

**MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL****RESOLUCIÓN NÚMERO 00002623 DE 2024****( 23 DIC 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 (E)**

En ejercicio de sus facultades legales, en especial las conferidas por el numeral 2 del artículo 2 del Decreto Ley 4107 de 2001, artículo 4 de la Ley 2310 de 2023 y, en desarrollo de lo previsto en la Ley 1616 de 2013, los artículos 2, 5 y 11 de la Ley 1751 de 2015 y la Ley 2244 de 2022, el Decreto 1490 del 13 de diciembre de 2024, y

**CONSIDERANDO**

Que el artículo 43 de la Constitución Política de Colombia de 1991 dispone que, la mujer y el hombre poseen los mismos derechos y oportunidades; de tal manera, la mujer no debe ser discriminada de ninguna manera. Durante el embarazo y después del parto la mujer debe recibir asistencia y protección especial por parte del Estado, y en caso de estar desempleada o desamparada, el Estado le proveerá subsidio alimentario.

Que el artículo 7 de la Ley 1616 de 2013 dispone que el Ministerio de Salud y Protección Social, o la entidad que lo sustituya, definirá las medidas para la promoción de la salud mental y la prevención de trastornos mentales que deben ser incluidas en los planes decenales y nacionales de salud pública, así como en los planes territoriales y de intervenciones colectivas. Estas medidas deben garantizar el acceso a todos los ciudadanos y ciudadanas y serán de implementación obligatoria para los entes territoriales, Entidades Promotoras de Salud, Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, Administradoras de Riesgos Profesionales y Empresas Sociales del Estado, por lo que su implementación será monitoreada y evaluada mediante indicadores.

Que el artículo 12 de la Ley 1616 de 2013 dispone que los Entes Territoriales, las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios, específicamente las Entidades Promotoras de Salud del Régimen Contributivo y Subsidiado, las entidades que administren planes voluntarios de salud, las entidades adaptadas, las entidades pertenecientes a los regímenes Especial y de Excepción en Salud, 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 igualdad de trato y oportunidades en el acceso a las actividades de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación para todas las personas.

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"*

Que a su vez el artículo 5 de la referida ley 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, en el mismo sentido, 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 y 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 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, en ese sentido, el artículo 4 determina que el Ministerio de Salud y Protección Social deberá expedir y mantener actualizado un lineamiento técnico para la atención integral en casos de duelo por pérdida gestacional, perinatal y neonatal; dicha pérdida 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 apropiada.

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; para esto es necesario fortalecer las capacidades de las autoridades en salud para garantizar la protección de la salud mental de estas personas, promover en las instituciones prestadoras de servicios de salud el desarrollo de estrategias de cuidado de la salud mental de las familias en duelo, 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 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 virtud de lo expuesto,

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"

### RESUELVE

**Artículo 1. Objeto.** La presente resolución tiene por 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, desarrollado en el anexo técnico, que hace parte integral de este acto administrativo.

**Artículo 2. Ámbito de aplicación.** El presente lineamiento es aplicable a 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, de acuerdo con sus competencias y de manera prioritaria las siguientes: las Direcciones Territoriales de Salud, las Entidades Promotoras de Salud del Régimen Contributivo y Subsidiado, las entidades que administren planes voluntarios de salud, las entidades adaptadas, las entidades pertenecientes a los regímenes especial y de excepción en Salud y especialmente a los prestadores de servicios de salud y el Talento Humano en Salud, incluido el que se encuentra en proceso de formación, que brindan el servicio de atención directa a dichas personas.

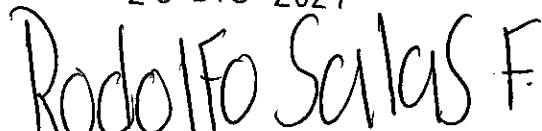
**Artículo 3. Vigilancia y control.** La Superintendencia Nacional de Salud y las Entidades Territoriales, en el marco de sus competencias, inspeccionará, vigilará y controlará el cumplimiento de las disposiciones previstas en la presente resolución y su respectivo anexo técnico.

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

### PUBLÍQUESE Y CÚMPLASE

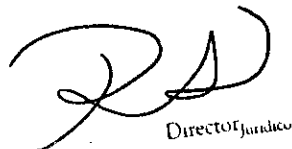
Dada en Bogotá, D.C., a los

23 DIC 2024



**RODOLFO ENRIQUE SALAS FIGUEROA**  
Ministro de Salud y Protección Social (E)

Aprobó:  
Viceministro de Salud Pública y Prestación de Servicios  
Dirección de Promoción y Prevención (E)  
Dirección de Desarrollo del Talento Humano en Salud  
Dirección de Prestación de Servicios y Atención Primaria  
Oficina de Calidad  
Oficina de Promoción Social  
Dirección Jurídica.

