

# **Lineamiento técnico para la atención integral y el cuidado de la salud mental de la mujer o persona gestante, sus familias y comunidades en casos de duelo por pérdida gestacional o perinatal**

---

En cumplimiento de la Ley 2310 de 2023

**GUILLERMO ALFONSO JARAMILLO MARTÍNEZ**

Ministro de Salud y Protección Social

**JAIME HERNÁN URREGO RODRÍGUEZ**

Viceministerio de Salud Pública y Prestación de Servicios

**LUIS ALBERTO MARTÍNEZ SALDARRIAGA**

Viceministro de Protección Social

**GONZALO PARRA GONZÁLEZ**

Secretario General

**GINA ROSA ROJAS FERNÁNDEZ**

Dirección de Promoción y Prevención

**EDILMA MARLEN SUÁREZ CASTRO**

Directora de Desarrollo de Talento Humano en Salud

**LIBIA ESPERANZA FORERO GARCÍA**

Directora de Prestación de Servicios y Atención Primaria

**YULIANA ANDREA VALBUENA BEDOYA**

Subdirectora de Enfermedades no Transmisibles

**MARTHA LILIANA CHAPARRO TRUJILLO**

Subdirectora de Prestación de Servicios

**LUZ ADRIANA ZULUAGA SALAZAR**

Jefe Oficina de Calidad

**MAGDA YANIRA CAMELO ROMERO**

Jefe Oficina de Promoción Social (E)

## **Equipo Técnico**

### **Asesor Dirección de Promoción y Prevención**

Ricardo Luque Núñez

### **Grupo Gestión Integrada para la Salud Mental**

Bibian Yiseth Moreno Mayorga

Laura Milena Múnera Restrepo

### **Grupo de Sexualidad y Derechos Sexuales y Reproductivos**

Pablo Andrés Rodríguez Camargo

### **Grupo de Curso de Vida**

Mónica Genith Castro Hernández

Yenny Barajas Ortiz

### **Grupo de Formación de Talento Humano en Salud**

John Francisco Ariza Montoya

Carlos Arturo Guzmán

### **Dirección de Prestación de Servicios y Atención Primaria**

Myriam Andrea Ruiz Dionisio

### **Oficina de Calidad**

Carolina Manosalva Roa

### **Oficina de Promoción Social**

Isabel Cristina Buriticá López

**2024**

**Lineamiento técnico para la atención integral y el cuidado de la salud mental de la mujer o persona gestante, sus familias y comunidades en casos de duelo por pérdida gestacional o perinatal**

En cumplimiento de la Ley 2310 de 2023

**Contenido**

<b>1. Introducción .....</b>	<b>6</b>
<b>1.1. Presentación .....</b>	<b>6</b>
<b>1.2. Objetivo .....</b>	<b>8</b>
<b>1.3. Alcance .....</b>	<b>8</b>
<b>1.4. Población Sujeto .....</b>	<b>8</b>
<b>1.5. Principios y criterios (Cumplimiento de la Ley 2310 de 2023 artículo 4. Numeral I) .....</b>	<b>8</b>
<b>1.6. Definiciones .....</b>	<b>11</b>
<b>2. Derechos y obligaciones referidos a la atención del duelo por pérdida gestacional o perinatal (Cumplimiento de la Ley 2310 artículo 4. numeral II). .....</b>	<b>13</b>
<b>2.1. Derechos de la persona gestante frente a la atención integral para el duelo por pérdida gestacional o perinatal (Cumplimiento de la Ley 2310 artículo 4. numeral III). .....</b>	<b>15</b>
<b>2.2. Obligaciones de los actores del sistema de salud objeto de la Ley 2244 de 2022 .....</b>	<b>19</b>
<b>3. Marco de Referencia .....</b>	<b>20</b>
<b>3.1. Generalidades del Duelo .....</b>	<b>20</b>
<b>3.1.1. Manifestaciones del proceso de duelo .....</b>	<b>22</b>
<b>3.1.2. Determinantes del Duelo .....</b>	<b>24</b>
<b>3.2. Afecciones a la salud mental durante el proceso de duelo por pérdida gestacional o perinatal .....</b>	<b>25</b>
<b>4. Atención Integral en el proceso de duelo por pérdida gestacional o perinatal .....</b>	<b>31</b>
<b>4.1. Acciones a desarrollar para la atención integral y el cuidado de la salud mental de la mujer, persona gestante y la familia en casos de duelo por pérdida gestacional o perinatal .....</b>	<b>31</b>
<b>4.2. Acompañamiento en lo referente a la atención psicosocial para atención integral y el cuidado de la salud mental de la mujer, persona gestante y la familia en casos de duelo por pérdida gestacional o perinatal. ....</b>	<b>34</b>
<b>4.2.1. Fortalecimiento de Estrategias de Afrontamiento .....</b>	<b>34</b>

<b>4.2.2. Apoyo psicosocial durante el proceso de duelo .....</b>	<b>36</b>
<b>4.2.3. Atención Integral de las personas que presentan duelo complejo .....</b>	<b>38</b>
<b>4.3. Garantía de calidad de prestación de los servicios de salud para atención integral y el cuidado de la salud mental de la mujer o persona gestante y la familia en casos de duelo por pérdida gestacional o perinatal .....</b>	<b>41</b>
<b>4.4. Indicadores .....</b>	<b>45</b>
<b>5. Referencias bibliográficas .....</b>	<b>47</b>

## 1. Introducción

### 1.1. Presentación

El duelo es un proceso natural que todos los seres humanos experimentan ante pérdidas de personas, animales, objetos o relaciones que para cada uno sean significativas; las manifestaciones, duración y efectos sobre la salud mental dependen de los significados que cada persona hubiera construido del sujeto u objeto perdido.

Dichos significados dependen del tipo de relación establecido y su rol en la vida de quien está en duelo; igualmente juegan un papel determinante en el grado de afectación la naturaleza del apego; el tipo de pérdida; los antecedentes de problemas o trastornos mentales, las experiencias de pérdidas previas o las variables individuales y de personalidad; pero también de las variables sociales y otros tipos de estrés simultáneos.

No obstante, el duelo es un acontecimiento que, con frecuencia, carece de acompañamiento sobre todo cuando se da en situaciones de múltiples pérdidas como en emergencias humanitarias, o cuando se presenta por causas poco comunes. Por esto, se hace evidente la falta de estrategias, de destrezas y de recursos de la población en general y principalmente del personal de la salud, quienes están llamados a acompañar a los seres humanos en condiciones que ponen de manifiesto su vulnerabilidad, para acompañarles durante el proceso de duelo y con ello mitigar el riesgo de que se presenten alteraciones del orden mental, trastornos mentales o sus consecuencias como el consumo de sustancias psicoactivas, el agenciamiento de violencias interpersonales o la conducta suicida.

Aunque en Colombia aún no se cuenta con protocolos institucionales que propendan directamente por el cuidado de la salud mental de las personas que se encuentran en proceso de duelo, el Estado colombiano ha desarrollado una serie de orientaciones de política pública que guían las acciones que desde el sector salud se deben implementar para cuidar la salud mental.

Estos documentos parten de un robusto marco normativo que incluye la Ley 1751 de 2015, “Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones”, la cual establece en su artículo 2º que el derecho fundamental a la salud “comprende el acceso a los servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad para la preservación, el mejoramiento y la promoción de la salud. El Estado adoptará políticas para asegurar la igualdad de trato y oportunidades en el acceso a las actividades de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación para todas las personas. De conformidad con el artículo 49 de la Constitución Política, la atención en salud como servicio público esencial obligatorio, se ejecuta bajo la indelegable dirección, supervisión, organización, regulación, coordinación y control del Estado”.

Adicionalmente, la Ley 1616 de 2013 “Por medio de la cual se expide la Ley de Salud Mental y se dictan otras disposiciones”, mediante la cual se busca garantizar el ejercicio pleno del derecho a la salud mental en la población colombiana, mediante la promoción de la salud y la prevención del trastorno mental, la atención integral e integrada en salud mental en el ámbito del Sistema General de Seguridad Social en Salud, de conformidad con lo preceptuado en el artículo 49 de la Constitución y con fundamento en el enfoque promocional de calidad de vida y la estrategia y principios de la Atención Primaria en Salud - APS.

De las leyes en mención se deriva el Plan Nacional de Mejoramiento de la Calidad en Salud 2016-2021 (Minsalud, 2016) que con base en su cuarto objetivo se encuentra en proceso de publicación la Política Nacional de Humanización en Salud; la Resolución 3280 de 2018, por la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud y la Ruta Integral de Atención en Salud para la Población Materno Perinatal (Minsalud, 2018); la Resolución 4886 de 2018 Por la cual se adopta la Política Nacional de Salud Mental (Minsalud, 2018); la Resolución 3100 de 2019 con la que se definen los procedimientos y condiciones de habilitación de los servicios de salud (Minsalud, 2019); y el Lineamiento para el cuidado de las armonías espirituales y de pensamiento de los pueblos y comunidades indígenas donde se aborda el duelo con enfoque diferencial étnico (Minsalud, 2019).

Así mismo, existen documentos que delimitan el que hacer en el cuidado de la salud mental en situaciones especiales, como es el caso del duelo por defunciones fetales que se describe en la Circular Externa Conjunta N° 00000037 de 2015 del Ministerio de Salud y Protección Social y el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (Minsalud & DANE, 2015); la Política Nacional de Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos (Minsalud, 2014); el Anexo Técnico: Calidad y humanización de la atención en salud a mujeres gestantes, niñas, niños y adolescentes (Minsalud, 2014); y la Guía operativa para la valoración de la calidad y humanización de las atenciones de protección específica y detección temprana a mujeres gestantes, niños y niñas en la Ruta Integral de Atenciones – RIA (Minsalud, 2015).

Sin embargo, el Ministerio de Salud y Protección Social, consciente de que el fallecimiento gestacional y perinatal componen situaciones de alto impacto en las familias, considera necesario generar acciones articuladas entre cada uno de los actores del sector salud para abordar el proceso de duelo con base en los vínculos que se empiezan a construir desde el momento en que se conoce la noticia de un embarazo que, partiendo de los principios de bioética, deben propender por el mayor grado de bienestar posible para las familias que se encuentran en proceso de duelo por pérdida gestacional o perinatal.

En este orden de ideas, acorde con las disposiciones de la Ley 2310 de 2023, el documento “Lineamiento técnico para la atención integral y el cuidado de la salud mental de la mujer o persona gestante, sus familias y comunidades en casos de duelo por pérdida gestacional o perinatal” tiene como objetivo brindar herramientas a los diferentes actores del Sistema de Salud para cuidar la salud mental de las personas que se encuentran en proceso de duelo por pérdida gestacional o perinatal, al fortalecer las capacidades de las autoridades en salud para garantizar la protección de su salud mental; promover en las instituciones prestadoras de servicios de salud, el desarrollo de estrategias de cuidado de la salud mental de las familias en duelo por esta causa; y sensibilizar al personal del área de la salud en relación con las necesidades psicoemocionales de la persona y la familia en casos de duelo por pérdida gestacional o perinatal.

## **1.2. Objetivo**

Establecer el lineamiento técnico para la atención integral y el cuidado de la salud mental de la mujer o persona gestante, sus familias y comunidades en casos de duelo por pérdida gestacional o perinatal.

## **1.3. Alcance**

El presente lineamiento debe ser implementado por todos los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud que estén relacionados con la atención integral y el cuidado de la salud mental de la mujer o persona gestante, sus familias y comunidades en casos de duelo por pérdida gestacional o perinatal.

## **1.4. Población Sujeto**

Todas las mujeres, personas gestantes, sus familias y comunidades que se encuentran atravesando por un proceso de duelo por pérdida gestacional o perinatal.

## **1.5. Principios y criterios (Cumplimiento de la Ley 2310 de 2023 artículo 4. Numeral I)**

Para efectos de lo dispuesto en la Ley 2310 de 2023, además de lo dispuesto en la Ley 2244 de 2022 o aquella que la modifique, sustituya o derogue, se tendrán como principios la dignidad humana; la solidaridad, la igualdad; el libre desarrollo de la personalidad; la celeridad y oportunidad. Asimismo, se deberá tener en cuenta los siguientes criterios:

**Integralidad en la atención en salud.** Las instituciones Públicas, Privadas y mixtas del sistema de salud y/o quien haga sus veces, deberán brindar la atención integral del duelo por pérdida gestacional o perinatal centrada en la persona y en la garantía del derecho fundamental a la salud.



**Atención digna.** Ninguna mujer, persona gestante o familia que afronte una situación de duelo por pérdida gestacional o perinatal, podrá ser objeto de violencia psicológica o física durante la atención hospitalaria.

**Prevalencia de la autonomía de la mujer o persona gestante.** El talento humano en salud, así como las Instituciones Públicas, Privadas y mixtas del sistema de salud y/o quien haga sus veces y demás intervinientes en la atención materno perinatal, deberán atender siempre la voluntad de la mujer o persona gestante en lo referente a sus derechos frente a la atención del duelo perinatal en todas sus etapas. En consecuencia, ninguna mujer o persona gestante en duelo por pérdida gestacional o perinatal podrá ser sometida a procedimientos no consentidos durante la atención de la gestación, el proceso de parto o postparto.

**Información.** La mujer, persona gestante o familia que se encuentre afrontando una situación de duelo por pérdida gestacional o perinatal, tiene derecho a recibir información veraz, comprensible, oportuna, suficiente, adecuada y basada en evidencia, así como a recibir el apoyo idóneo e integral en el duelo, durante toda la atención hospitalaria, incluido lo referente al proceso de lactancia en duelo; creación o recolección de recuerdos físicos; información sobre la autopsia o estudio de patología; en ningún caso de duelo perinatal o gestacional se hablará a la mujer, persona o familiar del nasciturus o neonato sin vida como un objeto o desecho biológico; información sobre los aspectos legales, reglamentarios y sanitarios, los requisitos y el procedimiento para solicitar el cuerpo o los restos gestacionales derivados de la pérdida gestacional o perinatal, o pérdida embrionaria, fetal, cuando así lo requiera la mujer o persona gestante. Así mismo, tendrá derecho a que le sea entregado el cuerpo del neonato sin vida o los restos del nasciturus, para sus honras fúnebres. De igual manera, tendrá derecho a que se le informe sobre los procedimientos, alternativas y trámites de la atención médica en casos de pérdida gestacional o perinatal. En todo caso, se garantizará la existencia de un proceso de consentimiento informado con claridad, asertividad, oportunidad, cantidad y calidad suficiente, a lo largo de todo el proceso de atención en salud en casos de duelo por pérdida gestacional o perinatal.

**No divulgación o privacidad.** El talento humano en salud, así como Instituciones Públicas, Privadas y mixtas del sistema de salud o quien haga sus veces y demás intervinientes en la atención materno perinatal, deberán garantizar respeto total por la intimidad de la mujer o persona gestante en duelo por pérdida gestacional o perinatal, en consecuencia, se deberá garantizar un ambiente de protección e intimidad durante todas las fases de parto, parto, recuperación y alojamiento hospitalario, los cuales serán parte de un programa de atención al duelo perinatal en las instituciones prestadoras de servicios de salud, para estos casos. Asimismo, cualquier divulgación de información no autorizada por la mujer o persona gestante está prohibida y será sancionada conforme a las normas vigentes.

