborar e integrar la pérdida, proponiendo a su vez, el desarrollo de grupos de apoyo para estos padres.

Por su parte, Callahan y cols. (1983) distinguieron la particularidad de la pérdida perinatal, dada por la reticencia de las redes de apoyo para hablar de lo ocurrido, porque muchas veces no se conoce el motivo de la muerte y por la culpabilidad intensa que genera. Herz (1984) añadió que la mujer se siente traicionada por su propio cuerpo; que experimenta la rabia de tener que transformar una experiencia que debería haber sido alegre, en algo doloroso y traumático; que puede sentir envidia hacia las personas que han culminado el embarazo con éxito. Por otra parte, presenta sentimientos de vulnerabilidad y pérdida de control; tiene la sensación de haber decepcionado a su pareja y está expuesta a la posibilidad de tener múltiples reacciones de aniversario (fecha prevista de parto, fecha de la pérdida, fecha de noticia del embarazo).

d. El Duelo en el Contexto de Interrupción Voluntaria del Embarazo

Terminar un embarazo por voluntad propia también puede desencadenar una reacción de duelo. Se han documentado similitudes en la respuesta de duelo tras aborto voluntario y espontáneo, mortinato o muerte neonatal. Si en abortos espontáneos parece haber una conspiración de silencio en el entorno social, en el aborto voluntario, el secretismo es aún mayor.

Las mujeres que toman la decisión de abortar, en casos de embarazos inviábiles, suelen verse abrumadas por sentimientos de culpa y vergüenza, no sólo por haber gestado un feto con problemas, sino por haber decidido su muerte. En este contexto, la interrupción voluntaria del embarazo suele encubrirse como aborto espontáneo.

Surgen paradojas, tales como (Sloan, 2008):

- La interrupción del embarazo se vive como un acto de amor, pero a la vez, un asesinato.
- Se siente que se ha perdido la oportunidad de ser madre, pero a la vez, no se es capaz de serlo de "ese" hijo que se pierde.
- Quiere ser absuelta por su decisión, pero siente que no hay absolución humana suficiente.
- Agradece que la tecnología haya permitido conocer la realidad, al mismo tiempo que se resiente porque esa tecnología la fuerza a tomar una decisión trascendente para ella y para la vida de su propio hijo en gestación.

e. Los Otros Afectados

Si bien, en general la mujer es distinguida como la más afectada por la repercusión de la pérdida perinatal, el duelo de otros miembros de la familia merece igualmente consideración.

Madres y padres desarrollan un apego de manera diferente. El apego materno puede aparecer mucho antes de confirmarse el embarazo, desde que la mujer fantasea con la maternidad, y aumenta cuando nota moverse al feto en su vientre. Por su parte, el apego paterno es más intelectual que emocional o físico, soliendo fortalecerse con eventos tales como estar presente en la ecografía. Esta forma diversa de vincularse deriva, a su vez, en distintos estilos y ritmos en el desarrollo y vivencia del duelo (Menke, 1990).

El padre se pregunta por el motivo de lo ocurrido, cómo consolar a su pareja y si podrán tener otro hijo en el futuro. Su reacción viene dictada por las responsabilidades que debe asumir y tensionada por las expectativas levantadas sobre él: apoyar a la madre física y emocionalmente, informar de lo sucedido a familia y amigos, preparar el entierro del bebé. De esta forma, es común el desborde emocional por la pena de su esposa o pareja, el que se impone a la expresión del duelo propio. Tiende a presentar rabia, la que dirige al personal sanitario. Suele volcarse a su trabajo, presentar hiperactividad y cambios en sus rutinas. Vive su pena en secreto y en solitario (Johnson, 1996).

Cuando las personas lo contactan es para preguntarle por su pareja, como si él sólo fuera su acompañante y no un padre también en proceso de duelo. Pese a esto, se siente incómodo cuando se le pregunta por sus sentimientos y evita evidenciar sus emociones. En general, no busca ayuda, aunque sienta que la necesite y sepa que debe confiar su pena a alguien. Puede plantear a su pareja tener sexo como cercanía e intimidad, lo que ella puede sentir como inadecuado e interpretarse

como una muestra de insensibilidad. Puesto que ambos tienen su propio ritmo y manera de afrontamiento, no es rara la aparición de conflictos de pareja (Najman, 1993; Conway, 2000).

Los hermanos también sufren la pérdida, pero tienden a ser los "*dolientes olvidados*" (Rando, 1986). Su reacción depende de la edad, sexo, personalidad, lugar en la familia. Influyen también, factores culturales y la religión familiar. Los menores, podrían sentirse culpables y causantes de la pérdida, por sus sentimientos de envidia y rabia al verse desplazados en el cariño de los padres por el bebé esperado. Si no han sabido del embarazo, será relevante explicarles el motivo del dolor y tristeza de sus padres, respondiendo honestamente a sus preguntas, con sencillez y sin mentiras. Así también, será necesario hacerles partícipes de los rituales de despedida del bebé a través de dibujos, flores o pequeños regalos (Warland, 2000).

Por su parte, los abuelos sufren doblemente: por el nieto perdido y por el hijo en duelo. Tienden a asumir roles de ayuda en tareas domésticas y el cuidado de otros nietos. La pérdida de un nieto posibilita el duelo por antiguas pérdidas de embarazos propios y acerca a la madre en duelo reciente a su propia madre (López, 2011).

C. MODELOS DE APROXIMACIÓN A LA VIOLENCIA SEXUAL

a. Perspectiva de Derechos Humanos

A partir de la Declaración Universal de Derechos Humanos, es posible distinguir una serie de documentos de Naciones Unidas que dan cuerpo a los Derechos Humanos de las mujeres y se constituyen en un cuerpo reflexivo constante de los estados, para transitar desde la declaración de derechos hacia la titularidad material de los mismos. Entre estos, destacan:

- Convención sobre la Eliminación de toda Forma de Discriminación contra la Mujer (CEDAW).
- Declaración de Viena (1993).
- Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo de El Cairo (1994).
- Programa de Acción Mundial y más adelante, la sesión de la Asamblea Cairo +5.
- IV Conferencia Mundial sobre la Mujer de Beijing (1995) y su Plataforma de Acción Mundial.
- Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer, Belem do Para (1995).
- Conferencias Regionales de la Mujer de América Latina y el Caribe posteriores a Beijing.
- Declaración del Milenio.
- Resoluciones de la sesión de 2004 del Comité CEDAW.

Un hito importante en el desarrollo de los derechos humanos para las mujeres lo constituye la Segunda Conferencia Internacional de Derechos Humanos, realizada en Viena en 1993, que avanza en cuanto a la universalidad, indivisibilidad e interdependencia de los derechos, y define sujetos de derechos específicos.

La conferencia señala específicamente que la violencia y todas las formas de acoso y explotación sexuales son incompatibles con la dignidad de la persona humana, y que la cuestión de los derechos

humanos de la mujer debe formar parte integrante de las actividades de derechos humanos de las Naciones Unidas (Fondo de Población de Naciones Unidas, 2006).

Pide que se conceda a la mujer el pleno disfrute en condiciones de igualdad de todos los derechos humanos y que ésta sea una prioridad para los gobiernos y para las Naciones Unidas. A su vez, solicita que se dé especial atención a la labor destinada a eliminar la violencia contra la mujer en la vida pública y privada, a eliminar todas las formas de acoso sexual, la explotación y trata de mujeres, a eliminar los prejuicios sexistas en la administración de la justicia. Se refiere a las violaciones de los derechos humanos de la mujer en situaciones de conflicto armado y pide una respuesta eficaz, en especial para los asesinatos, las violaciones sistemáticas, la esclavitud sexual y los embarazos forzados (op.cit.).

b. La Violencia Sexual como Violencia de Género

La mayor parte de la violencia sexual que viven mujeres, niñas y adultas, se da en contextos de relaciones significativas, vida de pareja y familiar. En un porcentaje proporcionalmente menor, ésta viene de un desconocido o alguien con quien no hay un vínculo consanguíneo o significativo.

La violencia sexual constituye una de las múltiples formas en que se expresa la violencia de género. La construcción de significados en torno a la diferencia sexual puede ser considerada como un proceso cultural, que se desarrolla a través del lenguaje y el pensamiento, designando su cuerpo y asignando valores diferenciados para hombres y mujeres, a través de las expectativas, roles y espacios posibles para cada género.

Desde esta premisa fundamental, la dicotomía de *género* se sustenta en un modelo que considera la superioridad de uno sobre otro – del hombre sobre la mujer – y cuyas consecuencias consisten en legitimar los actos violentos, naturalizándolos, produciéndolos y reproduciéndolos a través del proceso de socialización, que genera roles específicos y estereotipados a cada género.

La violencia es un fenómeno relacional complejo, en que la diferencia sexual se materializa en la subjetividad de cada individuo, relevando el efecto de lo social y del discurso asociado a un orden simbólico determinado. Desde ahí, es posible comprender la violencia hacia la mujer como un fenómeno en torno a la diferencia sexual, de clase, de raza, de edad, etc.

Desde estas consideraciones conceptuales, podemos entender que la mayoría de la violencia sería de género, en la medida en que esta desigualdad está a la base de un orden social que tiende a reproducirse y perpetuarse. *“Violencia de género es cualquier forma de violencia usada para establecer, reforzar o perpetuar la desigualdad de género”* (Ferguson et al. Pág. 20, 2005).

La violencia es ejercida principalmente por los hombres y, son también ellos, quienes mayormente están implicados en otros tipos de violencia, tanto en calidad de víctimas como de perpetradores (Ferguson et al, 2005). En este sentido, es importante considerar que la violencia de género no se dirige sólo hacia las mujeres, sean niñas o adultas, sino que el orden hegemónico se mantiene sometiendo a hombres y mujeres a la reproducción de los estereotipos de género. Es así, como la violencia masculina también incluye la violencia hacia otros hombres, desde las peleas callejeras hasta las guerras. Las familias y las instituciones fomentan las masculinidades violentas, incorporando la rudeza agresiva como cualidad valorada en el mundo del poder masculino.

La violencia de género que ejerce la sociedad contra hombres y mujeres, desde la lógica de preservar su orden hegemónico, se presenta a través de formas de socialización e individuación rígidas, restrictivas y traumatizantes. Presente en toda sociedad, cruza religión, etnia, cultura, educación, edad y clase. Se manifiesta como violencia psíquica, sexual, financiera/económica, militarizada, corporal, reproductiva, médica, nutricional, verbal, emocional, psicológica, cognitiva.

La violencia de género hacia las mujeres en las relaciones significativas o en el ámbito doméstico, es la forma de mayor predominio en todo el mundo (UNICEF). Incluye el infanticidio femenino, matrimonio de niñas, mutilación genital femenina, abuso sexual infantil, violación en el matrimonio, violencia en la pareja entre otros fenómenos. Se han identificado más de 30 ejemplos de diferentes tipos de violencia contra mujeres y niñas, a través del ciclo vital, más allá de las relaciones familiares, con o sin vínculo entre quien recibe la conducta abusiva o agresiva y quien la comete (OMS, 2013).

c. El Abordaje Clínico de la Violencia Sexual

Si bien el desarrollo de psicoterapia de reparación no es función del equipo de salud que realiza acompañamiento, se hace necesario revisar algunos elementos de este abordaje clínico, considerando la articulación en red para posibles procesos de derivación.

La violencia sexual hacia las mujeres, y en particular aquella que se da en la relación de pareja, tiene características de trauma complejo y presenta alto riesgo de re victimización (Crempien, 2011). Desde las perspectivas intersubjetivas se ha ido desarrollando un aporte significativo para la comprensión de los fenómenos de victimización y para el abordaje transdisciplinario y, en particular, en la psicoterapia especializada en violencia de género (Martínez, 2010).

La experiencia clínica en el abordaje de la violencia de género presenta gran relevancia en el ámbito de la salud, en la medida que el fenómeno social está relacionado con diversos cuadros psicopatológicos en quienes han vivido experiencias de traumatización relacional temprana, acumulativa y/o crónica en sus vidas. Se ha establecido la asociación de estas vivencias con trastornos depresivos, ansiosos, somatomorfos y de personalidad, entre otros efectos en la salud y el desarrollo integral de los individuos (Fondo de Población Naciones Unidas y Equipo Centro Clínico La Morada, 2007).

La clínica de la violencia se relaciona con la consideración de que no estamos frente a un trabajo psicoterapéutico tradicional, sino que nos encontramos en un contexto donde *“lo real”* (la violencia actual o actualizada) se introduce de manera perturbadora en el espacio clínico. La mujer está en riesgo de nuevas interacciones abusivas, que profundizan el daño y puede ser víctima de acciones que pongan en riesgo su integridad física e, incluso, su vida.

Desde estas consideraciones, es central comprender que los equipos de atención clínica de la violencia, desde los niveles de primera respuesta hasta aquellos orientados al trabajo de reparación, requieren orientar su relación con las usuarias comprendiendo el fenómeno de la violencia sexual desde la perspectiva de la vulneración de los derechos humanos fundamentales. De la misma manera, el accionar de los equipos debe fundarse en una mirada crítica y *“deconstructiva”* del orden hegemónico, que permita comprender las complejas bases culturales que han sostenido la ocurrencia y mantención de la violencia hacia las mujeres, en especial, la violencia sexual. La ausencia de esta perspectiva implica el riesgo de que, en el contexto de las relaciones de ayuda que establecemos

como equipos de salud, la violencia pueda pasar desapercibida, o bien, ser percibida pero legitimada (Centro Clínico Templanza, 2017).

Comprender la violencia sexual como una grave manifestación de la violencia de género implica pensarnos como miembros de una misma cultura y portadores de sus procesos de socialización y reproducción. En ese sentido, se hace necesario que los equipos de salud revisen constantemente sus pensamientos, creencias, actitudes y experiencias. Aquello que el profesional de salud piensa y siente acerca de la diferencia sexual y la violencia sexual vivenciada por la consultante, así como la capacidad para pensar sobre su propia posición de poder relativo en la relación con dicha mujer, tendrá consecuencias directas en la experiencia de las usuarias, pudiendo ser tanto reparadoras, como iatrogénicas.

Un equipo preparado a comprender el fenómeno de la violencia sexual desde la perspectiva de género podrá observar la percepción de la consultante sobre su propia condición, sus modos de interactuar, su historia personal y de violencia, sus representaciones sobre el género, expectativas y ansiedades (op.cit.).

En esa misma línea, la posibilidad de interrupción voluntaria del embarazo como consecuencia de una violación o de una dinámica abusiva perpetuada a través del tiempo implica a los equipos hacerse cargo de una realidad de larga data y que se funda en complejos determinantes culturales que deben ser visibilizados y reflexionados de modo permanente.

d. La Violencia Sexual como Experiencia Traumática

La intervención con mujeres, jóvenes y niñas que han sido víctimas de violencia implica una compleja constelación de acciones, orientadas desde diversas perspectivas. Considerando que el fenómeno se manifiesta y se mantiene en las relaciones de hombres y mujeres, de maneras complejas y multicausales, tal complejidad ha originado el interés de quienes se encuentran con la violencia en el espacio clínico, por encontrar múltiples explicaciones complementarias y que cada una, por sí sola, no puede dar cuenta de manera acabada de la violencia en toda su complejidad.

En este sentido, las teorías relativas al concepto de trauma, desde las vertientes psicoanalíticas clásicas hasta las orientaciones intersubjetivas, han permitido a los clínicos ir comprendiendo las dinámicas en que se construye la experiencia traumática, desde sus primeras concepciones ligadas a la invasión del mundo psíquico por parte de la experiencia y su imposibilidad de ser representada, hasta las comprensiones aportadas por Ferenczi y Winnicott, que introducen la importancia del ambiente en el establecimiento de la experiencia como traumática.

Desde un punto de vista teórico, es necesario recurrir a la definición de trauma para comprender lo que le ocurre a una niña, adolescente o mujer que ha vivido una violación y consecuente embarazo. El concepto de *trauma* se encuentra extensamente desarrollado en la bibliografía y ha sufrido transformaciones, diferenciándose desde su origen hasta su aplicación en fenómenos traumáticos en la esfera social. A su vez, ha introducido la reflexión acerca de la función de la escucha en la constitución del trauma y en su reparación.

A continuación, se hace referencia a dos posturas comprensivas del trauma. Una de ellas, presente en el CIE 10 y DSM V, lo aborda desde una concepción descriptiva de los síntomas asociados a una vivencia traumática. La otra, propone su comprensión como un fenómeno más amplio, que no sólo se

manifiesta a través de conductas observables, donde lo relacional (el vínculo con otros y el rol de éstos ante la vivencia traumática) es central y puede desorganizar el funcionamiento psíquico silenciosamente. Nos referiremos a estas dos perspectivas como marcos de referencia para comprender los casos de violación a niñas, adolescentes y mujeres adultas.

i. Diagnóstico Psiquiátrico

El CIE 10 (OPS, 2003) da cuenta del *Trastorno de Estrés Agudo*, para referirse a la presencia inmediata de síntomas, como respuesta a una experiencia traumática que amenaza la integridad física o psicológica de una persona, los cuales remiten en horas o días. Los síntomas incluyen un estado de embotamiento afectivo inicial (estrechamiento de la atención, afecto aplanado, desconexión emocional y desorientación), mayor alejamiento y disociación emocional, reacciones de huida, síntomas ansiosos, depresivos, desesperación, ira y síntomas vegetativos propios de las crisis de pánico.

Por otra parte, se habla de *Trastorno de Estrés Post Traumático*, para referirse a la respuesta sintomática diferida ante una situación traumática (entre unas semanas y seis meses después del suceso). En algunos casos la respuesta puede cronificarse, alterando persistentemente la personalidad. Las características típicas del trastorno de estrés post-traumático son: episodios reiterados de volver a vivenciar el trauma ya sea a través de reviviscencias o sueños; presencia persistente de sensación de embotamiento emocional, desapego de los demás, desconexión con el medio, anhedonia; evitación de situaciones que recuerden el trauma. Son poco habituales los estallidos agudos de miedo. Suele observarse hipervigilancia, reacciones de sobresalto e insomnio.

El DSM V (APA, 2003) define que el *Trastorno de Estrés Post Traumático* se desarrolla luego de haberse visto expuesto a una situación traumática (entre ellas, violación). Se describe como una alteración que dura más de un mes, generando malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral y en otras áreas, y que no se puede explicar por los efectos del consumo de sustancias o afecciones médicas. Se deben presentar uno o más de los síntomas siguientes:

- Recuerdos angustiosos recurrentes, involuntarios e intrusivos del suceso(s) traumático(s).
- Sueños angustiosos recurrentes cuyo contenido y/o el afecto se vincula al suceso(s) traumático(s).
- Reacciones disociativas en las cuales el sujeto siente o actúa como si se repitiera el suceso(s) traumático(s).
- Malestar psicológico intenso o prolongado y/o reacciones fisiológicas intensas al exponerse a factores internos o externos que simbolizan o se parecen a un aspecto del suceso(s) traumático(s). A su vez, se observa una tendencia a evitar recuerdos, pensamientos o sentimientos angustiosos asociados al suceso(s) traumático(s) o cualquier situación externa (lugares, personas, etc.) que activen recuerdos asociados al suceso(s) traumático(s).

Junto con lo anterior, deben presentarse dos o más de las siguientes características en el ámbito cognitivo y emocional:

- Incapacidad de recordar aspectos importantes del suceso(s) traumático(s), debido típicamente a amnesia disociativa y no a otros factores como una lesión cerebral, alcohol o drogas.
- Creencias o expectativas negativas persistentes y exageradas sobre uno mismo, los demás o el mundo.

- Percepción distorsionada persistente de la causa o las consecuencias del suceso(s) traumático(s), que hace que el individuo se acuse a sí mismo o a los demás.
- Estado emocional negativo persistente.
- Disminución importante del interés o la participación en actividades significativas.
- Sentimiento de desapego o extrañamiento de los demás.
- Incapacidad persistente de experimentar emociones positivas.

También se deben observar dos o más alteraciones en la alerta y reactividad asociada al suceso(s) traumático(s), como las que siguen:

- Comportamiento irritable y arrebatos de furia (con poca o ninguna provocación).
- Comportamiento imprudente o autodestructivo.
- Hipervigilancia.
- Respuesta de sobresalto exagerada.
- Problemas de concentración.
- Alteración del sueño.

ii. Perspectiva Relacional

Winnicott (1963; 1965; 1967) señala que el trauma implica que hubo una *“falla relativa a la dependencia”*, es decir, que los objetos de los cuales un sujeto depende en distintos momentos de su desarrollo fallan en el cumplimiento de su función. Esto llevaría a que se produzca una intrusión del medio ambiente en un momento en que el yo del niño aún no está preparado para manejarlo. Dicha intrusión rompería con la sensación de continuidad en el existir, generaría angustias primitivas e impensables, ante las cuales se organizarían las defensas.

De esta forma, el autor da peso al ambiente en la constitución del trauma, al plantear que la experiencia traumática puede ser desintegradora cuando no queda representada, sino archivada o catalogada. Desde ahí, el trauma se constituye por la disfuncionalidad de un entorno que fracasa en su función de dar continuidad a la experiencia.

Desde el concepto de trauma, es posible comprender las experiencias de violencia como eventos que requieren de un trabajo psíquico de elaboración. La relación de ayuda, entonces, se aboca a favorecer que las mujeres o las niñas puedan integrar paulatinamente las experiencias, desde aquellos impactos que han quedado apartados de la conciencia en forma de síntomas, transformándolos en significados comprensibles y ligados, en la forma de un guión propio y relativamente coherente, estableciendo nexos o asociaciones de significados.

A lo anterior, se suma como determinante la respuesta del medio ante lo vivenciado por el sujeto. La negación u omisión (“aquí no ha pasado nada”) respecto de lo sucedido puede generar que el trauma se transforme en patógeno (Ferenczi, 1933; Balint, 1969; Díaz, 1991; Stolorow et al., 1992).

En este sentido, lo que generaría el trauma no es solamente la conmoción provocada por alguna situación, sino la falta de respuesta esperada del medio, que refleje y reconozca dicha conmoción y la falta de entonación afectiva frente al dolor emocional del sujeto. La frustración de esta expectativa de contención produce el encapsulamiento de sensaciones dolorosas, que se convierten en una especial vulnerabilidad a los estados traumáticos. La respuesta en el campo intersubjetivo definirá si una conmoción psíquica llega a convertirse en patógena (Ferenczi, 1934).

Tomando esto en consideración, es posible plantear que ante la violencia sexual se distinguen dos vivencias traumáticas: el abuso sexual propiamente tal, que sobrepasa y desborda, y la desmentida que se hace en torno al abuso, la que intensifica su violencia, generando un profundo daño y temor a los vínculos” (Fenieux, 2009).

Ferenczi (1997) afirma que el trauma infantil se configura la mayoría de las veces, cuando ataque y respuesta son desmentidos por el adulto, otorgando un rol fundamental al entorno en la posibilidad de dar un nuevo lugar a las experiencias traumáticas. Lo traumático estaría dado por la amenaza del yo, tanto por la intensidad del estímulo insoportable, como por la reacción del entorno, la cual se vuelve de gran relevancia para la conformación del evento como *traumático*.

Con la desmentida del entorno, el sujeto llega a dudar de la propia vivencia emocional. Así, las experiencias traumáticas quedan en un espacio de no existencia; en un territorio de no validación. En esa línea, se podría afirmar que una respuesta oportuna y adecuada del entorno podría tener incidencia en que un mismo acontecimiento se constituyera como no traumático, o dejara de serlo.

La experiencia en sí misma ataca la función psíquica que permite poner en narrativa o historizar nuestras experiencias a través de palabras, tanto en términos de poder contarle a otros, como de poder contárnoslo a nosotros mismos (Lemma, A. & Levy, S., 2004). Así, lo traumático continúa haciéndose presente mediante sus efectos en la vida del sujeto, frente a lo que se hace necesario un testigo que permita transformarlo en una experiencia (Jordán, 2002).

En consecuencia, Ferenczi (1997) propone que la relación de ayuda implica la presencia de una persona auxiliadora (inteligente y con voluntad de asistir), posibilita al sujeto traumatizado la mitigación de la pena y al mismo tiempo, lo socorre en la movilización de la energía, con lo que aumenta su “capacidad de pensamiento y acción” y permite que la fragmentación de la experiencia pueda ser deshecha. Desde esta perspectiva, la relación de escucha se pone al servicio de la autoconservación, proveyendo una posibilidad de una mejor tramitación de las experiencias vividas.

e. El Riesgo de la Revictimización

Desde las perspectivas revisadas, se comprende que la experiencia traumática se instala en dos momentos, que pueden darse simultánea o sucesivamente en el tiempo, pero que son complementarias en esta experiencia de quiebre de la confianza en la relación de un sujeto con su entorno. En este contexto, el reconocimiento y validación de la experiencia de vulneración de las niñas, adolescentes y mujeres adultas víctimas de violación se vuelve fundamental. Cuestionar o poner en duda la veracidad del discurso de quienes relaten episodios de violación, se constituye en una retraumatización.

Desde ahí, en la atención clínica de la violencia sexual, la posición subjetiva del o la profesional, en tanto sujeto social se ve interpelada: tanto desde su saber, como desde su posición ideológica, desde su género, desde su ética. El profesional de salud deberá asumir tanto una posición ética como técnica, pero no neutral.

Algo más complejo ocurre con la violencia sexual que algunas mujeres viven al interior de la relación de pareja. Si bien la violencia sexual al interior de la pareja se reconoce como un indicador de severidad de la relación de violencia, existen en Chile pocos estudios acerca de este fenómeno en particular. Por su parte, las estadísticas muestran escaso reporte de esta experiencia entre las

consultantes (ver capítulo Antecedentes Epidemiológicos). La violencia sexual en el contexto conyugal tiende a aparecer más tarde en el curso de relaciones terapéuticas, ya que han sido experimentadas por las mujeres como vivencias normales, naturales o, en los peores casos, como disfunciones sexuales por las cuales se ha mantenido y justificado la violencia.

Un profesional que no ve la violencia sexual puede actuar en continuidad con la falla del ambiente que la ha sostenido, mantenida silenciada, en el sentido de no interrogarla, no señalarla, poniéndose él mismo, en la cadena de las fallas.

Desde la perspectiva del trauma, es necesario comprender que las acciones de los equipos de atención deben considerar la potencialidad retraumatizante de las diversas etapas que atraviesa una mujer o una adolescente que ha sido víctima de una violación. En este sentido, el contacto con cada uno de los actores que participan en su trayectoria desde que ingresa al sistema de salud, tiene la potencialidad de ser reparador y protector, o de ser iatrogénico y revictimizante.

De la misma forma, el momento de la denuncia se ubica también en la cadena de los eventos que construyen una experiencia como traumática o no. La experiencia de la investigación probatoria, que tiene efectos en la protección de las personas y en la persecución penal de quienes ejercen violencia, puede imprimir en la experiencia subjetiva aquello propio de lo traumático: trauma, como el evento violento; quiebre con el entorno, como su falla al no detenerlo, desmentirlo, convertirlo en irreal o ilusorio.

Cuando las experiencias traumáticas han sido reiteradas a lo largo de la vida de una persona, el modo de relacionarse con otros se ve desvirtuado. Suele aparecer el sometimiento como forma de mantener el vínculo (Díaz, 1991). El trauma deteriora al ser humano, daña su funcionamiento y empobrece el repertorio emocional, cognitivo, vincular y social del afectado/a.

Finalmente cabe destacar el concepto de *“identificación con el agresor”*, que Ferenczi (1933) observó en víctimas de experiencias traumáticas. La persona afectada comienza a apropiarse de los sentimientos de su agresor, a sentirse culpable en lugar del agresor, a justificar sus conductas, a sentir que hay algo malo en ella (en lugar de en la conducta del otro), con lo que explica la agresión como causada o provocada por ella misma.

f. Consecuencias de la Violencia Sexual hacia las Mujeres, en Diferentes Etapas del Desarrollo

Desde el punto de vista de la salud mental y las políticas públicas, la violencia sexual constituye una grave problemática, cuyas cifras de prevalencia hablan de una dura realidad país. Las manifestaciones del daño conllevan una serie de trastornos y efectos en quienes la viven y sus familias, describiéndose en la literatura especializada secuelas a corto, mediano y largo plazo.

En relación con esto último, se advierten complejos fenómenos psíquicos traumáticos inter y transgeneracionales, asociados a la repetición de patrones relacionales, en donde la violencia y los abusos sexuales se reproducen en la historia de las personas y, por ende, al interior de sus propias familias (Calvi, 2004; 2005).

i. Abuso Sexual Intrafamiliar en la Infancia

El abuso sexual intrafamiliar es la forma preponderante de violencia sexual perpetrada contra las niñas y adolescentes, lo cual es vivido con mucha angustia y pone en cuestión la capacidad de cuidar de las figuras significativas, donde “lo familiar se torna repentinamente desconcertante, terrorífico y emerge lo siniestro”. Mientras el secreto y la amenaza estén presentes, la posibilidad de hablar disminuye, sobre todo si no se confía en el efecto regulador que puede tener (Volnovich, 2008).