  
Director Jurídico

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**

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"

## Contenido

1. Introducción.....	6
1.2. Objetivo.....	7
1.3. Alcance.....	7
1.4. Población que se beneficia con las directrices de este acto administrativo.....	7
1.6 Criterios.....	8
1.7 Definiciones.....	10
2. Derechos y obligaciones referidos a la atención del duelo por pérdida gestacional, perinatal y neonatal. ....	11
2.1. Derechos frente a la atención integral para el duelo por pérdida gestacional, perinatal y neonatal. ....	11
2.2. Obligaciones de los actores del sistema de salud objeto de la Ley 2244 de 2022.....	14
3. Marco de referencia.....	15
3.1. Generalidades del Duelo.....	15
3.2 Manifestaciones del proceso de duelo.....	16
3.2.1 Afecciones a la salud mental durante el proceso de duelo por pérdida gestacional, perinatal y neonatal.....	17
3.3 Determinantes del duelo.....	19
3.4 Atención del duelo.....	19
3.4.1 Fortalecimiento de Estrategias de Afrontamiento.....	19
3.4.2 Apoyo psicosocial durante el proceso de duelo.....	20
3.4.3 Atención Integral de las personas que presentan duelo complejo.....	20
4. Atención Integral en salud en el proceso de duelo de mujeres, personas gestantes sus familias y comunidades por pérdida gestacional, perinatal y neonatal.....	22
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.....	22
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. ....	25
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.....	26
5. Indicadores.....	28
5.1 Fichas indicadores.....	29
6. Referencias.....	37

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.

A pesar de lo antes expuesto, 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.

Estas orientaciones de política 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 aclara que éste 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. De tal manera, el Estado debe adoptar 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. Así mismo, 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, 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 las leyes en mención se derivan, entre otras, 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) y la Resolución 4886 de 2018 Por la cual se adopta la Política Nacional de Salud Mental (Minsalud, 2018), herramientas de política pública que orientan a los actores del sistema de salud en su qué hacer para garantizar 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° 037 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

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"*

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 presente 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 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.

## 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 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, de acuerdo con sus competencias y de manera prioritaria las siguientes: las Direcciones Territoriales de Salud, las Entidades Promotoras de Salud del Régimen Contributivo y Subsidiado, las entidades que administren planes voluntarios de salud, las entidades adaptadas, las entidades pertenecientes a los regímenes especial y de excepción en Salud y especialmente a los prestadores de servicios de salud y el Talento Humano en Salud, incluido el que se encuentra en proceso de formación, que brindan el servicio de atención directa a dichas personas.

## 1.4. Población beneficiaria

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 (Cumplimiento del numeral I del artículo 4 de la Ley 2310 de 2023)

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

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"

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.

**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.

#### 1.6 Criterios (Cumplimiento del numeral I del artículo 4 de la Ley 2310 de 2023)

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 criterios los siguientes:

**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.

**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, estas personas no podrán ser sometidas 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 a 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



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"

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. Se resalta de manera especial que 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, tendrán derecho a que les 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.

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 tener en cuenta el momento del curso de vida en el que se encuentran las personas a las que se dirige (Primera infancia, infancia, adolescencia, juventud, adultez, persona mayor) para realizar los ajustes que faciliten su comprensión y aseguren su pertinencia.

**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, 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 la Ley de Protección de Datos 1581 de 2012 y la Ley 1949 de 2019.

**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 en Salud 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.

### 1.7 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 gramos 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.

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

**Nasciturus sin vida.** Término que se 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.

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"

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

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

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

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

**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.

## **2. Derechos y obligaciones referidos a la atención del duelo por pérdida gestacional, perinatal y neonatal (Cumplimiento del numeral II del artículo 4 de la Ley 2310 de 2023).**

Los derechos de todas las mujeres o personas en proceso de gestación, trabajo de parto, parto, posparto, sus familias y comunidades, que se encuentren, en proceso de duelo gestacional, perinatal y neonatal, son los que se encuentran consagrados en la Ley 2244 de 2022 y orientan lo dispuesto en este lineamiento, tal como lo ordena la Ley 2310 de 2023.

### **2.1. Derechos frente a la atención integral para el duelo por pérdida gestacional, perinatal y neonatal (Cumplimiento del numeral III del artículo 4 de la Ley 2310 de 2023).**

De acuerdo con los derechos consagrados en la Ley 2244 de 2022, 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.

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, además de los derechos consagrados en la Ley 2244 de 2022, las personas gestantes, sus familias y comunidades deberán recibir atención integral en el marco de los siguientes derechos:

- 2.1.1 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.
- 2.1.2 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.
- 2.1.3 Recibir un trato respetuoso 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.
- 2.1.4 A que sea reconocida su identidad de género y cómo quieren ser nombrados o con qué pronombre femenino o masculino, en el momento de la atención.
- 2.1.5 Recibir información 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.
- 2.1.6 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 soliciten expresamente, sin tener obstáculos administrativos.
- 2.1.7 A que les 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.
- 2.1.8 Recibir información sobre los procedimientos, alternativas y trámites de la atención médica en casos de pérdida gestacional, perinatal y neonatal.
- 2.1.9 A que se le garantice el 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.
- 2.1.10 A No ser objeto de violencia psicológica o física durante la atención hospitalaria.
- 2.1.11 A que se les garantice un ambiente de protección e intimidad durante todas las fases de parto, parto, recuperación y alojamiento hospitalario, los cuales serán parte de un

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"

programa de atención al duelo perinatal en las instituciones prestadoras de servicios de salud, para estos casos.