**Diversidad y no discriminación.** Toda mujer o persona gestante en duelo por pérdida gestacional o perinatal, en el marco del ejercicio de sus derechos, debe ser reconocida en su diversidad y garantizarse el acceso a sus derechos en igualdad de condiciones. Por lo tanto, ninguna mujer o persona gestante podrá ser discriminada o limitada en sus derechos por motivos de pertenencia étnica, condición socioeconómica, sexo, identidad de género, orientación sexual, religiosa, o de cualquier índole. En cualquier caso, en virtud de esta disposición se deberán respetar los derechos de las personas con identidad diversa, como las personas trans o personas no binarias. En caso de que la familia requiera atención para el duelo por pérdida gestacional o perinatal, se respetarán los mismos derechos.

**Promoción y cuidado de la salud mental.** Toda mujer, persona gestante o familia en duelo por pérdida gestacional o perinatal tiene derecho a gozar de asistencia psicosocial oportuna, idónea y calificada durante toda la permanencia en las instituciones prestadoras de servicios de salud y posterior al egreso y durante el tiempo que lo requiera, independiente del número de semanas de gestación que tuviera en el momento en que ocurrió la pérdida gestacional o perinatal. Dicha asistencia psicosocial deberá proporcionarse a solicitud de la mujer o persona gestante, y deberá adelantarse en total imparcialidad ideológica, o de creencia religiosa, garantizando la igualdad de condiciones el cuidado de la salud mental de la mujer o persona gestante que afronta duelo por pérdida gestacional o perinatal.

**Calidad e idoneidad profesional.** En los casos de duelo por pérdida gestacional o perinatal los servicios de salud deberán estar centrados en la mujer, persona gestante o familia, que afronta dicha situación, y desarrollar intervenciones apropiadas desde el punto de vista médico y psicológico con altos estándares profesionales, éticos y de calidad. Ello requiere, entre otros, personal de la salud formado en abordaje y acompañamiento del duelo por pérdida gestacional o perinatal y una evaluación oportuna durante toda la estancia hospitalaria y después de ella, de la calidad de los servicios ofrecidos y la satisfacción de los usuarios.

**Libertad de creencias e interculturalidad:** El talento humano en salud, así como las Instituciones Públicas, Privadas y mixtas del sistema de salud o quien haga sus veces y demás intervinientes, deberán brindar la atención del duelo por pérdida gestacional o perinatal desde un enfoque diferencial de derechos, teniendo en cuenta la multiculturalidad del país, y las necesidades que tiene cada mujer o persona gestante de acuerdo a su propia cosmovisión, creencias, así como sus necesidades culturales y psicológicas, En todo caso, se deberá garantizar el derecho de la mujer, persona gestante o familia en duelo por pérdida gestacional o perinatal a tener una atención que responda a estas necesidades, creencias y cosmovisión.

**Imparcialidad.** El talento humano en salud, así como las instituciones Públicas, Privadas y mixtas del sistema de salud/o quien haga sus veces y demás intervinientes en la atención

materno perinatal, deberán ser imparciales en la atención en salud, de manera que se hagan efectivos los derechos consagrados en la presente ley, y no se genere ninguna discriminación o juicio sobre las decisiones que en el curso de la atención tome la mujer o persona gestante en duelo por pérdida gestacional o perinatal.

## 1.6. Definiciones

Para los efectos del presente lineamiento se entiende por:

**Aborto:** La OMS define al aborto como la interrupción del embarazo antes de la semana 20 de gestación o con un embrión o feto que nace con un peso menor a 500 gr. y lo clasifica como espontáneo, recurrente e inducido.

**Duelo:** Proceso adaptativo del ser humano, que puede surgir ante la pérdida de una persona, vínculo, evento u objeto significativo y en el que se presentan respuestas psico-emocionales, afectivas, físicas, sociales, cognitivas o comportamentales.

**Duelo por pérdida gestacional y perinatal:** Es el proceso adaptativo del ser humano que puede surgir como respuesta a una pérdida gestacional o una muerte neonatal, y en el que pueden presentarse respuestas psico-emocionales, afectivas, físicas, sociales, cognitivas o comportamentales.

**Muerte perinatal:** Es la muerte que ocurre en el periodo comprendido a partir de las 22 semanas completas (154 días) de gestación o con 500 gramos o más de peso fetal, hasta los siete días después del nacimiento.

**Muerte neonatal:** Es la muerte ocurrida entre el nacimiento y los primeros 28 días completos de vida. Esta a su vez se divide en: 1. Muertes neonatales tempranas: ocurren durante los primeros 7 días de vida (0-6 días) y 2. Muertes neonatales tardías: ocurren después de los 7 días hasta el día 28 de vida (7-28 días).

**Nasciturus:** Concebido, pero no nacido, como fase de la vida humana interna o en formación.

**Posparto:** Periodo de transición y adaptación necesario, que inicia después del parto. Este período es esencial para la recuperación integral de la mujer o persona gestante.

**Puerperio:** Se denomina puerperio o cuarentena al periodo que va desde el momento inmediatamente posterior al parto hasta los 35-40 días y es el tiempo que necesita el organismo de la persona para recuperar progresivamente las características que tenía antes de iniciarse el embarazo.

**Trabajo de parto:** Proceso fisiológico y natural que comprende una serie de contracciones uterinas rítmicas y progresivas que gradualmente hacen descender al feto por el cérvix hacia el exterior.

## **2. Derechos y obligaciones referidos a la atención del duelo por pérdida gestacional o perinatal (Cumplimiento de la Ley 2310 artículo 4. numeral II).**

De acuerdo con la Ley 2244 de 2022 todas las mujeres o personas en proceso de gestación, trabajo de parto, parto, posparto, que se encuentren en proceso de duelo gestacional y perinatal tienen los siguientes derechos:

1. A recibir atención integral, adecuada, veraz, oportuna y eficiente, de conformidad, a sus costumbres, valores, creencias y a su condición de salud.
2. A ser tratada con respeto y sin discriminación, de manera individual y protegiendo su derecho a la intimidad y confidencialidad, incluida la información sobre resultados de pruebas de laboratorio, a no recibir tratos crueles, inhumanos ni degradantes, a que se garantice su libre determinación y su libertad de expresión.
3. A ser considerada como sujeto de derechos y de protección especial, en los procesos de gestación, trabajo de parto, parto, posparto y duelo gestacional y perinatal de modo que se garantice su participación en dichos procesos, atendiendo su condición de salud.
4. A tener una comunicación asertiva con los prestadores de atención en salud durante la gestación, el trabajo de parto, el parto, posparto y duelo gestacional y perinatal mediante el uso de un lenguaje claro, fácil de entender, pertinente, accesible y a tiempo acorde a sus costumbres étnicas, culturales, sociales y de diversidad funcional de cada persona.
5. A que sea ingresada al Sistema de Salud y a ser atendida sin barreras administrativas.
6. A ser informada sobre sus derechos, sobre los procedimientos de preparación corporales y psicológicos para el trabajo de parto, el parto y el posparto, y sobre los beneficios, riesgos o efectos de las diferentes intervenciones durante la gestación, el trabajo de parto, el parto y el posparto, las causas y los efectos del duelo gestacional y perinatal, con información previa, clara, apropiada y suficiente por parte de los profesionales de salud, basada en la evidencia científica segura, efectiva y actualizada, y sobre las diversas alternativas de atención del parto, con el fin de que pueda optar libremente por la que mejor considere y en consecuencia, a decidir sobre el lugar y los actores del sistema de la salud encargados de su atención.
7. A ser informada sobre la evolución del trabajo de parto, parto y posparto, sobre el estado de salud del feto y del recién nacido y, en general a que se le haga partícipe de las diferentes actuaciones de los actores del sistema de la salud y a que el cónyuge tenga información oportuna, y sus familiares de la evolución del trabajo de parto, parto y posparto, si la mujer o persona gestante así lo desea.

8. Al parto respetado y humanizado, basado en evidencia científica actualizada, con enfoque diferencial, teniendo en cuenta que las condiciones de salud de la mujer o persona gestante y del feto así lo permitan y su libre determinación.
9. A recibir atención en salud idónea y oportuna durante la gestación, trabajo de parto, parto y posparto bajo prácticas ancestrales de comunidades étnicas, en el lugar de su elección, siempre y cuando se garanticen las condiciones de salud de la mujer o persona gestante, y del feto o del recién nacido.
10. A recibir asistencia psicosocial, particularmente asistencia en salud mental, esta asistencia debe ser oportuna y de calidad con enfoque diferencial cuando así lo requiera y lo desee y en especial, en los procesos de duelo gestacional y perinatal, esta asistencia también se brindará al padre y la familia que así lo necesite.
11. A estar acompañada, si así lo desea la mujer o persona gestante, mínimo por una persona de su confianza y elección durante el proceso de gestación, trabajo de parto, parto y postparto, o en su defecto, por una persona especialmente entrenada para darle apoyo emocional. En ninguna circunstancia se podrá cobrar para hacer uso de este derecho.
12. A que todo procedimiento relacionado con su estado sea practicado por profesionales de la salud acreditados académicamente y con experiencia, sin perjuicio de las prácticas de medicina tradicional y ancestral de los grupos étnicos.
13. A no ser sometida a ningún procedimiento médico, examen o intervención cuyo propósito sea de investigación y docencia, salvo consentimiento libre, previo, expreso e informado manifestado por escrito.
14. A recibir información sobre las consecuencias físicas y psicológicas del postparto y sobre las indicaciones sugeridas de conformidad con sus condiciones de salud y basadas en la evidencia científica actualizada.
15. En los casos de duelo gestacional o perinatal, a tener acompañamiento de un equipo de agentes de la salud interdisciplinario con formación en duelo; para ayudar a la mujer o persona gestante y su familia a superar el duelo y a ser atendida en un lugar donde no tenga contacto con otras personas en gestación, trabajo de parto, parto o posparto y en las mejores condiciones posibles teniendo en cuenta su derecho y el de su familia a la intimidad.
16. Recibir un trato respetuoso por parte de los agentes de salud y la parte administrativa.

## **2.1. Derechos de la persona gestante frente a la atención integral para el duelo por pérdida gestacional o perinatal (Cumplimiento de la Ley 2310 artículo 4. numeral III).**

De acuerdo con los derechos mencionados en el numeral anterior, las mujeres, personas gestantes, sus familias y comunidades en procesos de duelo por pérdida gestacional o perinatal deberán recibir atención integral en salud basada en esos derechos con las siguientes particularidades:

La pérdida gestacional o perinatal, constituye una situación de gran vulnerabilidad psicológica y física para la persona gestante y su familia. Situación que requiere intervenciones específicas que se orienten —de acuerdo con la voluntad de los afectados y con las necesidades particulares que emerjan en ese contexto—, al cuidado y la asistencia apropiados. El atender tales necesidades no solo es obligante desde el punto de vista ético, sino que constituye un derecho asociado al derecho fundamental a la salud.

En años recientes los desarrollos sociales y normativos en Colombia entre ellos la Ley 2244 de 2022 y la Ley 2310 de 2023 demandan la elaboración lineamientos para la atención integral, que garanticen el derecho a transitar el proceso de pérdida gestacional o perinatal, de tal forma que se otorgue la información adecuada para la toma de decisiones, que se respete la autonomía de las personas y que se acompañe y respete el proceso de duelo.

Por tanto, las personas gestantes, sus familias y comunidades deberán recibir atención integral en el marco de los siguientes derechos:

1. A recibir atención integral, adecuada, veraz, oportuna y eficiente, de conformidad, a sus costumbres, valores, creencias y a su condición de salud. Esto deberá incluir la atención pertinente culturalmente, en coordinación con los actores que la mujer, persona gestante o la familia prefieran para recibir apoyo. El acompañamiento contribuye al afrontamiento adaptativo, al fortalecimiento de relaciones, de la resiliencia, la solidaridad y la capacidad para afrontar los duelos. Algunos grupos étnicos cuentan con un sistema estructurado de sabedores y sabedoras ancestrales para brindar apoyo, por tanto, se debe articular las acciones para garantizar la atención de acuerdo a sus costumbres y creencias.
2. A tener una comunicación asertiva con los prestadores de atención en salud mediante el uso de un lenguaje claro, fácil de comprender, pertinente, accesible y a tiempo, acorde con las costumbres étnicas, culturales, sociales y de diversidad funcional de cada persona con capacidad de gestar.
3. A ser tratada con respeto y sin discriminación, de manera individual y protegiendo su derecho a la intimidad y confidencialidad, incluida la información sobre resultados de pruebas de laboratorio, a no recibir tratos crueles, inhumanos ni degradantes, a que se garantice su libre determinación y su libertad de expresión. Para lo anterior, será necesario el desarrollo de capacidades para el fortalecimiento de competencias del



- personal de salud relacionadas con la comunicación asertiva, atención humanizada, respetuosa, compasiva y sin discriminación.
4. A que sea reconocida su identidad de género y como quiere ser nombrada y/o con que pronombre femenino o masculino, en el momento de la atención.
  5. A conocer los requisitos y el procedimiento para solicitar el cuerpo o los restos gestacionales derivados de la pérdida gestacional o perinatal, o pérdida embrionaria, fetal, cuando así lo requiera la mujer o persona gestante.
  6. A ser informada de la posibilidad de solicitar el cuerpo del neonato sin vida o los restos del nasciturus (en cualquier semana de la gestación), para sus honras fúnebres.
  7. A que le sea entregado el cuerpo del neonato sin vida o los restos del nasciturus (en cualquier semana de la gestación), para sus honras fúnebres, si media solicitud de los progenitores (De acuerdo con la Resolución 5194 de 2010 y la circular externa 0037 de 2015 del Ministerio de Salud y Protección Social).
  8. A que se le informe sobre los procedimientos, alternativas y trámites de la atención médica en casos de pérdida gestacional o perinatal.
  9. A garantizar la existencia de un proceso de consentimiento informado con claridad, asertividad, oportunidad, cantidad y calidad suficiente, a lo largo de todo el proceso de atención en salud en casos de duelo por pérdida gestacional o perinatal.
  10. A no ser objeto de violencia psicológica o física durante la atención hospitalaria.
  11. A que se le garantice un ambiente de protección e intimidad durante todas las fases de parto, parto, recuperación y alojamiento hospitalario, los cuales serán parte de un programa de atención al duelo perinatal en las instituciones prestadoras de servicios de salud, para estos casos.
  12. A que no se divulgue información no autorizada por la mujer o persona gestante.
  13. A que se garantice el acceso a sus derechos en igualdad de condiciones, sin importar pertenencia étnica, condición socioeconómica, sexo, identidad de género, orientación sexual, religiosa, o lugar de procedencia o condición migratoria.
  14. A que se le garantice el derecho de la mujer, persona gestante o familia en duelo por pérdida gestacional o perinatal a tener una atención que responda a estas necesidades, creencias y cosmovisión.
  15. A la imparcialidad en la atención en salud.



