



REPÚBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

RESOLUCIÓN NÚMERO

DE 2024

()

“Por la cual se adopta 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 caso de duelo por pérdida gestacional, perinatal y neonatal”

EL MINISTRO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

En ejercicio de sus facultades legales, en especial las conferidas por el artículo 4° de la Ley 2310 de 2023 y en desarrollo de lo previsto en el numeral 2 del artículo 2° del Decreto Ley 4107 de 2001, la Ley 1616 de 2013, los Artículos 2°, 5° y 11° de la Ley 1751 de 2015 y la Ley 2244 de 2022

CONSIDERANDO:

Que la Constitución Política de 1991 en su artículo 43 dispone que, *“la mujer y el hombre tienen iguales derechos y oportunidades. La mujer no podrá ser sometida a ninguna clase de discriminación. Durante el embarazo y después del parto gozará de especial asistencia y protección del Estado, y recibirá de este subsidio alimentario si entonces estuviere desempleada o desamparada.”*

Que la Constitución Política de 1991 en su Artículo 49 consagra que *“la atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado. Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud.”*

Que el artículo 7 de la Ley 1616 de 2013 dispone que el *“Ministerio de Salud y Protección Social o la entidad que haga sus veces, establecerá las acciones en promoción en salud mental y prevención del trastorno mental, que deban incluirse en los planes decenales y nacionales para la salud pública, planes territoriales y planes de intervenciones colectivas, garantizando el acceso a todos los ciudadanos y las ciudadanas, dichas acciones serán de obligatoria implementación por parte de los entes territoriales, Entidades Promotoras de Salud, Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, Administradoras de Riesgos Profesionales, Empresas Sociales del Estado y tendrán seguimiento y evaluación a través de indicadores en su implementación”.*

Que el artículo 12 de la Ley 1616 de 2013 dispone que los Entes Territoriales, las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios deberán disponer de una red integral de prestación de servicios de salud mental pública y privada, como parte de la red de servicios generales de salud. Esta red prestará sus servicios en el marco de la estrategia de Atención Primaria en Salud con un modelo de atención integral que incluya la prestación de servicios en todos los niveles de complejidad que garantice calidad y calidez en la atención de una manera oportuna, suficiente, continua, pertinente y de fácil accesibilidad a servicios de promoción, prevención, detección temprana, diagnóstico, intervención, tratamiento y rehabilitación en salud mental (...).

Que el artículo 2 de la Ley Estatutaria 1751 de 2015 establece 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 e indica adicionalmente que el Estado adoptará políticas para asegurar la

Continuación de la resolución *“Por la cual se adopta 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 caso de duelo por pérdida gestacional, perinatal y neonatal”*

igualdad de trato y oportunidades en el acceso a las actividades de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación para todas las personas.

Que a su vez el artículo 5 de la Ley Estatutaria 1751 de 2015 determina que el Estado es responsable de respetar, proteger y garantizar el goce efectivo del derecho fundamental a la salud y que por ello debe formular y adoptar políticas que propendan por la promoción de la salud, prevención y atención de la enfermedad y rehabilitación de sus secuelas, mediante acciones colectivas e individuales.

Que el artículo 11 de la mencionada Ley define los sujetos de especial protección y establece que para las mujeres en estado de embarazo se deben adoptar medidas para garantizar el acceso a los servicios de salud que requieren durante el embarazo y con posterioridad al mismo y para garantizar que puedan ejercer sus derechos fundamentales en el marco del acceso a servicios de salud.

Que, el Decreto 4107 de 2011, el cual determina los objetivos y la estructura del Ministerio de Salud y Protección Social, establece en el numeral 2° del artículo 2 que le corresponde a esta Entidad formular la política, dirigir, orientar, adoptar y evaluar los planes, programas y proyectos en materia de Salud y Protección Social en el numeral 30 del mencionado artículo establece que es competencia de esta cartera ministerial: *“preparar las normas, regulaciones y reglamentos de salud y promoción social en salud, aseguramiento en salud y riesgos profesionales, en el marco de sus competencias”*.

Que mediante la Ley 2244 de 2022 o *“Ley de Parto Digno”* se reconoce y se garantiza el derecho de la mujer durante el embarazo, trabajo de parto, parto, posparto y duelo gestacional, perinatal y neonatal con libertad de decisión, conciencia y respeto.

Que mediante la Ley 2310 de 2023 o *“Ley Brazos Vacíos”* se ordenó 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, perinatal y neonatal.

Que el artículo 4 de la referida ley determina que el Ministerio de Salud y Protección Social debe expedir y mantener actualizado un lineamiento técnico para la atención integral en casos de duelo por pérdida gestacional, perinatal y neonatal.

Que la pérdida gestacional, perinatal y neonatal, constituye una situación de gran vulnerabilidad psicológica y física para la persona gestante y su familia, lo 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.

Que el Ministerio de Salud y Protección Social, reconoce que el fallecimiento gestacional, perinatal y neonatal compone situaciones de alto impacto en las personas, familias y comunidades y por lo tanto 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 buscar el mayor grado de bienestar posible para quienes se encuentran en proceso de duelo por pérdida gestacional, perinatal y neonatal.

Que por tal motivo es necesario 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, perinatal y neonatal, 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

Continuación de la resolución "Por la cual se adopta 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 caso de duelo por pérdida gestacional, perinatal y neonatal"

familias en duelo por esta causa; y, sensibilizar al talento humano en salud en relación con las necesidades psicoemocionales de la persona y la familia en casos de duelo por pérdida gestacional, perinatal y neonatal.

Que, en virtud de lo expuesto, se considera necesario adoptar los lineamientos para la atención integral y el cuidado de la salud mental de la mujer o persona gestante, sus familias y comunidades en caso de duelo por pérdida gestacional, perinatal y neonatal.

En mérito de lo expuesto,

RESUELVE:

Artículo 1. Objeto. Adoptar 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 caso de duelo por pérdida gestacional, perinatal y neonatal.

Artículo 2. Ámbito de aplicación. Los lineamientos para la atención integral y el cuidado de la salud mental de la mujer o persona gestante, sus familias y comunidades en caso de duelo por pérdida gestacional o perinatal son aplicables a los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud -SGSSS- y especialmente a los prestadores de servicios de salud que brindan el servicio de atención directa a dichas personas.

Artículo 3. Vigilancia y control. La Superintendencia Nacional de Salud y las Entidades Territoriales, en el marco de sus competencias, inspeccionará, vigilará y controlará el cumplimiento de las disposiciones previstas en la presente resolución.

