

Proyecto de ley, iniciado en moción de los Honorables Senadores señoras Sabat, Goic, Provoste y Von Baer, y señor Quinteros, que establece un estándar especial en relación con el manejo clínico y acompañamiento a madres y padres que hayan sufrido una muerte gestacional o perinatal.

ANTECEDENTES:

La maternidad y la paternidad es uno de los vínculos humanos más potentes, el cual es único y específico. Cuando algo rompe este vínculo se genera una pérdida irrecuperable en el mundo emocional de madres, padres y familias, por lo que es fundamental guiar de forma adecuada y no producir más daño de lo que la situación ya está generando en sí misma, más bien facilitar el tránsito del duelo.

En este sentido el psiquiatra australiano John Condon¹ es el primero en brindar una definición al vínculo prenatal desde la salud mental, el que se define como el “lazo o vínculo emocional que se desarrolla normalmente entre la madre embarazada o padre y su bebé no nacido” que contiene “la experiencia nuclear del amor” y que comienza desde que la madre gasta energía psíquica en el vínculo. Es relevante saber que “los primeros datos acerca de la existencia del llamado vínculo materno-fetal -de carácter unidireccional desde la madre hacia el feto, frente al carácter bidireccional del vínculo de apego- provienen de investigaciones clásicas acerca de la pérdida perinatal y el dolor asociado a la misma”²

Por otra parte, cuando se vive un duelo, pareciera estar en un combate cuerpo a cuerpo permanente entre quedarse en la vida o quedarse en la muerte para no soltar a ese hijo que ha muerto. Vivir sanamente un duelo y ser acompañada con respeto, implica poder honrar a tu hijo o hija quedándote aquí, en la vida, sabiendo que no podrás verlo. Los sentimientos de impotencia, de incapacidad, de culpabilidad y de auto-depreciación constituyen la base sobre la que se desarrollarán las diferentes manifestaciones psicopatológicas del «síndrome post-aborto», preferentemente las formas clínicas depresivas y adaptativas. Dentro de las más comunes, a corto plazo se destaca la alta tasa de trastorno de estrés post traumático, y a mediano largo plazo, la depresión, arrojando que más de un 90% de las mujeres con muertes gestacionales lo sufre.³

Fergusson, Horwood y Ridder (2006) encontraron en su estudio realizado con 630 mujeres en Nueva Zelanda que quienes sufren una muerte gestacional suelen presentar mayores probabilidades de sufrir trastornos mentales. Entre sus hallazgos se tiene que el 78.56% de las mujeres que experimentaron un aborto espontaneo sufrieron de depresión mayor,

1 Condon & Corkindale, 1997

2 Roncallo et all, 2015. p15

3 Leal-Herrero, 2009.

mientras que el 64% de ellas presentaron un cuadro de ansiedad. Estos datos resultan preocupantes si se compara el porcentaje de mujeres embarazadas que suelen sufrir depresión o ansiedad (35.7%), con el de mujeres sin vivencia de embarazo que presentan los mencionados trastornos (31.2%). Además, este estudio revela que el 50% de las mujeres que experimentaron una muerte perinatal reportaron ideación suicida, en comparación con el 25% de mujeres embarazadas y el 23% de mujeres sin hijos.

Fernando Leal Herrero en su estudio con mujeres mexicanas (2009) afirma que el aborto espontáneo afecta a la mujer en un nivel profundo de su personalidad y está ligado a su capacidad de generar vida humana y a su deseo de maternidad. Las formas más frecuentes de aparición clínica psicopatológica de los abortos espontáneos remiten a trastornos de ansiedad, trastorno de estrés postraumático, trastornos del comportamiento, trastornos adaptativos y acentuación de los rasgos de personalidad premórbida. El estudio de Hughes & Riches en el 2003, concluyó que la satisfacción con la atención recibida por parte del personal de salud, la posibilidad de recibir información sobre el proceso de duelo y la oportunidad de guardar objetos que ayuden a la mujer a tener recuerdos de su hijo o hija fallecido, son factores que se asocian a mejores resultados en el desarrollo del duelo. Por contraparte, cuando la relación de los padres con los profesionales sanitarios no es satisfactoria, el duelo perinatal puede ser más intenso y duradero⁴.