16. A ser considerada como sujeto de derechos y de protección especial, de modo que se garantice su participación en la toma de decisiones, atendiendo su condición de salud.
17. A ser informada sobre las causas, efectos y manejo del duelo por pérdida gestacional o perinatal, con información, clara, apropiada y suficiente por parte de los profesionales de salud, basada en la evidencia científica segura, efectiva y actualizada. En caso de grupos étnicos con lengua propia, se deberá disponer de una persona interprete o traductor.
18. A ser atendido por talento humano en salud formado en abordaje y acompañamiento del duelo por pérdida gestacional y perinatal.
19. La gestante en situación de pérdida gestacional tiene derecho a elegir ser atendida en un lugar donde no tenga contacto con otras personas en gestación, trabajo de parto, parto o posparto y en las mejores condiciones posibles teniendo en cuenta su derecho y el de su familia a la intimidad.
20. A contar con un espacio que permita intimidad y favorezca despedirse durante el tiempo que determine el protocolo establecido por la institución prestadora de servicios de salud, para realizar un rito si fuese su elección. Los rituales individuales o familiares acorde a la cultura del contexto, pueden facilitar los procesos de duelo.
21. A recibir atención psicológica y psicosocial, particularmente desde el sector salud con educación para la salud o diálogos de saberes, entrenamiento en habilidades para la vida o participación en grupos de apoyo o de ayuda mutua (de acuerdo con la disponibilidad en los territorios).
22. A que le sea entregada su placenta por los actores del sistema de la salud o instituciones que presten la atención durante el parto y posparto cuando así lo desee y lo solicite, según sus costumbres o creencias.
23. Los progenitores del neonato sin vida o del nasciturus tienen derecho a decidir sobre el manejo más apropiado de los restos derivados de la pérdida gestacional, una vez sean informados adecuadamente de los aspectos legales y sanitarios, en la medida en que son ellos quienes pueden dar o negar el consentimiento para las intervenciones y disposición de los productos del embarazo fallido. Las personas pueden desear y manifestar la realización de honras fúnebres e inhumación, pudiendo disponer el lugar y ritos para el entierro o cremación conforme a sus creencias religiosas, culturales, intenciones conmemorativas y de conservación de recuerdos del fallecido.

24. A permanecer con el cuerpo del nasciturus o neonato sin vida, si la persona gestante así lo decide, en contacto piel a piel después del nacimiento, con el fin de facilitar la elaboración del proceso de duelo, durante el puerperio inmediato.

## **2.2. Obligaciones de los actores del sistema de salud objeto de la Ley 2244 de 2022**

Adicional a las demás obligaciones establecidas en el marco normativo del sistema de salud, serán obligaciones de los actores del sistema de salud objeto de la Ley 2244 de 2022 las siguientes:

1. Promover la formación y actualización de los profesionales de la salud y demás actores involucrados en la atención y prestación del servicio para el cuidado de la mujer, persona gestante, del feto y del recién nacido, durante las etapas de gestación, trabajo de parto, parto, postparto lactancia duelo gestacional y duelo perinatal, para garantizar los derechos de la mujer, de la persona gestante, del feto y del recién nacido.
2. Promover la divulgación, de los lineamientos y establecer el plan estratégico emitido por el Ministerio de Salud y Protección Social, sobre las políticas de atención a la persona en gestación, parto y posparto, duelo gestacional y duelo perinatal y al recién nacido.
3. Aplicar las guías prácticas de atención a la persona en gestación, parto, posparto, duelo gestacional, duelo perinatal, al feto y al recién nacido, expedidas por el Ministerio de salud y Protección social.

### 3. Marco de Referencia

#### 3.1. Generalidades del Duelo

“El duelo, del latín *dolus* (dolor) es la respuesta emotiva a la pérdida de alguien o de algo” (Cabodevilla, 2007, p. 165). Se refiere al dolor emocional que se experimenta tras haber perdido algo o a alguien significativo en nuestras vidas, y se utilizan los términos “pena” o “aflicción” para describir su respuesta emocional más característica. “El duelo es un proceso “normal”, con una limitación en el tiempo y con una evolución previsiblemente favorable. No se trata pues de una patología, sino que, por el contrario, su elaboración puede significar un mayor grado de madurez personal. Del mismo modo, las pérdidas implican gran sufrimiento para la mayoría de las personas, pero sólo una minoría presentará trastornos psíquicos y/o complicaciones en el proceso de resolución” (Barreto & Soler, 2008, p. 15).

El duelo es el conjunto de reacciones de ajuste, adaptación y transformación necesarias para poder vivir sanamente y de manera autónoma después de las pérdidas. Es un proceso de “reparación” y de “cura”, un proceso global cuya realización corresponde al doliente. Consiste en deshacer los nexos afectivos, la trama de la relación del doliente con el sujeto u objeto perdido, y en aprender a vivir de otra manera, sin el otro (Pinard, 1997, pág. 8). El duelo es un proceso cognitivo que supone afrontar y reestructurar los pensamientos sobre la experiencia de la pérdida y el mundo diferente en el que ahora deben vivir (Worden, 1997).

Teniendo en cuenta que el duelo es un proceso, diversos autores lo han descrito a través de fases, sin decir con esto que correspondan a etapas fijas o que sean secuenciales, de tal manera que no reproduce un corte claro entre una y otra fase, y existen fluctuaciones entre ellas.

Lindemann formuló tres etapas en el duelo: conmoción e incredulidad caracterizada por la incapacidad para aceptar la pérdida; duelo agudo como la intensa preocupación por la imagen del fallecido, desinterés por lo cotidiano, llanto, sentimiento de soledad, insomnio, pérdida del apetito y aceptación de la pérdida; y resolución del proceso del duelo como la vuelta gradual a las actividades de la vida diaria y reducción de la preocupación por la imagen del fallecido (Barreto, 2008, p. 28).

Por su parte, Engel plantea el duelo como un proceso curativo con seis fases, el cual puede interrumpirse por una intervención errónea, condiciones adversas o la carencia de recursos personales. Entre las fases se encuentran la conmoción o incredulidad que protegen al doliente de los efectos de la situación estresante y desbordante al bloquear el reconocimiento de la pérdida y los sentimientos dolorosos; el desarrollo de la conciencia acerca de la realidad de la muerte y la angustia de la pérdida, acompañada de llanto y sentimiento de desamparo, además de enfado, culpa y conducta destructiva; restitución

cuando se inicia el proceso de recuperación mediante los ritos fúnebres que proporcionan apoyo social, favorecen la expresión de emociones y ayudan a tomar conciencia de la realidad de la pérdida; la resolución de la pérdida con la que se intenta afrontar el vacío dejado por el ser querido y el pensamiento se caracteriza por estar ocupado, casi en exclusividad, con el fallecido; la idealización cuando se reprimen los sentimientos hostiles y negativos hacia el difunto y se rehace una imagen prácticamente libre de características indeseables; y la resolución, como última fase, en la que se recuerda de forma realista y cómoda lo positivo y lo negativo de la relación perdida (Barreto, 2008, p. 29).

Finalmente, Parkes estipula cuatro fases en relación con el proceso de duelo. Desconcierto y embotamiento; anhelo y búsqueda de la pérdida; desorganización y desesperación; y reorganización y recuperación.

Ahora bien, existe también la perspectiva de las Tareas del Duelo que defiende que la recuperación de la pérdida de un ser querido requiere un período en el que se trabajen los pensamientos, los recuerdos y emociones asociados con la pérdida. Parkes y Weiss, desde la teoría de los constructos, consideran que son tres las tareas que debe llevar a cabo el superviviente para recuperarse del duelo. Reconocimiento intelectual y explicación de la pérdida que consiste en llegar a entender cómo ocurrió esta y la causa inevitable de la misma con la finalidad de no sentirse amenazado por una nueva pérdida; aceptación emocional de la pérdida que incluye una revisión obsesiva de pensamientos, recuerdos y sentimientos hasta llegar a sentir que éstos ya no son tan dolorosos como para no poder ser aceptados; y la asunción a una nueva identidad que comienza cuando la persona en duelo se da cuenta de la discrepancia entre el mundo de hoy y el de ayer y desarrolla una identidad que refleja las nuevas circunstancias (Barreto, 2008, p. 31).

Worden (1997, p. 4) por su parte, recoge los postulados de George Engel, y describe cuatro tareas del duelo.

Según la tesis de George Engel, la pérdida de un ser amado es psicológicamente tan traumática como herirse o quemarse gravemente en el plano fisiológico. El duelo representa una desviación del estado de salud y bienestar, se necesita un periodo de tiempo para que la persona en duelo vuelva a un estado de equilibrio similar. Engel ve el proceso de duelo similar al de curación. Se puede restaurar el funcionamiento total o casi total, pero también hay casos de funcionamiento y de curación inadecuados. De la misma manera que los términos sano y patológico se aplican a los distintos cursos en el proceso de curación fisiológica, también se pueden aplicar al curso que toma el proceso de duelo.

### 3.1.1. Manifestaciones del proceso de duelo

El periodo de duelo es aquel en que la persona elabora lo sucedido, lo entiende, lo supera y vuelve a reconstruir su vida. Es un proceso que no debe apresurarse ni eliminarse, pues no es una enfermedad (OPS, 2010). Cuando las personas se encuentran en situaciones de duelo pueden presentar reacciones psicológicas y somáticas por lo general inespecíficas. Estas reacciones, en su mayoría, serán autolimitadas y no implicarán menoscabo en el funcionamiento general de aquellos afectados, más allá de lo esperado en el marco de su contexto sociocultural. No obstante, se considerará que una persona presenta *síntomas importantes de duelo*, si estos tienen la capacidad de afectar cualquier aspecto de su funcionalidad general (personal, social, familiar, ocupacional, etc.) más allá de lo esperable para su propio contexto y costumbres (WHO, 2015).

Acorde con los planteamientos de Barreto y Soler (2008, p. 33), “el duelo es frecuente y mucha gente sufre terriblemente, aunque sea por un espacio corto de tiempo. La mayoría de las personas se ajustan a la pérdida sin necesidad de ayuda profesional pero una minoría tiene riesgo de padecer consecuencias duraderas en la salud y, por ello, resulta imprescindible conocer aquellas variables que advierten del peligro del duelo complicado con la finalidad de prevenirlo (Lacasta y Soler, 2004)”.

“Las respuestas a una pérdida significativa (p. ej., duelo, ruina económica, pérdidas debidas a una catástrofe natural, una enfermedad o discapacidad grave) pueden incluir el sentimiento de tristeza intensa, rumiación acerca de la pérdida, insomnio, pérdida del apetito y pérdida de peso, que pueden simular un episodio depresivo. Aunque estos síntomas pueden ser incomprensibles o considerarse apropiados a la pérdida, también se debería considerar atentamente la presencia de un episodio de depresión mayor además de la respuesta normal a una pérdida significativa. Esta decisión requiere inevitablemente el criterio clínico basado en la historia del individuo y en las normas culturales para la expresión del malestar en el contexto de la pérdida” (APA, 2014, p.81).

Las respuestas a la pérdida difieren en las personas, pero lo que parece ser común es el sentimiento de soledad y la impotencia. Algunas reacciones generales y universales ante la pérdida son el entumecimiento, la incredulidad, la ira, la injusticia, el llanto, el vacío, la culpa del sobreviviente, etc.

En este sentido, también puede considerarse como una respuesta psicobiológica a las pérdidas, siendo los síntomas centrales el anhelo y la tristeza, junto con pensamientos, recuerdos e imágenes de aquello que se ha perdido. En la tabla 1 se precisan las principales reacciones al duelo.

Tabla 1. Reacciones al duelo por dominios

<b>Afectivo</b>	<b>Cognitivo</b>	<b>Comportamental</b>	<b>Fisiológico</b>
Depresión, desesperación, angustia	Preocupación por pensamientos sobre la pérdida	Agitación	Pérdida del apetito
Ansiedad, miedo	Rumiación	Fatiga	Problemas de sueño
Culpa	Negación	Hiperactividad	Pérdida de energía
Anhedonia	Ideas de minusvalía y desesperanza	Llanto frecuente	Quejas somáticas
Soledad	Ideas de muerte y suicidio	Aislamiento	Cambios endocrinos
Anhelos	Sensación de irrealidad	Tensión	Susceptibilidad para otras enfermedades
Choque, negación, evitación.	Dificultades de memoria y en otros procesos mentales complejos		Aumento de eventos cardiovasculares y de mortalidad

Fuente: Construcción propia MSPS.

En ocasiones, estas reacciones de duelo pueden persistir durante años o hacerse más intensas de lo esperado dentro del concepto de adaptativo. En la edición revisada del Manual para el Diagnóstico de Enfermedades – CIE 11, el duelo se describe como un dolor emocional intenso, dificultad para aceptar la pérdida e incapacidad para experimentar un estado de ánimo positivo. Estas reacciones se asocian con deterioro funcional y duran más de seis meses después de la pérdida (WHO, 2018). En el DSM-5 esta condición se describe como “trastorno de duelo complejo y persistente” o duelo complicado, con una duración de más de 12 meses (APA, 2013). En este sentido, el duelo se caracteriza por síntomas de duelo normales, pero estos síntomas permanecen demasiado intensos durante un período demasiado largo.

Las principales características del duelo complicado son: persistencia de al menos 12 meses después de la muerte (o más de 6 meses para los niños), añoranza persistente por la persona fallecida, tristeza y dolor emocional intensos, pensamientos recurrentes de la persona fallecida, así como de las circunstancias de la muerte, la angustia reactiva a la muerte y la alteración social o de la identidad. En pocas palabras, la reacción de duelo en el duelo complicado es desproporcionada e inconsistente con las normas culturales, religiosas y apropiadas para la edad (APA, 2013; Pop-Jordanova, 2021).

En el debate sobre la definición psicopatológica de duelo complicado subyace una cuestión más profunda y es que quizás, el mismo hecho de crear una categoría diagnóstica implique patologizar un proceso que, de otra manera, sería normal. De



hecho, el DSM-5 (APA, 2013) establece que un factor modulador del diagnóstico diferencial entre el duelo normal y el patológico se relaciona con el entorno cultural del doliente. De tal manera que el diagnóstico psicopatológico se realiza sólo si las respuestas emocionales, cognitivas, conductuales y fisiológicas del doliente no se explican mejor por la presencia de ritos funerarios o por una concepción de la muerte y una respuesta de dolor socialmente aceptados y normalizados en una cultura en particular (APA, 2013; Lun-dorff et al., 2017). (Parro-Jiménez, et al., 2021).

Los factores de riesgo relacionados con el duelo complicado incluyen antecedentes de trastornos del estado de ánimo o de ansiedad, antecedentes de estilo de apego inseguro temprano y antecedentes de múltiples traumas o pérdidas, además aquellas personas que perdieron a familiares cercanos, con pérdida de apoyo social (Pop-Jordanova, 2021). Se ha descrito que las reacciones complejas del duelo, como el trastorno por duelo prolongado, el Trastorno por Estrés Postraumático y la depresión, ocurren en una minoría (10% a 15%) de las personas en duelo (Pop-Jordanova, 2021).

### 3.1.2. Determinantes del Duelo

De acuerdo con Cabodevilla (2007), se pueden identificar las pérdidas en cinco categorías:

- Pérdidas de la vida. Es un tipo de pérdida total, ya sea de otra persona o de la propia vida en casos de enfermedades terminales en el que la persona se enfrenta a su final.
- Pérdidas de aspectos de sí mismo. Son pérdidas que tienen que ver con la salud. Aquí pueden relacionarse tanto pérdidas físicas, referidas a partes del cuerpo, como las capacidades cognitivas, motoras y las psicológicas, por ejemplo, la autoestima, valores, ideales, ilusiones, etc.
- Pérdidas de objetos externos. Aquí aparecen pérdidas que no tienen que ver directamente con la persona propiamente dicha, y se trata de pérdidas materiales. Se incluyen en este tipo de pérdidas, al trabajo, la situación económica, pertenencias y objetos.
- Pérdidas emocionales. Como pueden ser rupturas con la pareja o amistades.
- Pérdidas ligadas con el desarrollo, es decir, las relacionadas con el curso de vida normal, como puede ser el paso por las distintas etapas o edades, infancia, adolescencia, menopausia, vejez, etc.