Artículo 4. Vigencia. La presente resolución rige a partir de su publicación.

PUBLÍQUESE Y CÚMPLASE

Dada en Bogotá, D.C., a los

GUILLERMO ALFONSO JARAMILLO MARTÍNEZ
Ministro de Salud y Protección Social

Aprobó

Viceministro de Salud Pública y Prestación de Servicios
Directora de Promoción y Prevención (E)
Director de Desarrollo de Talento Humano en Salud (E)
Directora de Prestación de Servicios y Atención Primaria
Jefe Oficina de Calidad

Revisó

Olga Lucia Lizarazo Salgado
Abogada del Viceministerio de Salud Pública y Prestación de Servicios

Continuación de la resolución *“Por la cual se adopta 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 caso de duelo por pérdida gestacional, perinatal y neonatal”*

ANEXO TÉCNICO 1
LINEAMIENTOS TÉCNICOS PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL Y EL CUIDADO DE LA SALUD MENTAL DE LA MUJER O PERSONA GESTANTE, SUS FAMILIAS Y COMUNIDADES EN CASO DE DUELO POR PERDIDA GESTACIONAL, PERINATAL Y NEONATAL

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, perinatal y neonatal

En cumplimiento de la Ley 2310 de 2023

Continuación de la resolución *“Por la cual se adopta 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 caso de duelo por pérdida gestacional, perinatal y neonatal”*

GUILLERMO ALFONSO JARAMILLO MARTÍNEZ

Ministro de Salud y Protección Social

JAIME HERNÁN URREGO RODRÍGUEZ

Viceministro de Salud Pública y Prestación de Servicios

LUIS ALBERTO MARTÍNEZ SALDARRIAGA

Viceministro de Protección Social

GONZALO PARRA GONZÁLEZ

Secretario General

BETSABE XIMENA VELASCO

Directora de Promoción y Prevención (E)

JOSÉ ALEXIS MAHECHA ACOSTA

Director de Desarrollo de Talento Humano en Salud

Jefe Oficina (E)

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

Continuación de la resolución "Por la cual se adopta 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 caso de duelo por pérdida gestacional, perinatal y neonatal"

Equipo Técnico**Grupo Gestión Integrada para la Salud Mental**

Bibian Yiseth Moreno Mayorga

Laura Milena Múnera Restrepo

Diana María Rodríguez Araújo

Grupo de Sexualidad, Derechos Sexuales y Reproductivos

Pablo Andrés Rodríguez Camargo

Elizabeth Daza Reyes

Grupo de Curso de Vida

Yenny Barajas Ortiz

Grupo de Formación de Talento Humano en Salud

Carlos Arturo Guzmán Quintero

Dirección de Prestación de Servicios y Atención Primaria

Myriam Andrea Ruiz Dionisio

Subdirección de Salud Nutricional Alimentos y Bebidas

Luz Ángela Ochoa

Oficina de Calidad

Carolina Manosalva Roa

Claudia Silenia Niño Rey

Oficina de Promoción Social

Isabel Cristina Buriticá López

2024

Continuación de la resolución "Por la cual se adopta 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 caso de duelo por pérdida gestacional, perinatal y neonatal"

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, perinatal y neonatal

En cumplimiento de la Ley 2310 de 2023

Contenido

1. Introducción	9
1.2. Objetivo	11
1.3. Alcance	11
1.4. Población Sujeto	11
1.5. Principios y criterios (Cumplimiento de la Ley 2310 de 2023 artículo 4. Numeral I)	11
1.6. Definiciones.....	14
2. Derechos y obligaciones referidos a la atención del duelo por pérdida gestacional, perinatal y neonatal (Cumplimiento de la Ley 2310 artículo 4. numeral II).	15
2.1. Derechos de la persona gestante frente a la atención integral para el duelo por pérdida gestacional, perinatal y neonatal (Cumplimiento de la Ley 2310 artículo 4. numeral III).	17
2.2. Obligaciones de los actores del sistema de salud objeto de la Ley 2244 de 2022	20
3. Marco de Referencia.....	21
3.1. Generalidades del Duelo	21
3.2. Manifestaciones del proceso de duelo	22
3.2.1. Afecciones a la salud mental durante el proceso de duelo por pérdida gestacional, perinatal y neonatal	24
3.3. Determinantes del Duelo	28
3.4. Atención del duelo	29
3.4.1. Fortalecimiento de Estrategias de Afrontamiento	29
3.4.2. Apoyo psicosocial durante el proceso de duelo.....	30
3.4.3. Atención Integral de las personas que presentan duelo complejo	30
4. Atención Integral en salud en el proceso de duelo de mujeres, personas gestantes sus familias y comunidades por pérdida gestacional, perinatal y neonatal	34
4.1. Acciones para desarrollar en la atención integral y el cuidado de la salud mental de la mujer, persona gestante, su familia y comunidad en casos de duelo por pérdida gestacional, perinatal y neonatal	34
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, perinatal y neonatal.....	37
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, la familia y la comunidad en casos de duelo por pérdida gestacional, perinatal y neonatal	38
5. Indicadores	42

Continuación de la resolución *“Por la cual se adopta 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 caso de duelo por pérdida gestacional, perinatal y neonatal”*

6. Referencias bibliográficas 44

Continuación de la resolución *“Por la cual se adopta 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 caso de duelo por pérdida gestacional, perinatal y neonatal”*

1. Introducción

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 y los recursos y capacidades de afrontamiento personales, familiares y colectivas.

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; 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. En este sentido, hacen falta estrategias, destrezas y recursos en la población en general y, principalmente en el talento humano en el área de la salud, quienes están llamados a cuidar 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 afecciones en su salud mental incluyendo trastornos mentales, consumo de sustancias psicoactivas, violencias interpersonales y 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”, con la que 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.

Continuación de la resolución *“Por la cual se adopta 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 caso de duelo por pérdida gestacional, perinatal y neonatal”*

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 construcción 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 Materna 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 qué 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 la pérdida gestacional, perinatal y neonatal componen situaciones de alto impacto en las personas, familias y comunidades, 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 buscar el mayor grado de bienestar posible para quienes se encuentran en proceso de duelo por pérdida gestacional, perinatal y neonatal.

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, perinatal y neonatal”* tiene como objetivo orientar a los diferentes actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), en el cuidado de la salud mental de las personas, sus familias y comunidades que se encuentren en proceso de duelo por pérdida gestacional, perinatal y neonatal; 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 personas, familias y comunidades en duelo por esta causa; y, sensibilizar al talento humano en salud en relación con las necesidades psicoemocionales de las personas, familias y comunidades en casos de duelo por pérdida gestacional, perinatal y neonatal.