- 2.1.12 A que no se divulgue información no autorizada por la mujer o persona gestante, su familia o comunidad.
- 2.1.13 Acceder de manera efectiva 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.
- 2.1.14 Recibir una atención que responda a sus necesidades, creencias y cosmovisión.
- 2.1.15 Recibir la atención en salud de manera imparcial.
- 2.1.16 Ser consideradas (las personas gestantes, sus familias y comunidad) 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.
- 2.1.17 Recibir información 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.
- 2.1.18 Recibir atención 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.
- 2.1.19 Elegir recibir la atención en un lugar donde no tengan 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.
- 2.1.20 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).
- 2.1.21 Recibir el 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.
- 2.1.22 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

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"

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.

**2.1.23** Permanecer en compañía de su pareja o familiar 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.

**2.1.24** A que su nasciturus sin vida o neonato sin vida sea llamado por el Talento Humano en Salud de la manera con la que la mujer o persona gestante se sienta más cómoda.

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

Adicional a las demás obligaciones establecidas en el marco normativo del Sistema de Salud, serán obligaciones de los actores del sistema de salud objeto del artículo 9 de la Ley 2244 de 2022 las siguientes:

**2.2.1** Promover y garantizar la formación y actualización de profesionales y estudiantes del área 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.

**2.2.2** 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.

**2.2.3** Aplicar los lineamientos técnicos y operativos para la atención en salud de la población materno perinatal, contenidos en la Resolución 3280 de 2018.

**2.2.4** 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, duelo gestacional y duelo perinatal. Según lo dispuesto en la Resolución 3280 de 2018 en el marco de la Ruta Integral de Atención en Salud para la Población Materno Perinatal y la Resolución 256 de 2016.

**2.2.5** Aplicar lo establecido para el manejo de la placenta de acuerdo con los conceptos emitidos previamente por el Ministerio de Salud y Protección Social, que son los siguientes:

**2.2.5.1** 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.

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"

**2.2.5.2** 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.

**2.2.5.3** 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.

### **3. Marco de referencia**

#### **3.1. Generalidades del Duelo**

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. Del latín "dolus" (dolor) es la respuesta emotiva (dolor emocional) ante la pérdida (Cabodevilla, 2007, p. 165). Se utilizan los términos "pena" o "aflicción" para describir su respuesta emocional más característica. Se trata de un proceso con limitación en el tiempo y con una evolución previsiblemente favorable. No es una patología, "sino que, por el contrario, su elaboración puede significar un mayor grado de madurez personal. 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). También se concibe como un proceso de reparación y de cura a través del que se aprende a vivir de otra manera, sin el otro (Pinard, 1997, pág. 8).

Las manifestaciones del duelo, su 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. También juegan un papel determinante el grado de afectación, 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.

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"

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.

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, una de las propuestas más conocidas en la que 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; la 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).

### **3.2 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).

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 difieren en las personas, 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 considerarse apropiados ante la pérdida, también debería evaluarse el posible riesgo de un duelo complicado o de depresión mayor, lo que implica 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). En la tabla 1 se precisan las principales reacciones al duelo.



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"

**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
Anhelos	Sensación de irrealidad	Tensión	Susceptibilidad para otras enfermedades
Choque, negación, evitación.	Dificultades de memoria y en otros procesos mentales complejos		Aumento de eventos cardiovasculares y de mortalidad

Fuente: Construcción propia MSPS 2024

En ocasiones, estas reacciones de duelo pueden persistir durante años o hacerse más intensas de lo esperado dentro del concepto adaptativo. En la edición revisada del Manual para el Diagnóstico de Enfermedades – CIE 11, el duelo se describe como un dolor emocional intenso, dificultad para aceptar la pérdida e incapacidad para experimentar un estado de ánimo positivo. Estas reacciones se asocian con deterioro funcional y duran más de seis meses después de la pérdida (WHO, 2018).

En el DSM- 5 esta condición se describe como "trastorno de duelo complejo y persistente" o duelo complicado, con una duración de más de 12 meses (APA, 2013). En este sentido, el duelo se caracteriza por síntomas de duelo normales, pero estos síntomas permanecen demasiado intensos durante un período 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). 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).

### **3.2.1 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.

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

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"*

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).

En el documento Salud Mental Perinatal, Maldonado- Durán (2011), menciona 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. También se ha descrito un sentimiento de culpa mayor que en otros tipos de duelos (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).

Otros estudios encontraron que los padres a menudo sufren solos mientras se centran en el sufrimiento de su pareja. Los hombres también se sienten 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).

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),

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).

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,

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"*

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).

### 3.3 Determinantes del duelo

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.