No obstante, no es posible definir que una pérdida va a ocasionar reacciones idénticas entre quienes las viven, porque depende de diversos factores determinantes de índole personal, situacional y relacional (Barreto, 2008, p. 35).

**Determinantes personales:** Los factores personales se refieren fundamentalmente a las variables individuales del superviviente que influyen en el proceso de recuperación de una pérdida. Entre los determinantes personales se encuentran la edad y el género del doliente, la personalidad, la salud previa, la religiosidad, la escasez de aficiones e intereses, la



pérdida temprana de los padres, los duelos anteriores no resueltos y las reacciones emocionales de ira, tristeza y culpabilidad muy intensas.

**Determinantes situacionales:** Entre los determinantes del duelo, existen los situacionales relacionados con los aspectos de la pérdida que afectan su curso. En este grupo se incluyen el modo en que se ha producido la pérdida, la ausencia del objeto del duelo, la duración de la enfermedad, la existencia de crisis concurrentes, la escasez de recursos para afrontar la situación y las pérdidas estigmatizadas.

**Determinantes relacionales:** Dentro de esta categoría destacan el parentesco, la relación ambivalente o dependiente y la ausencia de apoyo social; por ello es posible identificar algunos grupos poblacionales que, por sus características sociales, pueden ver afectada su salud mental durante el proceso de duelo, como las personas que experimentan un duelo por pérdida gestacional o perinatal.

### **3.2. Afecciones a la salud mental durante el proceso de duelo por pérdida gestacional o perinatal**

De acuerdo con Ladewing, London, Moberly y Olds (2006), durante el embarazo, los futuros padres afrontan cambios importantes y deben aceptar reajustes psicosociales profundos, pero también deben adaptarse al embarazo otros miembros de la familia, especialmente otros hijos y los futuros abuelos. Durante esa crisis, el individuo o la familia se desequilibran; el ego se debilita, los mecanismos de defensa habituales no funcionan, reaparecen algunos asuntos sin resolver y las relaciones cambian. Si no se resuelve la crisis, provocará comportamientos inadaptados en uno o más miembros de la unidad familiar, y puede llegar a desintegrarla. Pero las familias que logran resolver una crisis de maduración, como el embarazo, vuelven a funcionar normalmente y pueden incluso reforzar sus lazos.

No obstante, la evaluación del embarazo como un acontecimiento positivo o negativo depende de los significados que cada persona le otorgue (Ridruejo, 1982), a la luz de las características particulares de cada quien; como el deseo de ese embarazo, la edad de los padres, la aceptación, las expectativas, la pertenencia étnica, el proyecto de vida, la percepción de apoyo familiar y social, la presencia de trastornos mentales, las experiencias previas asociadas a la gestación (por ejemplo, antecedentes de abortos), las condiciones de vida incluyendo la satisfacción de necesidades humanas, y las habilidades de afrontamiento de los diferentes estresores.

Entre esos significados se pueden identificar al embarazo y al feto producto de ello como “sentido de vida”, “problema”, “realización como mujer”, “medio para conseguir beneficios”, “voluntad divina”, entre otros, lo que en gran medida condiciona las decisiones de las familias, entre las que se encuentran la protección o no de la salud del feto, la continuación o la interrupción voluntaria del embarazo, y el cuidado o el abandono.

Ahora bien, así como el embarazo se constituye en un potenciador de crisis de desarrollo, existen situaciones que generan crisis circunstanciales o inesperadas (Slaikeu, 1996), entre las que se encuentra la pérdida de un ser querido, de las cuales, el fallecimiento de los hijos es de las más impactantes.

No obstante, las características del duelo y las reacciones psicoemocionales, físicas, sociales o comportamentales (Kersting & Wagner, 2012) dependen en gran medida de los significados otorgados desde el momento que se conoce la noticia de un embarazo; así como de las causas del fallecimiento. Es decir, si el deceso se da por condiciones maternas (transmisión vertical, consumo de sustancias psicoactivas u otros comportamientos riesgosos); fetales (malformaciones congénitas o sufrimiento fetal durante el parto); accidentales (muerte súbita, accidente intrahospitalario o accidente post-egreso hospitalario); o provocadas (por negligencia, por diferentes tipos de violencias o por intento de suicidio).

Se ha demostrado que las pérdidas perinatales tienen un impacto psicológico sustancial en los padres y las familias, y están asociadas con estrés postraumático, depresión, ansiedad y trastornos del sueño (Kersting, A., & Wagner, B., 2012; Hughes P., & Riches S., 2003; Boyle FM., Vance JC., Najman JM., & Thearle MJ, 1996).

Como proceso de duelo, estas reacciones a la pérdida del nasciturus o del neonato sin vida a menudo pueden incluir un deterioro temporal de la función diaria, retirada de las actividades sociales, pensamientos intrusivos y sentimientos de anhelo, que pueden continuar durante diferentes períodos de tiempo. Algunos estudios mencionan que, en el duelo normal, los indicadores negativos de duelo como la incredulidad, el anhelo, la ira y la depresión alcanzan su punto máximo aproximadamente 6 meses después de la pérdida.

En el documento Salud Mental Perinatal, Maldonado- Durán (2011), menciona que se ha estimado que hay varias consecuencias psicológicas adversas después de un mortinato en la familia. Por ejemplo, alrededor de 29% de las personas que tuvieron esta experiencia presentarán síndrome de estrés postraumático (frecuente también en los casos de parto prematuro). De igual forma, se han precisado algunas diferencias con el duelo de otros momentos de la vida (Kersting, A., & Wagner, B., 2012). Por ejemplo, se ha descrito un mayor sentimiento de culpa (Kersting, A., & Wagner, B., 2012; Frost M., & Condon JT, 1996) especialmente si hubo una sensación de ambivalencia hacia el embarazo (Leppert PC., & Pahlka BS, 1984).

Otro aspecto reportado en la pérdida del embarazo es que las personas sienten que sus cuerpos han fallado y que su feminidad se ha visto socavada (Frost M., & Condon JT, 1996). Otros estudios han reportado emociones de “envidia” de los hijos de otras personas, que puede ser un problema para aquellos que han pasado por una pérdida perinatal. Al ser

pérdidas repentinas e inesperadas, las personas generalmente no tienen tiempo para anticiparse al dolor o prepararse para el cambio de la situación. A diferencia de la muerte de otros miembros cercanos de la familia, los progenitores afligidos por una pérdida perinatal tienen pocas o ninguna experiencia directa de vida con el nasciturus. Un factor agravante adicional es que, si la pérdida tiene lugar en una etapa temprana del embarazo, generalmente no habrá funerales u otros rituales de duelo, y la pérdida puede permanecer sin ser reconocida por la familia y los amigos. En general, se supone que la posibilidad de despedirse después de la pérdida de una persona significativa tiene un impacto positivo en la persona que se encuentra en proceso de duelo (Kersting, A., & Wagner, B., 2012; Schut HAW., de Keijser J., Bout JD., & Dijkhuis JH, 1991; Gamino LA., Sewell KW., & Easterling LW, 2000).

Los predictores del desarrollo de duelo complicado después de la pérdida prenatal incluyen la falta de apoyo social, las dificultades de relación preexistentes o la ausencia de hijos sobrevivientes. Se encontró que el riesgo de dolor complicado era especialmente alto después de la interrupción de un embarazo debido a una anomalía fetal (Kersting, A., & Wagner, B., 2012). La falta de apoyo de la pareja y las malas relaciones maritales se han descrito como otros componentes fuertes asociados con un dolor más intenso. Las proyecciones de culpa, así como los sentimientos de ira hacia una pareja y la pérdida de la visión de un futuro como familia pueden poner un énfasis considerable en la relación.

Otros factores que se han reportado como predictivos en algunos, pero no en todos los estudios, incluyen la edad materna avanzada, haber visto una ecografía, haber experimentado movimiento fetal, haber nombrado al nasciturus o al neonato sin vida o comprado cosas para él, y la duración de la gestación (Bhat, A. y Byatt, N., 2016).

Toedter y cols evaluaron la salud mental antes de la pérdida (Toedter LJ., Lasker JN., & Janssen HJ, 2001) y señalaron que el estado previo al evento predijo la probabilidad de una reacción de duelo intensa persistente a los 2 años de seguimiento. Otro estudio, esta vez examinando las reacciones al aborto espontáneo de personas con antecedentes de depresión mayor, encontró que el 54 % de los sujetos experimentaron una recaída en sus síntomas psiquiátricos (Kersting, A., & Wagner, B., 2012; Neugebauer R., Kline J., Shrout P., et al, 1997).

Varios estudios han evaluado la asociación entre la duración de la gestación y el nivel de angustia después de la pérdida perinatal, sin encontrar un aumento de la angustia psicológica con una edad gestacional más alta (Neugebauer R., Kline J., Shrout P., et al, 1997). Por lo tanto, se puede ver que las personas que han perdido a sus hijos en una etapa temprana del embarazo desarrollan síntomas de duelo similares a los de las personas en una etapa posterior del embarazo (Kersting, A., & Wagner, B., 2012).

En cuanto al aborto, varios estudios recientes han revelado que la pérdida del feto después del descubrimiento durante el embarazo de malformaciones fetales o trastornos cromosómicos graves puede considerarse como un evento traumático de la vida con un alto impacto psicológico. Esto es especialmente relevante si la interrupción del embarazo tiene lugar en el segundo o tercer trimestre del embarazo (Iles S., & Gath D, 1993). En este sentido, Korenromp y cols, documentaron que el 20% de las personas sufren hasta 1 año de consecuencias psicológicas después de dicho procedimiento (2009). Varios predictores de resultados negativos a largo plazo después de la interrupción del embarazo incluyen alto nivel de angustia inmediatamente después del procedimiento, baja autoeficacia, falta de apoyo de la pareja y altos niveles de duda al tomar la decisión (Kersting A., Kroker K., Steinhard J., et al, 2007).

Si bien la mayoría de los estudios analizaron la experiencia de la pérdida perinatal para las personas gestantes, dos estudios han analizado la experiencia del duelo en los padres después de la pérdida gestacional o perinatal (Lizcano Pabon L.D.M., Moreno Fergusson M.E., y Palacios A.M, 2019). Los autores encontraron que los padres a menudo sufrían solos mientras se centran en el sufrimiento de su pareja. Los hombres también se sintieron descuidados y olvidados por el personal sanitario, y a varios padres no les permitieron entrar en la habitación para acompañar a sus parejas o tener momentos significativos con su hijo. Esto llevó a una angustia significativa y los autores concluyeron que los profesionales de la salud deberían buscar oportunidades para apoyar a los padres en su duelo después de la pérdida perinatal (McNeil, M. J., Namisango, E., Hunt, J., Powell, R. A., & Baker, J. N., 2020).

La investigación más sólida sobre el duelo parental ha evaluado el impacto de la pérdida perinatal en los padres. Shakespeare et al. publicó en 2017 una revisión sistemática de las experiencias de los padres y profesionales después de pérdidas perinatales. En el 50 % de los estudios se encontró que el apoyo positivo de la comunidad, en lugar de la estigmatización y la culpa, puede mejorar la experiencia del duelo; la conciencia y el apoyo a mecanismos de afrontamiento adecuados pueden ayudar a mejorar la expresión de emociones; la experiencia de dolor de las personas, que tiene múltiples manifestaciones, a menudo no es reconocida por la comunidad sanitaria y la sociedad en general; se valora el acceso a un apoyo psicológico oportuno y culturalmente apropiado; abordar las barreras del sistema de salud es importante para la prestación de una atención respetuosa; las personas quieren información, asesoramiento y discusiones individualizadas sobre futuros embarazos (Shakespeare C., et al.; 2019).

Un mensaje poderoso de esta revisión fue lo culturalmente heterogénea que era la prestación de atención médica entre los diferentes países de ingresos medios. Sin embargo, incluso con tales diferencias culturales y contextos sociales variados, un tema clave a lo largo de los diferentes estudios evaluados fue la experiencia negativa de las mujeres o personas que experimentan pérdida perinatal, y la culpa, el estigma y la falta de

apoyo de la familia, su comunidad y los trabajadores de la salud (Shakespeare C., et al.; 2019).

El duelo complicado está especialmente presente en los padres que han perdido a sus hijos pequeños, y la tasa de suicidio entre este grupo es muy alta. Se sugiere la detección sistemática de pensamientos y conductas suicidas en este grupo (Pop-Jordanova N., 2021), que busca además el apoyo en la reconstrucción o remodelación de la visión del mundo del individuo y brinda la oportunidad de construir un mundo más fuerte y supuesto después de la pérdida personal.

Es importante distinguir el dolor del duelo complicado y la depresión porque hay una superposición significativa entre los síntomas del trastorno psiquiátrico y el dolor. Las mujeres o personas gestantes que experimentan una pérdida perinatal tienen probabilidades cuatro veces mayores que aquellas con un nacimiento vivo de detección positiva para la depresión. Los factores de riesgo de depresión persistente/angustia psicológica después de un aborto espontáneo son el tratamiento de la infertilidad, pérdida recurrente del embarazo, antecedentes de depresión, TEPT previo, violencia de pareja, y altos niveles de angustia inmediatamente después del aborto espontáneo (Bhat, A. y Byatt, N., 2016).

La pérdida perinatal se asocia con un mayor riesgo de ansiedad en los primeros 4 meses después de la pérdida. Incluso tener un hijo vivo no ha demostrado proteger contra la ansiedad personas con antecedentes de aborto espontáneo. En estudios longitudinales, esta ansiedad ha demostrado ser significativamente mayor que la población general a los 10 días posteriores al aborto espontáneo, pero no a los 6 meses, 2 o 5 años (Bhat, A. y Byatt, N., 2016).

Las tasas de Trastorno de estrés postraumático (TEPT) aumentan después de todos los tipos de pérdida perinatal. Los factores de riesgo para el TEPT incluyen una edad más temprana, una educación inferior, trauma previo y problemas de salud mental. Las edades gestacionales más largas se asocian con una mayor gravedad del TEPT. Es importante fomentar el uso del apoyo social disponible porque tener una red de apoyo está asociado con menos depresión y TEPT (Bhat, A. y Byatt, N., 2016).

Si bien el término mortalidad materna generalmente se asocia con causas obstétricas como hemorragia posparto y embolia pulmonar, el suicidio también confiere riesgo de mortalidad materna. Los estudios de registro han estimado un aumento del 50% del riesgo de suicidio en padres que perdieron a un niño entre las edades de 0 y 18 años (Bhat, A. y Byatt, N., 2016).

Aunque entre el 50 y el 80 % de las personas que experimentan aborto espontáneo vuelven a quedar embarazadas, otro embarazo no es protector contra la depresión o la ansiedad.



Las mujeres o personas gestantes con antecedentes de aborto espontáneo tienen más probabilidades de tener síntomas de ansiedad y TEPT que aquellos sin antecedentes de aborto espontáneo. Algunos autores informan que la ansiedad tiende a ser mayor en el primer trimestre y se reduce una vez que las mujeres pasan el punto en el embarazo cuando ocurrieron los abortos espontáneos anteriores; otras informan de una mayor ansiedad en el segundo y tercer trimestre. La identificación y el tratamiento de la ansiedad y la depresión durante embarazos posteriores es fundamental, ya que la angustia psicológica en el embarazo se ha relacionado con tasas más altas de aborto espontáneo y otros malos resultados obstétricos y neonatales (Bhat, A. y Byatt, N., 2016).