Continuación de la resolución "Por la cual se adopta 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 caso de duelo por pérdida gestacional, perinatal y neonatal"

1.2. Objetivo

Orientar a los diferentes actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) en el cuidado de la salud mental de las mujeres o personas gestantes, sus familias y comunidades en el proceso de duelo por pérdida gestacional, perinatal y neonatal.

1.3. Alcance

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

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, perinatal y neonatal.

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, entendidos en esta normativa de la siguiente forma:

Dignidad humana. Derecho fundamental autónomo que equivale al merecimiento de un trato especial que tiene toda persona por el hecho de ser tal; y a la facultad que tiene toda persona de exigir de los demás un trato acorde con su condición humana.

Solidaridad. Es un principio de responsabilidad colectiva y recíproca; disposición constante de toda persona a aceptar y aportar al mejoramiento de las condiciones de otra persona o comunidad; no es un sentimiento de compasión o de simpatía por las personas enfermas o en una condición crítica o en riesgo, sino el reconocimiento de su situación cognitiva y afectiva para coadyuvar en su recuperación o superación de su situación de salud.

Igualdad. Es el acceso a la Seguridad Social en salud que se garantiza sin discriminación a las personas residentes en el territorio colombiano, por razones de cultura, sexo, etnia, origen nacional, orientación sexual, religión, edad o capacidad económica, sin perjuicio de la prevalencia constitucional de los derechos de los niños.

Libre desarrollo de la personalidad. Es la justa autonomía de las personas para elegir su forma o plan de vida, en cuanto no interfiera con la autonomía de las demás, respetándose así los derechos humanos como individualidad, pero también como parte de un colectivo social.

Celeridad. Las personas, familias y comunidades tienen derecho a recibir los servicios de salud con prontitud.

Continuación de la resolución "Por la cual se adopta 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 caso de duelo por pérdida gestacional, perinatal y neonatal"

Oportunidad. Es la posibilidad de obtener los servicios que requiere la mujer o persona gestante través de una atención centrada en la persona, la familia y la comunidad, garantizando que no se presenten retrasos que pongan en riesgo su vida o su salud mental por estar en un proceso de duelo por pérdida gestacional, perinatal y neonatal.

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, perinatal y neonatal centrada en la persona y en la garantía del derecho fundamental a la salud.

Atención digna. Ninguna mujer, persona gestante, familia o comunidad que afronte una situación de duelo por pérdida gestacional, perinatal y neonatal, podrá ser objeto de violencia psicológica o física durante la atención en salud. La violencia psicológica entendida como toda acción u omisión destinada a degradar o controlar las acciones, comportamientos, creencias y decisiones de otras personas por medio de cualquier conducta que implique perjuicio, afectaciones en la salud psicológica, mental, la autodeterminación, la percepción de sí misma o el desarrollo personal. La violencia psicológica incluye los mecanismos simbólicos para ejercerla. Esta definición es la aprobada en la sesión del 22 de junio de 2016 del Grupo Técnico Coordinador del SIVIGE. Adaptado de: Secretariado de la Campaña del Secretario General de las Naciones Unidas (ÚNETE) para poner fin a la violencia contra las mujeres.

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 materna perinatal, deberán atender siempre la voluntad de la mujer o persona gestante en lo referente a sus derechos frente a la atención del duelo por pérdida gestacional, perinatal y neonatal en todas sus etapas. En consecuencia, ninguna mujer o persona gestante en duelo por pérdida gestacional, perinatal y neonatal podrá ser sometida a procedimientos no consentidos durante la atención de la gestación, el proceso de parto o postparto.

Información. La mujer, persona gestante, familia o comunidad que se encuentre afrontando una situación de duelo por pérdida gestacional, perinatal y neonatal, 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 en salud, incluido lo referente alternativas frente al proceso de lactancia posterior a pérdida, creación o recolección de recuerdos físicos, información sobre la autopsia o estudio de patología, 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, perinatal y neonatal, cuando así lo requiera la mujer o persona gestante. En ningún caso se hablará a la mujer, persona, familiar o comunidad del nasciturus sin vida o neonato sin vida como un objeto o desecho biológico.

Así mismo, tendrá derecho a que le sea entregado el cuerpo del neonato sin vida o los restos del nasciturus sin vida, para sus honras fúnebres u otros rituales familiares y culturales propios.

De igual manera, tendrá derecho a que se le informe sobre los procedimientos, alternativas y trámites de la atención en salud en casos de pérdida gestacional, perinatal y neonatal

Continuación de la resolución "Por la cual se adopta 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 caso de duelo por pérdida gestacional, perinatal y neonatal"

En todos los casos, 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, perinatal y neonatal.

Toda la información que se brinde a la persona gestante, su familia y comunidad, así como los materiales que se construyan para tal fin, deben cimentarse en el enfoque diferencial étnico y de curso de vida.

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 materna perinatal, deberán garantizar respeto total por la intimidad de la mujer o persona gestante en duelo por pérdida gestacional, perinatal y neonatal; 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 gestacional, perinatal y neonatal en las instituciones prestadoras de servicios de salud, para estos casos. Así mismo, 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, perinatal y neonatal, 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 de género diversa, como las personas trans o personas no binarias. En caso de que la familia o la comunidad requiera atención para el duelo por pérdida gestacional, perinatal y neonatal, se respetarán los mismos derechos.

Promoción y cuidado de la salud mental. Toda mujer o persona gestante, familia o comunidad en duelo por pérdida gestacional, perinatal y neonatal 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, perinatal y neonatal. Dicha asistencia psicosocial deberá ofrecérsele o proporcionársele 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, perinatal y neonatal.

El talento humano que realiza las acciones de promoción y cuidado de la salud mental deberá estar sensibilizado y entrenado para identificar y reducir las desigualdades de poder que se generen en su interacción con las mujeres o personas gestantes, sus familias y comunidades, así como tener siempre presente el respeto y complementariedad de las intervenciones desde los saberes y prácticas propias de su cultura.