Dentro de los modelos clásicos en la comprensión del abuso, se encuentra el “*Síndrome de Acomodación*” (Summit, 1983), que da cuenta cómo las víctimas, a fin de sobrevivir y en la medida que no pueden escapar, desarrollan mecanismos de adaptación a la situación abusiva que paradójicamente generan una mantención de la misma. El contexto reaccionará con incredulidad ante las develaciones, generalmente tardías, sellando el ciclo abusivo con la confirmación de uno de los temores (y amenazas) más frecuentes hacia las víctimas: “*no me van a creer – no te van a creer*”.

De esta forma, el proceso abusivo se encontraría compuesto por fases (op. cit.):

- Fase de Secreto: imposición explícita o implícita de “*algo incomunicable*”, asociado a la vivencia de peligro y/o a la ausencia de testigos que ayuden a las víctimas a comprender y validar la experiencia (sobre todo, en niños/as pequeños/as, pues el único adulto presente es el agresor mismo).
- Fase de Desamparo: la experiencia abusiva genera la vivencia de desamparo y estaría dada fundamentalmente por la asimetría de poder, lo cual favorece la instalación del abuso.
- Fase de Entrampamiento: la víctima no puede dar cuenta de la experiencia. Ésta tiene una dimensión indecodificable e incomunicable, lo cual sumado al desamparo deja a la víctima atrapada en el abuso.
- Fase de Acomodación: la víctima se acomoda a la vivencia abusiva a fin de sobrevivir, generando develaciones tardías e indirectas, es decir, tiempo después de haber sufrido la victimización y con frecuencia a una figura externa a su grupo familiar.
- Fase de Retracción: en la medida que el sistema familiar y de las redes que dispone el niño/a (escolar, salud, etc.) no reaccionan validando la develación, a través del reconocimiento y el apoyo, la víctima se retracta, dando paso al momento final del proceso.

Según el autor, el proceso abusivo se sella por medio del silenciamiento e invalidación de la víctima, siendo las retractaciones parte del proceso abusivo más que fenómenos aislados. En dicho proceso, el contexto relacional no lograría reconocer y apoyar la experiencia de la víctima, re traumatizándola con su duda e incredulidad, haciendo imposible para ésta la mantención de su historia, la cual a su vez, tiene una naturaleza incomprensible para la víctima, pues es una experiencia de naturaleza abusiva y traumática (op. cit.).

Por su parte, Dio Bleichmar (2005) plantea que, específicamente el abuso sexual intrafamiliar es un trauma severo, pues afecta las relaciones de apego de la víctima y constituye una transgresión de la prohibición del incesto. En este sentido, lo diferencia de un trauma de origen externo, que se caracteriza por ser inesperado e irrumpir el mundo psíquico, desbordando las capacidades de reacción o defensa del sujeto. En el trauma de origen familiar se produce la disociación, en la medida que se requiere resguardar necesidades de apego con las figuras que también han dañado.

Respecto de las secuelas psicológicas de la experiencia abusiva, Finkelhor y Browne (1985) plantean un modelo comprensivo y dinámico de los efectos de las agresiones sexuales en la organización psicológica del niño/a, sosteniendo la tesis que en el abuso sexual existirían dinámicas generadoras

de trauma, que son únicas y diferentes a otro tipo de trauma, en la medida que tiene expresiones específicas, alterando la orientación cognitiva y emocional del niño/a hacia el mundo, distorsionando su visión de éste, su autoimagen y sus capacidades afectivas.

Las dinámicas descritas se detallan a continuación (op. cit.):

- Sexualización Traumática: guarda relación con la activación sensorial y el descubrimiento de la sexualidad de una forma inadecuada y/o anticipada para la víctima de acuerdo a su período evolutivo y contexto en que se genera. Esto crea vivencias negativas en torno a la sexualidad y al propio cuerpo, así como conductas polarizadas de inhibición o hiperactivación en el área de la sexualidad.
- Traición: se origina a partir del conflicto psíquico asociado a que una figura que inicialmente debió cuidar y proteger ha dañado, traicionando los vínculos y las confianzas depositadas. Cabe señalar que la vivencia de traición, en ocasiones se encuentra generalizada a otros miembros de la familia que se perciben como figuras que no han podido proteger o han favorecido la ocurrencia de las agresiones sexuales.
- Indefensión: se encuentra asociada a la percepción de pérdida de poder y descontrol frente a las situaciones abusivas vividas, genera en las víctimas diversas formas de enfrentamiento al ambiente, también en la polarización de sumisión o dominación excesiva.
- Estigmatización: se vincula a la percepción de secreto y diferencia negativa respecto de otras personas que no han sufrido una agresión sexual. La autoimagen adquiere una valoración negativa asociada a “ser una persona abusada sexualmente”.

De esta forma, si bien cada relato y situación son únicos, es altamente esperable encontrarse con niñas, adolescentes y mujeres que tendrán miedo a la consecuencia que tiene hablar y romper con este sistema de violencia, desconfiadas respecto del efecto que tendrá hablar y con alta probabilidad de una desconexión emocional al momento de dar cuenta de lo sucedido. Es necesario comprender que este tipo de mecanismos, en particular el de la disociación, les ha permitido no enloquecer o, simplemente, sobrevivir.

La niña, adolescente o mujer víctima de violación, al no contar con recursos psíquicos y físicos adecuados para elaborar el acto perverso, sobrelleva inevitablemente un traumatismo, cuya modalidad e intensidad depende de diversos factores, entre los cuales destacan:

- El momento de la constitución psíquica.
- La historia, la singularidad y la subjetividad de la niña o adolescente.
- La duración y las características del abuso.
- La respuesta de los adultos no abusadores y el tipo de vínculo con el perpetrador.
- La respuesta del sistema que acoge su vivencia.
- Los vínculos afectivos y la capacidad de contención del entorno cercano.

ii. Violencia Sexual contra la Mujer

En mujeres adultas que viven violencia en su relación de pareja, especialmente aquellas que la sufren en la esfera de lo sexual, se han descrito una serie de características y consecuencias de su funcionamiento, producto de la misma.

Crempien (2011) profundiza en la caracterización del funcionamiento estructural del sí mismo en mujeres que han vivido relaciones de violencia. En cuanto a las asociaciones entre abusos en la infancia y vulnerabilidad del funcionamiento estructural, se encontró una correlación significativa y

directa entre la severidad del abuso sexual en la infancia y una mayor vulnerabilidad en las funciones estructurales de vínculos internos, es decir, en el desarrollo de representaciones internas de personas significativas, y la capacidad de investirlas con afectos positivos y variados. Es decir, como una consecuencia del daño infligido, contarían con menores experiencias positivas de representaciones que les permitan calmarse, consolarse y protegerse a sí mismas.

Por otra parte, la autora describe una mayor vulnerabilidad en las funciones estructurales de vínculos externos, es decir, una menor capacidad de vincularse emocionalmente con otros, sentir afectos variados respecto al otro. Estos efectos son visibles a lo largo de la vida, en mayores dificultades para buscar y recibir apoyo y guía, así como para separarse y despedirse, atravesar duelos y desarrollar autonomía. En relación con la capacidad de regulación afectiva, el estudio establece una asociación directa entre violencia sexual, violencia emocional en la adultez y vulnerabilidad de esta función de regulación con el objeto, es decir, la capacidad para mantener un equilibrio entre la consideración de sí mismo y del otro en la relación; para considerar los propios intereses y los del otro.

La violencia sexual en la adultez, por su parte, se asocia significativamente a un funcionamiento más vulnerable o deficitario de las capacidades de percepción de sí misma (de manera diferenciada y reflexiva, mantener una imagen constante en el tiempo, diferenciar los afectos), percepción del otro (en sus distintos aspectos y de manera realista; distinguir los propios pensamientos y afectos de los de otros) y autorregulación (capacidad de identificar y tomar distancia de los propios afectos e impulsos; de regularlos e integrarlos; de mantener una autoestima relativamente estable y poder regularla internamente) (Crempien, 2011).

En el caso de estas capacidades estructurales, existe asociación directa con la severidad de la violencia sexual: a mayor gravedad de la violencia sexual, mayor déficit en la percepción de sí misma, del objeto y en la capacidad de autorregulación. Es decir, las víctimas de violencia sexual más grave tienen una imagen de sí misma menos estable y completa, mayor dificultad para referirse a sí mismas y menor capacidad autoreflexiva. A su vez, les cuesta más diferenciarse del otro, ver al otro de manera realista e integrada y presentan mayores dificultades para contenerse, calmarse y protegerse a sí mismas a través de la auto-regulación de sus afectos. Por último, se distingue una mayor vulnerabilidad en el funcionamiento global de la estructura total (op. cit.).

Todos estos hallazgos sustentan la perspectiva de que la violencia de género en las relaciones significativas constituye un trauma relacional, que genera daño significativo en el yo y en el sí mismo de los sujetos (Martínez, 2010).

Lo anterior guarda relación con visualizar que, además de la sintomatología y secuelas observables en las víctimas, en la fenomenología del trauma sexual mediatizado por lazo familiar, es pesquisable frecuentemente un componente transgeneracional, relevante de considerar dentro del estudio, en la medida que pudiera perpetuar la presentación del fenómeno traumático al interior de las familias.

Hay que comprender, que el camino que ha recorrido una mujer que ha sufrido este tipo de agresiones sexuales es arduo y no exento de confusión. Pero es preciso subrayar la particularidad de la confusión. Ésta no recae sobre la veracidad del hecho, sino sobre el impacto que tiene sobre el tipo de vínculos que se pueden establecer con otros y sobre el efecto en la construcción de su identidad. Una niña, adolescente o mujer que refiere haber sido violada no está confundida respecto de esto, sino principalmente temerosa respecto de ser creída en su relato y de si será protegida con posterioridad a ello.

IV. ACOMPAÑAMIENTO PSICOSOCIAL

El acompañamiento psicosocial es un proceso que desarrolla el equipo interdisciplinario de salud, en articulación con el intersector, a través del cual acoge y acompaña a la adolescente o mujer embarazada que se encuentra en una situación de extrema complejidad y enfrenta la posibilidad de decidir respecto de la interrupción de su embarazo, amparada en la Ley N°21.030. Se refiere al conjunto de prestaciones clínicas y psicosociales a las que tiene derecho la adolescente o mujer cuando cumple con los requisitos de la Ley vigente.

Para efectos de la implementación de la Ley, el proceso de acompañamiento se desarrolla a partir del momento en que la mujer es informada de su riesgo vital en razón del embarazo, o de la alteración estructural de carácter letal del feto, o desde que acude a cualquier centro de salud a solicitar ayuda porque se encuentra embarazada producto de una violación.

Este acompañamiento será siempre voluntario y respetuoso de la libre decisión de la mujer; no podrá ser impuesto ni requisito para optar a la IVE. Sólo se activará cuando sea aceptado por ella y podrá incorporar a su entorno familiar o apoyos significativos, si así es su voluntad.

Puede solicitarlo tanto en su proceso de discernimiento, como durante el período siguiente a la toma de decisión, que comprende el tiempo anterior y posterior al parto o a la interrupción del embarazo, según sea el caso. Este acompañamiento incluirá acciones de acogida y apoyo biopsicosocial ante la confirmación del diagnóstico y en cualquier otro momento de este proceso.

Es importante tener presente que no todas las mujeres enfrentarán estas situaciones desde la tristeza, angustia o desborde emocional, sino que podrán solicitar la interrupción de su embarazo de manera tranquila y segura de su decisión.

En otros casos, podrían sentirse confundidas, avergonzadas o atemorizadas frente a la actitud del personal de salud o a eventuales problemas judiciales. Podrían presentar dudas e incertidumbre frente a su futuro, o tener dificultades para controlar sus emociones y para tomar decisiones.

Estas reacciones emocionales se acentúan cuando se carece del apoyo de familiares o personas significativas. De esta forma el acompañamiento durante este proceso puede favorecer el adecuado desarrollo tanto del discernimiento, como del enfrentamiento de los efectos que implique la decisión que se tome respecto de la continuidad o interrupción del embarazo.

OBJETIVO GENERAL

Asegurar el bienestar biopsicosocial de la adolescente o mujer que vive un embarazo en que concurra alguna de las tres causales, en un ambiente de acogida, con entrega de información completa y clara sobre su situación de salud, de la patología fetal (en caso de aplicarse), los procedimientos médicos y las medidas de apoyo que están a su disposición.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Acoger y contener a adolescentes y mujeres que enfrentan alguna de las causales contenidas en la Ley 21.030.
- Proveer de adecuada información acerca de su situación de salud, las alternativas terapéuticas en relación con el embarazo y de apoyos sociales y de adopción disponibles.
- Brindar espacios de reconocimiento y expresión del impacto emocional que vive.
- Potenciar los recursos personales para el enfrentamiento de la crisis, así como las redes de apoyo familiar y social.
- Propiciar un apoyo terapéutico que favorezca la disminución del sufrimiento emocional, el logro de un mayor bienestar socioemocional y la proyección a futuro en ámbitos diversos.
- Prevenir la cronicidad y severidad del dolor psíquico generado por esta experiencia, con el riesgo de transformarse en una patología de salud mental, o bien, de agravar alguna existente de base.
- Detectar condiciones de vulnerabilidad o presencia de enfermedad mental que requiera manejo específico y tratarla de forma integrada con la red de salud mental, asegurando la continuidad del cuidado.
- Articular los recursos intersectoriales que resulten pertinentes para cada caso, con miras a promover la reconstrucción de la propia vida, en las distintas áreas de desarrollo.
- Favorecer el restablecimiento de los vínculos con familia y amigos, así como el reencuentro con los propios espacios para reconstruir un proyecto de vida en base a la decisión tomada.

El acompañamiento psicosocial se enmarca en la construcción de un abordaje integral en todos los momentos del proceso: entrega de información, contención en la crisis, elaboración de la experiencia. Para esto será de especial importancia la conformación de equipos de salud en los que se mantenga estrecha comunicación entre los profesionales biomédicos y psicosociales, articulándose en torno objetivos compartidos.

Este proceso considera el acceso a consultas con psicólogo y con trabajador social; intervenciones grupales; visitas domiciliarias según necesidad; y consultas con psiquiatra para las que lo requieran, pudiendo ser derivadas a la unidad de salud mental correspondiente de acuerdo al sistema de salud al que se encuentre afiliada la mujer.

Incorpora la evaluación integral de las condiciones de vida de la mujer y su grupo familiar, que pudieran constituirse en factores de riesgo, o bien sean protectores en el escenario que se enfrenta. Desde ahí, enfatiza el trabajo intersectorial, como una estrategia que permita movilizar las redes necesarias para favorecer la pronta recuperación y reorganización de la mujer, para hacer frente a los desafíos y requerimientos del momento del ciclo vital en que se encuentre.

Asigna especial importancia a la construcción de Planes de Acompañamiento que se acoplen de manera pertinente a la realidad de cada persona, incorporando elementos culturales, de cosmovisión y del propio sistema de significados, de manera proveer de experiencias significativas de acompañamiento a cada adolescente o mujer.

Lo anterior desafía a los equipos a propiciar el encuentro con cada persona, trascendiendo posibles barreras de comunicación e idioma, para favorecer el desarrollo de relaciones de ayuda en donde sea

posible acceder a la voluntad de cada adolescente y mujer, comprenderla en su mundo de significados y responder de manera consistente con el compromiso de legitimación de su voluntad.

Lo mismo aplicará en relación con las personas en situación de discapacidad física o psíquica. Los equipos deberán movilizar todas las estrategias que estén a su alcance para propiciar la comunicación y favorecer el adecuado desarrollo de los procesos de acompañamiento.

PRINCIPIOS RECTORES

Estos principios se basan en el reconocimiento de los derechos, creencias, valores, percepciones, actitudes individuales y las características propias de la cultura a la que pertenecen las mujeres que solicitan atención por una IVE.

- Respeto a la autonomía de las mujeres a tomar decisiones en torno a estas situaciones de su vida reproductiva: implica no emitir juicios ni opiniones valóricas sobre las creencias y opciones de la mujer y entregar toda la información, actualizada e imparcial, que le permita tomar decisiones respecto de su vida y su salud. La persona debe percibirse y ser percibida como sujeto de derecho y protagonista del proceso de atención.
- Respeto a la dignidad, privacidad y confidencialidad que requiere toda atención clínica: asumir que los datos solicitados por los equipos de salud sólo pueden tener como fin una adecuada atención, respetando que la entrega de información de parte de las mujeres atendidas es siempre voluntaria. Debe preguntarse a la mujer sólo aquello que es necesario para el diagnóstico y manejo clínico del problema de salud que presenta, explicando la importancia clínica de contar con dichos datos. Asimismo, se debe respetar su posible negativa a entregar información.
- Atención profesional en que exista competencia técnica de los y las proveedores/as de servicio: quienes prestan atención deben tener los conocimientos, habilidades y destrezas necesarias, y manejar técnicas adecuadas y actualizadas relacionadas con todos los procedimientos e intervenciones que se incluyen en la atención. Deben conocer y manejar técnicas de comunicación que les permitan entregar en forma óptima la información, asegurando la comprensión clara por parte de las personas que atienden.
- Atención oportuna, integral y multidisciplinaria: la oportunidad hace referencia a la celeridad en la respuesta del equipo de salud cuando la ley establece plazos máximos para la posibilidad de acceder a la IVE, o para disminuir el estrés frente a la espera de confirmación diagnóstica de la patología congénita adquirida o genética, incompatible con la vida extrauterina independiente, en todo caso de carácter letal.

Para garantizar el respeto a la autodeterminación de las mujeres y fomentar las condiciones para potenciar una decisión autónoma se debe resguardar:

- Proveer de un ambiente seguro, tranquilo, confidencial, libre de coerciones y presiones.
- Establecer una relación de ayuda, basada en la confianza y el respeto a su autonomía.
- En todo momento se pondrán en primer plano las necesidades de la mujer o adolescente, evitando activamente introducir elementos de juicio o valóricos de los integrantes del equipo tratante
- Explicitar el derecho de contar con acompañamiento psicosocial, al que puede acceder de manera voluntaria, y que en ningún caso será condición para poder realizar la IVE.
- En el proceso de acompañamiento nunca se podrá avergonzar ni humillar a una adolescente o mujer que solicita acceso a la IVE.

- Fomentar en la mujer la confianza en sus propias capacidades, el respeto hacia sí misma, que le permita tener la experiencia de “sentirse autónoma”, de verse a sí misma como una fuente legítima de autoridad.
- Permitir a la mujer conectarse con su propia experiencia, emociones, sentimientos y valores y expresarlos sin que sea sometida a un juicio de reproche.
- Evitar imponer interpretaciones sobre la experiencia que la mujer está viviendo, facilitando que ella pueda tener su propia voz y perspectiva.
- Mostrar a la mujer que tiene disponible un rango de opciones posibles sobre las que ella puede tener algún control.
- Evitar el paternalismo y transmitir a la mujer que es ella quien tiene el derecho y la responsabilidad de la decisión final.
- Asegurar que la mujer disponga de información completa, veraz, no sesgada y pertinente para la toma de la decisión.
- Acoger la ambigüedad y variabilidad en la toma de decisiones de la adolescente o mujer, comprensibles en el marco de este proceso, evitando cualquier tipo de juicio al respecto.
- Evitar cualquier dilación que dificulte acceder a tiempo a los procedimientos de la atención.

En el marco del trabajo interdisciplinario de los equipos de salud de las Unidades de Alto Riesgo Obstétrico, se hace necesaria la auto observación de los estilos de interacción que se establecen con las mujeres que se atienden en el marco de esta Ley, por alguna de las tres causales, con el fin de evitar generar daño, o bien, dificultar las intervenciones a realizar.

Trabajar en un escenario clínico de gestación de la vida se contraponen a la angustia (no patológica) de atender el drama humano, donde la muerte y graves secuelas están cotidianamente presentes. Las personas del equipo de salud, como todos los seres humanos, tienen diversas formas y mecanismos de defensa para enfrentarlos. Entre ellos, la evitación, la hiper medicalización y el ensañamiento terapéutico se distinguen como los más frecuentes. En la medida en que estos se desconocen, pueden ubicarse a la base de iatrogenias tales como:

- Bloqueo y/o banalización de la reacción emocional de la madre.
- Falta de personalización en la relación con la madre y hacia el bebé intrauterino.
- Omisión de información o transmisión poco coherente entre profesionales.
- Escasa disponibilidad para responder preguntas.
- Delegar innecesariamente el caso a otros profesionales.
- Proponer a la mujer encontrar consuelo a través de un próximo embarazo.

En la medida en que estas iatrogenias inconscientes sean observadas y trabajadas por el equipo interdisciplinario de salud, será posible establecer relaciones de ayuda significativas con las mujeres que sean acogidas, basadas en el respeto, la ausencia de juicios y el compromiso hacia la compañía y apoyo durante los difíciles momentos que deban enfrentar.

El acompañamiento psicosocial finaliza cuando se hayan cumplido los objetivos acordados en el plan personalizado, o cuando la mujer así lo decida, aun cuando hubiese estado programado para durar más tiempo.

ACCIONES

El programa de acompañamiento incluye las siguientes acciones:

- a) Acogida y contención, consistentes en brindar escucha profesional atenta, y apoyo cognitivo y emocional.
- b) Orientación a la mujer en la labor de identificación de los recursos de apoyo con los que cuenta, ya sea familiares, sociales u otros.
- c) Orientación a la mujer en la elaboración de estrategias para enfrentar su situación, ya sea que decida continuar o interrumpir el embarazo. Para estos efectos se tomarán en consideración los siguientes aspectos:
 - i. Los recursos de apoyo con que la mujer cuenta.
 - ii. Los recursos a los que puede acceder mediante las prestaciones disponibles en la red intersectorial del Estado o que se proveen por la sociedad civil.
 - iii. Los posibles riesgos a que está expuesta la mujer, tales como condiciones de salud mental, discriminación, estigmatización o violencia.
- d) Tres consultas con una o un trabajador social. Éstas podrán incluir, entre otras materias, la orientación o gestión de la activación de redes de apoyo de la red de protección intersectorial del Estado que se realizará por la trabajadora o el trabajador social del equipo que preste el programa de acompañamiento.
- e) Atención de hasta diez consultas psicológicas, según las necesidades de la mujer.
- f) Una consulta psiquiátrica para mujeres menores de dieciocho años de edad. No obstante, las mujeres mayores de 18 años de edad podrán ser derivadas a la unidad de salud mental correspondiente para su atención, según disponibilidad y afecta al sistema de salud al que se encuentre afiliada la mujer.
- g) Intervenciones grupales y visitas domiciliarias.
- h) Consejería sobre métodos de regulación de la fertilidad.
- i) Consejería en los cuidados de salud y derivación a tratamiento, en caso que durante la atención de salud se detectare alguna enfermedad previa o que se hubiere agravado producto del embarazo.
- j) Consejería genética, en la causal descrita en el número 2) del inciso primero del artículo 119 del Código Sanitario.

IMPLEMENTACIÓN

El equipo de salud que atienda a la mujer, una vez que se confirma que ella se encuentra en alguna de las tres causales, deberá:

- a) Ofrecerle el programa de acompañamiento.
- b) Proporcionarle información veraz, completa y objetiva, sobre las características de dicho programa, de acuerdo con lo dispuesto en el párrafo 4°, título II de la ley N° 20.584 (Del derecho de información).
- c) Informarle de las instituciones acreditadas que ofrecen dicho programa.
- d) Entregarle un listado de instituciones sin fines de lucro que ofrezcan apoyo adicional.
- e) En el caso de continuación del embarazo, otorgarle la información sobre la existencia de redes de apoyo, las que se activarán si así lo requiere.
- f) Dejar constancia en la ficha clínica de la aceptación o rechazo del programa, así como de cualquier cambio posterior en la decisión de la mujer.
- g) En el caso de concurrir la circunstancia de violación descrita en la Ley N° 21.030, se proveerá a la mujer de la información necesaria para que pueda presentar una denuncia.

V. INTERRUPCIÓN DEL EMBARAZO EN LA PRIMERA CAUSAL: RIESGO DE VIDA DE LA MADRE

El embarazo es un evento vital esencialmente importante en la vida de las personas, con muchas implicancias socio emocionales para la mujer, su pareja y la familia. Se sabe que cerca de la mitad de los embarazos en Chile no se planifican, pero la mayoría de éstos se aceptan después de un proceso normativo de adaptación a la noticia.

Si bien el embarazo se comprende como un estado distinto y ajeno a la enfermedad, en algunas ocasiones puede transformarse en una condición que pone en riesgo la vida de la madre, lo que obliga a un complejo cambio en la mirada y aproximación al mismo.

Esta causal considera que la mujer se encuentre en riesgo vital por una patología relacionada directamente con el embarazo, o agravada por éste, razón por la cual su interrupción oportuna y adecuada puede evitar un riesgo significativo para su vida. No es necesario que éste sea inminente, pero se deben evitar demoras innecesarias, que hagan irreversible su riesgo de vida. De esta forma, la causal permite interrumpir el embarazo, sin esperar la viabilidad fetal o agravamiento materno, con la voluntad de la mujer.

El factor temporal se presenta como un elemento crítico que determinará la propuesta de abordaje y acompañamiento. Esto agrega una especial tensión a la toma de decisiones, en la que es posible que confluyan diversas voces y miradas del contexto familiar y social de la persona. Así, será importante la confianza que los equipos de salud puedan transmitir a las mujeres en esa situación crítica, y su compromiso con el resguardo al cumplimiento de su decisión.

De esta forma, el acompañamiento psicosocial se focalizará en el apoyo durante el proceso de toma de decisión, así como en el enfrentamiento de los pasos y experiencias que dicha opción traiga consigo. Será relevante la entrega de información respetuosa y no disuasiva, así como también el acompañamiento posterior a la decisión.

ANTECEDENTES EPIDEMIOLÓGICOS

Del análisis de las muertes maternas en los últimos años, en Chile aún existen algunas consideradas prevenibles. Las causas de morbi mortalidad materna se clasifican en directas e indirectas. Las *causas directas* son las complicaciones del embarazo, parto y puerperio: hemorragias, patología hipertensiva, complicaciones infecciosas y el aborto realizado en condiciones de riesgo o “inseguro”. Las *causas indirectas* se vinculan a enfermedades preexistentes al embarazo, que se agravan durante el mismo, siendo las más relevantes, las patologías infecciosas y las enfermedades crónicas no transmisibles.

La revisión sistemática de las causas de mortalidad materna a nivel global y regional en el período 2003-09 (Regitz-Zagrosek, V. y cols., 2011) revela que las causas indirectas han aumentado globalmente, subiendo de un 20% a un 27,5% del total de muertes maternas, siendo más del 70% por enfermedades preexistentes. Este cambio en la salud materna requiere revisar las prácticas de atención del equipo de salud para visibilizarlas, identificarlas oportunamente y actuar preventivamente.

La protección de la salud materna en Chile ha sido una política de Estado, en especial a partir de la segunda mitad del siglo pasado, a través de la implementación de una serie de políticas públicas: control prenatal universal a nivel de los centros de Atención Primaria; planificación familiar/regulación de la fertilidad, desde la década de los 60, con respaldo legal (Ley 20.418, 2010); derivación oportuna de los embarazos que presenten alguna condición de riesgo a centros de referencia en la atención secundaria y terciaria, de acuerdo a normativas técnicas; atención institucional y profesional del parto, y reforzamiento de las competencias para la resolución de emergencias obstétricas. Estas diversas medidas contribuyen tener una baja mortalidad materna (15,12/100.000, 2015)², la segunda más baja en América Latina, después de Uruguay.

ASPECTOS CLÍNICOS PARA ESTA CAUSAL

La Primera Causal de la Ley señala que se autoriza la interrupción voluntaria del embarazo cuando *“la mujer se encuentre en riesgo vital, de modo que la interrupción del embarazo evite un peligro para su vida”*.

Esto hace referencia a posibles *muertes directas* (provocadas por el embarazo) o *indirectas* (agravadas por éste). Esta muerte puede ocurrir durante o después del embarazo (hasta los 42 días posparto). Esto último se atribuye a una complicación del embarazo, considerándose muerte materna. Se trata de muertes prematuras y evitables, con impacto a corto y largo plazo en su entorno familiar y social.

La cultura instalada en Chile de control prenatal favorece la pesquisa precoz de embarazos de mayor riesgo en la Atención Primaria y la derivación oportuna a centros de referencia en la atención secundaria y terciaria según normativa vigente, de manera de brindar atención especializada correspondiente al caso. Junto con ello, la atención profesional del parto y el reforzamiento de las competencias para la resolución de emergencias obstétricas contribuyen a ser un país con una baja mortalidad materna.