En conclusión, López-García de Madinabeitia (2011) refiere que es necesario conocer el significado de la pérdida perinatal desde la perspectiva de los progenitores para no caer en posturas paternalistas o en protocolos dogmáticos que consideran iguales a todos los progenitores ante pérdidas a las que ellos atribuyen significados diferentes.

El dolor después de la pérdida perinatal es un fenómeno normal. Sin embargo, las mujeres o personas gestantes, especialmente aquellas con factores de riesgo, deben ser monitoreadas para detectar dolor prolongado o complicado y persistencia de depresión, ansiedad o síntomas postraumáticos (Bhat, A. y Byatt, N., 2016; Kishimoto, M., et al., 2021).

Aunque todas las personas pueden no necesitar intervenciones psicosociales preventivas después de una pérdida gestacional o perinatal, es importante que sean monitoreadas, especialmente si han establecido factores de riesgo. Dada la falta de evidencia para cualquier enfoque específico, se recomienda un plan de tratamiento personalizado basado en las preferencias del individuo. Los elementos que son comunes a todas las intervenciones efectivas incluyen la accesibilidad a servicios sociales y de salud, y hacer espacio para que las personas gestantes y sus familias discutan y experimenten su pérdida (Bhat, A. y Byatt, N., 2016).

#### **4. Atención Integral en el proceso de duelo por pérdida gestacional o perinatal**

##### **4.1. Acciones a desarrollar para la atención integral y el cuidado de la salud mental de la mujer, persona gestante y la familia en casos de duelo por pérdida gestacional o perinatal**

Los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud a cargo de la atención de la persona gestante, sus familias y comunidades en duelo gestacional y perinatal deberán desarrollar las acciones de la atención integral de la siguiente manera:

- Realizar la valoración integral para determinar si la persona gestante, su familia o la comunidad se encuentra en duelo por pérdida gestacional o perinatal.
- Reconocer e identificar la identidad cultural y antecedentes de la persona gestante con el fin de brindar la atención de acuerdo con el enfoque étnico, diferencial e intercultural y el enfoque de género.
- Dar la noticia de manera personal, en un ambiente tranquilo y privado, propendiendo porque la persona se encuentre acompañada en todo momento por alguien de su elección, ya sea su pareja, un familiar o persona de su confianza. Si la mujer o persona gestante está sola, el personal deberá motivar que se comunique con alguien cercano para que la acompañe, de no ser posible ofrecerle la posibilidad de ser acompañada de forma cercana por algún miembro del equipo formado en duelo gestacional y perinatal.
- Referirse a las personas por su nombre, entablar la conversación con calma y respeto, dando a conocer la situación médica utilizando un lenguaje sencillo y preciso, teniendo cuidado de no utilizar en ningún momento durante la conversación expresiones que deshumanicen o minimicen la importancia del nasciturus o neonato sin vida, tales como “producto”, “feto”, “embrión”, “desecho”, “aborto” o similares, independiente del número de semanas de gestación que la persona tenga. En todos los casos el personal de salud deberá preguntar a la persona gestante como desea que se denomine el nasciturus o neonato sin vida.
- Expresar condolencias por la pérdida, absteniéndose de restar importancia a la situación, hacer alusión a un próximo embarazo, culpabilizar o juzgar a la persona y sus familias acerca de la muerte. El talento humano en salud deberá abstenerse de asesorar a los dolientes en función de sus propias opiniones o consideraciones subjetivas respecto del evento de la pérdida gestacional. Deben evitarse comentarios inapropiados como: “está joven puede tener más niños”, “es la voluntad de Dios”, “mejor ahora y no más adelante”, o “la vida debe seguir” (entre otros), ya

que desautorizan los sentimientos del doliente (Ministerio De Salud y Protección Social, 2018).

- Dar el tiempo necesario a las personas para asimilar y comprender la información recibida, así como para expresar sus emociones y hacer preguntas. Brindar información objetiva sobre los pasos a seguir, las opciones si las hay con sus riesgos y beneficios, los aspectos físicos y emocionales que vendrán en los momentos posteriores, garantizando la autonomía de las personas, y su papel en la toma de decisiones relacionadas con su pérdida, en un entorno de confianza y seguridad. Esto les permitirá sentir que aún conservan el control de la situación.
- A menos que haya un riesgo inminente y demostrado para la salud de la persona gestante abstenerse de reducir el tiempo entre el diagnóstico y el comienzo del parto. A la mujer o persona gestante deberán darse las opciones de parto vaginal y parto por cesárea explicándole los beneficios y riesgos en cada una, basándose en la evidencia. Luego de brindar la información completa la decisión sobre el tipo de parto será exclusivamente de la mujer o persona gestante.
- Permitir a la persona gestante si así lo desea, estar acompañada durante todo el trabajo de parto. Si en la Institución Prestadora de Servicios de salud no está permitido, en eventos de pérdida gestacional deberá establecerse una excepción al respecto, teniendo en cuenta los aspectos emocionales que representa el parto de un nasciturus.
- Garantizar la intimidad de la persona gestante, evitando el exceso de talento humano en salud al alrededor. Debe estar presente estrictamente el personal necesario para la atención del parto y la contención emocional de la mujer o persona gestante y quien la acompaña.
- Todos los miembros del equipo de salud que vayan a tener contacto con la mujer o persona gestante y que estén autorizados, deberán revisar previamente la historia clínica y estar informados del caso antes de dirigirse a ella, para evitar comentarios que la afecten emocionalmente.
- Garantizar a la persona gestante permanecer con el cuerpo del nasciturus o neonato sin vida, si así lo decide, en contacto piel a piel después del nacimiento, con el fin de facilitar la elaboración del proceso de duelo, durante el puerperio inmediato.
- Abstenerse de tratar al nascituro o neonato sin vida como desecho orgánico depositándolo en un platón, balde, frasco o similar. En presencia de las personas gestantes y su familia, el nasciturus o neonato sin vida deberá tratarse con dignidad y respeto en todo momento.



- Indagar si la persona desea conocer al nasciturus o neonato sin vida y en caso afirmativo garantizar la presentación digna del mismo a la persona y su familia. Preferiblemente utilice una sábana y envoltura en capullo, evitando cubrir el rostro o utilizar mantas oscuras, En todo caso se debe garantizar responder a los requerimientos de acuerdo con la pertenencia étnica e identidad cultural.
- Informar y facilitar el derecho a crear recuerdos físicos del naciturus o neonato sin vida (tomar fotografías, huellas o un mechón de cabello, entre otras).
- Ofrecer a la persona en duelo un ambiente de protección e intimidad, respetuoso de su dolor, y por lo tanto procurar que la fase parto, la recuperación y el alojamiento hospitalario se realicen en zonas distintas al área de maternidad, de manera que no tenga que presenciar el nacimiento, llanto y cuidado de otros recién nacidos. En lo posible deberá ubicarse a la persona en duelo en una habitación que garantice privacidad, en la que pueda recibir el acompañamiento que la persona decida. En caso de que no sea posible ubicarla en habitación individual, no alojar a la persona en duelo junto con una madre con su recién nacido vivo. En lo posible buscar que esté alojada con pacientes que hayan tenido procedimientos ginecológicos no relacionados con partos o interrupción voluntaria del embarazo (IVE). En la habitación deberá verificarse previamente que no haya espacios ni mobiliario destinado al cuidado del recién nacido (cunas, cambiadores, tinas, etc.).
- El talento humano en salud que realiza la consejería de lactancia deberá conocer las alternativas frente al proceso de lactancia posterior a pérdida perinatal y ofrecer la alternativa más adecuada (supresión farmacológica, supresión filológica, donación a bancos de leche humana, entre otras). Dicha información debe ser brindada durante la permanencia de la persona en la institución hospitalaria y en todo caso antes del egreso hospitalario y apoyar la articulación con los bancos de leche para la donación.
- Informar a las personas en duelo sobre la disposición del cuerpo de su hijo/hija y las opciones que tienen en caso de que deseen sepultarlo/a; y permitir a las personas en duelo estar acompañados en el momento de la despedida del nasciturus o neonato sin vida y que pueda ser conocido por otros miembros de la familia.
- Efectuar seguimiento de la persona gestante y su familia durante el puerperio, para valorar la evolución de su salud, incluyendo las afectaciones mentales que pueden suscitarse, con especial énfasis en la detección de conducta suicida. Y actualizar todos los registros en los sistemas de información con el fin de evitar realizar llamadas posteriores a las personas en proceso de duelo, relacionadas con controles para la valoración del desarrollo y esquema de vacunación.

- Si la decisión de la persona gestante o su familia es dejar a disposición de la institución el nascituro o neonato sin vida, para ser tratado de acuerdo con el protocolo de disposición de residuos anatomopatológicos se requiere la manifestación expresa y escrita para proceder a la documentación del procedimiento.
- En todo caso, se debe proveer toda la orientación profesional para la toma de una decisión informada. Las autorizaciones para procedimientos —incluida necropsia fetal y estudios anatomopatológicos—, y potenciales usos en investigación y docencia, deben obtenerse al ingreso y estar suscritas por la persona gestante o sus familiares con parentesco de consanguinidad en los grados que autoriza la ley (hermanos, abuelos), dejando constancia de ello en la historia clínica.

#### **4.2. Acompañamiento en lo referente a la atención psicosocial para atención integral y el cuidado de la salud mental de la mujer, persona gestante y la familia en casos de duelo por pérdida gestacional o perinatal.**

Antes de que las personas en duelo dejen el hospital se les debe entregar por escrito un listado de recursos e instituciones a las que pueden dirigirse en caso de presentar alteraciones psicoemocionales asociadas con la pérdida gestacional o perinatal, el cual debe incluir grupos de apoyo al duelo, asociaciones que recojan pacientes que han vivido experiencias semejantes y recursos escritos como libros o páginas web donde los familiares puedan encontrar información y apoyo complementario para su situación.

En este orden de ideas, se describen acciones que, basadas en la evidencia, deben ser apuestas de los protocolos, lineamientos y guías de cuidado que se desarrollen en los diferentes entornos, con especial énfasis en los que son dirigidos a las personas que laboran en el área de la salud.

##### **4.2.1. Fortalecimiento de Estrategias de Afrontamiento**

Como el duelo es un proceso inherente a la condición humana, se deben fortalecer las capacidades de afrontamiento de las personas ante diversas pérdidas, lo cual se debe dar de forma constante, desde todos los entornos y teniendo en consideración el momento del curso de vida, el género y la pertenencia étnica.

Como se ha mencionado anteriormente, en ocasiones, el sufrimiento es sobreveniente del estrés producido por situaciones que exceden las capacidades del ser humano. Y por esa relación, varios son los autores que han estudiado el estrés, como es el caso de Hans Selye, quien a mediados del siglo XX identificó el “Síndrome General de Adaptación” como un conjunto de reacciones fisiológicas no específicas del organismo a diferentes agentes

nocivos del ambiente de naturaleza física, química, biológica o social, al cual posteriormente lo denominó estrés (García Guerrero, 2011).

Ante los diferentes acontecimientos de la vida que resultan potenciadores de estrés, cada individuo reacciona de diferentes maneras luego de hacer una evaluación cognitiva de éste donde juzga la amenaza que dicha situación representa para él y los recursos que tiene para afrontarlo. Esta evaluación depende de la historia de vida y sus experiencias relacionadas con el sufrimiento o el estrés, además del contexto en el que se desenvuelve el individuo.

Al respecto, Lazarus y Folkman (1986) reconocen este proceso como “afrontamiento” el cual se define “como aquellos actos que controlan las condiciones aversivas del entorno, disminuyendo, por tanto, el grado de perturbación psicofisiológica producida por éstas”.

“Como un proceso consciente, el afrontamiento compromete el uso del poder racional, la percepción y la conciencia o el conocimiento. Como un proceso evaluador, el afrontamiento juzga el valor, la calidad, la significación o condición de algo (por ejemplo, evalúa el posible impacto del estresor y los recursos disponibles para tratarlo). Como un proceso subjetivo, el afrontamiento es diferente entre personas ya que es peculiar al individuo, quien elige la estrategia de afrontamiento a utilizar” (Zabalegui Yarnoz, Vidal Milla, Soler Gómez, Latre Méndez, & Fernández Ortega, 2002).

En este orden de ideas, la Organización Mundial de la Salud (2016) construyó la intervención Enfrentando Problemas Plus (EP+) que describe una intervención psicológica de baja intensidad, modificando aspectos de la terapia cognitivo conductual para hacerlos factibles en comunidades que no tienen muchos especialistas.

EP+ apunta a reducir los problemas que las personas identifican como preocupantes para ellas. Considerando la brevedad de esta intervención, no se ocupará de toda la variedad de dificultades que alguien puede experimentar a partir de una adversidad. Por lo tanto, sería mejor utilizarla junto a otros apoyos apropiados. EP+ es útil para una diversidad de problemas emocionales. No incluye el diagnóstico de trastornos mentales, aunque puede ayudar a personas que sufren trastornos del estado de ánimo y ansiedad.

Así mismo, la Organización Mundial de la Salud (2020) construyó la “Guía Ilustrada En tiempos de estrés, haz lo que importa”, dirigida a “todas las personas que sufren estrés, tanto a los padres y otros cuidadores como a los profesionales de la salud que trabajan en situaciones peligrosas; tanto a las personas que huyen de la guerra, habiendo perdido todo lo que tenían, como a las que llevan vidas bien protegidas en comunidades en paz”; en el entendido que “cualquier persona, en cualquier lugar, puede experimentar niveles altos de estrés” (OMS, 2020).

#### 4.2.2. Apoyo psicosocial durante el proceso de duelo

Cuidar de alguien no es resolverle desde fuera sus experiencias dolorosas, sino ayudarle a soportarlas, es decir, hacerse cómplice del hombre doliente en sus momentos difíciles. Precisamente por ello consiste, básicamente, en ayudar a alguien a superar sus experiencias dolorosas, pero no sólo en el sentido físico del término, sino también en el sentido moral, psicológico, social y espiritual. Cuidar de una persona supone un trabajo sumamente complejo, pues implica la voluntad de ayudar a superar el sufrimiento y hay formas de sufrir que requieren una presencia humana y un contacto íntimo (Torralba Roselló, 1998).

Cuidar es, proporcionar una ayuda competente que permita alcanzar la independencia al individuo, o la máxima independencia posible, saber discriminar cuándo la ayuda ya no es necesaria, respetar la dignidad humana, promover la participación del sujeto en los cuidados y respetar su libertad individual, proporcionar como experto de una parcela del cuidado de la salud la información que permita al individuo tomar sus propias decisiones. Para Pellegrino, cuidar es compadecerse de alguien, ayudarle a ser autónomo, invitarle a compartir su responsabilidad y su angustia, transformarlo en el verdadero centro de la vida sanitaria, en definitiva, ejercer el deber moral que todo profesional de la salud tiene en tanto que profesional, a saber, velar por el bien del paciente (Torralba Roselló, 1998).