Continuación de la resolución "Por la cual se adopta 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 caso de duelo por pérdida gestacional, perinatal y neonatal"

Calidad e idoneidad profesional. En los casos de duelo por pérdida gestacional, perinatal y neonatal los servicios de salud deberán estar centrados en la mujer, persona gestante, familia o comunidad, 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, talento humano en salud formado en abordaje y acompañamiento del duelo por pérdida gestacional, perinatal y neonatal 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, perinatal y neonatal desde un enfoque de derechos, diferencial e interseccional, teniendo en cuenta la naturaleza pluriétnica y multicultural del país, y las necesidades que tiene cada mujer o persona gestante, familia y comunidad, de acuerdo a su propias culturas, cosmovisiones y creencias, así como sus necesidades psicológicas. En todo caso, se deberá garantizar el derecho de la mujer o persona gestante, familia o comunidad en duelo por pérdida gestacional, perinatal y neonatal a tener una atención que responda según las particularidades culturales, territoriales e identitarias.

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 materna 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, perinatal y neonatal.

1.6 Definiciones

Para los efectos del presente lineamiento se entiende por:

Aborto. La OMS define al aborto como la terminación 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 psicoemocionales, afectivas, físicas, sociales, cognitivas o comportamentales.

Duelo por pérdida gestacional, perinatal y neonatal. Es el proceso adaptativo del ser humano que puede surgir como respuesta a una pérdida gestacional, perinatal o neonatal, y en el que pueden presentarse respuestas psicoemocionales, 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.

Continuación de la resolución "Por la cual se adopta 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 caso de duelo por pérdida gestacional, perinatal y neonatal"

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 sin vida. Término que designa al ser humano concebido que aún no ha nacido. Incluye todas las fases de la vida humana en formación, desde la concepción hasta el momento del parto.

Pérdida gestacional. Muerte embrionaria o fetal durante cualquier semana de la gestación.

Periodo neonatal. El período neonatal comienza en el nacimiento y termina 28 días completos después del nacimiento.

Posparto: Período 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 período 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, perinatal y neonatal (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 y sus familias y comunidades, que se encuentren, en proceso de duelo gestacional, perinatal y neonatal 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, perinatal y neonatal de modo que se garantice su participación en dichos procesos, atendiendo su condición de salud.

Continuación de la resolución *“Por la cual se adopta 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 caso de duelo por pérdida gestacional, perinatal y neonatal”*

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, perinatal y neonatal 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, perinatal y neonatal, 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 sus familiares tengan información oportuna 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 nasciturus sin vida 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 nasciturus sin vida o del recién nacido.
10. A recibir asistencia psicosocial, particularmente asistencia en salud mental, oportuna y de calidad con enfoque diferencial cuando así lo requiera y lo desee y en especial, en los procesos de duelo gestacional, perinatal y neonatal, esta asistencia también se brindará a la familia que así lo necesite.
11. A estar acompañada, si así lo desea, mínimo por una persona de su confianza y elección durante el proceso de gestación, trabajo de parto, parto y posparto, 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.

Continuación de la resolución “*Por la cual se adopta 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 caso de duelo por pérdida gestacional, perinatal y neonatal*”

- 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, su familia y su comunidad 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, el de su familia y el de su comunidad a la intimidad.
- 16.Recibir un trato respetuoso por parte de los agentes de salud y las personas que conforman el área administrativa.

2.1. Derechos frente a la atención integral para el duelo por pérdida gestacional, perinatal y neonatal (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, perinatal y neonatal deben recibir atención integral en salud basada en esos derechos con las siguientes particularidades:

La pérdida gestacional, perinatal y neonatal constituye una situación de gran vulnerabilidad psicológica y física para mujer o la persona gestante, su familia y su comunidad. Situación que requiere intervenciones específicas que se orienten —de acuerdo con la voluntad de las personas afectadas 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 estos la Ley 2244 de 2022 y la Ley 2310 de 2023, demandan la elaboración de lineamientos para la atención integral que garanticen el derecho a transitar el proceso de pérdida gestacional, perinatal y neonatal 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 con sus costumbres, valores, creencias y su condición de salud. Esto deberá incluir la atención pertinente culturalmente, en coordinación con los actores que la mujer, persona gestante, familia o comunidad prefieran para recibir apoyo.

Continuación de la resolución *“Por la cual se adopta 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 caso de duelo por pérdida gestacional, perinatal y neonatal”*

2. A recibir una comunicación asertiva por parte del equipo de 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 cómo quiere ser nombrada o con qué pronombre femenino o masculino, en el momento de la atención.
5. A ser informada de la posibilidad de solicitar el cuerpo del neonato sin vida o los restos del nasciturus sin vida (en cualquier semana de la gestación), para sus honras fúnebres u otros rituales familiares y culturales propios.
6. A conocer los requisitos y el procedimiento para solicitar el cuerpo o los restos gestacionales derivados de la pérdida gestacional, perinatal y neonatal cuando así lo solicite expresamente.
7. A que le sea entregado el cuerpo del neonato sin vida o los restos del nasciturus sin vida (en cualquier semana de la gestación), para sus honras fúnebres u otros rituales familiares y culturales propios, o actos relacionados con las creencias religiosas, culturales, intenciones conmemorativas y de conservación de recuerdos si media solicitud de la mujer, siempre y cuando no exista un riesgo de infección o contaminación con agentes biológicos, químicos o radiactivos en dicho material biológico. Este proceso es de carácter voluntario.
8. A que se le informe sobre los procedimientos, alternativas y trámites de la atención médica en casos de pérdida gestacional, perinatal y neonatal.
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, perinatal y neonatal.
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.

Continuación de la resolución *“Por la cual se adopta 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 caso de duelo por pérdida gestacional, perinatal y neonatal”*

14. A que se le garantice el derecho de la mujer, persona gestante o familia en duelo por pérdida gestacional, perinatal y neonatal, 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, perinatal y neonatal, con información clara, apropiada y suficiente por parte del personal de salud, basada en evidencia científica segura, efectiva y actualizada. En caso de grupos étnicos con lengua propia, se deberá disponer de una persona interprete o traductor, y el talento humano en salud que brinde la información deberá tener siempre presente el respeto por los saberes y prácticas propias de las diferentes culturas.
18. A ser atendida por talento humano en salud formado en abordaje y acompañamiento del duelo por pérdida gestacional, perinatal y neonatal teniendo en cuenta el enfoque diferencial, interseccional, género e interculturalidad.
19. 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. A recibir atención psicológica y psicosocial, particularmente desde el sector salud, en el marco de la educación para la salud, entrenamiento en habilidades para la vida o participación en grupos de apoyo o de ayuda que le sea entregada la 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, creencias o prácticas mutua (de acuerdo con la disponibilidad en los territorios).
21. A permitir la entrega de material biológico, para facilitar la realización de rituales culturales, siempre y cuando no exista un riesgo de infección o contaminación con agentes biológicos, químicos o radiactivos en dicho material biológico y se tenga en cuenta el manejo establecido para la placenta que de acuerdo con los conceptos emitidos previamente por el Ministerio de Salud y Protección Social son los siguientes:
 - Si existe un riesgo de infección o contaminación con agentes biológicos, químicos o radiactivos en dicho material biológico, por ejemplo, en casos de infecciones por VIH, VHC, VHB, el prestador de atención en salud deberá gestionar la placenta como residuo peligroso de riesgo biológico o infeccioso, anatomopatológico, de acuerdo con lo establecido en el título 10 del Decreto 780 de 2016.
 - En caso de que dicho riesgo no se presente, se debe tener en cuenta que todos los productos relacionados con la concepción, independientemente de la decisión de la mujer sobre su manejo y disposición final, deben ser evaluados para verificar su utilidad como potencial elemento probatorio médico-legal o acerca de la necesidad de adelantar un estudio de tipo histopatológico o