Para reducir riesgos susceptibles de ser modificados, y así dar una correcta orientación y referir oportunamente a aquellas mujeres con riesgos severos no modificables, se requiere fortalecer el control preconcepcional, a fin de pesquisar previo al embarazo aquellas condiciones de riesgo. En las mujeres con enfermedades preexistentes, debe evaluarse el riesgo de un embarazo y eventuales cambios en el manejo terapéutico.

La estrategia ministerial definida para reforzar la prevención de las muertes maternas en los últimos años, comprende socializar en los equipos de salud el cambio epidemiológico y demográfico de las mujeres que se embarazan, detectando factores que las hacen más vulnerables (mayor edad y comorbilidades asociadas, condición migratoria), junto con detectar aquellos casos de morbilidad materna grave o “casi pérdida” (*“near miss”*), como condiciones que alertan sobre la necesidad de reforzar los procesos a nivel local, información que complementa la proporcionada por las auditorías de muertes maternas.

² Elaboración Programa de Salud Sexual y Reproductiva, MINSAL, 2016.

CONSIDERACIONES PARA LA ATENCIÓN DE UNA MUJER EMBARAZADA EN RIESGO VITAL

En el proceso de acompañamiento, la consideración de las variables de tipo gineco obstétrico se deben complementar con las psicosociales.

El acompañamiento psicosocial para mujeres embarazadas que presentan riesgo de vida requiere de una atención integral, entendida como el trabajo articulado de equipos biomédicos y psicosociales, que deberán estar en estrecha comunicación frente a un objetivo en común: acompañar a la mujer en el enfrentamiento de la noticia, en el proceso de toma de decisión y en la elaboración psicológica y emocional de la experiencia, con el objetivo de reestablecer su salud integral y bienestar en un período de tiempo acorde al proceso.

Será relevante distinguir los elementos que puedan influir en la salud mental de la persona, de manera de potenciar los factores protectores y proponer abordajes que disminuyan los efectos de los factores de riesgo. Se deberá indagar en la salud mental de la mujer, distinguiendo la presencia de patologías o problemáticas de difícil resolución, que puedan complejizar y acrecentar el dolor psíquico producto de esta crisis. Así también, se deberán distinguir sus recursos de afrontamiento y características personales que le permitirán hacer frente a esta situación.

Por otra parte, será necesario acceder a la red de apoyo personal de la adolescente o mujer, distinguiendo con ella a sus figuras significativas, que podrán contenerla y sostenerla en esta experiencia. Así, será ella quién elija a quién/es incorporar en este proceso (pareja, hijos, familiares, amigos), con miras a favorecer un acompañamiento respetuoso de la decisión que tome la mujer, así como el apoyo en el enfrentamiento de su opción.

De gran importancia será acoger la ambivalencia y temor de la adolescente o mujer frente al procedimiento médico. Cuando dichas ideas y emociones la confundan respecto de su opción, será aconsejable ofrecerle apoyo para que pueda aclarar su decisión. Y postergar el procedimiento, si corresponde.

La capacidad de enfrentamiento de una mujer en esta situación, así como la eventual aparición de sintomatología de salud mental, podrían verse influenciadas por variables como:

- Edad gestacional: la aceptación del embarazo y la vinculación con el hijo(a) por nacer crece a medida que cursa la gestación, en los procesos de vinculación normal. Por lo tanto, la emergencia del riesgo vital para la madre en el primer trimestre podría generar consecuencias diferentes en su salud mental, en comparación con su presencia en el segundo o tercer trimestre. Es esperable que la intensidad de la problemática en esta esfera sea mayor en los casos que emergen al final del embarazo, cuando la mujer y familia han desarrollado un vínculo y apego más profundo con el hijo (a) y la idea de la maternidad.
- Calidad del proceso de vinculación prenatal: variable importante en la elaboración del duelo, toda vez que apegos sanos se relacionan con procesos de duelo adecuados, y apegos patológicos, con duelos patológicos.
- Momento de aparición de la patología física: la vivencia del embarazo será diferente en el caso de una mujer que sabe que tiene una patología incompatible con la maternidad, versus otra que, estando embarazada enfrenta una que arriesga su vida. En el primer caso, podría haberse desarrollado un proceso de elaboración y aceptación de la incompatibilidad de la maternidad con la propia vida. En el segundo, se trata de una noticia que irrumpe contra las

expectativas de una gestación sana y un proyecto de vida, enfrentando a la mujer y su familia a una situación inesperada que representa dos amenazas paralelas: el riesgo de vida de la madre y la incompatibilidad de la vida del hijo(a) respecto de la vida de la madre. Esta encrucijada obliga a tomar una difícil decisión, siendo esperable la aparición de sintomatología ansioso-depresiva y de las primeras fases del duelo.

- Urgencia en la toma de decisiones: si ocurre una urgencia obstétrica la mujer no tendrá tiempo para elaborar la noticia y desarrollar un proceso necesario para la toma de decisión. Deberá enfrentar una crisis no normativa en su vida, en la que podría presentar sintomatología ansioso-depresiva y sentimientos de culpa. La experimentación de riesgo de vida podría también derivar en sintomatología de estrés post traumático posterior a la interrupción del embarazo.
- Antecedentes de pérdidas en embarazos anteriores: las mujeres que han vivido una pérdida previa de su embarazo están más propensas a experimentar tristeza o trastornos del ánimo, así como también una preocupación excesiva respecto de una próxima gestación o durante esta, en comparación con las mujeres sin antecedentes de pérdida del embarazo.

ACOMPAÑAMIENTO INTEGRAL

Toda mujer embarazada que presenta riesgo vital tiene derecho a ser acogida y recibir información completa y clara sobre su situación de salud, los cuidados y las prestaciones médicas que requiere, las alternativas en relación a continuar o interrumpir su embarazo, así como de la posibilidad de acceder a un programa de acompañamiento.

Este apoyo es de gran relevancia para considerar sus opciones y asegurar que puede expresar su voluntad sin ningún tipo de presión, en un marco de derechos y cumplimiento de la ley que regula la despenalización de la interrupción voluntaria del embarazo.

En esa línea, será necesario contar con el consentimiento y deseo de la mujer de involucrar a su familia o personas significativas en las sesiones, así como también, tener un objetivo claro del trabajo con ésta. Siempre se debe resguardar la confidencialidad y transparencia de la información centrada en la mujer y evitar triangulaciones que pudieran afectar la relación de ayuda.

a. Acogida y Entrega de Información

Acompañar a la mujer gestante en riesgo vital producto de su embarazo, requiere contener en la crisis, facilitando el logro de la calma posible para hacer frente a esta situación. Para ello, es importante la entrega de información clínica clara respecto del desarrollo y desenlace posible de la condicionante de salud de la madre, indicando los procedimientos a realizar para resguardar su vida.

En línea con lo planteado, esta información debiese ser entregada en una conversación en dupla interdisciplinaria, compuesto por obstetra y/o neonatólogo, y un profesional del área psicosocial.

A su vez, se requiere presentar el encuadre de la ley que regula la despenalización de la interrupción voluntaria del embarazo, brindándole respaldo y protección frente a la decisión que ella tome.

Es necesario acoger las preguntas que la mujer requiera aclarar, para optar con tranquilidad y sin presión. Se debe considerar:

- Compartir información sobre la Ley de Despenalización de la Interrupción Voluntaria del Embarazo, a la que puede acogerse si es que lo desea, recogiendo las dudas y explicando los alcances de la misma.
- Informar sobre los procedimientos clínicos para realizar interrupción, de acuerdo con evaluación médica. Incluir aspectos relacionados con las posibles molestias físicas, manejo del dolor, riesgos potenciales y posibles complicaciones asociadas a la intervención.
- Informar y proponer la alternativa de acceso a Programa de Acompañamiento Psicosocial, explicitando que ella es quien decide si quiere recibirlo o no. Así también, mantener vigente la invitación y la disponibilidad del equipo para recibirla, si quisiera optar al Programa en otro momento.
- Entregar información sobre instituciones u organizaciones de la sociedad civil acreditadas que realizan el acompañamiento, para quien lo solicite.
- Compartir información sobre los procesos de reclamo, en un marco de derechos a una atención de calidad.

b. Continuidad del Acompañamiento

Acompañar a una mujer en riesgo de vida a causa de su gestación requiere de la construcción de un vínculo de ayuda entre un equipo de profesionales que confluyen en objetivos compartidos y adscriben a principios valóricos y modelos de equidad de género y derechos humanos.

Se busca proveer a la mujer de una experiencia humanizada en la atención de salud, en la que el equipo sintoniza con su dolor y angustia, y la acompaña con profunda empatía.

En circunstancias en que la mujer se encontrara emocionalmente afectada por esta situación y aceptara el acompañamiento psicosocial del equipo de salud, podría estructurarse un proceso en diferentes fases, correlacionadas con el curso clínico y aspectos biomédicos relevantes en cada caso:

Curso del Caso	Aspectos Clínicos	Acompañamiento Psicosocial
Sospecha de que el embarazo pueda poner en riesgo la vida de la mujer.	<ul style="list-style-type: none"> - Momento en que surge la sospecha: podría esperarse un significado subjetivo y riesgo diferente, según el trimestre del embarazo en que se entrega la noticia a la madre. - Edad de la mujer: podría asociarse a distintos agravantes, así como también, limitar las alternativas a futuro respecto de la maternidad. - Patologías de base: que pudiesen complicar el problema de salud o la intervención para su mejoría 	<p>Acompañar en este período requiere ofrecer soporte en tiempos de angustia e incertidumbre, acogiendo y brindando contención tanto a la mujer como a su pareja y familia, si fuese pertinente y necesario.</p> <p>Será importante entregarle certeza de que no está sola en esta crisis; que cuenta con un equipo para apoyarla.</p>
Confirmación Diagnóstica o situación crítica de salud, que se agrava por la condición de embarazo, poniendo en riesgo la vida de la mujer.	<ul style="list-style-type: none"> - Momento de la confirmación: puede determinar la particularidad de cada vivencia, dependiendo si se trata de una situación de urgencia o de un diagnóstico que requiera de un tratamiento específico para proteger la vida. En cada caso, el tiempo es un factor crítico, que tensiona y complejiza la toma de decisiones. - Se sugiere sostener una conversación con la mujer y con quien ella estime (si lo quisiera), en una dupla compuesta por el médico especialista y la psicóloga, en un ambiente acogedor y que resguarde la privacidad. 	<p>El acompañamiento en esta etapa se propone favorecer la clara comprensión de la situación de salud y las consecuencias asociadas a la decisión respecto de la continuidad o interrupción del embarazo.</p> <p>La presencia de la psicóloga desde el momento de la entrega de información favorecerá el desarrollo de intervención en crisis, que permita contener las emociones que inundan y apoyar hacia el logro de la calma necesaria para focalizarse en el enfrentamiento de la urgencia y la toma de decisiones.</p>
Decisión de continuar el embarazo.	<ul style="list-style-type: none"> - Características de la situación de salud y cuidados paliativos. - El recién nacido vivo, prematuro, nacido tras una interrupción del embarazo, recibirá la asistencia del o de los/as profesionales de atención inmediata de neonatología, según indicaciones de manejo clínico, en base a los lineamientos ministeriales vigentes. 	<p>La mujer que opta por llevar a término su embarazo sabe que puede perder su vida a causa de dicha decisión. De esta forma, esta alternativa implica sufrimiento y angustia, tanto para la mujer, como para su pareja y familia, siendo relevante el apoyo en la contención y la compañía.</p> <p>Si bien aparece con fuerza la idea de la muerte, esta opción obliga a mirar la vida, tanto en lo referente a los cuidados del embarazo, como a la trascendencia en el hijo o hija que se espera.</p> <p>De esta forma, éste puede transformarse en un tiempo para elaborar la propia historia e identificar redes y personas significativas que puedan apoyar a la pareja en el cuidado y protección del hijo/a que nacerá.</p>

<p>Decisión de interrupción del embarazo.</p>	<p>- En los casos en que la mujer decida interrumpir su embarazo, el procedimiento clínico tendrá características específicas, en función de la edad gestacional.</p>	<p>Si bien el procedimiento de la interrupción del embarazo se enmarca en el ámbito biomédico, será significativo para la mujer saber que cuenta con el apoyo y disponibilidad del equipo psicosocial para acompañarla.</p> <p>Se favorecerá que la decisión sea tomada en libertad y tranquilidad, ofreciendo un encuadre de respeto y valoración a su opción, sin juicio ni estigma.</p> <p>Lo anterior no implica que este proceso no esté exento de emociones intensas e, incluso, contradictorias. Ante esto, será importante indagar en las ideas, creencias, actitudes y sentimientos tanto de la mujer como de sus vínculos significativos, de manera de apoyar y orientar para la aceptación de la situación, y promover respeto y apoyo a su decisión.</p>
<p>Seguimiento</p>	<p>- Control médico y psicológico posterior a la intervención de interrupción.</p>	<p>El acompañamiento deberá adecuarse a la situación emocional y física de la mujer, para brindar contención y apoyar en la elaboración del duelo. Así también, será relevante indagar en la posibilidad de incorporar a la pareja y/o personas significativas que la mujer elija.</p> <p>Se deberá distinguir la posible presencia de culpa y sintomatología que pudiese derivar en algún cuadro psiquiátrico que requiera intervención específica. En caso de detectarse, se deberá tratar de forma integrada con la Red de Salud Mental, asegurando la continuidad del cuidado.</p>
<p>Cierre</p>	<p>- Alta médica</p>	<p>En esta fase, el acompañamiento confluye hacia la referencia vincular a Atención Primaria o al dispositivo de la Red de Salud que sea necesario y atingente, con el objeto de dar continuidad al cuidado de la mujer.</p>

VI. Interrupción del Embarazo en Segunda Causal: el embrión o feto padezca una patología congénita adquirida o genética, incompatible con la vida extrauterina independiente, en todo caso de carácter letal

La experiencia del embarazo guarda distintas significaciones en el mundo afectivo de la mujer y su pareja. Éstas se ven determinadas por el deseo de tener un hijo/a, las expectativas, los cambios que esta situación conlleva para la vida, la recepción del entorno, la situación socioeconómica de la familia, entre otros factores.

Todo embarazo es vivido desde su inicio como una intensa etapa psíquica para la mujer, que lleva a revisar y replantear aspectos vitales importantes, como son la propia infancia, la relación con la madre, las expectativas del hijo esperado y del hijo “soñado”, expectativas acerca del tipo de madre que piensa ser, etc. En este proceso de replanteamiento psíquico, es que irrumpe la “mala noticia” de que el hijo no está sano y emerge la amenaza de la letalidad.

En este contexto de profundo quiebre, este nuevo marco legal permite a la mujer enfrentar la toma de decisión respecto de continuar o interrumpir su embarazo. Esto agrega complejidad al acompañamiento y desafía a los equipos a entregar presencia, cercanía y fortaleza en momentos de profundo dolor.

ANTECEDENTES EPIDEMIOLÓGICOS Y DIAGNÓSTICOS

La Ley Nº 21.030 establece que se autoriza la interrupción voluntaria del embarazo cuando “el embrión o feto padezca una patología congénita adquirida o genética, incompatible con la vida extrauterina independiente, en todo caso de carácter letal”.

En la literatura médica internacional no existe un consenso sobre el concepto de anomalía congénita letal. La Rama de Genética de la Sociedad Chilena de Pediatría, definió como “*Anomalía Congénita de Mal Pronóstico Vital (ACMPV)*” a todo defecto estructural o funcional que compromete seriamente uno o más órganos vitales imprescindibles para la vida extrauterina, que no son reemplazables o recuperables con las herramientas médicas o quirúrgicas actualmente disponibles, y que determina invariablemente la muerte durante el periodo fetal o tras el nacimiento, o que previsiblemente se asocia con un tiempo de supervivencia breve. En condiciones excepcionales, la supervivencia pudiese ser mayor, pero inevitablemente con una muy mala calidad de vida.

En base a la tecnología diagnóstica científica actual es posible definir un listado limitado de patologías congénitas adquiridas o genéticas, incompatibles con la vida extrauterina independiente, en todo caso de carácter letal, junto con sus incidencias esperadas, las cuales han sido aceptadas universalmente, y sobre la cual también la Sociedad Chilena de Pediatría se ha pronunciado(29).

A continuación, se presentan cifras estimadas, a partir de la prevalencia de anomalías incompatibles con la vida reportada a nivel internacional y considerando un número de partos por año de 250.000, similar a la realidad chilena. Esto permite inferir que debieran ocurrir alrededor de 500 casos anuales de patología congénita adquirida o genética, incompatible con la vida extrauterina independiente, en todo caso de carácter letal en el país.

Estimación de Casos ACPV sobre Recién Nacidos Vivos		
Malformación	Prevalencia	Casos/año
Anencefalia	1:1.000	250
Holoprocencefalia	1:16.000	15
Atresia laríngea	Desconocida	1
Pentalogía Cantrell	1:67.000	4
Secuencia tallo corporal	1:14.000	18
Agnesia renal bilateral	1:10.000	25
Riñones multiquísticos	1:10.000	25
Riñones poliquísticos	1:50.000	5
Displasias esqueléticas tanatofórica	1:10.000	25
Osteogénesis imperfecta severa	1:60.000	4
Trisomía 18*	1:2.200	113
Trisomía 13*	1:6.900	36
Gemelos acárdicos	1:100.000	2
Otras (triploidía, trisomía 9., etc)	<1:100.000	1
TOTAL		524

*Elaboración en base a prevalencias estandarizadas en 12 semanas de gestación en población con edad materna promedio de 25 años.

Estas patologías no constituyen un catálogo taxativo, sino que reflejan aquellas que según la evidencia son indiciarias de incompatibilidad con la vida extrauterina, en todo caso de carácter letal. Sin perjuicio de ello, siempre la evaluación del caso concreto, realizada por dos diagnósticos de médicos especialistas en igual sentido, es lo que determinará la posibilidad de constitución de una segunda causal.

La realización de ecografías en la población de mujeres embarazadas está incorporada en los modelos de atención para las de bajo riesgo, en las guías perinatales de nuestro país. Esto permite establecer alertas oportunas que requieran derivación al Nivel de Especialidad, en donde se genere la confirmación diagnóstica de patología congénita adquirida o genética, incompatible con la vida extrauterina independiente, en todo caso de carácter letal y se clarifique la letalidad de la alteración congénita.

A partir del análisis que realicen los especialistas, se deberá entregar clara información a la mujer en relación a los hallazgos: diagnóstico, pronóstico y todas las opciones de manejo, incluyendo la interrupción voluntaria del embarazo, asegurando su autonomía para la toma de decisiones.

CONSIDERACIONES PARA LA ATENCIÓN DE UNA MUJER CON UN EMBARAZO INVIABLE

Durante siglos, la maternidad ha sido un hecho natural. En la actualidad, los avances tecnológicos han ampliado las alternativas para lograr un embarazo, así como también, las posibilidades de ver la imagen ecográfica del hijo en gestación desde el comienzo, lo que facilita el apego de los progenitores con éste.

Sin embargo, este gran avance también permite saber precozmente si el feto presenta problemas, lo que enfrenta a los padres a la necesidad de tomar decisiones de vida o muerte sobre su hijo y la continuidad del embarazo. Para los padres, no es el peso, ni la edad gestacional lo que transforma al feto en hijo y lo dota de una identidad propia, sino que es el lugar que le han creado en su mundo afectivo, lo que condiciona que lo consideren hijo y persona.

Ante el diagnóstico de patología congénita adquirida o genética, incompatible con la vida extrauterina independiente, en todo caso de carácter letal, se enfrenta un complejo momento, pues se desencadena un vuelco dramático en el proceso de embarazo y la reorganización psíquica que lo caracteriza. La expectativa inicial de un embarazo orientado a la vida es derribada, junto a las ilusiones y fantasías del hijo sano esperado, adelantándose el desafío de integrar al “hijo imaginado” y al “hijo real” durante el período prenatal, muchas veces ampliándose este proceso a toda la familia.

En relación a las reacciones esperadas frente a esta noticia, es posible distinguir al menos tres fases características de este proceso: negación del problema, diagnóstico y/o pronóstico; esfuerzos por prolongar la vida del bebé (a través de búsqueda de otras opiniones u opciones médicas, ritos religiosos, entre otros); hasta lograr finalmente la aceptación de la inevitabilidad de la muerte.

Las manifestaciones del duelo perinatal pueden verse intensificadas por la presión que ejerce el entorno, al sorprenderse de que el duelo no haya sido "superado" por la mujer, bajo la premisa de “seguir adelante”, por ejemplo, teniendo otro hijo. Por otra parte, en países como el nuestro, otro aspecto a considerar es que la interrupción del embarazo ha sido una práctica ilegal por años, lo que añade peso a la carga social de la mujer que decide interrumpirlo, sea por la circunstancia que sea.

Clarmunt (2009) hace referencia al tabú de las pérdidas perinatales en la actualidad. Señala que pese a que los asuntos relacionados con la sexualidad y la reproducción son de interés general y creciente, el aborto sigue relegado al silencio, de manera de evitar hacerse cargo de lo que estos conceptos suponen. Destaca que esta indiferencia social hacia la pérdida perinatal ha impedido que las mujeres transmitan la sabiduría de su vivencia de generación en generación. Las mujeres cuentan sus embarazos exitosos, pero silencian aquellos que son truncados.

La cronificación y agravamiento de sus síntomas podrían desencadenar un sufrimiento psicológico de mayor complejidad, dando lugar a trastornos psiquiátricos y duelos patológicos (duelo ambivalente, detención o cronificación del duelo). De esta forma, será relevante realizar una adecuada distinción entre duelo perinatal y depresión, lo que determinará la toma de decisiones respecto de las necesidades de derivación.

Si bien en estos casos el duelo puede ser percibido como un trauma, su resolución supone la integración de la pérdida a través de la búsqueda de sentido, asumiendo el cambio que produjo la ausencia de la persona amada y tolerando las emociones que dicha ausencia provoca. Un logro

significativo en este proceso sería completar una narración coherente del proceso de pérdida y duelo, procesado de tal forma que lleve a la redefinición de las metas de vida (Niemeyer, 2009).

Dentro de las estrategias que pueden favorecer un mejor desarrollo del duelo y, desde ahí, prevenir el surgimiento de sintomatología psiquiátrica, se encuentran aquellas que propicien la sensación de control a partir de la capacidad de decidir, así como las que apunten a resguardar momentos significativos de contacto y apego con el hijo o hija durante su tiempo de sobrevivencia.

Por otra parte, en la medida en que la mujer cuente con una red de apoyo fortalecida y pueda acceder a un proceso terapéutico significativo, es factible que se produzca una reorganización y readaptación al nuevo escenario, en el que, sin olvidar la pérdida, sea posible rehacer la vida y recuperar la capacidad de disfrutar.

ACOMPAÑAMIENTO INTEGRAL

Toda mujer tiene derecho desde un inicio a ser acogida y recibir información pertinente y adecuada sobre las condiciones de su gestación, las alternativas de continuar o interrumpir su embarazo, las características de las prestaciones médicas y la información del programa de acompañamiento. De esta forma, la acogida y el acompañamiento serán de gran importancia para ayudarla a considerar sus opciones y asegurar que puede expresar su voluntad sin ningún tipo de presión, en un marco de derechos y cumplimiento de la ley que regula la despenalización de la interrupción voluntaria del embarazo. Se apuntará a otorgar el apoyo necesario para afrontar una noticia dolorosa, inesperada e irreversible, como lo es el pronóstico de la muerte de un hijo/a.

El acompañamiento en el duelo perinatal es determinante para procesar la pérdida, considerando las circunstancias en que esta ocurre. Para ello, se deberá considerar el momento en que ésta se produce o se interrumpe el embarazo; si se trata del primer embarazo o no; que el hijo haya sido deseado, aceptado o rechazado, independiente de que el embarazo haya sido programado o no; que la gestación se haya producido al final de la vida reproductiva o fruto de técnicas de fertilización, entre otros aspectos.

Al recibir un diagnóstico de este tipo, la esperanza y felicidad propias del embarazo deseado corren el riesgo de transformarse en shock, pánico y desintegración, sentimientos de culpa, depresión o ira. En este escenario, se hace necesario incorporar el factor del tiempo que transcurre entre el anuncio de inviabilidad fetal y la interrupción del embarazo, o la muerte del hijo o hija en los casos de embarazos que lleguen a término. Considerando lo variable, no predecible e incierto de este proceso, cobra especial relevancia atender a la posible aparición de sintomatología psiquiátrica en las mujeres, así como incorporar el análisis de factores psicosociales y dependientes de la personalidad y la cultura, para comprender la vivencia de la mujer y diseñar el proceso de acompañamiento.

a. Acogida y Entrega de Información

Ante el diagnóstico de patología congénita adquirida o genética, incompatible con la vida extrauterina independiente, en todo caso de carácter letal la mujer necesita ser escuchada y validada en sus emociones, comprendida y contenida. A partir de la construcción de un vínculo de confianza, será

posible ofrecer contención y apoyo en el proceso de asumir el diagnóstico de su hijo o hija y enfrentar la frustración de las expectativas de tener un hijo/a sano y con proyección vital, a la vez que entregar herramientas a los padres para elaborar el duelo.

La mujer requiere información clara y completa del equipo de salud; apoyo para la resolución de sus dudas y la contención de sus angustias y temores asociados a ellas. El diagnóstico debe ser confirmado y entregado por el médico especialista a cargo. Si bien se requiere preservar la especificidad profesional, se hace fundamental que todo el equipo de salud tenga conocimientos acerca de dichos temas médicos y pueda transmitir mensajes coherentes con el diagnóstico biomédico, en forma simple y clara a la mujer y su red de apoyo, pues seguramente ellos seguirán teniendo dudas y confusiones al respecto, las que será necesario seguir clarificando.

En este contexto, es importante explicitar que las acciones de acogida e información no están orientadas a dar consejo, sugerencias o recomendaciones. Tampoco buscan influir, abierta o sutilmente, sobre la decisión de las personas. En la entrega de información se debe considerar:

- Revisar las alternativas de elección que tiene frente al embarazo, compartiendo información sobre la Ley de Despenalización de la Interrupción Voluntaria del Embarazo, a la que podría acogerse si es que lo desea, recogiendo las dudas y explicando los alcances de la misma.
- Informar sobre los procedimientos clínicos para realizar la interrupción, de acuerdo con evaluación médica, incluir aspectos relacionados con las posibles molestias producidas en los procedimientos, manejo del dolor, riesgos potenciales y posibles complicaciones asociadas a los procedimientos. En el procedimiento de entrega de esta información, será necesario definir qué profesional entregará esta información.
- Informar y proponer la alternativa de acceso a Programa de Acompañamiento Psicosocial, explicitando que ella es quien decide si quiere recibirlo o no. Así también, mantener vigente la invitación y la disponibilidad del equipo para otorgarla, si quisiera optar al Programa en otro momento.
- Entregar información de instituciones u organizaciones de la sociedad civil acreditados que realizan el acompañamiento, para quien lo solicite; y el listado de instituciones sin fines de lucro que ofrecen apoyo adicional a dicho programa.
- Compartir información sobre los procesos de reclamo, en un marco de derechos a una atención de calidad.

b. Acompañamiento para la Toma de Decisión

Desde el momento que se conoce el diagnóstico de inviabilidad fetal, la atención biopsicosocial de la gestante y, eventualmente, su familia se presenta como una tarea compleja, que puede incidir en el logro de un adecuado proceso de discernimiento, que propicie y favorezca la autonomía en la toma de decisiones y el enfrentamiento de cada opción.

La forma en que esta información se entrega influye en la manera en que la incorpora; en la construcción emocional de su experiencia; en la toma de decisiones; así como el recuerdo que se conserve.

Las personas aprecian las señales que les transmite el equipo de salud en relación a que entiende el impacto de lo que están viviendo, por lo que se hace necesario destinar el tiempo y el espacio de

privacidad adecuado para entregar este tipo de información, evitando terminología técnica que dificulte la comprensión. Se deberá dar espacio a las necesarias preguntas que surjan en las consultantes, asegurándose de aclarar las dudas y explicitando los posibles escenarios a enfrentar.

Por ello, se vuelve relevante que la dupla psicosocial colabore continuamente con el equipo médico en la entrega de información y en el desarrollo de consejerías, muchas veces actuando como un nexo médico-mujer, que facilite y simplifique la comunicación entre ambos. Asimismo, esta dupla psicosocial debe apoyar y orientar al equipo médico en el manejo de cada caso, según las características psicológicas y sociales exploradas en cada mujer y su entorno.

Frente al diagnóstico de inviabilidad fetal, el protagonismo y responsabilidad en la toma de decisiones puede evitar sentimientos de impotencia, favorecer un mejor desarrollo del duelo y evitar el surgimiento o agravamiento de patología de salud mental. Así, será de gran importancia el acompañamiento del equipo interdisciplinario a la mujer y a las personas significativas que ella distingue, respetando su decisión y sin persuadir su voluntad al anteponer los propios valores o creencias.