“Asistir a alguien que se encuentra en procesos de sufrimiento requiere no sólo interés, sino la atención y apertura a las necesidades, temores y ansiedades del individuo y su familia. Desde un punto de vista exhaustivo, el cuidado es una cuestión que incluye muchos elementos. El deseo de cariño, de afecto, en definitiva, de ternura y de comprensión, constituye una de las necesidades claves del individuo y sólo colmando dicha necesidad es posible constituir un puente entre su ineludible soledad y el mundo de los hombres” (Llorente Guerrero, 2002).

Para este propósito, se pueden establecer grupos de apoyo que son espacios de interacción convocados y liderados por profesionales de la salud o las ciencias sociales, con previo entrenamiento para tal fin. Con el propósito de crear un ambiente de acogida y confianza, donde se facilita el aprendizaje, la identificación y reactivación, o puesta en marcha, de los recursos (tanto emocionales, como familiares, sociales, institucionales, entre otros) con los que cuentan las personas para afrontar las situaciones conflictivas o amenazantes con las que se identifican o comparten.

Son especialmente útiles en la fase inicial de la enfermedad, después de salir de una recaída, en la elaboración de duelos, en la prevención y manejo de desenlaces no deseados como: conducta suicida, sobrecarga de cuidadores, exposición a violencias, entre otros.

Por su parte, los grupos de ayuda mutua funcionan de forma autónoma, al margen de los profesionales y sin limitación temporal, aprovechando en mayor medida el potencial y los recursos de carácter informal procedentes de las fuertes relaciones establecidas entre sus miembros. Un grupo puede comenzar siendo un grupo de apoyo y convertirse con el tiempo en un grupo de ayuda mutua, que funciona con autonomía, aunque puede necesitar la ayuda de un profesional o de una institución. Así, los grupos de ayuda mutua pueden ser derivados de los grupos basados en el apoyo social (Palacín; 2013) o para crear un grupo nuevo. La autonomía, anteriormente mencionada, no excluye el acompañamiento que puede realizarse desde los planes de intervenciones colectivas. Entre los principales objetivos de los grupos de ayuda mutua se encuentran los siguientes:

Reconocer y fortalecer las propias potencialidades individuales de los miembros y el autogobierno del grupo. En el caso de los grupos étnicos, se busca fortalecer las propias potencialidades individuales en el marco de la colectividad y de la cultura a la que pertenece. Además, mejorar la autoconciencia y comprensión mutua, desarrollar competencias para formular un proyecto de vida propio, así como, aumentar la capacidad para hacer frente a los propios asuntos y problemas en el proceso de tratamiento y recuperación de la salud mental (Taiwo, Baird y Sanders, 2021).

Su implementación en el marco del sistema de salud se viabiliza a través de las Rutas Integrales Atención Salud. En el tramo individual y familiar, mediante las Actividades de psicoterapia de grupo por psicología (código CUPS: 944202. Resolución 2336 de 2023) con exclusividad para personas en duelo por pérdida gestacional y perinatal y sus familias; Educación Grupal en Salud (Los códigos CUPS se encuentran en la categoría 9901. Resolución 2336 de 2023) y las Intervenciones de Salud Mental en la Comunidad (Los códigos CUPS se encuentran en la categoría 9449. Resolución 2336 de 2023). En el tramo colectivo, mediante la conformación y fortalecimiento de redes sociales de apoyo, que pueden implementarse y/o fortalecerse en el marco de los Dispositivos Comunitarios y la Estrategia RBC en salud mental.

Es importante diferenciar los grupos de apoyo de la psicoterapia de grupo, esta última se desarrolla en el campo de la práctica clínica de los profesionales especialistas de la salud mental (psiquiatras y psicólogos clínicos) mediante la aplicación de técnicas psicoterapéuticas específicas a grupos de pacientes cuidadosamente seleccionados, de acuerdo con los objetivos concretos de la intervención como parte de su tratamiento. Buscan generar estrategias de afrontamiento y recursos cognitivos y emocionales adaptativos para el cambio individual en la interacción con el grupo.

#### 4.2.3. Atención Integral de las personas que presentan duelo complejo

Cuando los síntomas más importantes del duelo duran mucho tiempo, las personas podrían estar desarrollando un trastorno por duelo prolongado. Aquí se incluyen un estado de preocupación intensa o sentimientos de extrema añoranza de la persona fallecida, además de un sufrimiento emocional profundo y una dificultad notable para el desempeño cotidiano durante al menos seis meses más allá de lo esperado en el contexto cultural. En estos casos, los proveedores de servicios asistenciales necesitan consultar a un especialista (WHO, 2015).

La tasa de prevalencia del duelo complicado es del 2,4 % al 6,7 % entre la población en general; esto significa que muchas personas en el mundo sufren de esta condición durante mucho tiempo, especialmente en las regiones afectadas por desastres y conflictos (Nakajima, 2018).

En la actualidad, el concepto de duelo patológico o anormal es ampliamente aceptado entre los investigadores (APA, 2013). Stroebe et al. (2008) identificó algunas de sus características comunes y resumió el duelo complicado de la siguiente manera: “una desviación clínicamente significativa de la norma (cultural) en (a) el curso temporal o la intensidad de los síndromes específicos o generales de duelo y/o (b) el nivel de rendimiento en áreas sociales, ocupacionales u otras áreas importantes de funcionamiento”.

Nakajima et al. (2008) lo argumenta como un trastorno mental que requiere proporcionar tratamiento al paciente por las siguientes razones:

- Los síntomas están fuera del alcance del dolor habitual y se asocian con una variedad de síntomas de mala salud física, problemas mentales y disfunción social, como presión arterial alta, enfermedades cardíacas, aumento de riesgo de cáncer, cefalea, enfermedades infecciosas, ideación suicida, baja salud subjetiva, varios síntomas psiquiátricos, mala calidad de vida y la vitalidad reducida.
- El duelo complicado difiere de las respuestas a un factor estresante común y otros trastornos mentales: la depresión mayor tiene algunas características en común con el duelo complicado, incluidos los sentimientos de tristeza, culpa, ideas suicidas, disminución del interés en la vida diaria y aislamiento social.
- El duelo complicado es universal en todas las naciones y culturas.
- El duelo complicado tiene validación diagnóstica en estudios biológicos y responde a la terapia.
- Un diagnóstico de duelo complicado podría tener más ventajas que desventajas.



El duelo está asociado con cambios en los factores sociales y emocionales de los adultos mayores, incluida una disminución de la satisfacción y el bienestar y un aumento de la soledad y el aislamiento social (Shear et al., 2013). Sin embargo, parece haber variaciones sustanciales en estos resultados basadas en factores socioeconómicos.

La pérdida de un ser querido se asocia con un empeoramiento de la salud, incluida la pérdida de peso, el aumento de las tasas de enfermedad y el deterioro funcional (Manzoli, et al. 2007). El duelo también parece aumentar el riesgo de mortalidad en el primer período posterior al evento. En una gran base de datos de atención primaria en el Reino Unido, el duelo se asoció con un mayor riesgo de mortalidad, 1,25 (IC 1,21, 1,37), más alto en los primeros 90 días. Este hallazgo fue más fuerte para aquellos que no tenían condiciones médicas crónicas registradas antes de la pérdida, y entre aquellos de comunidades de altos ingresos (Shah et al., 2012; Shear et al., 2013). Los cónyuges en duelo por una pérdida inesperada también tienen una mayor tasa de mortalidad. Este aumento de las tasas de mortalidad parece atribuirse principalmente al suicidio, los accidentes, las enfermedades cardíacas y el cáncer (Stroebe et a., 2007).

Al igual que con todos los trastornos del estado de ánimo y la ansiedad, la co-ocurrencia de un dolor complicado y un trastorno depresivo mayor es común, con estudios que encontraron que el 25 % de las personas con depresión relacionada con el duelo tienen CG, y entre el 36 y el 55 % de las personas con duelo complicado tienen depresión comórbida (Shear et al., 2001). Sin embargo, se ha descubierto que el duelo complicado constituye un grupo distinto de síntomas que se pueden distinguir de la depresión, como lo muestra la tabla 2, aunque algunos autores han propuestos equivalentes a nivel neurobiológico (Shear et al., 2013).

Tabla 2. Comparación del trastorno depresivo mayor y el duelo complicado

<b>Trastorno depresivo mayor</b>	<b>Duelo complicado</b>
Estado de ánimo triste generalizado	Tristeza relacionada con la falta del objeto perdido
Pérdida de interés o placer en la mayoría de las actividades	Se mantiene un gran interés en el objeto perdido
Sentido generalizado de culpa	Culpabilidad relacionada con la pérdida
Baja autoestima	La autocritica solo está relacionada con la pérdida
Pensamientos suicidas relacionados con una serie de emociones y cogniciones negativas	Pensamientos suicidas centrados en no querer vivir sin el objeto perdido o un deseo de volver a unirse con el difunto
No se ve en la depresión	Evitar situaciones y personas relacionadas con los recordatorios de la pérdida
No se ve en la depresión	Intenso anhelo por la persona que murió

Adaptado de Shear & Mulhare. (2006).

A pesar de la falta de consenso sobre los criterios de diagnóstico para el duelo complicado, los estudios sobre el tratamiento han progresado en la última década. En farmacoterapia, la atención se centra en la eficacia de los antidepresivos. Un estudio informó que un antidepresivo tricíclico (nortriptilina) era eficaz para los síntomas depresivos, pero no para los síntomas de duelo (Pasternak RE, et al., 1991). Estudios que utilizan otros tipos de antidepresivos, a saber, los inhibidores de la recaptación selectiva de serotonina, incluido el escitalopram y paroxetina, mostró una reducción significativa de las puntuaciones en las escalas de duelo complicado en un procedimiento de antes y después sin un grupo de control. En la actualidad, no hay evidencia de que los antidepresivos sean eficaces para tratar el duelo complicado (Nakajima, 2018).

La farmacoterapia también puede ser útil para las personas con duelo complicado. Simon et al. (2011) encontraron que los pacientes que tomaban antidepresivos en tratamiento combinado con paroxetina o nortriptilina fue eficaz para reducir los síntomas de duelo. Reynolds et al. (1999) encontró que el tratamiento con medicamentos antidepresivos redujo la depresión, pero no el duelo complicado, mientras que en un ensayo abierto de farmacoterapia Hensley et al. (2009) descubrió que el escitalopram mejoraba los síntomas depresivos, de ansiedad y de duelo.

Por otra parte, Stroebe et al (2007) llevó a cabo una revisión sistemática de la eficacia del asesoramiento psicosocial y psicológico en tres etapas, incluidas las intervenciones preventivas primarias, secundarias y terciarias. Las intervenciones primarias fueron eficaces para todas las personas en duelo, incluidas las que tenían niveles más altos de problemas de salud mental antes de la intervención. Las intervenciones secundarias para individuos en duelo de alto riesgo fueron efectivas cuando se asociaron con estrictos criterios de riesgo, mostrando la necesidad de una mayor diferenciación dentro de los grupos y adaptando la intervención a los subgrupos. En la intervención terciaria para personas en duelo con trastornos mentales, los tratamientos individuales específicos para el duelo complicado fueron eficaces (Nakajima, 2018). Para todos los casos, las intervenciones de tratamiento, especialmente la terapia cognitiva conductual (TCC), podría reducir eficazmente los síntomas del duelo complicado (Nakajima, 2018).

A nivel perinatal, solo un pequeño número de las personas que han sufrido un aborto espontáneo reciben apoyo psicológico de seguimiento rutinario (Nikcevic AV., Tunkel SA., Nicolaidis KH, 1998).

En general, los defectos metodológicos, la falta de grupos de control aleatorios y la ausencia de eficacia probada de las intervenciones de duelo después de la pérdida prenatal hacen que sea difícil sugerir directrices que describan qué forma de intervención puede ser más beneficiosa. Sin embargo, se puede concluir, a partir del metanálisis de las intervenciones



de duelo general que los mejores resultados del tratamiento parecen llegar a través de intervenciones dirigidas a un grupo de alto riesgo o aquellas que incluyen algún elemento de la terapia cognitivo-conductual (Kersting y Wagner, 2012). Se debe tener precaución al prescribir medicamentos para el duelo complicado. Aunque los antidepresivos a menudo se recetan a personas en duelo, la evidencia más antigua de su eficacia para reducir los síntomas de duelo complicado es equívoca (Doering y Eisma, 2016). Deben examinarse los mediadores de los efectos del tratamiento, para determinar qué procesos explican los efectos del tratamiento, de modo que estos mecanismos de cambio puedan enfocarse de manera más eficaz en el tratamiento del duelo complicado.

Por último, es importante considerar las orientaciones que otorga la Guía de intervención mhGAP para los trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias en el nivel de atención de salud no especializada, Versión 2.0; la cual incluye intervenciones para la prevención y el tratamiento de los trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias psicoactivas prioritarios: depresión, psicosis, lesiones autoinfligidas y suicidio, epilepsia, demencia, trastornos por el consumo de sustancias, y trastornos mentales y conductuales en niños y adolescentes.

#### **4.3. Garantía de calidad de prestación de los servicios de salud para atención integral y el cuidado de la salud mental de la mujer o persona gestante y la familia en casos de duelo por pérdida gestacional o perinatal**

En Colombia, la Resolución 3100 de 2019 *“Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los prestadores de servicios de salud y de habilitación de los servicios de salud y se adopta el Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud”* establece las condiciones, estándares y criterios que deben cumplir los prestadores de servicios de salud en el país, cuyo objeto fundamental se centra en garantizar la calidad en la prestación y la seguridad en la atención.

Para que un prestador de servicios de salud pueda ofertar servicios en el territorio nacional, deberá estar inscrito ante la respectiva entidad territorial (Secretaría de Salud Distrital o Departamental o Entidad que tenga a cargo dichas competencias) con servicios de salud habilitados según la oferta que determine el prestador y cumplir con las condiciones, estándares y criterios que establece la normatividad vigente.

**“Artículo 3.** *Condiciones de habilitación que deben cumplir los prestadores de servicios de salud. Los prestadores de servicios de salud, para su entrada y permanencia en el Sistema Único de Habilitación del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud- SOGCS, deben cumplir las siguientes condiciones*

*3.1 Capacidad técnico-administrativa.*

*3.2 Suficiencia patrimonial y financiera.*

### 3.3 Capacidad tecnológica y científica.

**Parágrafo 1.** *Las condiciones de habilitación, definiciones, estándares y criterios son los establecidos en el Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud, el cual hace parte integral de la presente resolución”.*

La precitada norma, establece condiciones, estándares y criterios para cada grupo de servicios, dentro de los cuales se encuentran servicios del grupo de atención inmediata: urgencias, transporte asistencial, atención pre-hospitalaria, atención del parto; grupo quirúrgico: servicio de cirugía, grupo de consulta externa: general y especializada, dentro del cual se encuentra el servicio de vacunación; grupo de internación: Servicio de hospitalización general, Servicio de hospitalización paciente crónico, Servicio de cuidado básico neonatal, Servicio de cuidado intermedio neonatal, Servicio de cuidado intensivo neonatal, Servicio de cuidado intermedio pediátrico, Servicio de cuidado intensivo pediátrico, Servicio de cuidado intermedio adulto, Servicio de cuidado intensivo adultos, Servicio de hospitalización en salud mental o consumo de sustancias psicoactivas, Servicio de hospitalización parcial y Servicio para el cuidado básico del consumo de sustancias psicoactivas, donde se atiende población gineco-obstétrica.

En estos servicios, de acuerdo con el criterio de complejidad y modalidad de la prestación del servicio, se deben cumplir con los siete estándares de habilitación: talento humano, infraestructura, dotación, medicamentos, dispositivos médicos e insumos, procesos prioritarios, historia clínica y registros e interdependencia.