microbiológico, esto teniendo en cuenta las características de la placenta.

Continuación de la resolución "Por la cual se adopta 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 caso de duelo por pérdida gestacional, perinatal y neonatal"

- En caso de que no haya restricción para la entrega y esta se realice, se deben adoptar las respectivas medidas de bioseguridad y las recomendaciones de manejo, manipulación y disposición final de la misma, con el fin de proteger la salud de los pacientes, la salud pública colectiva y el ambiente. Por lo tanto, la IPS deberá contar con un procedimiento de entrega de las placentas previamente definido. Con base en esta indicación se considera pertinente suministrar las siguientes recomendaciones al momento de adelantar el proceso:
 - Contar con la declaración de voluntad por parte de la mujer donde solicita la entrega de la placenta únicamente con el fin de disponer de esta por motivos y creencias culturales o personales que considera relevantes. Esta solicitud se debe realizar con una anticipación razonable que permita llevar a cabo la evaluación respectiva, por ejemplo, durante el control prenatal o en el ingreso a la atención del parto. De manera concomitante con la solicitud, la mujer debe ser informada de las razones por las que eventualmente no le podría entregar la placenta.
 - Informar a la mujer gestante que la placenta la será entregada en el alta hospitalaria y que le debiera dar un manejo que sea seguro con el entorno. Por esta razón y como mínimo se deberá contar por parte de la IPS con un embalaje primario que podrá ser doble bolsa a prueba de fugas y goteo y un segundo embalaje de paredes rígidas que contenga el primer embalaje a prueba de perforaciones según el tamaño del componente.

22.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 es ella quien 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 u otros rituales familiares y culturales propios 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.

23.A permanecer con el cuerpo del nasciturus sin vida 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 obligación es de los actores del sistema de salud objeto de la Ley 2244 de 2022 las siguientes:

1. Promover la formación y actualización de profesionales de la salud y demás actores involucrados en la prestación del servicio para el cuidado de la persona gestante, durante las etapas de gestación, trabajo de parto, postparto, lactancia, duelo gestacional y duelo perinatal, para garantizar sus derechos.
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.

Continuación de la resolución "Por la cual se adopta 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 caso de duelo por pérdida gestacional, perinatal y neonatal"

3. Aplicar las guías prácticas de atención a la persona en gestación, parto, posparto duelo gestacional y duelo perinatal, expedidas por el Ministerio de Salud y Protección social.
4. Cumplir con el reporte de los indicadores de seguimiento y monitoreo de la calidad de la prestación de los servicios relacionados con la atención de la gestación, parto, posparto (Ruta Materna Perinatal y Resolución 256 de 2016), duelo gestacional y duelo perinatal.

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 la vida, 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 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.

En este sentido, 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 objeto o sujeto perdido, 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 objeto o sujeto perdido (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 y la angustia de la pérdida, acompañada de llanto y sentimiento de desamparo, además de enfado, culpa y conducta destructiva;

Continuación de la resolución "Por la cual se adopta 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 caso de duelo por pérdida gestacional, perinatal y neonatal"

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, por el objeto o sujeto perdido; la idealización cuando se reprimen los sentimientos hostiles y negativos 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 lo perdido (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.

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).

Continuación de la resolución "Por la cual se adopta 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 caso de duelo por pérdida gestacional, perinatal y neonatal"

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., 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

Afectivo	Cognitivo	Comportamental	Fisiológico
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
Anhelo	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 - 2024

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).

Continuación de la resolución *“Por la cual se adopta 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 caso de duelo por pérdida gestacional, perinatal y neonatal”*

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 prolongado.

Las principales características del duelo complicado son: persistencia de al menos 12 meses después de la pérdida (o más de 6 meses para los niños y niñas), añoranza persistente por la pérdida, tristeza y dolor emocional intensos, pensamientos recurrentes asociados a las circunstancias de la pérdida con la angustia reactiva y la alteración social o de la identidad. En pocas palabras, la reacción 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).

3.1.1. Afecciones a la salud mental durante el proceso de duelo por pérdida gestacional, perinatal y neonatal

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, las condiciones de vida incluyendo la satisfacción de necesidades humanas, y las habilidades de afrontamiento de los diferentes estresores.

Continuación de la resolución *“Por la cual se adopta 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 caso de duelo por pérdida gestacional, perinatal y neonatal”*

Entre esos significados se pueden identificar al embarazo como “sentido de vida”, “problema”, “realización como mujer”, “medio para conseguir beneficios”, “voluntad divina”, entre otros, lo que en gran medida puede condicionar las decisiones relacionadas con dicho embarazo como la protección o no de la salud, 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. De hecho, 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, las reacciones a la pérdida del nasciturus sin vida 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.

No obstante, las características del duelo y las reacciones psicoemocionales, físicas, sociales o comportamentales (Kersting & Wagner, 2012) asociadas a las pérdidas gestacionales y perinatales dependen en gran medida de los significados otorgados desde el momento que se conoce la noticia de un embarazo; así como de las causas de la pérdida. Es decir, si 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).

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 presentan 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 para destacar en la pérdida del embarazo es que las personas pueden sentir que sus cuerpos han fallado y que su feminidad se ha visto socavada (Frost M., & Condon JT, 1996). Algunos 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 gestacional, perinatal y neonatal. Los progenitores afligidos por una pérdida perinatal tienen pocas o ninguna experiencia directa de vida con el nasciturus sin vida. 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 red de apoyo.