Se la acompañará a observar todas las consideraciones que implica tomar una decisión u otra, sin presionar ni juzgar, respetando y legitimando su propia determinación. La ambivalencia será comprendida como parte esperable en este proceso, observándola en conjunto desde un inicio, y apoyando también para lograr la focalización hacia la opción. Será importante acoplarse a la variabilidad y dar cabida a la retractación, de manera de evitar la tensión o el miedo de la mujer de manifestar al equipo su deseo de cambio, en el caso que así sucediera. Esto podrá proveer de experiencias puntuales de control, que rescaten los recursos y fortalezas personales para hacer frente a esta crisis.

Para el adecuado desarrollo del acompañamiento, se deberán explorar las necesidades de atención psicosocial de la mujer: situación familiar, red de apoyo, significado, historia y grado de aceptación de este embarazo en su vida, creencias espirituales y religiosas, condiciones de vulnerabilidad social, problemas de salud mental.

Por otra parte, será relevante incorporar a la pareja en este proceso, en la medida en que la mujer lo acepte y/o solicite. Esto permitirá comprender el impacto de esta crisis al interior de la pareja y la familia, de manera de entregarles estrategias de afrontamiento para que en conjunto se apoyen para hacerle frente. Si bien la potestad de la decisión recae sobre la mujer, la opción compartida puede aliviar y prevenir el surgimiento de sentimientos de culpa, así como también favorecer el apoyo mutuo, fortaleciendo la empatía y evitando recriminaciones. Será importante que las figuras significativas para la mujer puedan comprender su decisión y apoyarla en estas circunstancias, teniendo en consideración que será su opción la que marcará el proceder del equipo de salud.

c. Acompañamiento para Enfrentar la Decisión

Al acompañar a la mujer y su familia, se debe considerar que cada persona afrontará con su propio estilo y recursos la experiencia de duelo. Tanto las características de personalidad como las circunstancias y el encuadre social pueden determinar dicha experiencia y deben ser consideradas

durante este proceso. Asimismo, se debe tener presente que las situaciones de duelo pueden repetirse de formas diversas a lo largo de la vida de una persona.

Si bien algunos duelos podrían desencadenar un sufrimiento psicológico complejo y difícil de sobrellevar, será también posible que las mujeres afronten la decisión con tranquilidad y certeza.

Será necesario tener presente la posibilidad de que estas mujeres ya hayan experimentado duelos previos por esta misma situación, o bien, puedan vivir nuevamente esta experiencia a futuro. En estas circunstancias se debe considerar la posible inseguridad y temor a verse enfrentadas a otro embarazo con estas características.

En el caso de pérdidas de embarazo repetitivas y malformaciones congénitas, es altamente frecuente la aparición de sentimientos de culpa por creer haber “producido” la enfermedad del bebé, ya sea por “cometer algún acto indebido” (ingesta de medicamentos, drogas, “pasar rabias”, etc.) o por estar “heredando” el problema. Asimismo, aparece la ansiedad por la posibilidad de que la incompatibilidad con la vida pueda repetirse en un futuro embarazo, por lo que se hace importante acceder a una adecuada consejería médica y genética

Se considera esperable que un proceso de duelo se prolongue hasta por dos años, siempre y cuando no se denote complicación de la sintomatología o franca depresión. Por esto, es importante que el equipo de salud esté atento a la aparición de sintomatología que evidencie síntomas depresivos o de otros trastornos psiquiátricos que ameriten tratamiento específico. Así también, será relevante generar acciones que apunten a prevenir que el duelo se transforme en depresión.

Curso del Proceso	Aspectos Emocionales Significativos	Consideraciones para el Acompañamiento Psicosocial
<p>Sospecha de patología congénita adquirida o genética, incompatible con la vida extrauterina independiente, en todo caso de carácter letal</p>	<p>Momento de gran dolor e incertidumbre, pues la ilusión del hijo sano se enfrenta a la realidad de la enfermedad e inviabilidad.</p> <p>Altos montos de ansiedad podrían interferir en la concentración y memoria, dificultando la clara comprensión de la información que es entregada</p>	<p>El acompañamiento en esta etapa se enmarca en un proceso diagnóstico que puede ser doloroso y cuyos tiempos de espera serán diversos. En cada caso, será importante transmitir a la mujer y su familia que el equipo de salud empatiza con su dolor y comprende el impacto del enfrentamiento de una situación como ésta.</p> <p>Por ello, se deberá destinar el tiempo adecuado y un espacio de privacidad para entregar este tipo de información, evitando terminología técnica difícil de entender y asegurándose que la mujer y sus personas significativas, autorizadas por ella, comprenden con claridad la información que reciben.</p> <p>Será relevante establecer una relación de confianza a partir de la cual la adolescente o mujer sienta que puede explicitar sus dudas y retomarlas en conversaciones sucesivas. Así también, en algunos momentos se deberá acoger la angustia que provoque la incertidumbre respecto de la letalidad del diagnóstico.</p>
<p>Confirmación diagnóstica de patología congénita adquirida o genética, incompatible con la vida extrauterina independiente, en todo caso de carácter letal</p>	<p>Frente al diagnóstico de patología congénita adquirida o genética, incompatible con la vida extrauterina independiente, en todo caso de carácter letal, es esperable que la mujer y su red de apoyo pasen por distintas fases emocionales, las que no son estáticas ni siguen un orden pre establecido, sino que pueden traslaparse y/o repetirse en diferentes momentos del proceso.</p> <p>Inicialmente, será posible distinguir reacciones como negación frente a la noticia, incredulidad y búsqueda de nuevas</p>	<p>Al igual que en la causal anterior, se sugiere realizar la conversación para la entrega de la confirmación diagnóstica de letalidad en dupla entre el médico especialista y la psicóloga. Con esto, se espera fortalecer la relación de ayuda con la mujer, al transmitirle compañía y apoyo por parte de un equipo interdisciplinario articulado, atento y sensible a su dolor, que la escucha, valida sus emociones y la contiene, comprometido y disponible para acompañarla a lo largo del proceso.</p> <p>Se deberá entregar clara información a la mujer en relación a los hallazgos, en un espacio de contención y respeto, de manera dosificada y atinente a este momento. Se deberá presentar el diagnóstico, pronóstico y todas las opciones de manejo, incluyendo la interrupción voluntaria del embarazo, asegurando su autonomía para la toma de decisiones. El equipo estará disponible para clarificar las múltiples dudas, y contener las angustias y temores que este diagnóstico implica.</p> <p>Las reacciones emocionales de la mujer y su red familiar dependerán de sus expectativas; de su relación con el embarazo; su construcción simbólica de la maternidad; sus</p>

	<p>opiniones médicas. Esto podría acompañarse también por rabia y dolor contra sí misma, su pareja y/o el equipo de salud.</p>	<p>proyecciones de vida a partir del embarazo, la sociedad y la cultura a la que pertenecen, entre otros factores. De esta forma, será necesario incorporar dichos factores en el proceso de acompañamiento, así como también, comprender y acoplarse a los mecanismos protectores para el enfrentamiento del estrés, así como a la expresión emocional de cada mujer, adecuándose a sus tiempos para procesar la noticia y visibilizando sus esfuerzos por enfrentar esta situación crítica y difícil. Desde ahí será posible empatizar con ella y transmitirle sintonía y disponibilidad para acompañarla en su dolor y angustia.</p>
Acompañamiento en la decisión	<p>Esta situación representa una crisis tanto para la mujer como para su red familiar, en cuanto desarma y empuja a reajustar sus expectativas con respecto a su situación actual y futura, tanto en lo personal como en su entorno.</p> <p>Es posible que durante este proceso las emociones que primen sean de dolor, rabia, tristeza e incertidumbre. En este escenario, el discernimiento y la toma de decisiones se tensionan y pueden verse interferidas por la emocionalidad que pueda desbordarse.</p> <p>Así también, es posible que la mujer enfrente su proceso de decisión en calma y con tranquilidad, viviendo su tristeza acompañada y con un buen soporte en su red de apoyo.</p> <p>Será necesario considerar cada estado emocional y redes de apoyo presentes, de manera de</p>	<p>En este contexto, los equipos de salud son llamados a entregar presencia, cercanía y fortaleza en momentos de profundo dolor, a lo largo del proceso de acompañamiento a la mujer, su pareja y familia.</p> <p>Es necesario conocer el significado de esta pérdida desde la perspectiva de la mujer y su pareja, de manera de considerar y responder a la particularidad de cada experiencia. Los equipos están llamados a estar presentes y disponibles, a escuchar y comprender el dolor de la pérdida, a respetar el ritmo y tiempo en que las personas puedan procesar su experiencia y acompañarlas en la toma de la decisión respecto a continuar o interrumpir el embarazo, si es solicitado por la mujer.</p> <p>Las conversaciones en esta fase serán críticas para apoyar en la toma de decisiones. Se sugiere realizarlas en dupla médico – psicóloga, con el objeto de informar con claridad y contener en la emocionalidad que pueda desbordar. Por otra parte, si la mujer lo autoriza, se deberá trabajar con las personas significativas de la mujer, en pro de favorecer su aceptación y apoyo a las decisiones que ella tome, respecto de su embarazo y proyectos de vida.</p> <p>Es necesario explicar los procedimientos a realizar para la continuación o interrupción del embarazo y los posibles escenarios a enfrentar, en función de la edad gestacional en que se realicen, así como adecuar el acompañamiento a las características de cada procedimiento de IVE.</p> <p>El factor tiempo se presenta también como un elemento crítico que requiere el equilibrio entre el respeto a los ritmos de cada mujer y el evitar dilaciones innecesarias que puedan tener efectos sobre los procedimientos a realizar y la sobrevida posible, si la interrupción se realiza en etapas más avanzadas del embarazo.</p>

	<p>construir un proceso de acompañamiento que se acople a cada caso y se desarrolle de manera pertinente a las necesidades de cada mujer.</p> <p>El duelo podría complicarse dando lugar a trastornos psiquiátricos.</p>	<p>Será importante incorporar en las conversaciones y orientaciones la reflexión y la mirada a la muerte del hijo o hija que se espera. Se tratará de una pérdida que se deberá enfrentar en cualquier escenario, independiente de la decisión de dar continuidad o interrumpir su embarazo. Cobrará, entonces, especial valor el transmitirles que no estarán solas en ese proceso y que cuentan con un equipo y una red de salud disponible y dispuesta para apoyarla.</p>
<p>Acompañamiento a enfrentar la decisión</p>	<p>Cualquiera sea la decisión, esta experiencia se caracterizará por enfrentamiento del dolor por la pérdida del hijo o hija, que anticipa una muerte que no se esperaba ni era parte de las expectativas aparejadas al proceso de embarazo.</p>	<p>El acompañamiento en esta etapa apuntará a propiciar instancias de apertura emocional, que permitan a la mujer y su red de apoyo expresar y procesar el dolor.</p> <p>El acompañamiento deberá adecuarse a la opción que tome la mujer respecto de la continuidad o interrupción de su embarazo, incorporando distintos objetivos y acciones en función de las necesidades que sean distinguidas en conjunto con ella, construyendo así un plan de acompañamiento de mutuo acuerdo.</p> <p>Desde la contención y apoyo, se buscará fortalecer el vínculo de la mujer con sus figuras significativas (pareja, amigos o familiares), quienes podrán acompañarla y apoyarla en el proceso de duelo. A su vez, se observarán con ella los recursos personales y familiares con los que cuenta, de manera de reconocerlos, fortalecerlos y movilizarlos para el enfrentamiento y la vivencia del duelo.</p> <p>Como ya se ha planteado, independiente de cuál sea la decisión de la mujer, ella deberá enfrentar la pérdida de su hijo o hija, lo que irrumpirá con fuerza en un proceso de embarazo que, en su inicio y expectativa, apuntaba hacia a vida. En este escenario, será relevante abordar la vinculación con el hijo que va a morir, así como acompañar a la mujer a anticipar la manera en que desea se vivan los momentos de una eventual sobrevida, transmitiendo el compromiso del equipo para responder a los requerimientos que ella distinga, en la medida de sus posibilidades. Se deberán abordar, por ejemplo, ámbitos como el contacto piel con piel, lactancia, compañía de personas significativas, desarrollo de rituales que se enmarquen en su espiritualidad y creencia religiosa.</p> <p>Por último, será importante distinguir sintomatología sugerente de un dolor psíquico exacerbado y que pueda corresponder a algún diagnóstico de salud mental. En caso de detectarse alguna enfermedad mental que requiera</p>

		manejo específico, se la deberá tratar en la red de salud mental, asegurando la continuidad del cuidado.
Seguimiento	El enfrentamiento de esta experiencia habrá movilizado una serie de emociones, imágenes, recuerdos y reflexiones que podrían requerir de un seguimiento especial, ya sea desde la mirada de la vulnerabilidad y riesgo, como de la oportunidad para generar, potenciar o fortalecer procesos de cambio significativos.	Se deberá reforzar a las figuras significativas, otorgando psicoeducación con respecto al duelo, de manera que puedan brindar apoyo en caso de que vuelvan a aflorar síntomas y sea necesario retomar el contacto con los equipos de salud. En caso de que se requiera continuidad de atención en el centro de APS o Nivel Secundario, se deberá realizar derivación asistida.

ATENCIÓN DEL RECIÉN NACIDO: CUIDADOS PALIATIVOS

En los casos en que la madre decida continuar su embarazo hasta el término, , o bien, en la eventualidad de sobrevida del hijo/a post interrupción del embarazo, la atención del recién nacido emerge como un punto importante.

El objetivo de estas acciones de cuidado es resguardar la dignidad y la calidad de vida del recién nacido. Teniendo en consideración que, al presentar una condición de salud que amenaza su vida y no responde al tratamiento curativo, el énfasis de la atención debe ser el alivio del sufrimiento, el control del dolor y de otros síntomas asociados. De esta forma, se apunta a un cuidado continuo, que evite el estrés innecesario y se enmarque en el modelo de atención integral de acompañamiento familiar.

La Organización Mundial de la Salud define los Cuidados Paliativos como la asistencia activa y total de los pacientes y de sus familias por un equipo interdisciplinario, cuando la enfermedad del paciente no responde al tratamiento curativo, basando sus acciones en el control de síntomas, el apoyo psicosocial y espiritual, brindados por un equipo interdisciplinario (MINSAL, 2011).

Consisten en la asistencia total y activa al paciente y a su entorno, por un equipo multiprofesional, cuando no hay posibilidad de curación y en que el objetivo esencial del tratamiento ya no consiste en prolongar la vida.

La calidad de vida y el bienestar de los recién nacidos y su entorno familiar antes de su muerte, es el objetivo básico de la práctica de cuidados paliativos. Este complejo periodo familiar, puede ser mejorado mediante la aplicación de principios simples y de fácil implementación, constituyéndose como parte del modelo de acompañamiento familiar.

Previo al nacimiento, se habrá entregado información de forma objetiva e imparcial a la mujer, proponiendo alternativas de acción a la familia frente al pronóstico, tales como conocer y realizar apego asistido al recién nacido o nonato; facilitar los contextos para el desarrollo de rituales, bautismo u otra medida de asistencia espiritual; limitación del esfuerzo terapéutico. La posibilidad del contacto con el hijo o hija al nacer será significativa, como una manera de incorporar su existencia a la propia historia materna y familiar, dándole un espacio emocional y afectivo que permita elaborar el duelo perinatal. Pese a ello, el equipo no impondrá su criterio, sino que respetará la opción de la mujer.

Se deberá considerar también qué lugar es el más apropiado para esperar la muerte del hijo/a, resguardando la intimidad del momento. El acompañamiento estará siempre disponible para lo que la mujer requiera, pudiéndose realizar visitas en la Unidad de Neonatología, si ahí está la madre acompañando a su hijo.

VII. INTERRUPCIÓN DEL EMBARAZO EN TERCERA CAUSAL: VIOLACIÓN

En esta causal se consideran todos aquellos actos que determinaron que una mujer quedara embarazada sin su consentimiento. Su característica principal es la **coacción**, y puede abarcar los usos de grados variables de fuerza, intimidación psicológica, extorsión, amenazas, engaños, o en aquellas condiciones en que la mujer no puede transmitir o expresar su voluntad. **Es decir, es un acto sexual sin consentimiento.** Esto se puede presentar en los casos de adolescentes y mujeres con compromiso de conciencia por el efecto del alcohol, otras drogas o estupefacientes, o mentalmente incapacitadas.

El abuso sexual se produce en el marco de relaciones con asimetría de poder, en donde quien abusa supera a su víctima ya sea por edad, fuerza física, jerarquía, situación familiar, social, laboral, económica, entre otras. Dicha asimetría somete a interacciones sexuales diversas, entre las que la violación aparece como una de alta vulneración, que la víctima se ve forzada y obligada a soportar.

Una persona víctima de violación se encuentra manipulada, confundida y amenazada. Ha debido experimentar una interacción sexual violenta que la vulnera, pero que, a su vez, la manipula pudiendo hacerla sentir responsable y culpable. Es importante tener presente que en experiencias de violación que se enmarcan en relaciones incestuosas o de coerción y violencia de pareja, la persona violada vive una intensa angustia y confusión, encontrándose sometida a la Ley del Silencio, en la que el abusador la chantajea, miente y culpabiliza, para mantener oculto el abuso.

PREVALENCIA Y MAGNITUD DE LA VIOLENCIA SEXUAL

Existen pocos antecedentes sobre la prevalencia de la violencia sexual en la población, más bien se conocen los registros de denuncias y causas ingresadas a la Fiscalía Nacional.

La Segunda Encuesta Nacional de Victimización por Violencia Intrafamiliar y Delitos Sexuales (2012) señala que el 7,3% de los niños y niñas encuestados (población escolar) declararon haber sido tocados o acariciados sexualmente contra su voluntad, o haber sido obligados a tocar sexualmente o a realizar alguna actividad de contenido sexual. Entre ellos, el 33% declaró que le ha ocurrido más de una vez o con frecuencia. Las mujeres señalan haber sido víctimas de abuso sexual en mayor proporción que los hombres, llegando a una prevalencia del 9,9%. En relación con la edad en que ocurrió el primer y el último abuso sexual, mientras el primer abuso ocurrió en promedio a los 10,5 años concentrándose entre los 10 y 13 años (51,7%), el último ocurrió en promedio a los 11,5 años y se concentra entre los 10 y 14 años (59,5%). Cabe destacar en ambos casos la alta tasa de abusos ocurridos entre los 4 y 9 años (32,8% primer abuso y 25,4% último abuso) (57).

La Tercera Encuesta Nacional de Victimización por Violencia Intrafamiliar y Delitos Sexuales (2017) señala que el 6,7% de las mujeres adultas encuestadas (15 a 65 años), declara haber sufrido durante su vida al menos un episodio de violencia sexual por parte de la pareja o ex pareja, y un 2,1% declara haber sufrido al menos una situación durante los últimos doce meses, con un leve aumento sobre los datos de 2012. En el grupo de 15 a 18 años, sin embargo, se informa de un aumento desde 0,5% de prevalencia durante el año anterior en 2012, a 7,6% en 2017. En el grupo de 19 a 25 años, también hay un aumento importante, desde 1,6% en 2012, a 3,5% en 2017. El mayor aumento se da en el

grupo socioeconómico bajo. El porcentaje de mujeres que denuncia los delitos sexuales, muestra un incremento importante, desde el 12% en 2012 al 23% en 2017 (57).

Con respecto a las denuncias de delitos sexuales, no existe un sistema de registro oficial unificado de estadísticas sobre el tema, y la información disponible es, por tanto, incompleta y fragmentaria. Si sólo un pequeño porcentaje de mujeres (23%) denuncia la violencia sexual, hay una cifra mayoritaria desconocida de violaciones y otros delitos sexuales.

Durante el año 2016 hubo 1.727 casos policiales de violación con mujeres víctimas (46,3% menores de 18 años), y 5.547 de abusos sexuales con un total de 7.274 mujeres víctimas de violación o abuso sexual, 58% de ellas menores de 18 años (Fuente: Centro de Estudios y Análisis del Delito. Ministerio del Interior. Estadísticas Oficiales de Delitos de Mayor Connotación Social (DMCS).

CONSIDERACIONES PARA LA ATENCIÓN DE UNA MUJER EMBARAZADA A CAUSA DE UNA VIOLACIÓN

La experiencia de ser víctima de una violación traerá consigo diversas reacciones psicológicas, que variarán de acuerdo a factores tales como el grado de cercanía y vinculación con el victimario; la edad de la mujer; su salud mental anterior a la violación, entre otros.

Sus efectos inmediatos pueden incluir reacciones emocionales de angustia, rabia, hostilidad, vergüenza y culpa; sin embargo, la sintomatología producto del trauma podría demorar en su manifestación. En las semanas posteriores al evento de violación, la sintomatología puede volverse más evidente y severa. Los síntomas pueden incluir ansiedad, irritabilidad, depresión o trastorno de estrés post traumático, pudiendo presentar una amplia gama de quejas psicósomáticas.

Se sabe que la profundidad del trauma y la gravedad de su sintomatología dependerán, en mayor medida, de la respuesta que se reciba del propio medio familiar y social frente a la revelación. Reacciones como ignorar, minimizar, no creer, culpar y juzgar a la víctima, generan mayor violencia y re victimización. Sin calificar los motivos a la base de dichas respuestas, la indiferencia, complicidad, falta de empatía y comprensión, pueden reducir las perspectivas de recuperación.

Los equipos de salud deben considerar que el estigma de la violación y el aborto favorece que la mujer violada no se atreva a solicitar interrumpir su embarazo, por vergüenza, aislamiento, coerción, miedo a solicitar ayuda a la familia y a los servicios de salud.

En un contexto sociocultural en que por décadas la interrupción del embarazo ha sido penada por la Ley y en donde todavía se concibe la realización de la mujer en su rol reproductivo, el hecho de solicitar atención de salud por esta causa, así como el tomar la decisión de interrumpir el embarazo, se constituye en un paso crucial y determinante para la salud física y mental de la mujer.

De ahí la importancia de la acogida y el establecimiento de relaciones de ayuda y acompañamiento con las personas que se encuentran en esta situación, como un elemento crítico y de significativa influencia en sus posibilidades de reparación. Cobra especial relevancia el construir una institucionalidad que se transforme en un tercero protector y provea de experiencias reparadoras, movilizándose para romper los círculos del abuso.

La respuesta de los profesionales de la salud debe considerar estos aspectos, para actuar de manera pertinente y contribuir a aminorar las consecuencias psicológicas de la violencia sexual. Desestimarlos podría acrecentar el dolor psíquico y generar consecuencias negativas para la salud de la mujer afectada.

EVALUACIÓN DE LA RED DE APOYO

Contar con una adecuada red de apoyo es un factor protector esencial, que se hace necesario identificar y movilizar. Sin embargo, es también un punto crítico que requiere especial valoración. Al considerar que alrededor del 70% del abuso sexual se produce al interior de las familias, y teniendo en cuenta la coerción hacia el silencio que se instala en las dinámicas abusivas, se hace necesario propiciar una red de apoyo comprometida con la efectiva protección de las niñas, adolescentes o mujeres vulneradas.

Para ello, se requiere identificar a las figuras protectoras, así como distinguir a aquellas que generan signos de ansiedad en las mujeres que se acogen por esta causa. En esta valoración, la edad de la persona puede marcar diferencias: si bien en el caso de las niñas se hace relevante observar sus vínculos primarios, con las adolescentes y adultas estos lazos se van ampliando y complejizando.

Esta valoración se deberá realizar desde la sospecha y la alerta de posible abuso sexual, en cualquier punto de la red. Para ello, será necesario asegurar un espacio de confianza y encuentro, en el que la persona pueda distinguir y nombrar, sin miedo, a aquellos en quien confía. Este adulto será protector en la medida en que de credibilidad al relato y a los indicadores que levantan sospecha respecto de la violación.

CONTACTO Y ACCESO A LA RED DE SALUD EN EL MARCO DE LA LEY 21.030

El primer contacto con adolescentes y mujeres embarazadas producto de una violación, y que se plantean la posibilidad de acceder a la IVE, puede darse en distintos puntos de la red de salud, así como también a partir de la derivación desde Tribunales o consulta directa a Unidad de Alto Riesgo Obstétrico.

En cada caso, será importante proveer la experiencia de acogida y brindar la certeza de disponibilidad de equipos y redes de atención, articuladas y comprometidas con el apoyo y protección a la persona, concebida como *sujeto de derecho*.

Las acciones a realizar por los equipos de salud dependerán del lugar de contacto y acceso:

a. Servicio Telefónico Salud Responde

La aproximación al Sistema de Salud podría darse de manera remota, a través de un llamado telefónico a la Línea Salud Responde, para explorar alternativas para el enfrentamiento de esta situación crítica. Podría tratarse de mujeres afectadas por la angustia y preocupación, temerosas y

con dificultad para confiar y recibir ayuda. En este contexto, será necesario propiciar su contención, darles soporte en la crisis, transmitir confianza y favorecer el nexo con las redes de Salud.

El rol de los/as profesionales de Salud Responde radicará en la entrega de información sobre la Ley de Despenalización de la Interrupción Voluntaria del Embarazo en Tres Causales, junto con la coordinación y gestión de la atención con el referente técnico nombrado en cada centro de atención en donde se realice la IVE, como una estrategia de apoyo al acceso y oportunidad.

b. Atención Primaria de Salud

La solicitud de ayuda en APS podría darse en un momento de alta angustia, pero a su vez, desde la fortaleza y el recurso personal que permite develar la experiencia vivida. La calidad de este primer contacto será crucial para favorecer la vinculación de la adolescente o mujer con la red de salud, teniendo en consideración que la violación daña la confianza y gatilla sentimientos de vulnerabilidad que dificultan el logro de relaciones de ayuda.

El rol de los/as profesionales de APS radica en:

- La acogida empática y respetuosa frente a la develación, sin realizar juicios ni preguntas.
- La información a la mujer sobre la Ley de Despenalización de la Interrupción Voluntaria del Embarazo y la red de salud con que cuenta para su apoyo.
- La derivación asistida inmediata, antes de 24 horas, a la Unidad de Alto Riesgo Obstétrico, para propiciar su acceso a atención clínica y acompañamiento psicosocial.
- La identificación de la red de apoyo con que cuenta la persona, a objeto de orientar y fortalecer su función protectora.
- La denuncia en los casos de sospecha de hechos que revisten carácter de delito en adolescentes menores de 18 años, responsabilidad ineludible para los equipos de salud.

El profesional que reciba a la persona deberá escucharla atentamente, con una gestualidad y emocionalidad acorde a la situación, y teniendo especial cuidado en que la persona se sienta acogida. Será importante mostrar empatía y no indagar en la experiencia que se devela, ya que será responsabilidad del equipo psicosocial del ARO recoger los antecedentes y evaluar la concurrencia de la tercera causal. Esto es consistente con el objetivo de evitar la revictimización producto de la repetición en la entrega del relato a distintos equipos, así como resguardar la espontaneidad en la evocación de la experiencia.

Brindar a la persona una experiencia de vinculación sana y respetuosa, puede ser una acción significativamente reparadora. Se debe tener especial cuidado en el desarrollo de la derivación asistida a la Unidad de Alto Riesgo Obstétrico. Si bien se explicita el interés por acompañarla y ayudarla, se hace necesario referirla a otra instancia. En ese escenario, será importante transmitir que la relación de ayuda se mantiene y resguardar la calidad del vínculo. Para esto, se requiere:

- Indicar que, para brindarle la mejor atención posible, es necesario derivarla a un equipo de especialidad, en el que se confía y con quienes se articulan como red de salud.
- Explicar que esta derivación se realizará de manera coordinada, a través del contacto con el equipo de especialidad, de manera de favorecer la adecuada entrega de información clínica y antecedentes específicos relevantes para la continuidad de su atención.

- Transmitir el compromiso por la revisión respetuosa de su situación, compartiendo la información sólo entre los equipos tratantes, garantizado a su vez, por la Ley N° 20.584 de Derechos y Deberes de las Personas en acciones vinculadas a su atención en salud.

c. Derivación desde Fiscalía, Tribunales de Justicia y Servicio Médico Legal

En situaciones en que se haya realizado denuncia de agresión sexual, y mediando la voluntad de la adolescente o mujer de acceder a la IVE, deberá ser derivada al ARO directamente.

Con el objeto de evitar la revictimización, la mujer podrá autorizar o solicitar una copia de la denuncia, acceso al número del proceso, o de la declaración que se haya realizado en Tribunales de Familia, de manera de incorporar dicha declaración en la evaluación de la concurrencia de la tercera causal.