### 3.4 Atención del duelo

#### 3.4.1 Fortalecimiento de estrategias de afrontamiento

Como el duelo es un proceso inherente a la condición humana, se deben fortalecer las capacidades de afrontamiento de las personas, 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.

Ante los diferentes acontecimientos de la vida que resultan potenciadores de estrés, cada individuo reacciona de diferentes maneras luego de hacer una evaluación cognitiva de éste donde juzga la amenaza que dicha situación representa para él y los recursos que tiene para afrontarlo. Esta evaluación depende de la historia de vida y sus experiencias relacionadas con el sufrimiento o el estrés, además del contexto en el que se desenvuelve el individuo. Al respecto, Lazarus y Folkman (1986) reconocen este proceso como "afrontamiento" el cual se define "como aquellos actos que controlan las condiciones aversivas del entorno, disminuyendo, por tanto, el grado de perturbación psicofisiológica producida por éstas".

Para el fortalecimiento de estrategias de afrontamiento 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. No incluye el diagnóstico de trastornos mentales, aunque puede ayudar a personas que sufren trastornos del estado de ánimo y ansiedad.

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"

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, en el entendido que "cualquier persona, en cualquier lugar, puede experimentar niveles altos de estrés" (OMS, 2020).

### 3.4.2 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).

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. 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).

### 3.4.3 Atención integral de las personas que presentan duelo complejo

Cuando los síntomas más importantes del duelo duran mucho tiempo, las personas podrían estar desarrollando un trastorno por duelo prolongado. Aquí se incluyen un estado de preocupación intensa o sentimientos de extrema añoranza de la 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, estos casos requieren atención especializada.

En este sentido, Nakajima et al. (2008) argumenta sobre el duelo complicado 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 (Shah et al., 2012; Shear et al., 2013).

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 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

Fuente: Adaptado de Shear & Mulhare. (2006)

A pesar de la falta de consenso sobre los criterios de diagnóstico para el duelo complicado, los estudios sobre el tratamiento han progresado en la última década. En farmacoterapia, la atención se centra en la eficacia de los antidepresivos. Se debe tener precaución al prescribir medicamentos para el duelo complicado. Aunque los antidepresivos a menudo se recetan a personas en duelo, 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 (Doering y Eisma, 2016).

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. Según este autor, para todos los casos las intervenciones psicológicas, especialmente la terapia cognitiva conductual (TCC), podría reducir eficazmente los síntomas del duelo complicado.

Por último, es importante considerar las orientaciones que otorga la guía de intervención mhGAP para los trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias en el nivel de atención de salud no especializada, Versión 2.0; la cual incluye intervenciones para la prevención y el tratamiento de los trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias psicoactivas prioritarios: depresión, psicosis, lesiones autoinfligidas y suicidio, epilepsia, demencia, trastornos por el consumo de sustancias, y trastornos mentales y conductuales en niños y adolescentes. Esta Guía se puede consultar en el siguiente enlace: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/34071>.

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. 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 y 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.
- iii. **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).
- iv. **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

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"

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.

- v. **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.
- vi. **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.
- vii. **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.
- viii. **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.
- ix. **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.
- x. **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.
- xi. **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.
- xii. **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).
- xiii. **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.
- xiv. **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

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"

- 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.).
- xv. **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.
- xvi. **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. 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.
- xvii. **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.
- xviii. **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.
- xix. **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.



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"

#### **4.2. 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 abandonen la Institución Prestadora de Servicios de Salud, una vez gestionada el alta hospitalaria, 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.

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. Se debe considerar 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

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"

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.**

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.

Teniendo en cuenta la normatividad en mención; para la atención de las mujeres, personas y familiares en duelo por pérdida gestacional, perinatal y neonatal, es necesario contar con servicios que permitan la atención integral e integrada de las necesidades física, funcional y/o psíquica, para lo cual se operativiza los servicios de la siguiente manera: para la atención del parto, es necesario contar con servicios de ginecología que cumplen con los estándares de talento humano, infraestructura y dotación para la seguridad de la materna, donde la atención se realizara en salas de trabajo de parto, servicios de urgencias y servicios quirúrgicos y la internación, dada la necesidad de apoyo psicosocial debido a la pérdida, se realiza en el servicio de hospitalización general, para evitar procesos de victimización de la paciente.

Por lo anterior, es necesario dentro de los servicios cumplir con los requisitos para los estándares de habilitación de Talento Humano, Infraestructura, Dotación, Medicamentos y Procesos Prioritarios como los define la norma en mención.

Se deberán implementar las guías clínicas que establezca 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, como el paquete instruccional de la buena práctica para la atención segura del binomio madre – hijo o hija, que se encuentra disponible para consulta en el siguiente enlace:

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/Garantizar-atencion-segura-madre-hijo.pdf>

Este paquete instruccional orienta a los prestadores sobre lo siguiente:

- 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%.
- 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.