El 80% de las parejas que viven esta experiencia, vuelven a estar embarazadas en los 18 meses que siguen a la muerte⁵. La experiencia de una gestación saludable tras una o más muertes perinatales se vive con pánico y mayor desconexión con su hijo o hija⁶ incidiendo en el vínculo posterior al nacimiento. Es por esto, que resulta vital el abordaje multidisciplinario adecuado y respetuoso por parte de los profesionales de la salud, a fin de no sólo favorecer un duelo más saludable, sino de prevenir trastornos mentales que pueden y suelen extenderse hasta las próximas gestaciones y el vínculo con esos hijos, así como su futuro desarrollo emocional incluyendo la salud mental de la madre.

FUNDAMENTOS:

El mensaje que dio origen a la ley N° 20.584 que regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud hizo presente que “Una de las críticas que más frecuentemente se formulan a los sistemas de salud, es la creciente deshumanización en las relaciones entre los actores de ellas y en el trato que reciben las personas atendidas”. El espíritu detrás de la incorporación de dicho cuerpo legal a nuestro ordenamiento jurídico dice relación con entregar un servicio de calidad y respetuoso en todo momento de los derechos de los pacientes. En el año 2013, se dio a conocer los resultados de un interesante estudio, que realizó la Superintendencia de Salud, que busca definir de manera más tangible este concepto, analizando las principales ideas asociadas al concepto de trato digno y cuáles son los elementos relevantes para los usuarios

4 Huertas Fernández, 2017

5 Cuisinier etc all, 1996

6 Coté-Arsenault, 2000

en este ámbito. El resultado de este fue: El trato digno para los usuarios se puede evidenciar a través de cuatro conceptos importantes, lo emocional que se relaciona fundamentalmente con el ser tratado como persona (trato humano), la información durante la atención de salud, el derecho a contar con un médico comprometido/responsable y la atención oportuna.

En relación a lo anterior, y habiendo escuchado una serie de experiencias de madres y padres de nuestro país, recogidos en testimonios de las familias involucradas, que han enfrentado la pérdida reproductiva y/o muerte perinatal⁷ de un hijo o hija, todo lo anterior liderado por Aracelly Brito, quien vivió personalmente esta experiencia. Y en conjunto a la experiencia de un equipo multidisciplinario de profesionales ligadas al abordaje del duelo gestacional y perinatal y al sustento teórico de múltiples investigaciones que avalan la necesidad de un protocolo que aborde las temáticas en relación con el trato del duelo gestacional y perinatal en los establecimientos de salud.

Este proyecto viene a exigir que todas las instituciones de salud ya sean públicas o privadas, cuenten con un protocolo universal en caso de muerte perinatal, en donde haya un manejo clínico y acompañamiento psico-emocional acorde para contener a la madre principalmente, pero también al padre y al núcleo más cercano del nonato o mortinato fallecido. Esto, debido al fuerte impacto que produce la situación de duelo en una familia, siendo el manejo por parte de los profesionales que atienden a las madres y padres, una intervención clave en la forma que enfrentarán a futuro las fases de un duelo sano para asumir esta muerte.

En el marco de que una de cada cuatro mujeres tiene una pérdida gestacional, es relevante considerar como un derecho vital el poder construir una sociedad que permita el desarrollo de cada persona en espacios contenedores y empáticos, y por, sobre todo, desarrollar la dignidad ante la muerte de una hija o un hijo y los procesos necesarios de quienes deben enfrentarla.

Por lo anterior, venimos en proponer el siguiente:

PROYECTO DE LEY

Artículo 1: Modifícase la Ley N° 20.584, que regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud, en los siguientes términos:

1. Agrégase, en la letra b) del artículo 5, a continuación del punto final, que pasa a ser punto aparte, lo siguiente:

⁷ Al hablar de muerte gestacional y perinatal consideramos el periodo comprendido entre la concepción y el periodo neonatal, este último definido como las primeras 4 semanas de vida extrauterina.

“Realizar acciones concretas de contención, empatía y respeto por el duelo de cada madre y padre que hayan sufrido una muerte gestacional o perinatal.

Artículo 2: Modifícase el artículo 66 del Código del Trabajo, en los siguientes términos:

1. Reemplázase el inciso primero, por el siguiente:

“En caso de muerte de un hijo, todo trabajador tendrá derecho a diez días corridos de permiso pagado. En caso de la muerte del cónyuge o conviviente civil, todo trabajador tendrá derecho a un permiso similar, por siete días corridos. En ambos casos, este permiso será adicional al feriado anual, independientemente del tiempo de servicio.”.

2. Reemplázase el inciso segundo, por el siguiente:

“Igual permiso se aplicará, por siete días hábiles, en el caso de muerte de un hijo en período de gestación, y por tres días hábiles, en caso de la muerte del padre o de la madre del trabajador.”.