De esta manera lo que se privilegiará será favorecer un espacio para el acompañamiento hacia el enfrentamiento de esta crisis, más que para la búsqueda de datos sobre la violación.

d. Unidad de Alto Riesgo Obstétrico

En el enfrentamiento de una vulneración como la violación, el acceso oportuno a la atención puede ser un factor que transmita la seguridad de que se cuenta con una red de salud comprometida y oportuna en su respuesta. De esta forma, la atención de ingreso a la especialidad y la certificación de la concurrencia de la causal deberá realizarse dentro de 24 horas. Los establecimientos de salud deberán articular planes de respuesta para asegurar acceso a la atención cuando la solicitud surja en plazos límites, de acuerdo con aquellos establecidos por la ley.

En el marco de la tercera causal de la Ley 21.030, se ha definido que en la Unidad de Alto Riesgo Obstétrico se conformará el equipo multidisciplinario especialmente constituido para que evalúe la concurrencia de los hechos que constituyen la causal, siendo sus funciones iniciales la acogida y la evaluación de la constitución de la causal.

CONSIDERACIONES PARA LA ATENCIÓN EN LA UNIDAD DE ALTO RIESGO OBSTÉTRICO

La atención en la Unidad de Alto Riesgo Obstétrico desafía a los equipos a establecer relaciones de confianza con las personas que acogen, resguardando que esta vinculación se mantenga así a lo largo del proceso.

La escucha activa y empática que se requiere en estos momentos debe estar acompañada por la evaluación de las figuras protectoras, así como también, de las que pudiesen ser potencialmente riesgosas para la víctima.

Como se ha planteado, el abuso sexual – y en ese marco, la violación – puede darse en contextos extra o intra familiares. Frente a este último, la distinción de las figuras protectoras se vuelve un punto especialmente crítico, que obliga a los equipos a dirigir especial atención a su evaluación, así como a actuar en consistencia frente a posibles situaciones en las que se detecten dinámicas de coacción de los adultos sobre las adolescentes, coartando su autonomía para la decisión.

El proceso de acompañamiento para la decisión y enfrentamiento de la opción de continuar o interrumpir el embarazo se deberá realizar asegurando la protección de la víctima y la interrupción del agresión sexual. Así también, se deberá garantizar la validación de la decisión de la adolescente o mujer, desplegando todas las acciones necesarias tanto en la relación de ayuda, como en la interacción con Justicia (por ejemplo, solicitud de autorización sustitutiva a Tribunales de Familia), que releven la legitimidad de su voz como la opción frente a la cual actuará el equipo de salud.

En línea con lo planteado anteriormente respecto del trauma que pueden generar reacciones del entorno que pongan en duda, minimicen o ignoren la experiencia de vulneración producto de una violación, la respuesta del equipo de salud en la acogida de la mujer y recepción de los antecedentes se constituye en un elemento significativo, que puede transformarse en un factor protector. Así, el acompañamiento psicosocial, que se organiza desde la validación del dolor y daño sufrido, puede transformarse en una experiencia reparadora, al ofrecer a la mujer, un espacio de respeto y compromiso frente a su opción.

De esta forma, desde la institucionalidad en Salud, se hace necesario constituirse en terceros protectores y proveer de experiencias reparadoras a estas adolescentes y mujeres, movilizándose como red para romper los círculos del abuso. La respuesta de los profesionales de la salud debe considerar estos aspectos, para actuar de manera pertinente y contribuir a aminorar las consecuencias psicológicas de la violencia sexual. Desestimarlos podría acrecentar el dolor psíquico y generar consecuencias negativas para la salud de la víctima.

a. Acogida y recepción de antecedentes

Al acoger a una persona víctima de violación, es importante tener en consideración lo complejo que puede ser para ella referirse a dicha experiencia. En este contexto, el establecimiento de vínculos de colaboración estables puede constituirse en una acción que apoye a la reparación y entregue seguridad. De ahí, la importancia de manifestar una genuina empatía y profundo respeto, de manera de generar confianza.

El equipo de salud deberá adecuar su respuesta a la emocionalidad y estrategias de afrontamiento particulares de cada mujer frente a lo vivido. Así será posible distinguir una gama de reacciones posibles que pueden ir desde el desborde emocional hasta la entereza y tranquilidad respecto de la decisión de interrumpir el embarazo por esta causal.

En algunos casos, las personas víctimas de violencia sexual podrían encontrarse silenciadas por su agresor, a través de dinámicas de coacción y amenaza, dificultando con ello la entrega de información sobre su victimario. De esta forma, y en la medida que ella lo acepte, será importante propiciar la posibilidad de sostener conversaciones en privado, en donde se genere un espacio de confianza en el que logre sentirse libre y resguardada para hablar acerca de su experiencia y, eventualmente, poder sindicar a quien la haya agredido sexualmente.

De no suceder esto último, el equipo de salud deberá desplegar acciones de protección en base a su sospecha. Frente a la duda razonable de que el agresor sexual pudiese tener un vínculo primario o cercano a la víctima, y en caso de no existir denuncia previa, el equipo deberá denunciar el hecho en el Ministerio Público, entregando la argumentación en que se basa su sospecha, si la víctima es menor de edad. En caso de que tenga 18 años o más, el Jefe del establecimiento deberá comunicar la invocación de la causal al ministerio Público.

Asumiendo que los antecedentes de una violación cuya víctima es una adolescente es una experiencia de un alto contenido emocional, tanto para la víctima como para quien la escuche, es preciso que los/las profesionales que forman parte de este equipo tengan una formación particular y desarrollen habilidades y destrezas que permitan acoger y evitar la revictimización. Esto cobra especial importancia al considerar que las transgresiones sexuales perpetradas hacia menores de edad se dan en la mayoría de los casos en contextos intrafamiliares, por lo que además de la dificultad de denunciar a una persona conocida, se debe comprender la violación como consecuencia de una dinámica abusiva compleja y de larga data, la cual se puede haber visto favorecida por contextos en los que el abuso de poder fue posible, y del que participan además otros actores.

En todo caso, con el objeto de evitar la revictimización, si la mujer adulta ha denunciado el delito de violación, el equipo de salud puede, con consentimiento previo de la mujer, incorporar la declaración que ésta haya dado en el contexto de la denuncia para evitar que deba repetir el mismo relato. Asimismo, si la menor de 18 años ha declarado previamente, el equipo de salud podrá prescindir de exigir un nuevo relato a la víctima y utilizar esas declaraciones previas para determinar la concurrencia de los hechos que constituyen la causal de violación. En el caso de las menores de 14 años se debe prescindir del relato para efectos de corroborar la causal porque hay violación por definición legal.

Como ya se ha mencionado, esta ley supone el desafío de considerar las particularidades etarias de la mujer que devela, existentes en nuestro código penal además de lo nuevo que esta ley aporta. Las niñas menores de 14 años son consideradas por nuestro Código Penal de manera diferente que las jóvenes entre 14 y 18 años, y ellas a su vez, de manera diferente que las mujeres adultas. Así también, la Ley 21.030 incorpora algunas distinciones para cada grupo etario, con miras a poder acceder a la interrupción voluntaria del embarazo, lo que será relevante considerar al revisar la manera en que serán escuchadas las mujeres a lo largo de todo el proceso. Si bien para ninguna mujer será fácil encontrarse en dicha situación, en el caso de las adolescentes, el lugar del equipo como representante protector del mundo adulto resultará crucial.

En el caso de mujeres con discapacidad mental o intelectual, acogidas o no a interdicción, deberán ser apoyadas para obtener su relato. Si no es posible obtenerlo, se deberá considerarlo para evaluar la concurrencia de la tercera causal.

Teniendo presente la complejidad de este circuito abusivo y los obstáculos que éste supone para la develación, es preciso que el equipo de credibilidad al relato, y asegure las condiciones de protección para la adolescente y/o mujer adulta. Estas acciones y actitudes pueden tener en sí mismas un potencial reparatorio para las víctimas. Por su parte, y en línea con lo ya planteado, el dudar del relato puede tener como consecuencia, dar consistencia a los temores asociados a no ser creídas y a las represalias (por parte tanto del victimario como del sistema familiar), o a eventuales

consecuencias negativas (costos de la develación para el sistema familiar), pudiendo generar o agravar la traumatización secundaria y propiciar la retractación.

En casos de violación a niñas o adolescentes en las que se sospecha que el agresor es familiar o tutor legal, ya sea de manera directa o a través de la negligencia y exposición de ella a comercio sexual, además de la denuncia al Ministerio Público, se deberá velar por la autonomía de la víctima para decidir de acuerdo a su voluntad, solicitando para ello la intervención del Tribunal de Familia, si corresponde.

En caso de tratarse de violación al interior del matrimonio o pareja, se resguardará la capacidad soberana de la mujer de tomar sus propias decisiones en relación al embarazo, y a la entrega de información en condiciones de privacidad, y evitar cualquier posible coacción del agresor.

El proceso de acogida y escucha requiere:

- Contar con un espacio de privacidad, que favorezca el encuentro en la conversación y la expresión emocional, sin recibir juicios y favoreciendo la contención. Será relevante la escucha atenta y activa, con una gestualidad y emocionalidad acorde a la situación, teniendo especial cuidado en que la persona pueda sentirse escuchada y acogida.
- Presentación del profesional que acoge (de preferencia, la dupla biopsicosocial), explicitando su disposición y la del equipo a acompañarla y apoyarla a lo largo del proceso.
- Invitación a conversar de manera abierta, informándole a la mujer del compromiso del equipo de salud para resguardar la confidencialidad de su historia, pero explicitando a su vez la posibilidad de tener que entregar información a Ministerio Público o Tribunales, si fuese requerida para el proceso de investigación y judicial.
- Se debe entregar refuerzo a la persona, destacando su valor para hablar acerca de lo ocurrido. En esa línea, será relevante construir un encuadre que se fundamente en su voluntariedad y en el respeto del equipo a su opción respecto de la continuidad o interrupción del embarazo. En referencia al resguardo de su libertad de decisión, se comprenderá la retractación como parte de este proceso.

b. Orientación y Entrega de Información

La orientación y entrega de información debe acoplarse a la particularidad de la vivencia de cada adolescente o mujer, con especial consideración de su edad y centrándose en sus necesidades y requerimientos, de acuerdo con su etapa de vida, conocimientos, intereses, cultura y valores.

El rol del profesional no debe ser directivo. Se requiere que acoja e informe, sin dar sugerencias, recomendaciones ni instrucciones. Será importante facilitar que las personas tomen sus propias decisiones, sin influir, abierta o sutilmente, sobre la definición de sus opciones.

En la entrega de información se debe considerar:

- La conformación del equipo y el rol que cumple para el apoyo a la mujer, en el marco de la articulación de la Red de Salud: con qué se cuenta.

- Ofrecer la posibilidad de continuar en un Programa de Acompañamiento Psicosocial, respetando la decisión de la persona para recibirlo o no; explicitar la disponibilidad del equipo a acompañarla, si lo requiriera en otro momento.
- Explicar lo establecido en la Ley de Despenalización de la Interrupción Voluntaria del Embarazo respecto a su situación, a la que puede acogerse si lo desea, recogiendo dudas y explicando sus alcances.
- Revisar con la mujer las posibles alternativas de decisión: continuar el embarazo y hacerse cargo del hijo/a, entregar al hijo/a en adopción o interrumpir el embarazo.
- Informar sobre los plazos para realizar la interrupción; los procesos y evaluaciones requeridas para ello; y la existencia de otras instituciones que ofrecen programa de acompañamiento; y entregar listado de instituciones sin fines de lucro que ofrecen apoyo adicional a dicho programa.
- Indagar respecto de la situación judicial, entregando información sobre los pasos a seguir y las características del proceso.

En situaciones en que la edad gestacional no coincida con el plazo permitido por la ley, el equipo de salud deberá hacer las coordinaciones necesarias para que la persona pueda acceder a nuevas alternativas de apoyo en la red de salud e intersectorial, tanto durante el desarrollo de su embarazo, como posterior al parto.

En los casos en que, a partir de la evaluación de la edad gestacional, la mujer pueda acceder a la interrupción del embarazo, se podrá dar continuidad al programa de acompañamiento si así es la voluntad de ella. .

c. Evaluación de la Concurrencia de la Tercera Causal

Al valorar los antecedentes de violación, es necesario tener presente las circunstancias diversas en que ésta ocurre, pudiendo variar desde episodios en donde se utiliza la violencia, hasta interacciones en que prima la seducción, el hechizo y la amenaza.

La literatura muestra que la mayoría de las personas víctimas de abuso sexual, especialmente las/os niñas/os, lo ocultan, siendo muy pequeño el porcentaje que devela. De esta forma, la entrevista puede ser una importante herramienta para obtener información, en la medida en que se establezca una relación positiva con el entrevistador, basada en el apoyo y acogida, sin juicios. De todas maneras, la entrevista puede no ser necesaria si se cuenta con otros antecedentes en que conste el relato de la víctima sobre los hechos o sean indiciarios de la ocurrencia del mismo.

Se debe tener presente que el estilo expresivo de las víctimas de agresión sexual puede variar desde una alta reactividad emocional, hasta el bloqueo o inhibición. Así, las características del relato dependerán de la individualidad de cada persona y su disposición emocional en el momento de la exploración.

En este contexto, es necesario acotar el rol del equipo de salud a la distinción de elementos en los antecedentes, que respalden la sospecha fundada de violación. Entre éstas, destacan las características de la memoria y el recuerdo; el contexto en que se da la develación; correlato conductual y emocional frente a la experiencia traumática; actitud frente a la denuncia y momento del ciclo vital y etapa del desarrollo en que sucede la violación.

Asimismo, se requiere distinguir entre la valoración que realiza el equipo de salud y el *Peritaje para Evaluación de Veracidad del Relato*, que corresponde a la instancia judicial pertinente.

Algunos elementos importantes a considerar al momento de recibir este tipo de antecedentes son:

- Lugar de ocurrencia del presunto hecho abusivo.
- Fecha o algún elemento espaciotemporal para intentar precisar inicio de las agresiones o último episodio, esto sin mermar la función de contención.
- Distinguir elementos que puedan dar cuenta de situaciones de abuso sexual crónico, en que sea más difícil o no sea posible precisar la fecha en que se produce el embarazo, producto de la violación.
- Persona a quién se atribuye delito: este aspecto puede no presentarse con tanta claridad en el relato inicial. De todas maneras no es necesario que este dato sea develado.
- Situación familiar actual: presencia adultos protectores/no protectores.
- Factibilidad de volver a ser agredida sexualmente en el contexto inmediato y otras personas en condición de víctimas a quienes visibilizar
- Necesidad de establecer medidas de protección para la víctima, debido a la posible proximidad de la persona sindicada como perpetrador.

El relato recogido deberá quedar por escrito y ser firmado en conformidad por la mujer, con el debido resguardo que permita la confidencialidad de los antecedentes en el establecimiento. Para ello se dispondrá de un archivo anexo a la ficha clínica, de responsabilidad del director/a del establecimiento.

Este relato será considerado como información sensible, que deberá ser resguardada en archivos de la Unidad de Alto Riesgo Obstétrico, sin necesidad de quedar explícitos en la historia clínica de la persona.

La concurrencia de esta causal será evaluada por los equipos de salud en base a las siguientes consideraciones:

- Análisis de la plausibilidad del relato.
- Concordancia estimada entre la fecha del evento descrito y la edad gestacional.
- Edad gestacional dentro de los plazos establecidos: 12 semanas para mujeres de 14 años y más; 14 semanas para menores de 14 años.

En el caso de que una adolescente o mujer sea derivada a la Unidad de Alto Riesgo Obstétrico desde Tribunal de Familia o Fiscalía, no se requerirá que vuelva a referirse a la agresión sufrida frente al equipo de salud. Con el objeto de no generar una revictimización, bastará tener acceso a copia de la declaración, denuncia (si en ella constara el relato) o código del proceso, entrevista videograbada u otro antecedente, para realizar el análisis.

d. Acompañamiento para la Decisión

En el marco de la relación de ayuda que se establezca, se construirá un plan de acompañamiento, en función de las necesidades que la mujer distinga y sobre las que quiera focalizarse. En este proceso, será importante explorar e integrar:

- La situación familiar (pareja, familia nuclear y ampliada).
- Identificación de figuras significativas.
- Red de apoyo.
- Creencias espirituales y religiosas.
- Significados asociados a la interrupción del embarazo.
- Presencia de problemas de salud mental.
- Condiciones de vulnerabilidad social.
- Requerimientos de protección.

Al igual que en momentos anteriores, el proceso de acompañamiento para la decisión y enfrentamiento de la opción de continuar o interrumpir el embarazo se deberá realizar asegurando la protección de la víctima y la interrupción de la agresión sexual.

Considerando la diversidad posible en la expresión emocional y conductual frente a la violación, y la edad de la adolescente o mujer, en el encuentro y conversación con la persona se deberá distinguir, con ella, sus necesidades específicas, los significados, temores y angustias que asocia al proceso de toma de decisiones,. Esto será especialmente importante en casos de personas inmersas en relaciones de abuso crónico, en que las interacciones de agresión sexual someten y destruyen dicha capacidad de control y autonomía para discernir.

Se deberá acoger la ambivalencia y variabilidad en las reacciones, así como también incorporar la posibilidad de cambio en las decisiones. Esto se comprenderá como parte del proceso de enfrentamiento de situaciones tan complejas y delicadas como ésta. Se deberá reforzar el valor de la voluntad de la mujer para elegir, así como el respeto sin juicios a la opción que tome.

Se observarán en conjunto las alternativas con las que se cuenta y se ofrecerá la plena disposición del equipo para acompañarla y apoyarla. Se distinguirán con ella sus necesidades y se movilizarán las redes familiares e intersectoriales, para dar respuesta integral a sus requerimientos.

e. Plan de Apoyo Psicosocial Posterior a la Decisión

La toma de decisión informada marca un hito significativo, que se traducirá en acciones concretas, que generarán efectos físicos y emocionales en la víctima. La opción en libertad y con la certeza del apoyo sin juicios será un elemento importante que podrá constituirse en un factor protector, que favorezca la resiliencia.

Acompañar en la opción implica el compromiso por resguardar la voluntad de la persona, pese a posibles tensiones contrarias de su entorno familiar y social. Será necesario estar alerta a los cambios

conductuales, cognitivos y emocionales, proponiendo nuevas conversaciones frente a los signos de alerta que se distinguen, las que podrían derivar en nuevas estrategias para el acompañamiento.

A su vez, será relevante la articulación con las instancias intersectoriales que sean requeridas, en función de las necesidades detectadas y priorizadas con la persona. Para esto el equipo de salud de la unidad especializada deberá realizar un mapeo de todas las instancias del intersector en el territorio, con quienes se tendrán que establecer redes de colaboración para apoyar al logro de los objetivos del plan de apoyo psicosocial construido con la mujer.

Considerando la variabilidad de oferta intersectorial en cada región, es esencial la conformación de redes para dar respuesta al menos a las siguientes necesidades:

- Protección y representación judicial.
- Apoyo social y económico (Sistema Intersectorial de Protección Social).
- Cuando la decisión de la mujer sea entregar al bebé en adopción, el equipo de salud deberá coordinarse con la Unidad de Adopción del Servicio Nacional de Menores correspondiente de la región. Esta Unidad dispondrá de un equipo profesional que acompañará en el proceso a la mujer durante todo el embarazo hasta que el niño nazca.

Se deberán realizar derivaciones asistidas, en las que se propicie el contacto con los equipos de Atención Primaria, a fin de asegurar la continuidad del cuidado en áreas como salud sexual y reproductiva, salud mental, apoyo para la familia, entre otros.

Asimismo se deberá estar atento a la detección de eventual sintomatología de estrés post traumático, o de una patología psiquiátrica de mayor complejidad, para de ser así realizar derivación asistida a centros de atención de especialidad en salud mental para su tratamiento oportuno.

Por último, teniendo presente la valoración del vínculo establecido por la persona y el equipo de acompañamiento, se deberán estructurar instancias de seguimiento, que se traduzcan en conversaciones, llamadas telefónicas o visitas domiciliarias posteriores a la contra referencia a APS, según sea necesario. En ningún caso, estas acciones reemplazarán el rol de los equipos de cabecera, pero podrán complementarlo, para potenciar la vivencia de contar con vínculos significativos.

El siguiente cuadro describe las fases del proceso de acompañamiento. Será importante basar cada interacción en el respeto y la confianza, así como brindar la garantía de la disponibilidad de los equipos a acompañar y apoyar en cada momento.

Fase	Rol Equipo de Salud	Consideraciones para el Acompañamiento Psicosocial
Acogida	<ul style="list-style-type: none"> - Intervención en crisis, frente a posible desborde emocional: contención para detener la descompensación aguda y aliviar el dolor y sintomatología psíquica. - Recepción desde la profunda empatía y respeto, explicitando una postura clara respecto del rechazo de toda vulneración, en especial, la agresión sexual. 	<p>Si bien en este momento aún no se ha acordado un Plan de Acompañamiento con la mujer, el acogerla surge como una primera aproximación, que puede determinar la calidad del vínculo que se establezca con el equipo.</p> <p>Es importante tener presente que, se acoge a una adolescente o mujer víctima de violación, que debe ser considerada como un Sujeto de Derecho.</p>

<p>Proceso de Toma de Decisión</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Mostrar a la víctima las alternativas de decisión, observando las consecuencias de cada una, teniendo especial cuidado de mantener una actitud neutral sin influir en su decisión. - Explicitar el respeto y la ausencia de juicio respecto de su decisión, mostrando una actitud y conducta consistente con ello. - Asumir frente a la persona el compromiso de hacer valer su decisión, resguardando posibles conflictos en su entorno. 	<p>Se deberá entregar información clara respecto de la ley y el marco temporal en el que es posible realizar el procedimiento.</p> <p>Será relevante que la toma de decisión sea vivida como un acto de autodeterminación por parte de la mujer, en un contexto en el que se respeta su voluntad, a diferencia de la vulneración sufrida producto de la violación. Esto podrá constituirse en una experiencia reparatoria en sí misma.</p>
<p>Opción por llevar el embarazo hasta su término y asumir la maternidad de ese hijo/a.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Apoyo y comprensión de la opción, sin realizar juicios. - Compromiso con dicha opción, mostrando una actitud consistente con ello. - Refuerzo a las características personales que pueden potenciar la resiliencia de la víctima. 	<p>El Plan de Acompañamiento se construirá en función de las necesidades que distinga la adolescente o mujer.</p> <p>Será relevante acompañarla a distinguir y fortalecer sus redes de apoyo, así como a articular recursos sociales e institucionales para apoyarla en su maternidad, con las complejidades que ésta pueda presentar.</p>
<p>Opción por la Interrupción del Embarazo</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Refuerzo al compromiso con su decisión, mostrando una actitud consistente con ello. - Propiciar la tranquilidad y calma para enfrentar el procedimiento. 	<p>A partir de la voluntad de la mujer de ser acompañada a lo largo de este proceso, se indagará con ella en las temáticas críticas en las que requiera focalizarse y recibir apoyo.</p>
<p>Opción por llevar el embarazo a término y entregar a su hijo/a en adopción.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Trabajo intersectorial, en articulación con la Unidad de Adopción del SENAME. - En este contexto, será necesaria la claridad en los roles y alcances de las acciones de los distintos equipos, alineándose en torno a objetivos comunes, de manera de resguardar que el acompañamiento sea vivido como una experiencia continua y no fragmentada. 	<p>En el marco del trabajo intersectorial, se deberá asegurar el manejo respetuoso de la información sensible que se comparta entre equipos, para favorecer el logro de los objetivos del acompañamiento.</p> <p>Será importante dirigir la mirada a los sentimientos y emociones que surjan en torno a la opción, validando su derecho a decidir y destacando que esto se ha realizado de manera responsable e informada.</p> <p>Apoyar la vinculación con los organismos pertinentes para el proceso de adopción.</p>
<p>Cierre y Derivación Vincular.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Focalizarse en los recursos personales, reforzándolos y transmitiendo confianza en la capacidad de resiliencia de la persona para el afrontamiento de las crisis. 	<p>El acompañamiento psicosocial puede transformarse en una experiencia reparadora, al ofrecer a la mujer, un espacio de respeto y compromiso frente a su opción.</p>

	<p>- Definir el cierre, acotándolo a este proceso de acompañamiento, pero destacando que se cuenta con equipos articulados y disponibles para apoyarla.</p>	<p>Será necesario diferenciar el acompañamiento de la terapia de reparación del trauma de la violación, proponiendo la derivación asistida a dispositivos en donde sea posible acceder a este abordaje terapéutico.</p> <p>Para ello, será importante establecer redes con instituciones y programas a los que puedan ser referidas las mujeres al cierre de este proceso.</p>
--	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

VIII. CONSENTIMIENTO INFORMADO ³

En este capítulo se resumen elementos centrales sobre el proceso de Consentimiento Informado (CI) para la interrupción voluntaria del embarazo (IVE).

Para las acciones de atención de salud, en general, el Consentimiento Informado es fundamentalmente un proceso verbal, relacional, continuo, dialógico, deliberativo y comunicativo al interior de la relación clínica entre el profesional de salud y un paciente competente, por medio del cual se toman conjuntamente las decisiones sobre la manera más adecuada de abordar cada problema de salud que se presenta. Este proceso forma parte del acto clínico, es importante su registro en la ficha clínica, y debe ser otorgado previo a cualquier procedimiento de salud. En el caso de la interrupción voluntaria del embarazo, en función de sus características, corresponde a aquellas intervenciones en las que la manifestación de voluntad de la mujer debe ser consignada por escrito (artículo 14 inciso tercero de la Ley N° 20.584) (58, 59).

Se considera que una persona otorga su consentimiento informado sólo si:

- se le ha proporcionado la suficiente información,
- esta información la ha comprendido adecuadamente y ha tenido la oportunidad de aclarar las dudas,
- actúa voluntaria y libremente, y
- es competente para otorgar activamente el consentimiento, en tanto se cumplen las condiciones previas y contemplando los apoyos que esa persona pueda requerir para ello.

Por otra parte, el consentimiento informado por definición es revocable. Por ello, la mujer puede modificar su decisión, en uno u otro sentido, sin expresión de causa y sin que ello afecte su acceso a la atención de salud que requiera, estando dentro de plazo, si aplica.

La Ley 20.584 que Regula los Derechos y Deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud, describe en su artículo 15 situaciones en que no se requerirá la manifestación de voluntad de la persona para la intervención en salud, casos en que se adoptarán las medidas apropiadas en orden a **garantizar la protección de la vida**, a saber:

*a) En el caso de que la falta de aplicación de los procedimientos, tratamientos o intervenciones señalados en el artículo anterior supongan **un riesgo para la salud pública**, de conformidad con lo dispuesto en la ley, debiendo dejarse constancia de ello en la ficha clínica de la persona.*

*b) En aquellos casos en que la condición de salud o cuadro clínico de la persona implique **riesgo vital o secuela funcional grave** de no mediar atención médica inmediata e impostergable y el paciente no se encuentre en condiciones de expresar su voluntad ni sea posible obtener el consentimiento de su representante legal, de su apoderado o de la persona a cuyo cuidado se encuentre, según corresponda.*

³ Capítulo citado textualmente de la Norma Técnica Nacional Acompañamiento y Atención Integral a la Mujer que se Encuentra en Alguna de las Tres Causales que Regula la Ley 21.030

*c) Cuando la persona se encuentra en **incapacidad de manifestar su voluntad y no es posible obtenerla de su representante legal**, por no existir o por no ser habido.*

En estos casos se adoptarán las medidas apropiadas en orden a garantizar la protección de la vida.”

El Reglamento sobre Entrega de Información y Expresión de Consentimiento Informado en las Atenciones de Salud emitido a través de la Resolución N° 31 del año 2012, determina de manera práctica esta obligación de los profesionales de la salud a comunicar la información referente a la situación de salud de las personas que atienden, según se señala en la ley antes mencionada.

CONSENTIMIENTO EN LA LEY N° 21.030

En cualquiera de las tres causales que permite acceder a la interrupción voluntaria del embarazo, consideradas en la Ley N° 21.030, se señala que *“... la mujer deberá manifestar en forma expresa, previa y por escrito su voluntad de interrumpir el embarazo”*.

Acto seguido contempla una excepción, para los casos en que no sea posible recabar el consentimiento de la forma expresada anteriormente, se aplicará lo dispuesto en el artículo 15, letras b) y c), de la Ley N° 20.584, ya señalados en los párrafos anteriores, esto es en caso de riesgo vital o secuela funcional grave de no mediar atención médica inmediata e impostergable y cuando la persona se encuentra en incapacidad de manifestar su voluntad y no es posible obtenerla de su representante legal.

Esta Ley contempla distintas situaciones particulares de las mujeres, ya sea de tipo etarias, por discapacidad y condición de interdicción por demencia, a tener en consideración para la solicitud voluntaria de la interrupción del embarazo. De esta manera se puede distinguir: Mujeres menores de 14 años; Mujeres mayores de 14 y menores de 18 años; Mujeres de 18 años y más; Mujeres con discapacidad no sometidas a interdicción; y Mujeres con discapacidad sometidas a interdicción.