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"

- 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:** Se refiere a la disponibilidad de productos o servicios que se necesitan para que un prestador de salud pueda ofrecer sus servicios de manera oportuna, segura e integral. En los casos de pérdida gestacional, perinatal y neonatal se contempla la necesidad de los siguientes servicios: 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 ([https://www.minsalud.gov.co/Normatividad Nuevo/RESOLUCI%C3%93N%205194%20DE%2010.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad%20Nuevo/RESOLUCI%C3%93N%205194%20DE%2010.pdf)).

Finalmente, para los casos en los que los deudos (padres) por razones de credo u otro motivo, desean realizar un rito de inhumación (de la decidua, restos ovulares, fetos y mortinatos), deben realizar una solicitud expresa al médico tratante, para que este a su vez expida una copia física del Certificado de Defunción Antecedente, y así poder obtener la licencia de Inhumación/Cremación, de conformidad con lo establecido en la Ley 9 de 1979 y la Resolución 5194 de 2010. Este requisito se exige en virtud de la circular externa conjunta 0037 de 2015 expedida por Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) y Ministerio de Salud y Protección Social.

De otra parte, 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

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"

- 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.

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 del presente lineamiento.

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:

**Tabla 3 Indicadores para el seguimiento a la implementación del presente lineamiento**

Tipo de indicador	Nombre del indicador
De Resultado	Proporción de mujeres que tuvieron pérdida perinatal y neonatal tardía con valoración en salud mental
	Proporción de familias o parejas que tuvieron pérdida perinatal y neonatal tardía con valoración en salud mental
	Razón de mortalidad perinatal y neonatal tardía
De 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.
	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

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"

Tipo de indicador	Nombre del indicador
	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 "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"

### 5.1 Fichas indicadores

El Ministerio de salud y Protección social desde la Dirección de Promoción y Prevención, a través de los reportes de los Registros Individual de Prestación de Servicios, sistema de estadísticas vitales, Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud – REPS y las asistencias técnicas para 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; realizará el procesamiento, seguimiento y monitoreo a los indicadores propuestos, para lo cual, se presenta a continuación la ficha técnica de cada uno de los indicadores.

Tabla 4 Proporción de mujeres que tuvieron pérdida perinatal y neonatal tardía con valoración en salud mental.

	<b>PROCESO</b>	DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO	<b>Código:</b>	DESF32
	<b>FORMATO</b>	FICHA DE INDICADORES PARA INSTRUMENTOS DE PLANEACIÓN	<b>Versión:</b>	02
<b>FICHA DE INDICADOR</b>				
	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			
<b>ID</b>	23/10/2024			
<b>Entidad líder</b>	Ministerio de salud y Protección Social			
<b>Dirección/Subdirección/Grupo/Unidad</b>	Dirección de Promoción y Prevención			
<b>IDENTIFICACIÓN DE LA POLÍTICA, PLAN, PROGRAMA O PROYECTO</b>				
<b>Política pública, plan o programa al que se encuentra asociado</b>	Formulación y priorización de indicadores para Ley brazos vacíos (2310 de 2023)			
<b>Línea estratégica</b>	4. Estrategia: Definición de programas, productos e indicadores de producto según Clasificador Programático del manual de Inversión Pública - CPI (Catálogo MGA)			
<b>Objetivo general</b>	Establecer las mujeres o personas gestantes con duelo por pérdida gestacional, perinatal y neonatal que requirieron atención de la salud mental			
<b>IDENTIFICACION DEL INDICADOR</b>				
<b>Nombre del indicador</b>	Proporción de mujeres que tuvieron pérdida perinatal y neonatal tardía con valoración en salud mental.			
<b>Tipo de indicador</b>	Resultado			
<b>INFORMACION PARA LA MEDICION DEL INDICADOR</b>				
<b>Tipo de acumulación</b>	Se debe brindar atención en salud mental a las mujeres o personas gestantes con duelo por pérdida gestacional, perinatal y neonatal en todos los niveles de atención, para mejorar la capacidad de respuesta de sistema de salud ante la necesidad sentida de las mujeres con duelo.			

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"

<b>Fórmula de cálculo</b>	(Número de mujeres o personas gestantes con valoración en salud mental / Total de mujeres o personas gestantes con pérdida perinatal y neonatal tardía) *100  Nota: Para obtener el dato de numerador la consulta se debe realizar sobre los siguientes códigos: 890208 CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR PSICOLOGIA 890284 CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN PSIQUIATRIA 890308 CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR PSICOLOGIA 890384 CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN PSIQUIATRIA 943101 PSICOTERAPIA INDIVIDUAL POR PSIQUIATRIA 943102 PSICOTERAPIA INDIVIDUAL POR PSICOLOGIA 943500 INTERVENCION EN CRISIS SOD							
<b>Unidad de medida</b>	Porcentaje							
<b>Periodicidad</b>	Trimestral							
<b>Línea base</b>	<b>Valor de la línea base</b>	<b>Por construir</b>	<b>Fecha de la línea base</b>	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Mes</th> <th>Año</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	Mes	Año		
Mes	Año							
<b>FUENTE DE INFORMACIÓN</b>	<b>Nombre de la publicación y entidad proveedora del dato</b>	Estadísticas Vitales RUAJ y la bodega de datos del SISPRO						
<b>Rezago del indicador</b>								
<b>Observaciones</b>	La meta por año se ajustará de acuerdo al resultado de la línea de base del primer año de notificación							

Tabla 5. Proporción de familias o parejas que tuvieron pérdida perinatal y neonatal tardía con valoración en salud mental.