Para servicios que garanticen la integralidad de la atención de las mujeres, personas y familiares en duelo por pérdida gestacional o perinatal, se requieren servicios que permitan la atención de las alteraciones a la integridad física, funcional y/o psíquica para lo cual, es necesario contar con servicios de ginecobstetricia, donde la atención se realice en salas de trabajo de parto, servicios de urgencias, servicios quirúrgicos y dada la necesidad de apoyo psicosocial debido a la pérdida, la internación se realizaría en el servicio de hospitalización general, para evitar procesos de victimización de la paciente.

Por lo anterior los requisitos para el cumplimiento de los estándares de habilitación son los siguientes:

**Talento Humano:** Médico especialista en ginecobstetricia, Médico general, Enfermera, Auxiliar de enfermería, Psicología, Trabajo social, Nutricionista, Fisioterapia o terapia respiratoria.

**Infraestructura:** Área para recepción y entrega de pacientes; Ambiente de trabajo de parto cuenta con Unidad sanitaria, Oxígeno y Succión; Ambiente de Vestier para el personal asistencial que funciona como filtro y Baño para personal; Ambiente de Vestier para pacientes que funciona como filtro y Puesto de control de enfermería; Área con lavamanos

quirúrgico; Ambiente para inactivación y prelavado de instrumental, si no cuenta con central de esterilización anexa al servicio; Ambiente de extracción de leche materna y de preparación de fórmulas artificiales y Consultorio que cuenta con: Unidad sanitaria, Área para observación y monitoreo y oxígeno.

**Dotación:** *Sala de partos* cuenta con: sala de partos cuenta con: Lámpara quirúrgica portátil o cielítica; mesa de atención de parto; equipos de atención de partos; Equipo de episiotomía y episiorrafia; Oxígeno y succión; Máquina de anestesia en el área de salas de partos y legrados. Y Sistema de extracción de gases anestésicos. *En el ambiente de trabajo de partos* las puertas tienen visor o permiten la visualización entre el interior y el exterior del área; Las puertas tienen un ancho que permite el paso de las camillas. *Sala de recuperación* (2 camillas por mesa de parto).

Si la institución ofrece servicios de trabajo de parto y recuperación, en la misma área, cuenta con: Una sola cama por habitación, Baño, Antecámara a manera de filtro que incluye mesón de trabajo con poceta y lavamanos

**Hospitalización:** Disponibilidad de: Electrocardiógrafo para hospitalización adultos; Bombas de infusión si administran medicamentos en goteo estricto; Glucómetro; Camas hospitalarias de acuerdo con el tipo de pacientes hospitalizados y Silla de ruedas; Oxígeno y Succión.

**Medicamentos:** principio activo, forma farmacéutica, concentración, lote, fecha de vencimiento, presentación comercial, unidad de medida y registro sanitario vigente o permiso cuando se autorice, expedido por el Invima.

**Procesos Prioritarios:** Atención del parto; indicaciones y técnica de la episiotomía y episiorrafia; complicaciones intraparto, instrumentación; se implementan las guías clínicas establecidas por el Ministerio de Salud y Protección Social, para garantizar la atención segura del binomio madre hijo y la prevención de infecciones asociadas al parto; protocolo para pinzamiento oportuno del cordón; guías acordes a los lineamientos técnicos del Ministerio de Salud y Protección Social; aplica el paquete instruccional de la buena práctica para la seguridad del paciente para la atención segura del binomio madre – hijo: \*definir e implementar políticas institucionales para evitar barreras administrativas a las gestantes \*definir e implementar políticas institucionales donde se establezca los requisitos que deben cumplir los profesionales para la atención del binomio madre – hijo, desde la etapa preconcepcional, prenatal, parto y postparto \*documentar o adoptar, implementar y evaluar protocolos para la atención del binomio madre hijo y garantizar una adherencia superior al 85% \*verificar con lista de chequeo si se dispone de los insumos necesarios para el manejo inicial de las emergencias obstétricas (kit para el manejo de la emergencia obstétrica) \*verificar con lista de chequeo que se cuenta con todos los insumos y dispositivos necesarios para la atención del parto \*implementar una lista de chequeo para garantizar

una vigilancia estricta de la persona en el postparto inmediato, para equipos médicos y de enfermería, según estado \*junto con la EPS, evidenciar la revisión del proceso de referencia y contra referencia para asegurar al binomio madre – hijo el transporte y la atención en los diferentes niveles de complejidad de los servicios que requieran; procedimientos establecidos para la remisión a especialidades y guía de remisión de pacientes a los programas de protección específica y detección temprana.

NOTA: El prestador deberá documentar en sus procesos prioritarios los protocolos de manejo que garanticen la integralidad de la atención de las personas y las familias en casos de duelo por pérdida gestacional o perinatal.

**Historia Clínica y Registros:** Toda atención de primera vez a un usuario debe incluir el proceso de apertura de historia clínica; todos los pacientes atendidos tienen historia clínica. se tienen definidos procedimientos para utilizar una historia única institucional y para el registro de entrada y salida de historias del archivo y unificación de historias clínicas por paciente; el uso de medios electrónicos para la gestión de las historias clínicas, debe garantizar la confidencialidad y seguridad; la historia clínica cuenta con : identificación, anamnesis, tratamiento y el componente de anexos; deben diligenciarse en forma clara, legible, sin tachones, enmendaduras, intercalaciones, sin dejar espacios en blanco y sin utilizar siglas. cada anotación debe llevar la fecha y hora en la que se realiza, con el nombre completo y firma del autor de la misma; son oportunamente diligenciados y conservados, garantizando la confidencialidad de los documentos protegidos legalmente por reserva; cuenta con un procedimiento de consentimiento informado; se registran en historia clínica los tratamientos suministrados y los registros asistenciales son diligenciados y conservados garantizando la custodia y confidencialidad en archivo único.

**Interdependencia:** cirugía, laboratorio clínico, radiología, ultrasonido, servicio farmacéutico, transfusión sanguínea y fisioterapia o terapia respiratoria. Disponibilidad de: proceso de esterilización, transporte asistencial y servicios de apoyo hospitalario (alimentación, lavandería, vigilancia y mantenimiento).

Para la prestación de los servicios de cementerios, inhumación, exhumación y cremación de cadáveres, esta se encuentra reglamentada en la Resolución 5194 de 2010, donde sus disposiciones se definen en los siguientes artículos:

**Artículo 16.** *Contenido de las bóvedas y sepulturas. En las bóvedas y sepulturas se dispondrá exclusivamente el cadáver para el cual se ha expedido la licencia de inhumación, con excepción de la madre e hijo(s) fallecido(s) en el momento del parto o de la madre fallecida como consecuencia de un aborto y su producto (óbito fetal).*

**Artículo 17.** *Requisitos para la inhumación de cadáveres. Para la inhumación de cadáveres se deben presentar a la administración del cementerio los siguientes documentos: 1. Certificado de defunción. 2. Licencia de inhumación expedida a nivel*

*municipal por alguna de las siguientes entidades: Alcaldía, Secretaría de Salud o Inspección de Policía.*

**Artículo 18.** *Inhumación de cadáveres identificados no reclamados por sus deudos o no identificados. La inhumación de cadáveres declarados por el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, como no identificados o identificados y no reclamados, se realizará en los cementerios de naturaleza pública o mixta. El administrador del cementerio de naturaleza pública es responsable por todos los trabajos pertinentes a inhumaciones de los cadáveres no identificados, o identificados y no reclamados por los deudos, previa entrega del cuerpo o sus restos óseos o restos humanos por parte de la autoridad judicial responsable.*

Finalmente, de acuerdo con la circular externa 0037 de 2015 expedida por Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) y Ministerio de Salud y Protección Social donde refiere: *“cuando los deudos (padres) por razones de credo u otro motivo, desean realizar un rito de inhumación (de la decidua, restos ovulares, fetos y mortinatos), y mediando una solicitud expresa, el médico expide copia física del Certificado de Defunción Antecedente, únicamente con el propósito de obtener la Licencia de Inhumación/Cremación, de conformidad con lo establecido en la Ley 9 de 1979 y la Resolución 5194 de 2010”.*

#### **4.4. Indicadores**

La atención integral en salud para la garantía del cuidado de la salud mental de la mujer o persona gestante, sus familias y comunidades en casos de duelo por pérdida gestacional o perinatal, se debe brindar bajo estándares de calidad. Dichos estándares son los de oportunidad, disponibilidad, accesibilidad, seguridad, integralidad, pertinencia, aceptabilidad centrada en la persona, satisfacción, eficacia, eficiencia y continuidad, que orientan al Sistema de Salud.

Para el monitoreo y evaluación se requiere fortalecer el proceso de registro y procesamiento de los insumos necesarios para el cálculo de los indicadores, por medio de los cuales se podrá conocer el nivel (magnitud, tendencia) de los eventos. El análisis del comportamiento de los indicadores de proceso e intermedios permite evaluar su relación con los de impacto, esto a nivel nacional, departamental, municipal y por Entidades Administradoras de Planes de Beneficios de Salud (EAPB).

Los indicadores que se utilizarán para hacer el seguimiento de la implementación de este lineamiento están dados en función de los resultados obtenidos acorde con el Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública - SIVIGILA, por lo cual, se tendrán en cuenta los indicadores para el monitoreo y seguimiento de la Ruta Materno perinatal, entre los que se encuentran:

#### Impacto

- Razón de Morbilidad Materna Extrema (MME).
- Tasa de mortalidad neonatal temprana.
- Tasa de mortalidad perinatal.

#### Intermedios

- Oportunidad de referencia en los casos de MME.
- Proporción de MME con tres o más criterios (casos que agrupan tres o más criterios).

#### Proceso

- Tasa de mortalidad perinatal
- Índice de mortalidad materna de los casos de MME.

Gestión de divulgación del lineamiento: Adicionalmente, los indicadores de proceso que dan cuenta del despliegue de este Lineamiento en los territorios son:

- Porcentaje de departamentos y distritos que han recibido asistencia técnica en el Lineamiento técnico para la atención integral y el cuidado de la salud mental de la mujer o persona gestante, sus familias y comunidades en casos de duelo por pérdida gestacional o perinatal.
- Número de municipios que han sido asistidos técnicamente para la implementación del Lineamiento técnico para la atención integral y el cuidado de la salud mental de la mujer o persona gestante, sus familias y comunidades en casos de duelo por pérdida gestacional o perinatal.



## 5. Referencias bibliográficas

- Asociación Americana de Psiquiatría (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5)*. APA.
- Asociación Americana de Psiquiatría (2014). *Guía de consulta de los Criterios Diagnósticos del DSM-5*. APA.
- August, E., Salihu, H., Weldeselasse, H., Biroscak, B., Mbah, A., & Alio A. (2011). Infant mortality and subsequent risk of stillbirth: a retrospective cohort study. *BJOG*. 118. 1636–1645.
- Barreto Martín, P. y Soler Saiz, M. (2008). *Muerte y duelo*. Editorial Síntesis.
- Bernstein, M. y Pfefferbaum, B. (2018). Posttraumatic Growth as a Response to Natural Disasters in Children and Adolescents. *Current Psychiatry Reports*. 20(5), 37. DOI: 10.1007/s11920-018-0900-4.
- Beutel M., Deckardt R., vonRad M., & Weiner H (1995). Grief and depression after miscarriage: their separation, antecedents, and course. *Psychosom Med*. 57. 517–526.
- Bhat, A. y Byatt, N. (2016). Infertilidad y pérdida perinatal: cuando la rama se rompe. *Informes psiquiátricos actuales*, 18(3), 31. <https://doi.org/10.1007/s11920-016-0663-8>.
- Blank, N. M., & Werner-Lin, A. (2011). Growing up with grief: revisiting the death of a parent over the life course. *Omega*, 63(3), 271–290. <https://doi.org/10.2190/OM.63.3.e>
- Bourassa K, Cornelius T, & Birk J. (2021) Bereavement is associated with reduced systemic inflammation: C-reactive protein before and after widowhood. *Brain, Behavior, and Immunity*, 88. 925- 929.
- Boyle FM., Vance JC., Najman JM., & Thearle MJ (1996). The mental health impact of stillbirth, neonatal death or SIDS: prevalence and patterns of distress among mothers. *SocSciMed*. 43. 1273–1282.
- Cabodevilla, I. (2007). Las pérdidas y sus duelos. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 30 (Supl. 3), 163-176.
- Circular Externa Conjunta N° 00000037 de 2015 [Ministerio de Salud y Protección Social y el Departamento Administrativo Nacional de Estadística] Certificación de las defunciones fetales. 08 de septiembre de 2015.
- Clark, D., Pynoos, R., & Gobel, A. (1994). *Mechanisms and processes of adolescent bereavement*. In R. Haggerty, N. Garmez, M. Rutter, & L. Sherrod (Eds.), *Stress, risk, and resilience in children and adolescents: Process, mechanisms and interventions* (pp. 100-146). Cambridge University Press.
- CONPES 3992 de 2020 [Departamento Nacional de Planeación]. Estrategia para la Promoción de la Salud Mental en Colombia. 14 de abril de 2020.
- Doering, B. K., & Eisma, M. C. (2016). Treatment for complicated grief. *Current Opinion in Psychiatry*, 29(5), 286–291. doi:10.1097/ycp.0000000000000263
- Edelman, H. (2006). *Motherless daughters: The legacy of loss (2nd ed.)*. Da Capo Lifelong Books.

- Frost M., & Condon JT (1996). The psychological sequelae of miscarriage: a critical review of the literature. *AustNZ J Psychiatry*. 30. 54–62.
- Gamino LA., Sewell KW., & Easterling LW (2000). Scott and White Grief Studyphase 2: toward an adaptive model of grief. *Death Stud*.2000. 24. 633–660.
- García Guerrero, A. (2011). *Efectos del estrés percibido y las estrategias de aprendizaje cognitivas en el rendimiento académico de estudiantes universitarios noveles de ciencias de la salud*. Obtenido de Tesis Doctoral, Universidad de Málaga: <http://riuma.uma.es/xmlui/bitstream/handle/10630/4905/TDR%20GARCIA%20GUERRER O.pdf?sequence=1>
- Hensley PL, Slonimski CK, Uhlenhuth EH, Clayton PJ (2009). Escitalopram: an open-label study of bereavement-related depression and grief. *J Affect Disord*. 113. 142–149.
- Hughes P., & Riches S. (2003). Psychological aspects of perinatal loss. *Curr Opin Obstet Gynecol*. 15. 107–111.
- Iles S., & Gath D (1993). Psychiatric outcome of termination of pregnancy for foetal abnormality. *Psychol Med*. 23. 407–413.
- Karminski Burke, T. y Reardon D. (2011). Duelo prohibido: el dolor no expresado del aborto. HB&h.
- Kersting A., Kroker K., Steinhard J., et al (2007). Complicated grief after traumatic loss: a 14-month follow up study. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 257. 437–443.
- Kersting, A., & Wagner, B. (2012). Complicated grief after perinatal loss. *Dialogues in clinical neuroscience*, 14(2), 187–194. g.
- Kersting, A., & Wagner, B. (2012). Complicated grief after perinatal loss. *Dialogues in clinical neuroscience*, 14(2), 187–194. <https://doi.org/10.31887/DCNS.2012.14.2/akersting>
- Kiguli J., Mausoko S., Kerber K., Peterson S., & Waiswa P (2015). Weeping in silence: A community experience of stillbirths in rural eastern Uganda. *Glob. Heal. Action*. 8. 24011. doi: 10.3402/gha.v8.24011.
- Kishimoto, M., Yamaguchi, A., Niimura, M., Mizumoto, M., Hikitsuchi, T., Ogawa, K., Ozawa, N., & Tachibana, Y. (2021). Factors affecting the grieving process after perinatal loss. *BMC women's health*, 21(1), 313. <https://doi.org/10.1186/s12905-021-01457-4>.
- Korenromp MJ., Page-Christiaens GC., van den Bout J., Mulder EJ., & Visser GH (2009). Adjustment to termination of pregnancy for fetal anomaly: a longitudinal study in women at 4, 8, and 16 months. *Am J Obstet Gynecol*. 201. e1–e7.
- Ladewing P, London M, Moberly S y Olds S (2006). *Enfermería maternal y del recién nacido (5ed)*. Mc GrawHill Interamericana.
- Lange A., Rietdijk D., Hudcovicova M., van de Ven JP., Schrieken B., & Emmelkamp PM (2003). Interapy: a controlled randomized trial of the standardiz eatment of posttraumatic stress through the internet. *J Consult Clin Psychol*. 71. 901–909.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Ediciones Martínez Roca.
- Leppert PC., & Pahlka BS (1984). Grieving characteristics after spontaneous abortion: a management approach. *Obstet Gynecol*. 64. 119–122.