Los requisitos, condiciones y/o procedimientos para el consentimiento que considera la Ley para cada uno de estos grupos antes señalados, se detallan a continuación:

A. Mujeres que pueden expresar su preferencia y consentir en forma plenamente autónoma: Mujeres de 18 años y más

En cualquiera de las tres causales, se deberá cumplir lo referido precedentemente como regla general, es decir manifestar en forma expresa, previa y por escrito su voluntad de interrumpir el embarazo

B. Mujeres que pueden decidir su preferencia, pero cuyo representante legal debe ser informado: Mujeres mayores de 14 años y menores de 18 años

Para este grupo particular de adolescentes, la Ley reconoce su autonomía progresiva y le permite decidir por sí misma continuar o interrumpir su embarazo. No requerirá autorización de un tercero para validar su manifestación de voluntad en orden a solicitar la interrupción.

Sin perjuicio de ello, el equipo de salud que la atendió debe informar la voluntad de interrumpir el embarazo manifestada por la adolescente a un adulto, quien no podrá modificar su decisión. El receptor de esta información está definido por la ley en orden de prelación:

- a. Su representante legal. Si la adolescente tuviere más de uno, sólo se informará al que ella señale.

Sólo si a juicio del equipo de salud existen antecedentes que hagan deducir razonablemente que proporcionar esta información al representante legal señalado por la adolescente podría generar a ella un riesgo grave de maltrato físico o psíquico, coacción, abandono, desarraigo u otras acciones u omisiones que vulneren su integridad, se podrá informar en su lugar a:

- b. El adulto familiar que ella indique, y en caso de no haberlo
- c. El adulto responsable que ella señale.

C. Mujeres que requieren de la autorización del representante legal

La autorización del representante legal para solicitar una interrupción voluntaria del embarazo es requerida en los casos de las mujeres menores de 14 años y mujeres con discapacidad psíquica o intelectual que han sido declaradas interdictas, contemplándose un procedimiento de autorización judicial sustitutiva en los casos particulares que se describen a continuación.

a. Mujeres menores de 14 años

En los casos de estas menores de edad que soliciten interrupción voluntaria del embarazo, la ley exige, además de la voluntad de la adolescente, la autorización de su representante legal:

“Tratándose de una niña menor de 14 años, además de su voluntad, la interrupción del embarazo deberá contar con la autorización de su representante legal, o de uno de ellos, a elección de la niña, si tuviere más de uno.”

La voluntad de la adolescente será manifestada en el formulario de Asentimiento Informado, adjunto a la autorización del representante legal.

La Ley dispone un procedimiento de autorización judicial sustitutiva para los casos de:

1. Falta de autorización del representante legal. Se entiende que falta la autorización cuando:

- i) El representante sindicado por la adolescente se niega a autorizar. Cabe aclarar que en el caso inverso, en el que la adolescente opta por continuar el embarazo y el representante insiste en que se realice la interrupción, no procede la autorización sustitutiva, debiendo respetarse la voluntad manifestada por la adolescente.
- ii) El representante legal sindicado por la adolescente no es habido. Podrá entenderse que el representante no es habido cuando:
 - a) Se encuentra ausente del territorio de la República y no es posible esperarlo sin un detrimento grave de salud de la adolescente o con riesgo de vencimiento del plazo definido por la ley para practicar la interrupción.
 - b) La adolescente ignora el lugar de su residencia.
 - c) Aun conociendo presuntamente su residencia, no puede establecerse una comunicación, a pesar de haberse realizado gestiones para ello, tales como contacto telefónico, visita domiciliaria u otra.
 - d) Estuviera privado de la patria potestad por sentencia judicial.

1.1 Sospecha de vulneración de derechos. Si a juicio del médico existen antecedentes para estimar que solicitar la autorización del representante legal podría generar a la menor de 14 años, un riesgo grave de maltrato físico o psíquico, coacción, abandono, desarraigo u otras acciones u omisiones que vulneren su integridad, se prescindirá de tal autorización y se solicitará una autorización judicial sustitutiva. En estos casos la **opinión del médico tratante deberá constar por escrito.**

La sospecha acerca de los riesgos puede surgir en cualquier integrante del equipo de salud que atiende a la adolescente, no obstante, la Ley lo circunscribe al médico.

Frente a estas situaciones, un integrante del equipo de salud asistirá a la adolescente o mujer para que un juez constate la concurrencia de la causal, para ello se deberá acudir ante el Tribunal de Familia competente, esto es, aquel que corresponda al territorio en el que se encuentra la adolescente menor de 14 años o mujer judicialmente declarada interdicta por causa de demencia. Requerida esta asistencia, el establecimiento de salud deberá coordinar la disponibilidad de un integrante para dichos efectos, idealmente el/la abogado/a del establecimiento, el/la trabajador/a social o cualquiera del equipo biopsicosocial que haya estado vinculado a la atención de la adolescente o mujer.

Para dar inicio a las gestiones de la autorización sustitutiva, el establecimiento de salud deberá comunicarse con el Juez de Turno del Tribunal competente, indicando la situación que la fundamenta y, considerando los plazos de edad gestacional establecidos en la ley 21.030, así como el interés superior de la adolescente, cerciorarse del modo o vías más expeditos que el tribunal admita para recepcionar los antecedentes del caso, a fin de remitirlos por esas vías, tales como correo electrónico, información telefónica u otra forma idónea que permita informar al tribunal, sin perjuicio de la presentación física de los mismos, si así le es requerido. Sólo con la autorización expresa del juez se podrá tomar registro auditivo o visual de la conversación telefónica.

Es recomendable presentar al tribunal, de la forma que este indique:

- El diagnóstico de embarazo, de la edad gestacional y de cualquier otra condición de salud que sea relevante para la decisión.
- La anamnesis realizada a la paciente, si la hubiere.
- Certificación de entrega y recepción de información sobre la Ley N° 21.030.
- La evaluación realizada por el equipo biopsicosocial por la cual se determinó la concurrencia de la causal, en el caso del numeral 3 del artículo 119 del Código Sanitario.
- Información sobre la manifestación de voluntad por parte de la adolescente o mujer y su representante legal respecto del programa de acompañamiento a que tiene derecho y las intervenciones realizadas a la fecha, si corresponde.
- Información sobre las circunstancias que se han considerado para solicitar la intervención del Tribunal.
- Información sobre la red de apoyo de la adolescente o mujer, si ésta se hubiere recabado.
- Cualquier otro antecedente que el equipo considere relevante tener en cuenta en la decisión judicial.

De todas maneras el Tribunal puede solicitar otros antecedentes para la evaluación del caso concreto.

El tribunal resolverá la solicitud de interrupción del embarazo sin forma de juicio y verbalmente, a más tardar dentro de las cuarenta y ocho horas siguientes a la presentación de la solicitud, con los antecedentes que le proporcione el equipo de salud, oyendo a la adolescente o mujer y al representante legal que haya denegado la autorización. Si lo estimare procedente, podrá también oír a un integrante del equipo de salud que la asista.

El procedimiento será reservado y no será admitida oposición alguna de terceros distintos del representante legal que hubiere denegado la autorización.

En caso de que el Tribunal constate la concurrencia de la causal, y encontrándose firme la resolución, esto es si el representante legal no la hubiere apelado, se procederá a realizar el procedimiento de interrupción.

En caso de que el Tribunal deniegue la constatación de la causal, se asistirá a la adolescente o mujer para apelar dicha decisión, si ella persiste en su manifestación de voluntad. Para ello se deberá esperar el pronunciamiento de la Corte de Apelaciones respectiva para proceder o no a la interrupción voluntaria del embarazo, según lo que ésta resuelva.

Se entenderá como parte de la asistencia del equipo aquella que realice el abogado del establecimiento para la apelación, si se requiriere.

De todas las gestiones se dejará constancia en la ficha clínica.

Sin perjuicio de lo señalado, es recomendable que cada Servicio de Salud se comunique con el Juez Presidente del Tribunal competente en su territorio para coordinar la forma de implementación de este aspecto de la Ley, de modo de agilizar la aplicación del procedimiento cuando éste sea necesario.

b. Mujeres con discapacidad psíquica o intelectual declaradas interdictas “por causa de demencia”.

Si la mujer ha sido judicialmente declarada interdicta por causa de demencia, se deberá obtener la autorización de su representante legal. Sin embargo, la Ley de todas maneras ordena que se debe recabar la opinión de la mujer en esta circunstancia, la que siempre se deberá tener en consideración, salvo que su incapacidad impida conocerla. La opinión de la mujer se consignará en el formulario de Consentimiento Informado que firmará su representante legal.

En esta situación, se dispondrán los mecanismos de apoyo pertinentes que permitan conocer la opinión o preferencias de la mujer interdicta, si fuere posible.

La Ley dispone un procedimiento de autorización judicial sustitutiva para los casos en que, a juicio del médico, existan antecedentes para estimar que solicitar la autorización del representante legal podría generar a la mujer judicialmente declarada interdicta, un riesgo grave de maltrato físico o psíquico, coacción, abandono, desarraigo u otras acciones u omisiones que vulneren su integridad. En el caso de discrepancia entre la mujer interdicta y su representante legal, en el que ella manifieste opinión contraria a la interrupción, se deberá indagar la posibilidad de la existencia de los riesgos señalados, para solicitar, si corresponde la intervención del Tribunal de Familia. En estos casos la opinión del médico deberá constar por escrito, sin perjuicio de que la sospecha acerca de los riesgos pueda surgir en cualquier integrante del equipo de salud que atiende a la mujer.

D. Mujeres que requieren ser apoyadas para tomar una decisión y expresar su preferencia y consentir: Mujeres con discapacidad.

“En el caso de personas con discapacidad sensorial, sea visual o auditiva, así como en el caso de personas con discapacidad mental psíquica o intelectual, que no hayan sido declaradas interdictas y que no puedan darse a entender por escrito, se dispondrá de los medios alternativos de comunicación para prestar su consentimiento, en concordancia con lo dispuesto en la ley N° 20.422 y en la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad.”

El Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (Ref: CRPD/C/11/4 Observación General sobre el artículo 12 de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad) ha señalado que:

“El grado de apoyo que necesite una persona (especialmente cuando es elevado) no debe ser un obstáculo para obtener apoyo en la adopción de decisiones”.

Cualquier forma de apoyo debe respetar la voluntad y preferencias de la mujer. Si pese al apoyo entregado, no se puede conocer la preferencia y voluntad de la mujer, podrá acudir a lo dispuesto en el artículo 15 b) y c) de la ley 20.584, cuando corresponda.

ASPECTOS DEL PROCESO PARA LA FIRMA DE FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

a. Entrega de la información

Previo a la firma del formulario Consentimiento Informado es esencial e imperativo que la persona reciba toda la información sobre el procedimiento de salud que está consintiendo, de manera clara, veraz y comprensible para ella. .

En relación con lo anterior, inciso décimo del artículo 119 del Código Sanitario, modificado por la Ley N° 21.030, estipula:

“El prestador de salud deberá proporcionar a la mujer información veraz sobre las características de la prestación médica, según lo establecido en los artículos 8 y 10 de la ley N° 20.584. Asimismo, deberá entregarle información verbal y escrita sobre las alternativas a la interrupción del embarazo, incluyendo las de programas de apoyo social, económico y de adopción disponibles. La información será siempre completa y objetiva, y su entrega en ningún caso podrá estar destinada a influir en la voluntad de la mujer. No obstante, lo anterior, el prestador de salud deberá asegurarse de que la mujer comprende todas las alternativas que tiene el procedimiento de interrupción, antes de que éste se lleve a cabo, y de que no sufra coacción de ningún tipo en su decisión.”

Así también reconoce la necesidad de contemplar medios alternativos de entrega de la información para las mujeres que puedan presentar dificultades especiales., como ya fue mencionado previamente.

i. Información a entregar y certificación de la entrega de la información

Al menos los siguientes aspectos deberán ser desarrollados en forma previa a la firma de formulario de Consentimiento Informado:

- La información pertinente referente a la solicitud de interrupción voluntaria del embarazo.
- Una descripción del procedimiento específico a realizar con la paciente.
- Señalar si el método a utilizar será ambulatorio o requerirá hospitalización.
- Las condiciones en que éste se realiza (uso o no de anestesia o de sedación).
- Posibles riesgos y efectos secundarios, los más frecuentes y los más graves, aunque no sean frecuentes.
- Derecho al programa de acompañamiento.
- Denuncia o comunicación a Fiscalía en caso de invocar la tercera causal.
- Destino de los restos ovulares o embrionarios cuando proceda.
- Pasos a seguir en caso de complicaciones.
- Si habrá o no seguimiento después del procedimiento y cómo se realizará.

- A quién y cómo contactar en caso de requerir más información.

Esta acción deberá quedar consignada en la ficha clínica, señalando la identificación del/a profesional que la entrega y la fecha en que esto se realiza. Es recomendable que los equipos cuenten con documentos informativos, disponibles para la mujer, sobre algunas o todas estas materias.

b. Condiciones para el proceso

Es importante tener en cuenta que este proceso requiere ser realizado:

- Por un/a profesional de salud que cuente con las competencias para efectuarlo, quien luego deberá identificarse en el Consentimiento informado.
- En un espacio físico adecuado que permita el resguardo de la privacidad y confidencialidad.
- Considerando la condición psíquica, cognitiva, emocional y el contexto particular de la persona que deberá consentir.
- Contar con el suficiente tiempo para permitir que la mujer comprenda la información que se le entrega, pueda realizar las consultas y aclarar las dudas que le surjan, que éstas le sean respondidas a su satisfacción y contar con la libertad para manifestar su voluntad, sin coacción.
- En los casos en que la mujer requiera de más tiempo para reflexionar respecto de su decisión, podrá regresar posteriormente a informar su decisión, recordando que es perentorio en el caso de la 3ª causal, que el acceso a este procedimiento tiene un límite acotado de tiempo para ser realizado: hasta las 12 semanas en el caso de mujeres mayores de 14 años o hasta las 14 semanas en mujeres menores de 14 años.

i. Condiciones particulares de la mujer -adolescente o adulta-

La mujer -adolescente o adulta- podrá presentar situaciones particulares, las que se deberán tener en consideración cuando se lleve a cabo este proceso. Algunos ejemplos se mencionan a continuación.

Si la mujer -adolescente o adulta- , a quien se solicita otorgue su consentimiento informado:

- Requiere de la asistencia de un facilitador intercultural, esto deberá considerarse cuando sea necesario, tanto para la entrega de la información como para el momento en que se solicita la firma del formulario de Consentimiento Informado. De concurrir, se registrará este hecho con identificación de la persona, su nombre en el documento que se firma.
- Presenta una limitación sensorial visual o auditiva, no sabe leer, así como en el caso de mujer -adolescente o adulta- con discapacidad mental psíquica o intelectual, que no hayan sido declaradas interdictas y que no puedan darse a entender por escrito, se dispondrá de los medios alternativos de comunicación para conocer su preferencia. Las terceras personas que acompañan el proceso quedarán formalmente identificadas en el documento que se firma.

- No sabe escribir, se le debe permitir acreditar su consentimiento por medio de su huella digital.
- En el caso de las adolescentes menores de 14 años, se consignará en un documento que le fue entregada toda la información pertinente y se recogerá su asentimiento para interrumpir su embarazo el que deberá ser firmado por ella.

c. Contenido del formulario de Consentimiento Informado

Este formulario debe contener de manera general:

- Qué se está consintiendo;
- Contener la identificación de quien otorga su consentimiento y de la persona que realiza el proceso, así como de terceras personas que actúan como facilitador o como apoyo a la toma de decisiones, asistente para la lectura, o como Ministro de Fe;
- Señalar el lugar y fecha en que se firma el documento;
- Indicar a quién y cómo contactar, en caso de algún imprevisto de salud que se presente en su evolución antes del control al que fue citada.

El formulario de Consentimiento Informado se firma en dos copias: una copia firmada para dejar constancia en la ficha clínica y una para entregar a la persona que consiente. Cualquier cambio en la decisión manifestado por la mujer, será consignado por escrito, solicitando su firma en dicho registro.

En el Anexo N° 2 se incluyen los modelos de formularios de Consentimiento y Asentimiento informado que deberán ser utilizados para la interrupción voluntaria del embarazo.

IX. DENUNCIA O COMUNICACIÓN AL MINISTERIO PÚBLICO⁴

Cuando la víctima de violación es menor de 18 años, el delito es de acción penal pública (artículo 53, inciso II, Código Procesal Penal), por lo que el Ministerio Público puede perseguir el delito de oficio, y cualquiera que tome conocimiento del hecho puede denunciarlo para que se proceda a investigar. La Ley N° 21.030 no innovó en esta materia.

En el caso de mujeres mayores de edad, de acuerdo con el artículo 369 inciso I del Código Penal⁵, se trata de una acción penal pública previa instancia particular, ello implica que no se puede proceder a la persecución del delito si la víctima no denuncia o ratifica la denuncia presentada por otro. Sin embargo, la Ley N° 21.030 establece una norma especial en caso de la mujer embarazada víctima de violación. En los casos en que se invoque la tercera causal y la víctima no haya realizado denuncia previa, el jefe del establecimiento de salud deberá comunicar este hecho al Ministerio Público, quedando este habilitado para iniciar la investigación de oficio.

De acuerdo con la Ley N° 21.030, una vez que se toma conocimiento de los hechos y no consta que se haya presentado previamente una denuncia, el obligado a realizarla o a comunicar la invocación de la causal, según corresponda, es el jefe del establecimiento hospitalario o clínica particular, por lo que se deberá coordinar internamente el flujo de la información para que ello se lleve a cabo. En ese sentido, no corresponde que se solicite a la víctima o a su representante legal, que realice la denuncia o comunicación y regrese con posterioridad al recinto de atención.

Cabe aclarar que, si bien de acuerdo con la Ley, el Ministerio Público siempre tomará conocimiento de los hechos que fundan la causal, ya sea por denuncia o comunicación de ellos, esto no es requisito para practicar la interrupción voluntaria del embarazo, por lo que dichos procesos pueden realizarse con posterioridad a la intervención.

La denuncia -obligatoria en los casos de menores de edad-, deberá realizarse ante la autoridad correspondiente. Puede interponerse la denuncia ante:

- El funcionario de Carabineros que haya sido destinado al recinto asistencial
- El funcionario de Carabineros que haya sido destinado a las dependencias del Servicio Médico Legal.
- Policía de Investigaciones de Chile.
- Ministerio Público respectivo.
- Tribunal de Garantía correspondiente al territorio.
- Tribunal de Juicio oral en lo Penal correspondiente al territorio.

El plazo para realizar la denuncia, conforme al artículo 176 del mismo código es de *“veinticuatro horas siguientes al momento en que tomaren conocimiento del hecho”*. Cabe señalar, en torno a

⁴ Capítulo citado textualmente de la Norma Técnica Nacional Acompañamiento y Atención Integral a la Mujer que se Encuentra en Alguna de las Tres Causales que Regula la Ley 21.030

⁵“No se puede proceder por causa de los delitos previstos en los artículos 361 a 366 quáter, sin que, a lo menos, se haya denunciado el hecho a la justicia, al Ministerio Público o a la policía por la persona ofendida o por su representante legal”.

este punto, que quien omita realizar la denuncia -conforme lo dispone el artículo 177 del Código Procesal Penal, incurre en las sanciones señaladas en el artículo 494 del Código Penal (multa de 1 a 4 UTM) o en aquellas que señalen disposiciones especiales, si correspondiere.

Por su parte, la comunicación establecida para el caso que la solicitante sea mayor de 18 años, esta deberá estar dirigida a la sede del Ministerio Público que corresponda según el territorio en que se encuentre el establecimiento de salud. Puede realizarse por diversas vías que permitan hacer constar que fue efectuada, tales como carta certificada, oficio o correo electrónico. En ella deberá indicarse que se ha invocado el delito de violación, el nombre y RUT de la requirente mayor de edad.

Deberá informarse de esta denuncia o comunicación a la mujer -adolescente o adulta- . Cuando la víctima sea una mujer -adolescente o adulta-interdicta por demencia se informará también a su representante legal, siempre y cuando éste/a no haya sido señalado como el/la agresor/a por la víctima. Si el equipo de salud tiene sospechas fundadas de que éste/a puede ser el agresor/a, ya sea de manera directa o a través de la negligencia, además de la denuncia al Ministerio Público es recomendable compartirle los fundamentos de la sospecha. En estos casos, se deberá tomar medidas para garantizar el fin de la violencia sexual y la protección de la víctima, esto incluye la solicitud de medidas de protección en Tribunales de Familia. Si la sospecha se refiere a exposición a explotación comercial sexual, también se realizará la denuncia pertinente.

El deber del equipo de salud se agota con la denuncia o la comunicación, debido a que la comprobación o no del hecho, es función propia de la investigación dirigida de manera exclusiva por el Ministerio Público. No obstante, existe la posibilidad de que el Ministerio Público o el Tribunal respectivo, solicite la declaración de integrantes del equipo o la solicitud de todo o parte de la información de la ficha clínica o documentos anexos conforme al artículo 13 de la Ley N° 20.584.

Además, en los casos en que la solicitante sea una mujer menor de 18 años, los jefes de establecimientos hospitalarios y clínicas particulares deberán notificar al Servicio Nacional de Menores.

De todas maneras, el equipo de salud siempre podrá solicitar medidas cautelares ante la sospecha de vulneración de derechos de una adolescente, para ello se indicará al menos la identificación de la adolescente y las circunstancias que fundan su sospecha.

X. AUTOCUIDADO DE LOS EQUIPOS

Los equipos que realizan acompañamiento a adolescentes o adultas que por una situación de extrema complejidad enfrentan una decisión respecto del devenir o la interrupción del embarazo, son equipos cuya tarea cotidiana los pone en contacto permanente con el conocimiento y ayuda a personas en situaciones límite, eventualmente traumáticas, que han desencadenado reacciones de crisis o de duelo en los consultantes.

Esta tarea, por la naturaleza de la decisión que la mujer debe enfrentar, se realiza en condiciones limitadas de tiempo. Requiere del profesional una importante inversión personal y lo expone a una exigencia emocional permanente.

Diversos estudios han aportado evidencia sobre el desgaste emocional a que están expuestos los profesionales de equipos que trabajan con las situaciones descritas. Para comprender y enfrentar esta situación se ha utilizado el concepto de *"Burnout"* y se han descrito los riesgos de los equipos de salud mental que trabajan con personas en situaciones límite. A partir de esa constatación se ha desarrollado el concepto de *"autocuidado de los equipos"*.

Se define el Burnout como "una respuesta a un estrés emocional crónico cuyos rasgos principales son el agotamiento físico y psicológico, una actitud fría y despersonalizada en la relación con los demás y un sentimiento de inadecuación en la tarea que se ha de realizar" (Maslach y Jackson, 1981). Descriptivamente este síndrome compromete el funcionamiento somático, afectivo y conductual. Dentro de los síntomas emocionales se describen sentimientos de depresión, distanciamiento afectivo en relación a las personas que se atiende, irritabilidad, disminución de la autoestima, baja satisfacción laboral y deseos de abandonar el trabajo.

También se lo ha definido como: "una respuesta al estrés laboral crónico integrado por actitudes y sentimientos negativos hacia las personas con las que se trabaja y hacia el propio rol profesional, así como por la vivencia de encontrarse agotado" (Gil, 1999). Ambas definiciones coinciden en considerarlo una inadecuada respuesta al estrés crónico, que es el detonante de este padecimiento.

A partir de esta conceptualización, se han desarrollado numerosos estudios empíricos, con equipos que trabajan con situaciones de violencia o de vulnerabilidad psicosocial, cuyos resultados validan estos conceptos e interpretan las manifestaciones del desgaste como una respuesta inherente a la naturaleza del trabajo, más que a déficit personales y ello se puede manifestar en indicadores directos, tales como cansancio intenso, depresión, desborde emocional, o indirectos, tales como frecuencia de licencias médicas, ausentismo laboral, atrasos, conflictos en las relaciones de equipo.

El concepto de riesgo de los equipos y de autocuidado, traducen una reformulación de un problema que se expresa a nivel individual, pero que no debe entenderse como un problema personal o psicopatológico del profesional, sino como una potencial reacción de todas las personas que trabajan con una temática particular y en determinadas condiciones laborales. Esta formulación releva la responsabilidad colectiva y la necesidad de una mirada preventiva, que se concreta en la programación y desarrollo de actividades orientadas a promover la salud de las personas que trabajan con personas que enfrentan un sufrimiento significativo. Estas actividades deben ser

consideradas en un Plan Anual de Autocuidado, que incluya los niveles institucional, grupal y personal, como parte integral del diseño y programación de las actividades de los equipos.

ACTIVIDADES DE PREVENCIÓN DE DESGASTE EMOCIONAL Y AUTOCUIDADO

a. Nivel institucional

El punto de partida de la prevención del desgaste y el autocuidado de los equipos es la conciencia institucional y la convicción respecto a la necesidad de programar, realizar y mantener estrategias de autocuidado permanentes.

Ello se manifiesta en otorgar espacio, tiempo y recursos para el desarrollo de actividades con ese propósito y apoyar un sistema de monitoreo del bienestar versus desgaste de los profesionales del equipo. Para este propósito es recomendable el uso de instrumentos estandarizados, que evalúan indicadores de desgaste y conductas de autocuidado.

Considerando que la conformación de estos equipos se inicia como parte de la implementación de la Ley N° 21.030, y su tarea es nueva para el sistema de salud así como para los profesionales que se integran a los equipos, la capacitación y el monitoreo y evaluación del desarrollo de la tarea, deben estar consideradas desde el inicio y realizarse en forma periódica. Ello permitirá el aprendizaje y consolidación de esta nueva actividad.

La consideración por las condiciones materiales en las cuales se desarrolla el trabajo de los equipos refleja también una política de cuidado de ellos.

La tarea a realizar requiere de espacios de atención que protejan la confidencialidad de los consultantes y que tengan condiciones adecuadas para realizar entrevistas con individuos, parejas, u otras díadas con personas significativas, en un ambiente de tranquilidad.

A su vez, se requiere contar con espacios adecuados para reuniones clínicas o de supervisión grupal del equipo, facilitando la planificación y realización sistemática de dichas actividades.

b. Nivel grupal del equipo interdisciplinario

El punto de partida del autocuidado del equipo interdisciplinario es reconocerse como equipos en riesgo y dedicar tiempo y recursos a estrategias que permitan la prevención del desgaste.

En la constitución de los equipos es importante establecer una estructura que promueva lazos de confianza entre los distintos profesionales del equipo. Esto se logra desarrollando un liderazgo

democrático y creando espacios seguros y confiables que permitan la auto-exposición de los miembros del equipo respecto a sus dudas y problemas frente al desarrollo de la tarea y que fomente un sentimiento de responsabilidad colectiva en la resolución de esos problemas.

Es recomendable mantener reuniones clínicas y de supervisión de casos, que permitan la expresión genuina de las emociones que producen los casos atendidos, que permitan analizar las dificultades que presenta la labor de acompañamiento en algunas situaciones, validen esas inquietudes y entreguen una retroalimentación con un énfasis en el aprendizaje y apoyo recíproco.

Estas reuniones de supervisión pueden complementarse con reuniones con un supervisor externo capacitado en la materia y también reuniones inter equipos que permita contrastar y complementar el enfoque de la tarea que se va desarrollando (Aron, 2004).

En cada una de estas reuniones se deberá resguardar la confidencialidad de los datos sensibles de los usuarios, de acuerdo a la normativa vigente.

Es necesario generar espacios protegidos para explicitar eventuales conflictos y resolver constructivamente diferencias.

El desarrollar vínculos y un sistema de comunicación y derivación segura y efectiva con los otros equipos de la red de atención es de primera importancia para la continuidad e integralidad de la atención de las mujeres consultantes y al mismo tiempo cumple una función importante en la sensación de efectividad y continuidad de la tarea. En ese sentido opera también como un recurso de apoyo a los profesionales del equipo.

Diversas experiencias reportadas en la literatura señalan como recomendable el desarrollo de otros espacios de interacción entre las personas del equipo, con propósitos de promoción de salud y de distensión emocional, que tengan un contenido no relacionado con el trabajo, y que responda a los intereses de las personas del equipo, como por ejemplo la práctica conjunta de una disciplina física o artística. Las actividades que incluyen elementos de relajación (mente-cuerpo) o la meditación, han probado ser efectivas en experiencias reportadas por la literatura sobre auto cuidado de los equipos.

c. Nivel personal

El punto de partida del autocuidado personal es tomar conciencia sobre la demanda emocional de la tarea y disponerse a desarrollar estrategias que tomen en cuenta esa exigencia emocional y permitan drenar las emociones que se producen al escuchar y acompañar personas en situaciones en extremo difíciles y que pueden estar experimentando altos niveles de angustia. Por ello, es recomendable capacitar y apoyar a las personas que forman parte del equipo de acompañamiento psicosocial, para comprender los riesgos para la salud mental del trabajo y la necesidad de asumir responsabilidad en el cuidado personal y en la contribución de cada uno a las actividades de cuidado grupales. En el nivel personal se requiere:

- Activar la capacidad de registrar los malestares físicos y psicológicos: estar particularmente atento a sentimientos tales como culpa, sensación de fracaso, de incompetencia. Observar

también eventuales cambios en los estilos personales de comunicación e interacción con otros, o cambios en los ritmos de sueño o alimentación.