	<b>PROCESO</b>	<b>DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO</b>	<b>Código:</b>	<b>DESF32</b>
	<b>FORMATO</b>	<b>FICHA DE INDICADORES PARA INSTRUMENTOS DE PLANEACIÓN</b>	<b>Versión:</b>	<b>02</b>
<b>FICHA DE INDICADOR</b>				
	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			
<b>ID</b>	23/10/2024			
<b>Entidad líder</b>	Ministerio de salud y Protección Social			


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"

Dirección/Subdirección/Grupo/Unidad	Dirección de Promoción y Prevención		
<b>IDENTIFICACIÓN DE LA POLÍTICA, PLAN, PROGRAMA O PROYECTO</b>			
política Pública, plan o programa al que se encuentra asociado	Formulación y priorización de indicadores para Ley brazos vacíos (2310 de 2023)		
Línea estratégica	4. Estrategia: Definición de programas, productos e indicadores de producto según Clasificador Programático del manual de Inversión Pública - CPI (Catálogo MGA)		
Objetivo general	Establecer familias o parejas con duelo por pérdida gestacional, perinatal y neonatal que requirieron atención de la salud mental		
<b>IDENTIFICACION DEL INDICADOR</b>			
Nombre del indicador	<p>Proporción de familias, parejas o comunidades que tuvieron pérdida perinatal y neonatal tardía con valoración en salud mental.</p> <p>Nota: Para obtener el dato de numerador la consulta se debe realizar sobre los siguientes códigos:</p> <p>944001 PSICOTERAPIA DE PAREJA POR PSIQUIATRIA  944002 PSICOTERAPIA DE PAREJA POR PSICOLOGIA  944101 PSICOTERAPIA FAMILIAR POR PSIQUIATRIA  944102 PSICOTERAPIA FAMILIAR POR PSICOLOGIA  944201 PSICOTERAPIA DE GRUPO POR PSIQUIATRIA  944202 PSICOTERAPIA DE GRUPO POR PSICOLOGIA  944902 INTERVENCION EN SALUD MENTAL COMUNITARIA, POR PSIQUIATRIA  944904 INTERVENCION EN SALUD MENTAL COMUNITARIA, POR PSICOLOGIA  INTERVENCION EN SALUD MENTAL  944915 COMUNITARIA, POR EQUIPO INTERDISCIPLINARIO</p>		
Tipo de indicador	Resultado		
<b>INFORMACION PARA LA MEDICION DEL INDICADOR</b>			
Tipo de acumulación	Se debe brindar atención en salud mental a las familias o parejas con duelo por pérdida gestacional, perinatal y neonatal en todos los niveles de atención, para mejorar la capacidad de respuesta de sistema de salud ante la necesidad sentida de las mujeres con duelo.		
Fórmula de cálculo	$(\text{Número de familias o parejas con valoración en salud mental} / \text{Total de mujeres o personas gestantes con pérdida perinatal y neonatal tardía}) * 100$		
Unidad de medida	Porcentaje		
Periodicidad	Trimestral		
Línea base			Mes Año

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"

	Valor de la línea base	Por construir	Fecha de la línea base	
FUENTE DE INFORMACIÓN	Nombre de la publicación y entidad proveedora del dato		Estadísticas Vitales RUAF y la bodega de datos del SISPRO	
Rezago del indicador				
Observaciones	La meta por año se ajustará de acuerdo al resultado de la línea de base del primer año de notificación			

Tabla 6. Razón de mortalidad perinatal y neonatal tardía

 <b>Salud</b>	<b>PROCESO</b>	DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO	<b>Código</b>	DES32
	<b>FORMATO</b>	FICHA DE INDICADORES PARA INSTRUMENTOS DE PLANEACIÓN	<b>Versión</b>	02


FICHA DE INDICADOR	
	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
ID	23/10/2024
Entidad líder	Ministerio de salud y Protección Social
Dirección/Subdirección/Grupo/Unidad	Dirección de Promoción y Prevención
IDENTIFICACIÓN DE LA POLÍTICA, PLAN, PROGRAMA O PROYECTO	
Política pública, plan o programa al que se encuentra asociado	Formulación y priorización de indicadores para Ley brazos vacíos (2310 de 2023)
Línea estratégica	4. Estrategia: Definición de programas, productos e indicadores de producto según Clasificador Programático del manual de Inversión Pública - CPI (Catálogo MGA)
Objetivo general	Orientar a los departamentos y distritos 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.
IDENTIFICACION DEL INDICADOR	
Nombre del indicador	Razón de mortalidad perinatal y neonatal tardía
Tipo de indicador	Resultado
INFORMACION PARA LA MEDICION DEL INDICADOR	
Tipo de acumulación	Muertes fetales y neonatales ocurridas en el periodo comprendido entre las 22 semanas completas (154 días) de gestación o con 500 gramos o más de peso fetal y hasta antes de los veintiocho días después del nacimiento por cada mil nacidos vivos
Fórmula de cálculo	(Numerador: número de casos de muerte perinatal y neonatal tardía en un periodo de tiempo Denominador: total de nacidos vivos en el mismo periodo de tiempo) *1.000
Unidad de medida	Razón