- Ley 1616 de 2013. Por medio de la cual se expide la ley de salud mental y se dictan otras disposiciones. 21 de enero de 2013.
- Ley 2244 de 2022. Por medio de la cual se reconocen los derechos de la mujer en embarazo, trabajo parto, parto y posparto y se dictan otras disposiciones o "ley de parto digno, respetado y humanizado. 11 de julio de 2022.
- Ley 2310 de 2023. Por medio de la cual se ordena la expedición de un lineamiento técnico para la atención integral y el cuidado de la salud mental de la mujer y la familia en casos de duelo por pérdida gestacional o perinatal, y se dictan otras disposiciones "ley brazos vacíos". 02 de agosto de 2023.
- Ley Estatutaria 1751 de 2015. Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones. 16 de febrero de 2015.
- Lin SX. & Lasker JN (1996). Patterns of grief reaction after pregnancy loss. *Am J Orthopsychiatry*. 66. 262–271.
- Lizcano Pabon L.D.M., Moreno Fergusson M.E., y Palacios A.M (2019). Experiencia de muerte perinatal desde la perspectiva del padre. *Nurs. Res.* 68. E1–E9. doi: 10.1097/NNR.0000000000000369.
- Llorente Guerrero, X. (2002). La vulnerabilidad en procesos de sufrimiento. *Perspectiva Social* (47), 63-72.
- López-García de Madinabeitia, AP. (2011). Duelo perinatal: Un secreto dentro de un misterio. *Rev Asoc Esp Neuropsiq.* 31 (109), 53-70.
- Lupien, S. J., Ouellet-Morin, I., Hubbach, A., Tu, M. T., Buss, C., Walker, D., et al. (2006). Beyond the stress concept: Allostatic load—A developmental biological and cognitive perspective. In D. Cicchetti & D. J. Cohen (Eds.), *Developmental psychopathology*, Vol. 2: Developmental neuroscience (2nd ed., pp. 578-628). Hoboken, NJ: John Wiley & Sons.
- Manzoli L, Villari P, GMP & Boccia A (2007). Marital status and mortality in the elderly: a systematic review and meta-analysis. *Soc Sci Med.* 64. 77–94.
- McEwen, B. S., & Seeman T. (2006). Protective and damaging effects of mediators of stress: Elaborating and testing the concepts of allostasis and allostatic load. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 986, *Socioeconomic status and health in industrialized nations: Social, psychological, and biological pathways*, 30-47.
- McNeil, M. J., Namisango, E., Hunt, J., Powell, R. A., & Baker, J. N. (2020). Grief and Bereavement in Parents After the Death of a Child in Low- and Middle-Income Countries. *Children (Basel, Switzerland)*, 7(5), 39. <https://doi.org/10.3390/children7050039>
- Milic J, Muka T, Ikram AM, Franco OH, & Tie-meier H (2017). Determinants and Predictors of Grief Severity and Persistence: The Rotterdam Study. *J Aging Health.* 29(8). 1288–1307.
- Ministerio de la Protección Social (2011). *Guía de Atención en Salud Mental en Emergencias y Desastres*. MSPS.
- Ministerio de Salud y la Protección Social de Colombia (2014). *Estrategia de gestión del riesgo asociado a problemas, trastornos y eventos de salud mental propuesta conceptual, metodológica y operativa*. MSPS.
- Ministerio de Salud y Protección Social (2010). *Política Nacional de Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos*. MSPS.

- Ministerio de Salud y Protección Social (2014). *Anexo Técnico: Calidad y humanización de la atención en salud a mujeres gestantes, niñas, niños y adolescentes*. MSPS.
- Ministerio de Salud y Protección Social (2015). *Guía operativa para la valoración de la calidad y humanización de las atenciones de protección específica y detección temprana a mujeres gestantes, niños y niñas en la Ruta Integral de Atenciones – RIA*. MSPS.
- Ministerio de Salud y Protección Social (2016). *Plan Nacional de Mejoramiento de la Calidad en Salud*. MSPS.
- Ministerio de Salud y Protección Social (2017). *Guía de Práctica Clínica para la prevención, diagnóstico y tratamiento de la ideación y/o conducta suicida*. MSPS.
- Ministerio de Salud y Protección Social (2021). *Estrategia Nacional para la Prevención de la Conducta Suicida en Colombia*. MSPS.
- Ministerio de Salud y Protección Social (2019). *Lineamiento para el cuidado de las armonías espirituales y de pensamiento de los pueblos y comunidades indígenas*. MSPS.
- Nakajima S. (2018). Complicated grief: recent developments in diagnostic criteria and treatment. *Philosophical transactions of the Royal Society of London. Series B, Biological sciences*, 373(1754), 20170273. <https://doi.org/10.1098/rstb.2017.0273>.
- Neugebauer R., Kline J., Bleiberg K., et al (2007). Preliminary open trial of interpersonal counseling for subsyndromal depression following miscarriage. *Depress Anxiety*. 24. 219–222.
- Neugebauer R., Kline J., Shrout P., et al (1997). Major depressive disorder in the 6 months after miscarriage. *JAMA*. 277. 383–388.
- Nikcevic AV., Tunkel SA., & Nicolaidis KH (1998). Psychological outcomes following missed abortions and provision of follow-up care. *Ultrasound Obstet Gynecol*. 11. 123–128.
- Oginska-Bulik N. (2018). Posttraumatic positive changes among parents who have experienced the loss of a child—the role of social support. *Health Psychol*. 6. 118–125. 10.5114/hpr.2018.72410
- Organización Mundial de la Salud (2016). *Enfrentando Problemas Plus (EP+) Ayuda psicológica individual para adultos con problemas de angustia en comunidades expuestas a la adversidad*. OMS.
- Organización Mundial de la Salud (2020). *Guía Ilustrada “En tiempos de estrés, haz lo que importa”*. OMS.
- Organización Panamericana de la Salud (2011). *Salud Mental Perinatal*. OPS. ISBN 978-92-75-33249-8.
- Organización Panamericana de la Salud (2010). *Apoyo psicosocial en emergencias y desastres. Guía para equipos de respuesta*. OPS.
- Organización Panamericana de la Salud (2017). *Guía de intervención mhGAP para los trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias en el nivel de atención*
- Palacín L.M. (2013). Estrategias de apoyo psicosocial: Grupos de apoyo y grupos de ayuda mutua. En *ACNefi Informa*. Número 7. Disponible en: <http://www.acnefi.org/revista/n00720.htm>

- Parro-Jiménez E, Morán N, Gesteira C, Sanz J & García-Vera MP (2021). Duelo complicado: una revisión sistemática de la prevalencia, diagnóstico, factores de riesgo y de protección en población adulta de España. *Anales de psicología*, 37 (2), 189-201.
- Pasternak RE, Reynolds CF III, Schlernitzauer M, Hoch CC, Buysse DJ, Houck PR & Perel JM (1991). Acute open-trial nortriptyline therapy of bereavement-related depression in late life. *J. Clin. Psychiatry*, 52, 307–310.
- Pérez-Sales P (2006). *Trauma, culpa y duelo. Hacia una psicoterapia integradora*.
- Pinard, S. (1997). *Del otro lado de las lágrimas*. Editorial Grijalbo.
- Pop-Jordanova N. (2021). Grief: Aetiology, Symptoms and Management. *Pril (Makedon Akad Nauk Umet Odd Med Nauki)*. 42(2), 9-18. doi: 10.2478/prilozi-2021-0014. PMID: 34699700.
- Prettyman RJ., Cordle CJ. & Cook GD (1993). A three-month follow-up of psychological morbidity after early miscarriage. *Br J Med Psychol*. 66. 363–372.
- Resolución 2336 de 2023 [Ministerio de Salud y Protección Social] Por la cual se establece la Clasificación Única de Procedimientos en Salud -CUPS-. 29 de diciembre de 2023.
- Resolución 3100 de 2019 [Ministerio de Salud y Protección Social] Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los prestadores de servicios de salud y de habilitación de los servicios de salud y se adopta el Manual de inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud. 25 de noviembre de 2019.
- Resolución 3280 de 2018 [Ministerio de Salud y Protección Social]. Por medio de la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud y la Ruta Integral de Atención en Salud para la Población Materno Perinatal y se establecen las directrices para su operación. 02 de agosto de 2018.
- Resolución 4886 de 2018 [Ministerio de Salud y Protección Social] Por la cual se adopta la Política Nacional de Salud Mental. 07 de noviembre de 2018.
- Resolución 5194 de 2010 [Ministerio de Salud y Protección Social] Por la cual se reglamenta la prestación de los servicios de cementerios, inhumación, exhumación y cremación de cadáveres. 10 de diciembre de 2010.
- Reynolds CF, 3rd, Miller MD, Pasternak RE, et al. (1999) Treatment of bereavement-related major depressive episodes in later life: a controlled study of acute and continuation treatment with nortriptyline and interpersonal psychotherapy. *Am J Psychiatry*. 156. 202–208.
- Ridruejo Alonso P (1982). *El interaccionismo simbólico: Perspectiva y método*. Hora S.A.
- Roberts L., Montgomery S., Ganesh G., Kaur H.P., & Singh R (2017). Addressing Stillbirth in India Must Include Men. *Issues Ment. Heal. Nurs.* 38. 590–599. doi: 10.1080/01612840.2017.1294220.
- Schut HAW., de Keijser J., Bout JD., & Dijkhuis JH (1991). Post-traumatic stress symptoms in the first years of conjugal bereavement. *Anxiety Stress Coping*. 4. 225–234.
- Shah SM, Carey IM, Harris T, et al. (2012). ¿Do good health and material circumstances protect older people from the increased risk of death after bereavement? *Am J Epidemiol*. 176. 689–698.

- Shakespeare C., Merriel A., Bakhbakhi D., Baneszova R., Barnard K., Lynch M., Storey C., Belncowe H., Boyle F., Flenady V. y otros (2019). Experiencias de atención de padres y profesionales de la salud después de mortinatalidad en países de ingresos bajos y medianos: una revisión sistemática y un metaresumen. *BJOG*. 126. 12-21. doi: 10.1111/1471-0528.15430.
- Shear KM, Jackson CT, Essock SM, Donahue SA, & Felton CJ (2006). Screening for complicated grief among Project Liberty service recipients 18 months after September 11, 2001. *Psychiatr Serv*.57. 1291–1297.
- Shear, M. K., Ghesquiere, A., y Glickman, K. (2013). Duelo y dolor complicado. *Informes de psiquiatría actuales*, 15(11), 406. <https://doi.org/10.1007/s11920-013-0406-z>.
- Simon NM, Wall MM, Keshaviah A, et al (2011). Informing the symptom profile of complicated grief. *Depress Anxiety*. 28. 118–126.
- Sisay M.M., Yirgu R., Gobezyayehu A.G., & Sibley L.M (2014). A qualitative study of attitudes and values surrounding stillbirth and neonatal mortality among grandmothers, mothers, and unmarried girls in rural Amhara and Oromiya regions, Ethiopia: unheard souls in the backyard. *J. Midwifery Women's Heal.* 59(Suppl. 1). S110–S117. doi: 10.1111/jmwh.12156
- Slaikeu K. (1996). Intervención en crisis: manual para práctica e investigación.
- Stroebe M, Schut H & Stroebe W. (2007). Health outcomes of bereavement. *Lancet* 370, 1960–1973. 10.1016/S0140-6736(07)61816-9
- Stroebe MS, Hansson RO, Schut H, & Stroebe W. (2008). *Bereavement research: contemporary perspectives*. In *Handbook of bereavement research and practice: advances in theory and intervention* (eds Stroebe MS, Hansson RO, Schut H, Stroebe W), pp. 3–25. American Psychological Association.
- Taiwo, A., Baird, S, y Sanders, J. (2021) *Mutual aid on WhatsApp: reflections on an online support group for new and pre-tenured faculty*, *Social Work with Groups*, DOI: 10.1080/01609513.2021.1990191).
- Toedter LJ., Lasker JN., & Janssen HJ (2001). International comparison of studies using the perinatal grief scale: a decade of research on pregnancy loss. *Death Stud*. 25. 205–228.
- Torralba Roselló, F. (1998). *Antropología en el arte de cuidar*. Instituto Borja de Bioética.
- United States Agency International Development (USAID) de los pueblos de los Estados Unidos de América (2020). *Guía para la preparación de las acciones en salud mental y apoyo psicosocial: En emergencias, desastres y crisis humanitarias*. USAID.
- Webb, N. B. (2003). *Helping bereaved children: A handbook for practitioners*. Guilford.
- Werner-Lin, A., Biank, N., & Rubenstein, B. (2010). There's no place like home: Preparing children for geographical and relational disruptions following parental death to cancer. *Clinical Social Work Journal*, Special Issue: Child and Adolescent Attachment, 38, 132-143.
- Worden, J. W. (1997). *El tratamiento del duelo: asesoramiento psicológico y terapia*. Editorial Paidós.
- World Health Organization (2015). *mhGAP Humanitarian intervention guide in humanitarian emergencies*. WHO.

- World Health Organization (2018). *International Classification of diseases 11 revision, ICD-11*. WHO.
- Xin Xu, Jun Wen, Ningning Zhou, Guangyuan Shi, Renzhihui Tang, Jianping Wang, & Natalia A (2020). Skritskaya Grief and Posttraumatic Growth Among Chinese Bereaved Parents Who Lost Their Only Child: The Moderating Role of Inter- personal Loss, *Front Psychol.* 11. 558313.
- Zabalegui Yarnoz, A., Vidal Milla, A., Soler Gómez, D., Latre Méndez, E., & Fernández Ortega, P. (2002). ¿Qué es el afrontamiento?. *Rev. Rol enferm.* 25(7/8). 552-556
- Zhou N., Wen J., Stelzer E. M., Killikelly C., Yu W., Xu X., et al (2020). Prevalence and associated factors of prolonged grief disorder in Chinese parents bereaved by losing their only child. *Psychiatry Res.* 284.112766.