- Compartir a través del habla las sensaciones y sentimientos asociadas a la tarea: de preferencia, este compartir debe realizarse con pares o en espacios de naturaleza terapéutica, para no sobrecargar los vínculos familiares.
- Énfasis en el desarrollo de actividades que no guarden ninguna relación con el contenido del trabajo: y que producen sensación de descanso, gozo, bienestar y desarrollo personal.
- Contribuir en el equipo de trabajo a que se respeten los espacios que se han programado para supervisar clínicamente el trabajo y analizar las dificultades.
- Participar en actividades de estudio y capacitación.
- Considerar actividades de auto cuidado en los tres niveles señalados, potencia el efecto de esas actividades y refuerza la responsabilidad compartida de cuidarse y cuidar a los compañeros de equipo en beneficio de las personas atendidas y de la efectividad de la tarea.

REFERENCIAS

- American Psychiatric Association: DSM-IV-TR (2003). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. 4ª Edición, Texto Revisado. Barcelona: Masson.
- Aron, A. y Llanos, M. (2004) *Cuidar a los que cuidan: desgaste profesional y cuidado de los equipos que trabajan con violencia*. Sistemas Familiares, año 20- nº 1-2, p 5-15.
- Balint, M. (1969) Trauma and object relationship. *International Journal of Psychoanalysis* Vol. 50: 429 – 435.
- Biblioteca del Congreso Nacional de Chile (1991). *Decreto 873 que aprueba la Convención Americana sobre Derechos Humanos, denominada "Pacto San José de Costa Rica"*. Recuperado de <https://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=16022>
- Biblioteca del Congreso Nacional de Chile (2015). *Ley 20.584 que regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud*. Recuperado de <https://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=1039348>
- Biblioteca del Congreso Nacional de Chile (2017). *Ley 21.030 que regula la despenalización de la interrupción voluntaria del embarazo en tres causales*. Recuperado de <https://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=1108237>
- Boyce, P. et al. (2002). *Pregnancy loss: a major life event affecting emotional health and wellbeing*. 176: 250-251
- Brier, N. (2008). *Grief following miscarriage: a comprehensive review of the literature*. *J Womens Health (Larchmt)* 2008; 17: 451- 464
- Callahan, E. et al (1983). *Life span developmental psychology. Non-normative life events*. New York: Academic Press.
- Calvi, B. (2004). *Traumatismos e historia. Los modos de destitución de la subjetividad*. Congreso internacional de investigación en psicoanálisis. Recuperado de: http://www.edumargen.org/docs/curso27_7/Unidad_6/1_CalviTraumatismo_historia.pdf
- Calvi, B (2005). *Abuso sexual en la infancia: Efectos psíquicos*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Centro Clínico Templanza (Octubre, 2017). *Presentación Seminario Violencia Sexual*. CAVAS, Universidad de Chile
- Claramunt, M. et al (2009). *La cuna vacía. El doloroso proceso de perder un embarazo*. Madrid: La Esfera de los Libros.
- Conway, K. (2000). *Couple's grief and experience of support in the aftermath of miscarriage*. *Br J Med Psychol*; 73: 531- 545.
- Crempien, C. (2011). *Características del funcionamiento psicológico de mujeres víctimas de violencia doméstica, con antecedentes de abuso en la infancia, en la comuna de Santiago*.

- Díaz, M. (1991). *Aspectos clínicos del reconocimiento y reconstrucción de la subjetividad en pacientes severamente traumatizados*. Artículo presentado en grupo de discusión "Intersubjetividad y construcción de la memoria en el actual contexto sociopolítico chileno" en el 44 Congreso de la Asociación Internacional de Psicoanálisis (IPA) "Trauma: nuevos desarrollos en Psicoanálisis". Recuperado de: http://www.ilas.cl/revi_4.html
- Dio Bleichmar, E. (2005). *Manual de psicoterapia de la relación padres e hijos*. Buenos Aires. Paidós.
- Fenieux, C. (2009). *El abuso sexual y la retraumatización a través de la denegación*. Revista Psiquiatría Universitaria, 5; 2: 230-234.
- Ferenczi, S. (1933). *Confusion of tongues between adults and the child: The language of tenderness and of passion*. Contemporary Psychoanalysis Vol. 24 (2): 196 -206.
- Ferenczi, S. (1934). *Reflexiones sobre el traumatismo*. Obras Completas tomo IV Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Ferenczi, S. (1997). *Sin simpatía no hay curación*. El Diario Clínico de 1932. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Ferguson, H. et al. (2005) *Poniendo fin a la violencia de género: Un llamado a la acción global para involucrar a los hombres*. Edita Västra Aros,
- Finkelhor, D. & Browne, A. (1985). *The traumatic impact of child sexual abuse: a conceptualization*. En American Journal of Orthopsychiatry. vol. 55 nº 4 Octubre 1985.
- Fondo de Población de Naciones Unidas (2006). *Igualdad y equidad de género: aproximación teórico-conceptual. Herramientas de trabajo en género para oficinas y contrapartes del UNFPA*. Volumen I.
- Fondo de Población Naciones Unidas, Equipo Centro Clínico La Morada (2007). *Orientaciones técnicas en violencia hacia las mujeres en la familia*. Proyecto Modelo de Atención en Violencia hacia la Mujer en el Nivel de Especialidad. MINSAL, 2004.
- Gil, P. y Peiró, J. (1999). *Perspectivas teóricas y modelos interpretativos para el estudio del síndrome de quemarse por el trabajo*. Anales de Psicología, 15, Nº2, 261-268.
- GFK Adimarc (2013). *Principales resultados encuesta nacional de victimización por violencia intrafamiliar y delitos sexuales. Para Ministerio del Interior y Seguridad Pública*. Recuperado de: http://www.seguridadpublica.gov.cl/filesapp/Presentacion%20VIF_adimark_final.pdf
- Guerra, C. et al. (2008). *Validación preliminar de la Escala de Conductas de Autocuidado para Psicólogos Clínicos*. Revista Psyke, Volumen 17, Nº 2, 67-78.
- Herz, E. (1984). *Psychological repercussions of pregnancy loss*. Psychiatr Ann; 14: 454-457.
- Instituto Nacional de Estadísticas (2015). *Justicia. Informe anual 2015*. Recuperado de: http://nuevoportal.ine.cl/docs/default-source/sociales/justicia/justicia_web.pdf?sfvrsn=6

- Instituto Nacional de Estadísticas (2016). *Carabineros. Informe anual 2016*. Recuperado de: <http://www.ine.cl/estadisticas/sociales/informe-anual-de-carabineros>
- Instituto Nacional de Estadísticas (2016). *Policía de Investigaciones. Informe anual 2016*. Recuperado de: <http://www.ine.cl/estadisticas/sociales/polic%C3%ADa-de-investigaciones>
- Johnson, M. et al (1996). *The grief response in the partners of women who miscarry*. Br J Psych; 69: 313- 327.
- Jordán, J. (2002). *Experiencia, trauma y recuerdo: A propósito de un texto de Winnicott*. Revista Gradiva, Vol 3, Nº 2, pp. 157 – 164.
- Kirkley – Best, E. et al (1982). *The forgotten grief: a review of the psychology of stillbirth*. Am J Orthopsychiatry; 52: 420-9.
- Lamberti, S. (2003). *Maltrato infantil. Riesgos del compromiso profesional*. Editorial Universidad: Buenos Aires.
- Lemma, A., Levy, S. (2004) *The impact of trauma on the psyche: internal and external processes*. En: Levy, S. & Lemma, A. (2004) *The Perversion of Loss. Psychoanalytic Perspectives on Trauma*. London, Whurr Publishers.
- López, A. (2011). *Duelo perinatal: un secreto dentro de un misterio*. Revista Asociación Española de Neuropsiquiatría, volumen 31 (número 1). Recuperado de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352011000100005
- Martínez, A. (2010). *El síndrome de burnout. Evolución conceptual y estado actual de la cuestión*. Vivat Academia. Nº 112. Septiembre, 2010. Recuperado de: <http://www.ucm.es/info/vivat/numeros/n112/DATOSS.htm>
- Martínez, V. (2010) *Las significaciones del sí mismo en el relato biográfico en mujeres que han vivido relaciones de violencia*.
- Maslach, C., y Jackson, S., (1981). *Maslach burnout inventory*. California: Consulting Psychologist Press.
- Menke, J. et al (1990). *Perinatal grief and mourning*. Adv Pediatr; 37: 261- 283. [[Links](#)]
- MINSAL (2011)... *Guía clínica AUGÉ: Alivio del dolor por cancer avanzado y cuidados paliativos*. Serie guías clínicas MINSAL, 2011. Recuperado de: <http://web.minsal.cl/portal/url/item/72213ed52c2723d1e04001011f011398.pdf>
- MINSAL (2013). *Guía clínica AUGÉ: Depresión en personas de 15 años y más*. Serie guías clínicas MINSAL, 2013. Recuperada de: <http://www.bibliotecaminsal.cl/wp/wp-content/uploads/2016/04/GUIA-CLINICA-DEPRESION-15-Y-MAS.pdf>
- Morales, G. et al. (2003). *Procesos emocionales de cuidado y riesgo en profesionales que trabajan con el sufrimiento humano*. Revista de Psicología de la universidad de Chile, Vol XII; Nº1, 9-25.

- Morse, G. et al. (2012). *Burnout in mental health services: a review of the problem and its remediation*. Adm Policy mental health. 2012 Sept; 39 (5) 341-352.
- Najman, J. et al (1993). *The impact of a child death on marital adjustment*. Soc Sci Med; 37: 1005-10.
- Niemeyer, R. (2009). *Aprender de la pérdida. Una guía para afrontar el duelo*. Barcelona: Paidós.
- Oltra, S. (2013). *El autocuidado, una responsabilidad ética*. Gaceta Psiquiatría Universitaria 2013; 9; 1: 85-90.
- Organización Mundial de la Salud, (2013). *Respuesta a la violencia de pareja y a la violencia sexual contra las mujeres. Directrices de la OMS para la práctica clínica y las políticas*
- Ortiz, G. y Ortega, M. (2009). *El síndrome de burnout en psicólogos y su relación con la sintomatología asociada al estrés*. Psicología y Salud 2009; 19; 2:207-214.
- Organización Mundial de la Salud (2002). *Informe mundial sobre la violencia y la salud*. Recuperado de:
http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/es/summary_es.pdf
- Organización Panamericana de la Salud: CIE – 10 (2003). *Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y problemas asociados a la salud*. Décima revisión. Volumen I. Recuperado de:
<http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/6282/Volume1.pdf?sequence=1>
- Organización Mundial de la Salud (2013) *Respuesta a la violencia de pareja y a la violencia sexual contra las mujeres. Directrices de la OMS para la práctica clínica y las políticas*.
<http://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/rhr1310/es/>
- Pardo, R. & cols. (2016): *Consenso de la Rama de Genética de la Sociedad Chilena de Pediatría sobre las anomalías congénitas de mal pronóstico vital (ACMPV)*. Revista Chilena de Pediatría; 87(5), pp. 422 a 431.
- Perrone, R. & Nannini, M. (1997). *Violencia y abusos sexuales en la familia*. Buenos Aires: Paidós.
- Quintero, T. (2014). *El caso de Isabel*. En: Cabrera, P (2014) (compilador) Construcciones. Clínica de lo Traumático y Figurabilidad. Santiago, Universidad de Chile, Facultad de Ciencias Sociales. Serie Praxis, Colección Psicoanálisis y Cultura.
- Rando, T. (1986). *Parental loss of a child*. Champaign Illinois: Research Press
- Ravazzola, C. (1997). *Historias infames: el maltrato en las relaciones*. Buenos Aires: Paidós.
- Regitz-Zagrosek, V. y cols., (2011). *Guidelines on the management of cardiovascular diseases during pregnancy. The task force on the management of cardiovascular diseases during pregnancy of the European Society of Cardiology (ESC)*. European Heart Journal 32, pp. 3147 a 3197.
 Recuperado de:
https://www.escardio.org/static_file/Escardio/Guidelines/publications/PREGN%20Guidelines-Pregnancy-FT.pdf

- Rojas, R. (2000). *Trauma, escisión y adaptación. Ferenczi, antecedentes de Winnicott*. Gradiva, 2, pp. 179 – 190.
- Rosales, C. y Olmeda, M. (2001). *El duelo anticipatorio*. Interpsiquis, 2001, 2.
- Santana, A. y Farkas, Ch. (2007). *Estrategias de autocuidado de equipos profesionales que trabajan en maltrato infantil*. Psykhe 2007; 16; 1: 77-89.
- Servicio Nacional de Menores, Ministerio de Justicia (2016). *Primer informe de abuso sexual en niñas, niños y adolescentes en Chile. Observatorio abuso sexual infantil y adolescente en Chile*. Recuperado de: http://ddhh.minjusticia.gob.cl/media/2016/12/informe_sename_digital_116_pagabuso_sexual_en_chilepdf.pdf
- Sloan, E. (2008). *Viewing the fetus following termination of pregnancy for fetal anomaly*. Jognn; 37, 395-404.
- Stern, D. (1999). *El nacimiento de una madre*. Barcelona: Paidós
- Stolorow et al. (1992). *Trauma and patogénesis*. En: Contexts of Being. The Intersubjective Foundation of Psychological Life. USA: Analytic Press.
- Summit, R. (1983). *The child sexual abuse. Accomodation syndrome*. Child Abuse & Neglect. 7, p. 177-193.
- UNICEF (2012). *IV Estudio de Maltrato Infantil en Chile*. Recuperado de: http://www.unicef.cl/web/wp-content/uploads/doc_wp/maltrato%20infantil.pdf
- Volnovich, J. (2008). *Abuso sexual en la infancia 3. La revictimización*. Ed. Lumen, Humanitas.
- Warland, J. (2000). *The midwife and the bereaved family*. Ascot Vale, Victoria: Ausmed.
- Winnicott, D. (1963). *Miedo al derrumbe*. En: Exploraciones Psicoanalíticas I. Buenos Aires: Paidós.
- Winnicott, D. (1965). *El concepto de trauma en relación con el desarrollo del individuo dentro de la familia*. En: Winnicott, D.W. (1991) Exploraciones Psicoanalíticas I. Buenos Aires: Paidós.
- Winnicott, D. (1967) *El concepto de individuo sano*. En: Winnicott, D.W. (1994) El Hogar Nuestro Punto de Partida. Ensayos de un psicoanalista. Buenos Aires: Paidós.
- Winnicott, D. (1982). *El miedo al derrumbe*. En: Exploraciones Psicoanalíticas Primera Edición. Buenos Aires: Paidós.
- Winnicott, D. (1989). *El desarrollo del trauma en relación con el desarrollo del Individuo dentro de la familia*. En Exploraciones Psicoanalíticas I. Buenos Aires: Paidós

ANEXOS

ANEXO Nº 1: LEY 21.030

Biblioteca del Congreso Nacional de Chile



Legislación chilena



Tipo Norma	:Ley 21030
Fecha Publicación	:23-09-2017
Fecha Promulgación	:14-09-2017
Organismo	:MINISTERIO DE SALUD
Título	:REGULA LA DESPENALIZACIÓN DE LA INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO EN TRES CAUSALES
Tipo Versión	:Única De : 23-09-2017
Inicio Vigencia	:23-09-2017
Id Norma	:1108237
URL	: https://www.leychile.cl/N?i=1108237&f=2017-09-23&p=

LEY NÚM. 21.030

REGULA LA DESPENALIZACIÓN DE LA INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO EN TRES CAUSALES

Teniendo presente que el H. Congreso Nacional ha dado su aprobación al siguiente

Proyecto de ley:

"Artículo 1.- Incorpóranse las siguientes modificaciones en el Código Sanitario:

1. Sustitúyese el artículo 119 por el siguiente:

"Artículo 119. Mediando la voluntad de la mujer, se autoriza la interrupción de su embarazo por un médico cirujano, en los términos regulados en los artículos siguientes, cuando:

- 1) La mujer se encuentre en riesgo vital, de modo que la interrupción del embarazo evite un peligro para su vida.
- 2) El embrión o feto padezca una patología congénita adquirida o genética, incompatible con la vida extrauterina independiente, en todo caso de carácter letal.
- 3) Sea resultado de una violación, siempre que no hayan transcurrido más de doce semanas de gestación. Tratándose de una niña menor de 14 años, la interrupción del embarazo podrá realizarse siempre que no hayan transcurrido más de catorce semanas de gestación.

En cualquiera de las causales anteriores, la mujer deberá manifestar en forma expresa, previa y por escrito su voluntad de interrumpir el embarazo. Cuando ello no sea posible, se aplicará lo dispuesto en el artículo 15, letras b) y c), de la ley Nº 20.584, que regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud, sin perjuicio de lo dispuesto en los incisos siguientes. En el caso de personas con discapacidad sensorial, sea visual o auditiva, así como en el caso de personas con discapacidad mental psíquica o intelectual, que no hayan sido declaradas interdictas y que no puedan darse a entender por escrito, se dispondrá de los medios alternativos de comunicación para prestar su consentimiento, en concordancia con lo dispuesto en la ley Nº 20.422 y en la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad.

Si la mujer ha sido judicialmente declarada interdicta por causa de demencia, se deberá obtener la autorización de su representante legal, debiendo siempre tener su opinión en consideración, salvo que su incapacidad impida conocerla.

Tratándose de una niña menor de 14 años, además de su voluntad, la interrupción del embarazo deberá contar con la autorización de su representante legal, o de uno de ellos, a elección de la niña, si tuviere más de uno. A falta de autorización, entendiéndose por tal la negación del representante legal, o si éste no es habido, la niña, asistida por un integrante del equipo de salud, podrá solicitar la intervención del juez para que constate la ocurrencia de la causal. El tribunal resolverá la solicitud de interrupción del embarazo sin forma de juicio y verbalmente, a más tardar dentro de las cuarenta y ocho horas siguientes a la presentación de la solicitud, con los antecedentes que le proporcione el equipo de salud, oyendo a la niña y al representante legal que haya denegado la autorización. Si lo estimare procedente, podrá también oír a un integrante del equipo de salud que la asista.

Cuando a juicio del médico existan antecedentes para estimar que solicitar la



autorización del representante legal podría generar a la menor de 14 años, o a la mujer judicialmente declarada interdicta por causa de demencia, un riesgo grave de maltrato físico o psíquico, coacción, abandono, desarraigo u otras acciones u omisiones que vulneren su integridad, se prescindirá de tal autorización y se solicitará una autorización judicial sustitutiva. Para efectos de este inciso la opinión del médico deberá constar por escrito.

La autorización judicial sustitutiva regulada en los incisos anteriores será solicitada al juez con competencia en materia de familia del lugar donde se encuentre la menor de 14 años o la mujer judicialmente declarada interdicta por causa de demencia. El procedimiento será reservado y no será admitida oposición alguna de terceros distintos del representante legal que hubiere denegado la autorización. La resolución será apelable y se tramitará según lo establecido en el artículo 69, inciso quinto, del Código Orgánico de Tribunales.

La voluntad de interrumpir el embarazo manifestada por una adolescente de 14 años y menor de 18 deberá ser informada a su representante legal. Si la adolescente tuviere más de uno, sólo se informará al que ella señale.

Si a juicio del equipo de salud existen antecedentes que hagan deducir razonablemente que proporcionar esta información al representante legal señalado por la adolescente podría generar a ella un riesgo grave de maltrato físico o psíquico, coacción, abandono, desarraigo u otras acciones u omisiones que vulneren su integridad, se prescindirá de la comunicación al representante y, en su lugar, se informará al adulto familiar que la adolescente indique y, en caso de no haberlo, al adulto responsable que ella señale.

En el caso de que la adolescente se halle expuesta a alguno de los riesgos referidos en el inciso anterior, el jefe del establecimiento hospitalario o clínica particular deberá informar al tribunal con competencia en materia de familia que corresponda, para que adopte las medidas de protección que la ley establece.

El prestador de salud deberá proporcionar a la mujer información veraz sobre las características de la prestación médica, según lo establecido en los artículos 8 y 10 de la ley Nº 20.584. Asimismo, deberá entregarle información verbal y escrita sobre las alternativas a la interrupción del embarazo, incluyendo la de programas de apoyo social, económico y de adopción disponibles. La información será siempre completa y objetiva, y su entrega en ningún caso podrá estar destinada a influir en la voluntad de la mujer. No obstante lo anterior, el prestador de salud deberá asegurarse de que la mujer comprende todas las alternativas que tiene el procedimiento de interrupción, antes de que éste se lleve a cabo, y de que no sufra coacción de ningún tipo en su decisión.

En el marco de las tres causales reguladas en el inciso primero, la mujer tendrá derecho a un programa de acompañamiento, tanto en su proceso de discernimiento, como durante el período siguiente a la toma de decisión, que comprende el tiempo anterior y posterior al parto o a la interrupción del embarazo, según sea el caso. Este acompañamiento incluirá acciones de acogida y apoyo biopsicosocial ante la confirmación del diagnóstico y en cualquier otro momento de este proceso. En caso de continuación del embarazo, junto con ofrecer el apoyo descrito, se otorgará información pertinente a la condición de salud y se activarán las redes de apoyo. Este acompañamiento sólo podrá realizarse en la medida que la mujer lo autorice, deberá ser personalizado y respetuoso de su libre decisión. En el caso de concurrir la circunstancia descrita en el número 3) del inciso primero, se proveerá a la mujer de la información necesaria para que pueda presentar una denuncia.

En la situación descrita en el número 2) del inciso primero, el prestador de salud proporcionará los cuidados paliativos que el caso exija, tanto si se trata del parto como de la interrupción del embarazo con sobrevivencia del nacido.

Las prestaciones incluidas en el programa de acompañamiento a las mujeres que se encuentren en alguna de las tres causales serán reguladas por un decreto de las autoridades a que se refiere la letra b) del artículo 143 del decreto con fuerza de ley Nº 1, de 2005, del Ministerio de Salud. Asimismo, se establecerán los criterios para la confección de un listado de instituciones sin fines de lucro que ofrezcan apoyo adicional al programa de acompañamiento, el que deberá ser entregado de acuerdo al inciso undécimo. La madre podrá siempre solicitar que el acompañamiento a que tiene derecho le sea otorgado por instituciones u organizaciones de la sociedad civil, las que deberán estar acreditadas mediante decreto supremo dictado por el Ministerio de Salud, todo ello conforme a un reglamento dictado al efecto. La mujer podrá elegir libremente tanto la entidad como el programa de acompañamiento que estime más adecuado a su situación particular y convicciones personales.

En el caso de que el acompañamiento no sea ofrecido en los términos regulados en este artículo, la mujer podrá recurrir a la instancia de reclamo establecida en el artículo 30 de la ley Nº 20.584. Ante este reclamo, el prestador de salud deberá dar respuesta por escrito dentro del plazo de cinco días hábiles, contado desde el día hábil siguiente a su recepción y, de ser procedente, adoptar las medidas necesarias para corregir las irregularidades reclamadas dentro del plazo



máximo de cinco días hábiles, contado desde la notificación de la respuesta. Si la mujer presentare un reclamo ante la Superintendencia de Salud, de ser procedente según las reglas generales, ésta deberá resolverlo y podrá recomendar la adopción de medidas correctivas de las irregularidades detectadas, dentro de un plazo no superior a treinta días corridos. Sin perjuicio de lo anterior, toda mujer que hubiere sido discriminada arbitrariamente en el proceso de acompañamiento podrá hacer efectiva la acción de no discriminación arbitraria contemplada en los artículos 3 y siguientes de la ley Nº 20.609, que establece medidas contra la discriminación.".

2. Incorpórase el siguiente artículo 119 bis:

"Artículo 119 bis. Para realizar la intervención contemplada en el número 1) del inciso primero del artículo anterior, se deberá contar con el respectivo diagnóstico médico.

En el caso del número 2) del inciso primero del artículo referido, para realizar la intervención se deberá contar con dos diagnósticos médicos en igual sentido de médicos especialistas. Todo diagnóstico deberá constar por escrito y realizarse en forma previa.

En el caso del número 3) del inciso primero del artículo 119, un equipo de salud, especialmente conformado para estos efectos, confirmará la concurrencia de los hechos que lo constituyen y la edad gestacional, informando por escrito a la mujer o a su representante legal, según sea el caso, y al jefe del establecimiento hospitalario o clínica particular donde se solicita la interrupción. En el cumplimiento de su cometido, este equipo deberá dar y garantizar a la mujer un trato digno y respetuoso.

En los casos en que la solicitante sea una niña o adolescente menor de 18 años, los jefes de establecimientos hospitalarios o clínicas particulares en que se solicite la interrupción del embarazo procederán de oficio conforme a los artículos 369 del Código Penal, y 175, letra d), y 200 del Código Procesal Penal. Deberán, además, notificar al Servicio Nacional de Menores.

Tratándose de una mujer mayor de 18 años que no haya denunciado el delito de violación, los jefes de establecimientos hospitalarios o clínicas particulares deberán poner en conocimiento del Ministerio Público este delito, con la finalidad de que investigue de oficio al o los responsables.

En todos los casos anteriores se respetará el principio de confidencialidad en la relación entre médico y paciente, adoptándose las medidas necesarias para resguardar su aplicación efectiva.

En el proceso penal por el delito de violación, la comparecencia de la víctima a los actos del procedimiento será siempre voluntaria y no se podrá requerir o decretar en su contra las medidas de apremio contenidas en los artículos 23 y 33 del Código Procesal Penal.".

3. Introdúcese el siguiente artículo 119 ter:

"Artículo 119 ter. El médico cirujano requerido para interrumpir el embarazo por alguna de las causales descritas en el inciso primero del artículo 119 podrá abstenerse de realizarlo cuando hubiese manifestado su objeción de conciencia al director del establecimiento de salud, en forma escrita y previa. De este mismo derecho gozará el resto del personal al que corresponda desarrollar sus funciones al interior del pabellón quirúrgico durante la intervención. En este caso, el establecimiento tendrá la obligación de reasignar de inmediato otro profesional no objetante a la paciente. Si el establecimiento de salud no cuenta con ningún facultativo que no haya realizado la manifestación de objeción de conciencia, deberá derivarla en forma inmediata para que el procedimiento le sea realizado por quien no haya manifestado dicha objeción. El Ministerio de Salud dictará los protocolos necesarios para la ejecución de la objeción de conciencia. Dichos protocolos deberán asegurar la atención médica de las pacientes que requieran la interrupción de su embarazo en conformidad con los artículos anteriores. La objeción de conciencia es de carácter personal y podrá ser invocada por una institución.

Si el profesional que ha manifestado objeción de conciencia es requerido para interrumpir un embarazo, tendrá la obligación de informar de inmediato al director del establecimiento de salud que la mujer requirente debe ser derivada.

En el caso de que la mujer requiera atención médica inmediata e impostergerable, invocando la causal del número 1) del inciso primero del artículo 119, quien haya manifestado objeción de conciencia no podrá excusarse de realizar la interrupción del embarazo cuando no exista otro médico cirujano que pueda realizar la intervención.".

4. Incorpórase el siguiente artículo 119 quáter:



"Artículo 119 quáter. Queda estrictamente prohibida la publicidad sobre la oferta de centros, establecimientos o servicios, o de medios, prestaciones técnicas o procedimientos para la práctica de la interrupción del embarazo en las causales del inciso primero del artículo 119.

Lo anterior no obsta al cumplimiento de los deberes de información por parte del Estado ni a lo dispuesto en el párrafo 4º del título II de la ley N° 20.584."

Artículo 2.- Reemplázase el artículo 344 del Código Penal por el siguiente:

"Artículo 344. La mujer que, fuera de los casos permitidos por la ley, causare su aborto o consintiere que otra persona se lo cause, será castigada con presidio menor en su grado máximo.

Si lo hiciere por ocultar su deshonra, incurrirá en la pena de presidio menor en su grado medio."

Artículo 3.- Intercálase, en el inciso primero del artículo 13 bis de la ley N° 19.451, a continuación del punto aparte, que pasa a ser coma, la siguiente oración: "así como quien destine, en cualquier momento, con ánimo de lucro o para fines distintos de los autorizados en esta ley, órganos, tejidos o fluidos humanos provenientes de una intervención propia de la interrupción del embarazo."

Artículo transitorio.- Las prestaciones reguladas en esta ley serán exigibles a contar de la dictación del decreto a que se refiere el inciso decimotercero del artículo 119 del Código Sanitario, la que deberá tener lugar en el plazo de noventa días contado desde la publicación.