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"

<b>Periodicidad</b>	Anual				
<b>Línea base</b>	<b>Valor de la línea base</b>	14 muertes por 1 000 nacidos vivos	<b>Fecha de la línea base</b>	<b>Mes</b>	<b>Año</b>
				12	2022
<b>FUENTE DE INFORMACIÓN</b>	<b>Nombre de la publicación y entidad proveedora del dato</b>		SIVIGILA – DANE (RUAF ND).		
<b>Rezago del indicador</b>					
<b>Observaciones</b>					


Tabla 7. 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.

 <b>Salud</b>	<b>PROCESO</b>	<b>DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO</b>	<b>Código:</b>	DESF32
	<b>FORMATO</b>	<b>FICHA DE INDICADORES PARA INSTRUMENTOS DE PLANEACIÓN</b>	<b>Versión:</b>	02
<b>FICHA DE INDICADOR</b>				
	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			
<b>ID</b>	23/10/2024			
<b>Entidad líder</b>	Ministerio de salud y Protección Social			
<b>Dirección/Subdirección/Grupo/Unidad</b>	Dirección de Promoción y Prevención			
<b>IDENTIFICACIÓN DE LA POLÍTICA, PLAN, PROGRAMA O PROYECTO</b>				
<b>Política pública, plan o programa al que se encuentra asociado</b>	Formulación y priorización de indicadores para Ley brazos vacíos (2310 de 2023)			
<b>Línea estratégica</b>	4. Estrategia: Definición de programas, productos e indicadores de producto según Clasificador Programático del manual de Inversión Pública - CPI (Catálogo MGA)			
<b>Objetivo general</b>	Orientar a los departamentos y distritos 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.			
<b>IDENTIFICACION DEL INDICADOR</b>				
<b>Nombre del indicador</b>	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			

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"

	gestante, sus familias y comunidades en casos de duelo por pérdida gestacional, perinatal y neonatal.				
<b>Tipo de indicador</b>	Resultado				
<b>INFORMACION PARA LA MEDICION DEL INDICADOR</b>					
<b>Tipo de acumulación</b>	Garantizar la socialización y conocimiento 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 neonata; para lograr su correcta adaptación institucional del mismo.				
<b>Fórmula de cálculo</b>	(Número de departamentos y distritos con asistencia técnica en 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 / Total de departamentos y distritos programados) *100				
<b>Unidad de medida</b>	Porcentaje				
<b>Periodicidad</b>	Anual				
<b>Línea base</b>	<b>Valor de la línea base</b>	0	<b>Fecha de la línea base</b>	<b>Mes</b>	<b>Año</b>
<b>FUENTE DE INFORMACIÓN</b>	<b>Nombre de la publicación y entidad proveedora del dato</b>		Dirección de Promoción y Prevención		
<b>Rezago del indicador</b>					
<b>Observaciones</b>	La meta por año se ajustará de acuerdo al resultado de la línea de base del primer año de notificación				

Tabla 8. Porcentaje de municipios 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.


 <b>Salud</b>	<b>PROCESO</b>	<b>DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO</b>	<b>Código:</b>	<b>DESF32</b>
	<b>FORMATO</b>	<b>FICHA DE INDICADORES PARA INSTRUMENTOS DE PLANEACIÓN</b>	<b>Versión:</b>	<b>02</b>

<b>FICHA DE INDICADOR</b>	
	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
<b>ID</b>	23/10/2024
<b>Entidad líder</b>	Ministerio de salud y Protección Social

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"

Dirección/Subdirección/Grupo/Unidad	Dirección de Promoción y Prevención				
<b>IDENTIFICACIÓN DE LA POLÍTICA, PLAN, PROGRAMA O PROYECTO</b>					
Política pública, plan o programa al que se encuentra asociado	Formulación y priorización de indicadores para Ley brazos vacíos (2310 de 2023)				
Línea estratégica	4. Estrategia: Definición de programas, productos e indicadores de producto según Clasificador Programático del manual de Inversión Pública - CPI (Catálogo MGA)				
Objetivo general	Orientar a los departamentos y distritos 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.				
<b>IDENTIFICACION DEL INDICADOR</b>					
Nombre del indicador	Porcentaje de municipios 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.				
Tipo de indicador	Resultado				
<b>INFORMACION PARA LA MEDICION DEL INDICADOR</b>					
Tipo de acumulación	Garantizar la socialización y conocimiento de los lineamientos técnicos 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 neonata; para lograr su correcta adaptación institucional del mismo.				
Fórmula de cálculo	(Número de municipios con asistencia técnica en 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 / Total de municipios programados) *100				
Unidad de medida	Porcentaje				
Periodicidad	Anual				
Línea base	Valor de la línea base	0	Fecha de la línea base	Mes	Año
FUENTE DE INFORMACIÓN	Nombre de la publicación y entidad proveedora del dato		Dirección de Promoción y Prevención		
Rezago del indicador					
Observaciones					