Continuación de la resolución *"Por la cual se adopta 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 caso de duelo por pérdida gestacional, perinatal y neonatal"*

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 gestacional, perinatal y neonatal incluyen la falta de apoyo social, las dificultades de relación preexistentes o la ausencia de hijos sobrevivientes. Se encontró que el riesgo de duelo complicado era especialmente alto después de la pérdida 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 sin vida 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).

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 gestacional, perinatal y neonatal para las personas gestantes, dos estudios han analizado la experiencia del duelo en los padres después de dicha pérdida (Lizcano Pabon L.D.M., Moreno Fergusson M.E., y Palacios A.M, 2019).

Continuación de la resolución *“Por la cual se adopta 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 caso de duelo por pérdida gestacional, perinatal y neonatal”*

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 gestacional, perinatal y neonatal (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 gestacional, perinatal y neonatal en los padres. Shakespeare et al. publicó en 2017 una revisión sistemática de las experiencias de los padres y profesionales después de este tipo de pérdidas. 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 de 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 en salud 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 gestacional, perinatal y neonatal, 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 gestacional 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 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).

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 mayores 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).

Continuación de la resolución "Por la cual se adopta 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 caso de duelo por pérdida gestacional, perinatal y neonatal"

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 hijo 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 gestacional, perinatal y neonatal 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.

Aunque todas las personas pueden no necesitar intervenciones psicosociales preventivas después de una pérdida gestacional, perinatal y neonatal, 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).

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.

Continuación de la resolución "Por la cual se adopta 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 caso de duelo por pérdida gestacional, perinatal y neonatal"

- 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, así como las débiles o nulas redes de apoyo

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, perinatal y neonatal.

3.. Atención del duelo

3.1.2. 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, las familias y las comunidades 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 sobreviniente 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.

Continuación de la resolución *“Por la cual se adopta 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 caso de duelo por pérdida gestacional, perinatal y neonatal”*

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 estrategia 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).

3.1.3. Apoyo psicosocial durante el proceso de duelo

Cuidar de alguien no consiste en abordar sus experiencias dolorosas externamente, sino brindar acompañamiento y apoyo para afrontarlas y, quizás, soportarlas, es decir, hacerse cómplice de la persona doliente en momentos de afectación emocional o psicosocial. Precisamente, por ello consiste, básicamente, en apoyar a alguien durante el afrontamiento de sus experiencias dolorosas, pero no sólo en el sentido físico del término, sino también en el sentido moral, psicológico, social, cultural 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).

“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,

Continuación de la resolución *“Por la cual se adopta 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 caso de duelo por pérdida gestacional, perinatal y neonatal”*

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, los cuales tienen como propósito 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.

Es importante diferenciar los grupos de apoyo de la psicoterapia de grupo, pues esta última se desarrolla en el campo de la práctica clínica de los profesionales especialistas de la salud mental (profesionales en psiquiatría y psicología clínica) 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.

Por su parte, los grupos de ayuda mutua funcionan de forma autónoma, al margen de los y las 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/a 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. Además, tiene como fin 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).

3.1.4. 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 pérdida, 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 o (b) el nivel de rendimiento en áreas sociales, ocupacionales u otras áreas importantes de funcionamiento”.

Continuación de la resolución "Por la cual se adopta 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 caso de duelo por pérdida gestacional, perinatal y neonatal"

Nakajima et al. (2008) lo argumenta como un trastorno mental que requiere proporcionar tratamiento a la 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.

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 duelo complicado y un trastorno depresivo mayor es común, con estudios que encontraron que 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

Trastorno depresivo mayor	Duelo complicado
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 autocrítica 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)

Continuación de la resolución *“Por la cual se adopta 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 caso de duelo por pérdida gestacional, perinatal y neonatal”*

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 fueron eficaces 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.

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 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 gestacional, 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 gestacional, perinatal y neonatal 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).

Continuación de la resolución “*Por la cual se adopta 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 caso de duelo por pérdida gestacional, perinatal y neonatal*”

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. Atención Integral en salud en el proceso de duelo de mujeres, personas gestantes sus familias y comunidades por pérdida gestacional, perinatal y neonatal

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

4.1. Acciones para desarrollar en la atención integral y el cuidado de la salud mental de la mujer, persona gestante, su familia y comunidad en casos de duelo por pérdida gestacional, perinatal y neonatal.

El proceso de atención en la institución debe ser humanizada e incluir:

Valoración integral. Realizar la valoración integral para identificar los recursos y capacidades para afrontar el proceso de duelo en por pérdida gestacional, perinatal y neonatal. Esta valoración debe incluir el reconocimiento de la estructura y dinámica familiar, las redes de apoyo sociales, familiares y comunitarias, las capacidades personales y familiares para afrontar crisis vitales y circunstanciales (experiencias previas, recursos...).

Para este proceso se debe tener en cuenta el reconocimiento de la identidad cultural (necesidad de traducción o intérprete; servicios espirituales o armonización de acuerdo con usos y costumbres propios; vestimentas o prendas culturales) y antecedentes de la mujer o la persona gestante con el fin de brindar la atención de acuerdo con el enfoque étnico, diferencial e interseccional, intercultural y de género.

Comunicación empática: Será fundamental, entre otros:

i) **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, 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, perinatal y neonatal.

ii) **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 sin vida 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 mujer o persona gestante cómo desea que se denomine el nasciturus sin vida o neonato sin vida

Continuación de la resolución "Por la cual se adopta 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 caso de duelo por pérdida gestacional, perinatal y neonatal"

- i) **Expresar condolencias por la pérdida**, absteniéndose de: restar importancia a la situación, hacer alusión a un próximo embarazo, culpabilizar o juzgar a la persona, sus familias o comunidades 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, perinatal y neonatal. 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).

Primera ayuda psicológica. Según valoración, brindar primera ayuda psicológica con enfoques étnico, diferencial e interseccional, interculturalidad y de género. La Primera Ayuda Psicológica o primeros auxilios psicológicos (PAP) se basan en una relación de escucha activa que puede ser brindada por cualquier integrante del equipo de salud con entrenamiento. No tiene un momento único en el proceso de atención porque se entiende que es posible experimentar miedo, incertidumbre, tristeza, rabia y otras emociones difíciles de regular, con comportamientos como llanto incontrolable, gritos, intentos de auto y heteroagresión, ensimismamiento, entre otros que pueden suceder en cualquier momento durante el proceso de duelo que se ha descrito en este documento. El talento humano en salud deberá estar entrenado para identificar estas situaciones oportunamente y realizar el abordaje inicial desde los PAP.

Brindar información basada en la evidencia. 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.

Información sobre alternativas de parto. 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.

Acompañamiento durante el parto. 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 sin vida.