El mayor gasto fiscal que irroque la aplicación de esta ley, en su primer año presupuestario, se financiará con cargo a los recursos que se consulten en la Partida 16 "Ministerio de Salud" de la Ley de Presupuestos respectiva. No obstante, el Ministerio de Hacienda, con cargo a la Partida Presupuestaria del Tesoro Público, podrá suplementar dicho presupuesto en la parte del gasto que no se pudiera financiar con tales recursos. Para los años siguientes se contemplará el financiamiento en las leyes de Presupuestos."

Habiéndose cumplido con lo establecido en el N° 1 del artículo 93 de la Constitución Política de la República y por cuanto he tenido a bien aprobarlo y sancionarlo; por tanto promúlguese y llévase a efecto como Ley de la República.

Santiago, 14 de septiembre de 2017.- MICHELLE BACHELET JERIA, Presidenta de la República.- Carmen Castillo Taucher, Ministra de Salud.- Nicolás Eyzaguirre Guzmán, Ministro de Hacienda.- Gabriel de la Fuente Acuña, Ministro Secretario General de la Presidencia.- Jaime Campos Quiroga, Ministro de Justicia y Derechos Humanos.- Claudia Pascual Grau, Ministra de la Mujer y Equidad de Género.

Transcribo para su conocimiento Ley N° 21.030, 14-09-2017.- Saluda atentamente a Ud., Jaime Burrows Oyarzún, Subsecretario de Salud Pública.

Tribunal Constitucional

Proyecto de ley que regula la despenalización de la interrupción voluntaria del embarazo en tres causales, correspondiente al boletín N° 9895-11.

El Secretario del Tribunal Constitucional, quien suscribe, certifica que la Honorable Cámara de Diputados envió el proyecto de ley enunciado en el rubro, aprobado por el Congreso Nacional, a fin de que este Tribunal ejerciera el control preventivo de constitucionalidad respecto de los incisos cuarto, quinto y sexto del artículo 119 del Código Sanitario, contenido en el numeral 1º del artículo 1º permanente del proyecto de ley y, que esta Magistratura, por sentencia de 7 de septiembre de 2017, en el proceso Rol N° 3.739-17-CPR.

Se declara:

1º. Que, el artículo 1º, numeral 1º, incisos cuarto, quinto y sexto, con la



salvedad de la expresión "que deniegue la autorización", contenida en este último, del proyecto de ley, que sustituye el artículo 119 del Código Sanitario, es conforme con la Constitución Política.

2°. Que, la expresión "que deniegue la autorización", contenida en el artículo 1º, numeral 1º, inciso sexto, del proyecto de ley, que sustituye el artículo 119 del Código Sanitario, es inconstitucional y, en consecuencia, debe eliminarse del texto del proyecto de ley sometido a control preventivo de constitucionalidad.

3°. Que este Tribunal Constitucional no emite pronunciamiento en examen preventivo de constitucionalidad, por no versar sobre materias propias de ley orgánica constitucional, de las disposiciones contenidas en el artículo 3º, que intercala en el inciso primero del artículo 13 bis de la ley Nº 19.451, a continuación del punto aparte, que pasa a ser coma, la siguiente oración: "así como quien destine, en cualquier momento, con ánimo de lucro o para fines distintos de los autorizados en esta ley, órganos, tejidos o fluidos humanos provenientes de una intervención propia de la interrupción del embarazo."

Santiago, 7 de septiembre de 2017.- Rodrigo Pica Flores, Secretario.

ANEXO Nº 2: FORMULARIOS ⁶

- a) **Declaración de entrega y recepción de Información sobre la ley 21.030 que despenaliza la interrupción voluntaria del embarazo en tres causales**

- b) **Consentimiento Informado para interrupción voluntaria del embarazo**
 - Mujer adulta, adolescente entre 14 y 18 años y mujer con discapacidad no declarada interdicta

- c) **Asentimiento informado y consentimiento informado de representante legal para la interrupción voluntaria del embarazo**
 - Mujer adolescente menor de 14 años
 - Mujer con discapacidad mental psíquica o intelectual declarada interdicta que cuenta con representante legal

⁶ Formularios extraídos textualmente de la Norma Técnica Nacional Acompañamiento y Atención Integral a la Mujer que se Encuentra en Alguna de las Tres Causales que Regula la Ley 21.030

ANEXO 2.a

**DECLARACIÓN DE ENTREGA Y RECEPCIÓN DE INFORMACIÓN SOBRE
LA LEY 21.030 QUE DESPENALIZA LA INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO EN TRES CAUSALES**

Nombre:

Cédula de Identidad N°.....

.....

Fecha de nacimiento.....

N° de Ficha Clínica.....

Domicilio.....

Ciudad..... Región

Diagnóstico de embarazo, Gestaciones-Partos-Abortos (GPA) y Edad Gestacional (EG)

.....

Fecha.....

Individualización del o los profesionales que realizaron el diagnóstico

.....

.....

Declaro que:

- 1.- He recibido toda la información verbalmente y por escrito sobre las alternativas para continuar o interrumpir mi embarazo, incluyendo la oferta de programas de apoyo social, económico y de adopción disponibles.
- 2.- He comprendido todas las alternativas, he podido aclarar mis dudas, las que me han sido respondidas satisfactoriamente.
- 3.- He sido informada que tengo derecho a participar en un programa de acompañamiento, previo a tomar mi decisión, tanto para el proceso de orientación como de la toma de decisión, que comprende el tiempo anterior y posterior al parto o a la interrupción del embarazo, según sea el caso.
- 4.- De acuerdo con lo que me han explicado, puedo cambiar mi decisión, si me encuentro dentro de los plazos requeridos, sin que ello afecte la atención de salud a la que tengo derecho.

Y me han informado de (marcar con una X la información recibida):

Mi condición de salud y de la gestación, de los riesgos que involucra tanto la continuación como la interrupción del embarazo, y de otras consideraciones clínicas relevantes para la toma de decisión.	
Programa de acompañamiento al que tengo derecho.	
Atención integral y cuidados paliativos al recién nacido, en caso de sobrevivencia, según corresponda	
Denuncia o comunicación a Fiscalía en caso de tratarse de una violación y mi derecho a comparecencia voluntaria	
Procedimiento de toma de muestra para análisis médico legal cuando corresponda y su destino.	

En caso que yo sea menor de 14 años, o mujer declarada interdicta judicialmente, que la interrupción del embarazo requiere también la autorización de mi representante legal o de un Tribunal, en subsidio en determinadas condiciones	
En caso que yo haya cumplido 14 años y sea menor de 18, mi decisión de interrumpir mi embarazo debe ser informada a mi representante legal, u otro adulto, en determinadas circunstancias	

DECLARACIÓN DE RECEPCIÓN DE LA INFORMACIÓN

➤ Firma de la mujer

.....

○ Representante Legal si procede

Nombre:

Teléfono:

RUT:

Firma.....

DECLARACIÓN DE ENTREGA DE LA INFORMACIÓN

➤ Identificación del profesional responsable de la entrega de la Información sobre la Ley N°21.030

Nombre	RUN	Firma

Ciudad:

Fecha:

<p>El presente documento, se extiende en duplicado, el original debe incorporarse a la Ficha Clínica y la copia se entrega a la mujer</p>

ANEXO 2.b

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERRUPCION VOLUNTARIA DEL EMBARAZO PARA MUJERES ADULTAS, ADOLESCENTES ENTRE 14 Y 18 AÑOS Y MUJERES CON DISCAPACIDAD NO DECLARADAS INTERDICTAS

Nombre del Establecimiento de Salud/Ciudad/Región:

.....

Nº de Ficha Clínica:

Estoy en conocimiento de que presento un embarazo cuyas características me permite solicitar la Interrupción Voluntaria de éste, según lo previsto en la Ley Nº 21.030, y por ello manifiesto mi voluntad de acceder a este procedimiento.

Declaro que se me ha entregado y explicado por parte del equipo médico, toda la información sobre el procedimiento que se me realizará, que será el que se indica a continuación:

(NOTA: El profesional que solicita el consentimiento informado, deberá marcar con una X el o los procedimiento(s) que corresponda(n))

Medicamentoso <i>(incluida vía de administración)</i>		
<input type="checkbox"/>	Mifepristona	
<input type="checkbox"/>	Misoprostol	
Instrumental		
<input type="checkbox"/>	• Aspiración endouterina <i>(manual o eléctrica)</i>	
<input type="checkbox"/>	• Legrado uterino	
<input type="checkbox"/>	• Dilatación y evacuación uterina	
<input type="checkbox"/>	• Inducción parto prematuro	
<input type="checkbox"/>	• Cesárea	

(NOTA: En los temas a continuación, solicitar a la mujer que firma el consentimiento informado, marcar con una X la información recibida)

He recibido información sobre:

<input type="checkbox"/>	Riesgos más frecuentes del procedimiento	
<input type="checkbox"/>	Efectos secundarios o complicaciones posibles y su manejo	

También me han informado que este procedimiento se realizará de forma:

<input type="checkbox"/>	Ambulatoria	
<input type="checkbox"/>	Hospitalizada	

Se me ha explicado el tipo de sedación y/o anestesia que se utilizará (local o general), incluidos sus riesgos, y que recibiré medicamentos para tratar el dolor según lo requiera.

Entiendo que el procedimiento que se me realizará, puede ser modificado por decisión médica durante la realización de éste, por razones clínicas que se presenten en el momento con el fin de resguardar mi salud.

Me han explicado también que, una vez de alta:

(Nota: El profesional debe detallar la información a continuación según corresponda al caso)

- Debo consultar inmediatamente en caso de presentar:
.....
- Seré controlada en:
- En caso de dudas o consultas, debo contactar a *(indicar nombre o cargo de la persona, teléfono u otra forma de contacto)*:
.....

He comprendido la información que se me ha entregado, teniendo a la vista un documento informativo del procedimiento que se utilizará; he tenido la posibilidad de aclarar las dudas y de hacer preguntas, las que me han sido respondidas a mi total conformidad.

Entiendo también que puedo cambiar de opinión y anular este consentimiento en cualquier momento, antes del procedimiento, sin que ello afecte la atención de salud a la que tengo derecho.

Nombre de la Paciente:	Firma:
Nº de RUN:	Fecha de Nacimiento:

Nombre del médico o profesional que aplica el CI:	Firma:
Nº de RUN:	

Nombre Ministro de Fe/Asistente para la lectura o entrega de información en caso de discapacidad sensorial, mental psíquica o intelectual/Facilitador intercultural cuando corresponda:	Firma:
Nº de RUN:	

Ciudad: _____

Fecha: _____

<p>Nota:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Si en el proceso de firma del Formulario de CONSENTIMIENTO INFORMADO participa un tercero ya sea como Ministro de Fe, como asistente para la lectura del documento, o como facilitador intercultural, debe quedar individualizado. - Si la persona no sabe escribir, puede poner su huella digital. - Firmar el documento en duplicado dejando una copia en la ficha clínica y entregando otra a la paciente.

ANEXO 2.c

ASENTIMIENTO PARA ADOLESCENTES MENORES DE 14 AÑOS Y CONSENTIMIENTO INFORMADO DE SU REPRESENTANTE LEGAL PARA LA INTERRUPCION VOLUNTARIA DEL EMBARAZO

Nombre del Establecimiento de Salud/Ciudad/Región:

.....

Nº de Ficha Clínica:

• **ASENTIMIENTO DE LA ADOLESCENTE**

Estoy en conocimiento de que presento un embarazo cuyas características me permite solicitar la Interrupción Voluntaria de éste, según lo previsto en la Ley Nº 21.030, y por ello manifiesto mi voluntad de acceder a este procedimiento.

Declaro que se me ha entregado y explicado por parte del equipo médico, toda la información sobre el procedimiento que se me realizará, que será el que se indica a continuación:

(NOTA: El profesional que solicita el consentimiento informado, deberá marcar con una X el o los procedimiento(s) que corresponda(n))

Medicamentoso <i>(incluida vía de administración)</i>	
Mifepristona	
Misoprostol	
Instrumental	
• Aspiración endouterina <i>(manual o eléctrica)</i>	
• Legrado uterino	
• Dilatación y evacuación uterina	
• Inducción parto prematuro	
• Cesárea	

(NOTA: En los temas a continuación, solicitar a la mujer que firma el consentimiento informado, marcar con una X la información recibida)

He recibido información sobre:

Riesgos más frecuentes del procedimiento	
Efectos secundarios o complicaciones posibles y su manejo	

También me han informado que este procedimiento se realizará de forma:

Ambulatoria	
Hospitalizada	

Se me ha explicado el tipo de sedación y/o anestesia (local o general) que se utilizará, incluidos sus riesgos, y que recibiré medicamentos para tratar el dolor según lo requiera.

Entiendo que el procedimiento que se me realizará, puede ser modificado por decisión médica durante la realización de éste, por razones clínicas que se presenten en el momento con el fin de resguardar mi salud.

Me han explicado también que, una vez de alta:

(Nota: El profesional debe detallar la información a continuación según corresponda al caso)

- Debo consultar inmediatamente en caso de presentar:
.....
- Seré controlada en:
- En caso de dudas o consultas, debo contactar a *(indicar nombre o cargo de la persona, teléfono u otra forma de contacto)*:
.....

He comprendido la información que se me ha entregado, teniendo a la vista un documento informativo del procedimiento que se utilizará; he tenido la posibilidad de aclarar las dudas y de hacer preguntas, las que me han sido respondidas a mi total conformidad.

Entiendo también que puedo cambiar de opinión y anular este asentimiento en cualquier momento, antes del procedimiento, sin que ello afecte la atención de salud a la que tengo derecho.

Se me ha explicado también que, debido a mi edad, además de manifestar mi voluntad para la interrupción del embarazo, se requiere solicitar la autorización de mi Representante Legal.

➤ **Firma del asentimiento por parte de la adolescente:**

Nombre de la Paciente:

Nº de RUN:..... Fecha de Nacimiento:.....

Firma:

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE SU REPRESENTANTE LEGAL

Estoy en conocimiento de que mi representada *(indicar nombre completo de la adolescente)*
.....

RUN: Fecha de Nacimiento:

Presenta un embarazo cuyas características le permiten solicitar la interrupción voluntaria de éste, según lo previsto en la Ley Nº 21.030.

Declaro que he recibido de parte del equipo médico toda la información sobre su situación de salud y del procedimiento a utilizar para la interrupción del embarazo, que será el que se indica a continuación:

(NOTA: El profesional que solicita el consentimiento informado, deberá marcar con una X el o los procedimiento(s) que corresponda(n))

Medicamentoso (incluida vía de administración)		
	Mifepristona	
	Misoprostol	
Instrumental		
	• Aspiración endouterina (manual o eléctrica)	
	• Legrado uterino	
	• Dilatación y evacuación uterina	
	• Inducción parto prematuro	
	• Cesárea	

(NOTA: En los temas a continuación, solicitar a la persona que firma el consentimiento informado, marcar con una X la información recibida)

He recibido información sobre:

Riesgos más frecuentes del procedimiento	
Efectos secundarios o complicaciones posibles y su manejo	

También me han informado que este procedimiento se realizará de forma:

Ambulatoria	
Hospitalizada	

Se me ha explicado el tipo de sedación y/o anestesia que se utilizará (local o general), incluidos sus riesgos, y que recibirá medicamentos para tratar el dolor según lo requiera.

Entiendo que el procedimiento que se me realizará, puede ser modificado por decisión médica durante la realización de éste, por razones clínicas que se presenten en el momento con el fin de resguardar mi salud.

Me han explicado también que, una vez de alta mi representada:

(Nota: El profesional debe detallar la información a continuación según corresponda al caso)

- Deberá consultar inmediatamente en caso de presentar:
.....
- Será controlada en:
- En caso de dudas o consultas, debemos contactar a (indicar nombre o cargo de la persona, teléfono u otra forma de contacto):
.....

He comprendido la información que se me ha entregado, teniendo a la vista un documento informativo del procedimiento que se utilizará; he tenido la posibilidad de aclarar las dudas y de hacer preguntas, las que me han sido respondidas a mi total conformidad.

Se me ha explicado que, de acuerdo con lo que señala esta Ley, para proceder a la interrupción del embarazo, es necesario contar también con el asentimiento de mi representada.

Entiendo también que puedo cambiar de opinión y anular este consentimiento en cualquier momento, antes del procedimiento, sin que ello afecte la atención de salud a la que mi representada tiene derecho.

➤ **Firma del consentimiento informado por el Representante Legal**

Por lo anterior, manifiesto estar de acuerdo con que mi representada acceda a este procedimiento.

Nombre completo del Representante Legal:

RUN:

Firma:.....

Nombre del médico o profesional que aplica el Asentimiento/CI:

.....

Nº de RUN:.....

Firma:.....

Nombre Ministro de Fe/Asistente para la lectura/Facilitador intercultural (si lo hubiera):

.....

Nº de RUN:.....

Firma:.....

Ciudad: _____

Fecha: _____

Nota:

- Recordar que en caso de discrepancia entre el asentimiento de la adolescente y el de su representante legal, el equipo de salud puede solicitar la autorización judicial sustitutiva.
- Si en el proceso de firma del Formulario de Asentimiento/Consentimiento participa un tercero ya sea como Ministro de Fe, como asistente para la lectura del documento, o como facilitador intercultural, debe quedar individualizado.
- Si la persona no sabe escribir, puede poner su huella digital.
- Firmar el documento en duplicado dejando una copia en la Ficha clínica y entregando otra a la paciente y su representante legal.

ANEXO 2.d

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERRUPCION VOLUNTARIA DEL EMBARAZO
PARA MUJERES CON DISCAPACIDAD MENTAL PSIQUICA O INTELECTUAL DECLARADAS INTERDICTAS QUE
CUENTAN CON REPRESENTANTE LEGAL**

Nombre del Establecimiento de Salud/Ciudad/Región:

.....

Nº de Ficha Clínica:

Estoy en conocimiento de que mi representada (*indicar nombre completo de la mujer que se representa*)

.....

RUN:

Fecha de Nacimiento:

Presenta un embarazo cuyas características le permiten solicitar la Interrupción Voluntaria de éste, según lo previsto en la Ley Nº 21.030.

Declaro que he recibido de parte del equipo médico toda la información sobre su situación de salud y del procedimiento a utilizar para la interrupción del embarazo, que será el que se indica a continuación:

(NOTA: El profesional que solicita el consentimiento informado, deberá marcar con una X el o los procedimiento(s) que corresponda(n))

Medicamentoso (<i>incluida vía de administración</i>)		
	Mifepristona	
	Misoprostol	
Instrumental		
	• Aspiración endouterina (<i>manual o eléctrica</i>)	
	• Legrado uterino	
	• Dilatación y evacuación uterina	
	• Inducción parto prematuro	
	• Cesárea	

(NOTA: En los temas a continuación, solicitar a la persona que firma el consentimiento informado, marcar con una X la información recibida)

He recibido información sobre:

Riesgos más frecuentes del procedimiento	
Efectos secundarios o complicaciones posibles y su manejo	

También me han informado que este procedimiento se realizará de forma:

Ambulatoria	
Hospitalizada	

Se me ha explicado el tipo de sedación y/o anestesia que se utilizará (local o general), incluidos sus riesgos, y que recibirá medicamentos para tratar el dolor según lo requiera.

Entiendo que el procedimiento que se me realizará, puede ser modificado por decisión médica durante la realización de éste, por razones clínicas que se presenten en el momento con el fin de resguardar mi salud.

Me han explicado también que, una vez de alta mi representada:

(Nota: El profesional debe detallar la información a continuación según corresponda al caso)

- Deberá consultar inmediatamente en caso de presentar:
.....
- Será controlada en:
- En caso de dudas o consultas, debemos contactar a *(indicar nombre o cargo de la persona, teléfono u otra forma de contacto)*:
.....

He comprendido la información que se me ha entregado, teniendo a la vista un documento informativo del procedimiento que se utilizará; he tenido la posibilidad de aclarar las dudas y de hacer preguntas, las que me han sido respondidas a mi total conformidad.

Se me ha explicado que, de acuerdo con lo que señala esta Ley, para proceder a la IVE en el caso de mi representada **se debe hacer lo posible por conocer y respetar su voluntad o preferencia al respecto.**

Entiendo también que puedo cambiar de opinión y anular este consentimiento en cualquier momento, antes del procedimiento, sin que ello afecte la atención de salud a la que mi representada tiene derecho.

➤ **Firma del consentimiento por parte de la mujer**

Nombre de la Paciente:

Nº de RUN:..... Fecha de Nacimiento:.....

Firma:

➤ **Firma del consentimiento informado por el Representante Legal**

Por lo anterior, manifiesto estar de acuerdo con que mi representada acceda a este procedimiento.

Nombre completo del Representante Legal:

RUN: Firma:.....

Nombre del médico o profesional que aplica el consentimiento informado:

.....

RUN:..... Firma:.....

Nombre Ministro de Fe/Asistente para la lectura/Facilitador intercultural/Persona que contribuye a conocer la preferencia de la mujer con discapacidad (si lo hubiera):

.....

Nº de RUN:.....

Firma:.....

Ciudad: _____

Fecha: _____

Nota:

- Recordar que en caso de discrepancia entre la voluntad de la mujer representada y el de su representante legal, el equipo de salud puede solicitar la autorización judicial sustitutiva.
- Si en el proceso de firma del Formulario de Consentimiento participa un tercero ya sea como Ministro de Fe, como asistente para la lectura del documento, como facilitador intercultural y/o como persona que contribuye a conocer la preferencia de la mujer con discapacidad, debe quedar individualizado.
- Firmar el documento en duplicado dejando una copia en la Ficha clínica y entregando otra a la paciente y su representante legal.

Anexo Nº 3: Consideraciones en torno a la Activación de Medidas de Protección

En el marco de la recepción y análisis de los antecedentes, es posible que los equipos de salud se encuentren con una serie de factores de riesgo familiares y contextuales, que hagan central la evaluación de las capacidades protectoras del adulto a cargo de la adolescente.

Existen casos en que, por sus particulares condiciones contextuales, familiares e incluso individuales, las niñas y adolescentes requieren ser visibilizadas ante un organismo judicial con las atribuciones necesarias para ordenar las acciones pertinentes que garanticen su protección integral, más allá de las acciones específicas que el sector salud puede realizar por las consultantes.

De esta forma, es necesario ampliar el dispositivo de protección, considerando la acción de Tribunales de Familia y la vinculación y visibilización de la adolescente con la figura de un Curador Ad Litem y el necesario seguimiento de su inserción en programas de protección y tratamiento de las vulneraciones sufridas, a través de la Red SENAME u otra instancia especializada pertinente para la particularidad de la situación.

Al respecto, se sugiere considerar la confluencia de algunos o varios de los siguientes elementos, según sea su gravedad e incidencia en el agravamiento del daño físico y psíquico en la víctima, con miras a la realización de gestiones pertinentes para la activación de mecanismos de protección, a través de Tribunales de Familia:

- Historia de develaciones en contexto externos al núcleo familiar.
- Fenómenos de retractación (desplazamiento de la figura del autor o negativa a reconocerse dentro de una vivencia abusiva previa entrega de un relato coincidente con ello).
- Aislamiento del núcleo familiar, en vinculación a un patrón endogámico y poco permeable a las intervenciones.
- Otras formas de violencia y vulneración de derecho (maltrato psicológico, físico, desescolarización, etc.).
- Patrón transgeneracional de violencia sexual, tendiente al aislamiento e imposición de dinámicas de silenciamiento.
- Negativa o reticencia de activar mecanismos de protección legal para la víctima.
- Responsabilización y agresión explícita de la adolescente, en condición de vulnerabilidad.
- Familia activa mecanismos de protección y resguardo centrados en la figura del presunto agresor.
- Cambios en la capacidad referencial de la víctima en presencia de su figura cuidadora, tendientes a omitir detalles entregados previamente o rechazar contexto de ayuda en su presencia.
- Figura cuidadora no otorga credibilidad, o bien, pese a otorgar credibilidad a la violencia sexual develada por la adolescente, se advierten mermados sus recursos protectores por alguna variable de salud mental o vulnerabilidad particular.



APRUEBA "ORIENTACIONES TÉCNICAS: ACOGIDA Y ACOMPAÑAMIENTO PSICOSOCIAL EN EL MARCO DE LA LEY 21.030, QUE DESPENALIZA LA INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO EN TRES CAUSALES".

GABINETE MINISTRA DE SALUD



09 MAR 2018

SANTIAGO,

401

RESOLUCIÓN EXENTA N° _____ /

VISTO, lo dispuesto en los párrafos segundo y tercero del numeral 9 del artículo 19 de la Constitución Política; en el artículo 1, 4 n° 14 y 139 del DFL N°1, de 2005, del Ministerio de Salud, que fija el texto refundido, coordinado y sistematizado del Decreto Ley N°2.763 de 1979 y de las leyes N°18.933 y N°18.469; en los artículos 6°, 7°, y 25 del Decreto Supremo N° 136 de 2004, del Ministerio de Salud, Reglamento Orgánico de esta Cartera de Estado; en el artículo 119 del Código Sanitario, modificado por la Ley N° 21.030 que regula la despenalización de la interrupción voluntaria del embarazo en tres causales; en la ley 20.584, que regula los Derechos y Deberes que tienen las Personas en relación con acciones vinculadas a su Atención de Salud; en la Ley N° 20.422 que establece normas sobre igualdad de oportunidades e inclusión social de personas con discapacidad; en la Ley N° 19.696 que establece Código Procesal Penal; en los artículos 361 y 362 del Código Penal; en la Sentencia Rol 3729-17 del Tribunal Constitucional; lo solicitado en Memorándum N° B-2 94, de 9 de febrero de 2018, de la Jefa de División de Prevención y Control de Enfermedades; y la Resolución N°1.600, de 2008, de la Contraloría General de la República; y

CONSIDERANDO,

1. Que, al Ministerio de Salud le compete ejercer la función que corresponde al Estado de garantizar el libre e igualitario acceso a las acciones de promoción, protección, recuperación de la salud y de rehabilitación de la persona enferma; así como coordinar, controlar y, cuando corresponda, ejecutar las acciones.
2. Que, el día 23 de septiembre de 2017, se publicó en el Diario Oficial la ley N° 21.030, que regula la despenalización de la interrupción voluntaria del embarazo en tres causales, cuyo artículo 1° sustituyó el artículo 119 del Código Sanitario, autorizando la interrupción voluntaria del embarazo cuando la mujer se encuentre en riesgo vital, el embrión o feto padezca una patología congénita adquirida o genética incompatible con la vida extrauterina independiente, en todo caso de carácter letal; y cuando éste sea resultado de una violación, dentro de los plazos establecidos en la ley.
3. Que, frente a situaciones complejas, como las que son abordadas en las tres causales establecidas por la Ley N° 21.030, es relevante el programa de acompañamiento a que tiene derecho la mujer, que le otorga acogida y apoyo cognitivo y emocional para conocer sus alternativas, mediante información clara, precisa, oportuna y de calidad, en miras a su bienestar biopsicosocial.
4. Que, el rol del equipo multidisciplinario que desarrolla el acompañamiento en un marco de respeto y diálogo con la mujer, es fundamental para el éxito del mismo, por lo que se pretende reforzar sus competencias para el abordaje de dicho proceso.
5. Que, por lo anteriormente señalado, dicto la siguiente:

RESOLUCIÓN

1. **APRUÉBASE** el documento denominado "Orientaciones Técnicas: Acogida y acompañamiento psicosocial en el marco de la Ley N° 21.030, que despenaliza la interrupción voluntaria del embarazo", cuyo texto se adjunta y forma parte de la presente resolución, el que consta de 105 páginas, todas ellas visadas por la Jefa de la División de Prevención y Control de Enfermedades.
2. **PUBLÍQUESE**, por el Departamento de Salud Mental de la Subsecretaría de Salud Pública, el texto íntegro de "Orientaciones Técnicas: Acogida y acompañamiento psicosocial en el marco de la Ley N° 21.030, que despenaliza la interrupción voluntaria del embarazo", y el de la presente resolución en el sitio www.minsal.cl, a contar de la total tramitación de esta última.
3. **REMÍTASE** un ejemplar de "Orientaciones Técnicas: Acogida y acompañamiento psicosocial en el marco de la Ley N° 21.030, que despenaliza la interrupción voluntaria del embarazo", a los Servicios de Salud y a las Secretarías Regionales Ministeriales del país.

ANÓTESE Y PUBLÍQUESE



DR. CARMEN CASTILLO TAUCHER
MINISTRA DE SALUD

DISTRIBUCIÓN:

- Jefe de Gabinete Ministra de Salud
 - Jefe de Gabinete Subsecretario de Salud Pública
 - Jefe de Gabinete Subsecretaria de Redes Asistenciales
 - Directores de los Servicios de Salud del país
 - Secretarías Regionales Ministeriales de Salud del país
 - Jefe de División Prevención y Control de Enfermedades
 - División Jurídica
 - Oficina de Partes
-