Revisión previa de historia clínica. El equipo de salud que vayan a tener contacto con la mujer o persona gestante y que este autorizado, deberá revisar previamente la historia clínica y estar informado del caso antes de dirigirse a ella, para evitar comentarios que la afecten emocionalmente.

Contacto con nasciturus sin vida o neonato sin vida. Garantizar a la mujer o persona gestante permanecer con el cuerpo del nasciturus sin vida 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.

Continuación de la resolución "Por la cual se adopta 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 caso de duelo por pérdida gestacional, perinatal y neonatal"

Trato del nasciturus sin vida o neonato sin vida. Abstenerse de tratar al nasciturus sin vida o neonato sin vida como desecho orgánico depositándolo en un platón, balde, frasco o similar. En presencia de las mujeres o personas gestantes y su familia, el nasciturus sin vida o neonato sin vida deberá tratarse con dignidad y respeto en todo momento.

Presentación del nasciturus sin vida o neonato sin vida. Indagar si la persona desea conocer al nasciturus sin vida o neonato sin vida y en caso afirmativo garantizar la presentación digna del mismo a la persona, su familia y comunidad. 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.

Recuerdos físicos. Informar y facilitar el derecho a crear recuerdos físicos del nasciturus sin vida o neonato sin vida (tomar fotografías, huellas o un mechón de cabello, entre otras).

Presencia de personal de salud estrictamente necesario. Garantizar la intimidad de la mujer o persona gestante, evitando presencia innecesaria 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.

Ambiente de protección e intimidad. Ofrecer a la persona en duelo un ambiente de protección e intimidad, respetuoso de su dolor, y por lo tanto procurar que la fase preparto, 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 cualquier tipo de atención obstétrica. En la habitación deberá verificarse previamente que no haya espacios ni mobiliario destinado o alusivo al cuidado del recién nacido (cunas, cambiadores, tinas, etc.).

Lactancia. 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, inhibición fisiológica, y otras prácticas culturales o ancestrales utilizadas para este fin). Dicha información debe ser brindada durante la permanencia de la persona en la institución hospitalaria y en todo caso antes del egreso hospitalario. i) Se recomienda entregar a la mujer o persona gestante y su familia al momento del egreso, información infográfica (por el medio de comunicación contextual y culturalmente pertinente) sobre el manejo de la lactancia en casos de pérdida gestacional y muerte neonatal; y, ii) realizar acompañamiento post egreso en todos los casos a través de controles o seguimientos telefónicos en los días y semanas próximas durante el primer mes.

Disposición del cuerpo del nasciturus sin vida o neonato sin vida. Informar a las personas en duelo sobre la disposición del cuerpo del nasciturus sin vida o neonato sin vida en caso de que no esté presente algún riesgo biológico y las opciones que tienen en caso de que deseen adelantar algún rito fúnebre de conmemoración o de conservación de recuerdos; y permitir a las personas en duelo estar acompañados en el momento de la despedida del nasciturus sin vida o neonato sin vida y que pueda ser conocido por la familia y/o red de apoyo.

Continuación de la resolución *“Por la cual se adopta 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 caso de duelo por pérdida gestacional, perinatal y neonatal”*

Si la decisión de la persona gestante o su familia es dejar a disposición de la institución el nasciturus sin vida 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.

Seguimiento. Efectuar seguimiento de la mujer o persona gestante y su familia durante el puerperio, para valorar la evolución de su salud, incluyendo las afecciones mentales que pueden suscitarse, con especial énfasis en la detección de conducta suicida. Según valoración profesional, en los casos que se requiera por afecciones en salud mental, se deberá remitir a servicios de atención en baja, mediana o alta complejidad.

Actualización pertinente de los sistemas de información. Actualizar todos los registros en los sistemas de información con el fin de evitar realizar seguimientos (llamadas, mensajes de texto, correos) a las personas en proceso de duelo, e informar al asegurador el caso para que se realice el cierre y la persona sea excluida de la base de datos de la cohorte de gestantes

Fortalecimiento de capacidades del talento humano en salud. En el marco de los planes anuales de formación continua de los prestadores de servicios de salud, incluir procesos de inducción, reinducción o fortalecimiento de capacidades el manejo del duelo por pérdida gestacional, perinatal y neonatal por parte del talento humano en salud, teniendo en cuenta las recomendaciones que se dan en el presente lineamiento.

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, perinatal y neonatal.

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, perinatal y neonatal, 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, entre otros.

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.

Acompañamiento y apoyo emocional: El acompañamiento contribuye al afrontamiento adaptativo, al fortalecimiento de relaciones, de la resiliencia, la solidaridad y la capacidad para afrontar los duelos. Los sistemas de apoyo permiten reducir las incertidumbres, no medicalizar, no institucionalizar; así mismo, permite compartir experiencias, emociones, buscar ayuda, brindar y recibir apoyo y sentirse acompañada para afrontar la situación.

Continuación de la resolución *"Por la cual se adopta 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 caso de duelo por pérdida gestacional, perinatal y neonatal"*

Por tanto, es fundamental ayudar a las personas a identificar, contactar y restablecer las interacciones y redes de apoyo; en algunos casos, pueden resultar útiles los grupos de apoyo y de ayuda mutua y los rituales culturales.

Importante tener en cuenta que, de acuerdo con las costumbres, creencias e identidades culturales que suscriba la persona, se puede gestionar o realizar una u otra acción o conformarse o definirse los integrantes de estos grupos. En todo caso, se deben conformar y definir sus dinámicas de acuerdo con el contexto cultural y territorial de la mujer o persona gestante, su familia y comunidad. Importante tener en cuenta que, algunos grupos étnicos cuentan con un sistema estructurado de sabedores y sabedoras ancestrales para brindar apoyo y, por tanto, se deben articular las acciones para garantizar la atención de acuerdo con su identidad cultural, sus costumbres y creencias.

Grupos de apoyo: 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. Son espacios especialmente útiles en la fase inicial del duelo, en la prevención y manejo de desenlaces no deseados como: conducta suicida, exposición a violencias, entre otros. 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 Educación Grupal en Salud (Los códigos CUPS se encuentran en la categoría 9901 y las Intervenciones de Salud Mental en la Comunidad se encuentran en la categoría 9449. de la Resolución 2077 de 2022).

Grupos de ayuda mutua: Estos grupos pueden derivarse de los grupos de apoyo que después de un tiempo funcionan con autonomía; sin embargo, esto no excluye el acompañamiento que puede realizarse desde los planes de intervenciones colectivas. La principal característica de los grupos de ayuda mutua es que reconocen y fortalecen 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. En este contexto, es importante que su conformación, dinámica y propósito se definan de acuerdo con los usos y costumbres cultural y territorialmente concebidos por la mujer o persona gestante, familia y comunidad.

Rituales de duelo familiares o comunitarios: Los rituales individuales, familiares o comunitarios, acorde con la cultura del contexto territorial, pueden facilitar los procesos de duelo. La espiritualidad expresada a través de rituales facilita el afrontamiento de las pérdidas, en tanto que, representa la posibilidad de expresar el dolor y la empatía de manera compartida; así como, la posibilidad de dar significado culturalmente compartido a lo sucedido, restablecer el sentido de pertenencia, adaptarse y construir una nueva cotidianidad pese a sus pérdidas.

En el marco del sistema de salud se viabiliza a través de las Intervenciones de Salud Mental en la Comunidad y en lo 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 de Rehabilitación Basada en Comunidad en salud mental.

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, la familia y la comunidad en casos de duelo por pérdida gestacional, perinatal y neonatal.

Continuación de la resolución *“Por la cual se adopta 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 caso de duelo por pérdida gestacional, perinatal y neonatal”*

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 ginecobstétrica.

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, perinatal y neonatal, 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 ginecobstétrica, 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.

Continuación de la resolución "Por la cual se adopta 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 caso de duelo por pérdida gestacional, perinatal y neonatal"

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

Talento Humano: Médico General con entrenamiento en Pediatría, Pediatra, Anestesiólogo, Equipo de Cuidado Paliativo, Psiquiatría y Servicio de Bioética, médico especialista en ginecología, 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 o hija 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 o hija:

- 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 o hija, desde la etapa preconcepcional, prenatal, parto y postparto.
- Documentar o adoptar, implementar y evaluar protocolos para la atención del binomio y garantizar una adherencia superior al 85%.

Continuación de la resolución "Por la cual se adopta 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 caso de duelo por pérdida gestacional, perinatal y neonatal"

- 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, 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 mujeres o personas gestantes y las familias en casos de duelo por pérdida gestacional, perinatal y neonatal.

Historia Clínica y Registros: Toda atención de primera vez a una usuaria debe incluir el proceso de apertura de historia clínica; todas las pacientes atendidas 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) o hija(s) fallecido/a(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.

Continuación de la resolución "Por la cual se adopta 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 caso de duelo por pérdida gestacional, perinatal y neonatal"

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*".

En los casos en que el profesional que realiza la valoración y seguimiento a la mujer o persona gestante y su familia defina que requiere atención por afectaciones en su salud mental, deberá hacerse la remisión (y seguimiento a esta) a dichos servicios. Entre otras atenciones, la mujer o persona gestante y su familia tiene derecho a:

- Consulta por psicología
- Evaluación de salud mental por equipo interdisciplinario
- Psicoterapia individual por psicología
- Psicoterapia de pareja por psicología
- Psicoterapia familiar por psicología
- Psicoterapia de grupo por psicología
- Intervención en crisis
- Educación individual en salud mental
- Intervención en salud mental comunitaria
- Consulta por especialista en psiquiatría
- Internación en servicios de baja, mediana o alta complejidad.

Es importante indicar que cuando se garantiza el acceso a la atención por psicología, el plan de intervención lo realiza el profesional a cargo y según la valoración y prácticas y creencias culturales propias, determina el tipo de acompañamiento que requiere cada miembro de la familia, lo cual incluye a la pareja.

5. 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, perinatal y neonatal, 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 General de Seguridad Social en Salud.

Continuación de la resolución "Por la cual se adopta 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 caso de duelo por pérdida gestacional, perinatal y neonatal"

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 prestadores de servicios de salud deberán incluir dentro de sus procesos de fortalecimiento de capacidades del talento humano en salud indicadores que den cuenta de la implementación de los presentes lineamientos.

En el Plan Decenal de Salud Pública se evalúan los indicadores poblacionales relacionados con la salud mental de la población en general, los cuales serán tenidos en cuenta para hacer seguimiento a este lineamiento.

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 Materna perinatal, entre los que se encuentran:

Impacto

- Tasa de mortalidad materna (semana 1-40)
- Tasa de mortalidad perinatal.
- Tasa de mortalidad neonatal temprana y tardía.
- Número de defunciones fetales con causa indeterminada/Número de defunciones fetales totales
- Número de muertes neonatales con causa determinada/Número de muertes neonatales totales.
- Razón de morbilidad materna extrema

Proceso

- 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, perinatal y neonatal.
- 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, perinatal y neonatal.
- Porcentaje de prestadores de servicios de salud con protocolo adaptado y adoptado de acuerdo con los lineamientos del Ministerio.

Continuación de la resolución "Por la cual se adopta 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 caso de duelo por pérdida gestacional, perinatal y neonatal"

6. 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. Garnezy, 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

Continuación de la resolución "Por la cual se adopta 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 caso de duelo por pérdida gestacional, perinatal y neonatal"

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 Study phase 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 novales de ciencias de la salud*. Obtenido de Tesis Doctoral, Universidad de Málaga: <http://riuma.uma.es/xmlui/bitstream/handle/10630/4905/TDR%20GARCIA%20GUERRERO.pdf?sequence=1>

Gómez M., Muñoz A.M., y Caballero J.A. (2020) en "Humanización en la atención ante una muerte gestacional y neonatal: Recomendaciones al Ministerio de Salud y Protección Social para la construcción de un lineamiento." Universidad de los Andes, Escuela de Gobierno. Trabajo de grado para optar por el título de Magíster en Gestión Pública. Mayo de 2020. Bogotá D.C. En: <https://repositorio.uniandes.edu.co/bitstream/handle/1992/48643/u833249.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>.

Continuación de la resolución "Por la cual se adopta 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 caso de duelo por pérdida gestacional, perinatal y neonatal"

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 standardized treatment 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 de 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, perinatal y neonatal, 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.

Continuación de la resolución “Por la cual se adopta 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 caso de duelo por pérdida gestacional, perinatal y neonatal”

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.

Continuación de la resolución "Por la cual se adopta 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 caso de duelo por pérdida gestacional, perinatal y neonatal"

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.

Continuación de la resolución "Por la cual se adopta 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 caso de duelo por pérdida gestacional, perinatal y neonatal"

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 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

Continuación de la resolución "Por la cual se adopta 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 caso de duelo por pérdida gestacional, perinatal y neonatal"

Slaikau 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.

Torralla 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.* 284.11276