Tabla 9. Porcentaje de prestadores de servicios de salud con protocolo adaptado y adoptado de acuerdo con los lineamientos del Ministerio

 <b>Salud</b>	<b>PROCESO</b>	<b>DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO</b>	<b>Código:</b>	<b>DESF32</b>
	<b>FORMATO</b>	<b>FICHA DE INDICADORES PARA INSTRUMENTOS DE PLANEACIÓN</b>	<b>Versión:</b>	<b>02</b>

FICHA DE INDICADOR

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"

	<b>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</b>							
<b>ID</b>	23/10/2024							
<b>Entidad Líder</b>	Ministerio de salud y Protección Social							
<b>Dirección/Subdirección/Grupo/Unidad</b>	Dirección de Promoción y Prevención							
<b>IDENTIFICACIÓN DE LA POLÍTICA, PLAN, PROGRAMA O PROYECTO</b>								
<b>Política Pública, Plan o Programa al que se encuentra asociado</b>	Formulación y priorización de indicadores para Ley brazos vacíos (2310 de 2023)							
<b>Línea Estratégica</b>	4. Estrategia: Definición de programas, productos e indicadores de producto según Clasificador Programático del manual de Inversión Pública - CPI (Catálogo MGA)							
<b>Objetivo General</b>	Orientar a los departamentos y distritos 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.							
<b>IDENTIFICACION DEL INDICADOR</b>								
<b>Nombre del indicador</b>	Porcentaje de prestadores de servicios de salud con protocolo adaptado y adoptado de acuerdo con los lineamientos del Ministerio							
<b>Tipo de Indicador</b>	Resultado							
<b>INFORMACION PARA LA MEDICION DEL INDICADOR</b>								
<b>Tipo de acumulación</b>	Prestadores de servicios de salud con protocolo adaptado y adoptado de acuerdo al lineamiento técnico, para lograr 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.							
<b>Fórmula de cálculo</b>	$(\text{Número de Prestadores de servicios de salud con protocolo adaptado y adoptado de acuerdo al lineamiento técnico} / \text{Total de Prestadores de servicios de salud}) * 100$							
<b>Unidad de medida</b>	Porcentaje							
<b>Periodicidad</b>	Anual							
<b>LINEA BASE</b>	<b>Valor de la línea base</b>	0	<b>Fecha de la línea base</b>	<table border="1"> <tr> <td><b>Mes</b></td> <td><b>Año</b></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> </tr> </table>	<b>Mes</b>	<b>Año</b>		
<b>Mes</b>	<b>Año</b>							
<b>FUENTE DE INFORMACIÓN</b>	<b>Nombre de la publicación y entidad proveedora del dato</b>		Dirección de Promoción y Prevención y Dirección de Prestación de Servicios de Salud y Atención Primaria					
<b>Rezago del indicador</b>								
<b>Observaciones</b>	La meta por año se ajustará de acuerdo al resultado de la línea de base del primer año de notificación							

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

- 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.
- Barreto Martín, P. y Soler Saiz, M. (2008). *Muerte y duelo*. Editorial Síntesis.
- 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>.
- 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.
- Doering, B. K., & Eisma, M. C. (2016). Treatment for complicated grief. *Current Opinion in Psychiatry*, 29(5), 286-291. doi:10.1097/ycp.0000000000000263
- Edelman, H. (2006). *Motherless daughters: The legacy of loss (2nd ed.)*. Da Capo Lifelong Books.
- Frost M., & Condon JT (1996). The psychological sequelae of miscarriage: a critical review of the literature. *AustNZ J Psychiatry*. 30. 54-62.
- 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>
- 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.
- Kersting, A., & Wagner, B. (2012). Complicated grief after perinatal loss. *Dialogues in clinical neuroscience*, 14(2), 187-194.
- 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>
- 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.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Ediciones Martínez Roca.

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"

Leppert PC., & Pahlka BS (1984). Grieving characteristics after spontaneous abortion: a management approach. *Obstet Gynecol.* 64. 119-122.

Ley 1616 de 2013. Por medio de la cual se expide la ley de salud mental y se dictan otras disposiciones. 21 de enero de 2013.

Ley 2244 de 2022. Por medio de la cual se reconocen los derechos de la mujer en embarazo, trabajo parto, parto y posparto y se dictan otras disposiciones o "ley de parto digno, respetado y humanizado. 11 de julio de 2022.

Ley 2310 de 2023. Por medio de la cual se ordena la expedición de un lineamiento técnico para la atención integral y el cuidado de la salud mental de la mujer y la familia en casos de duelo por pérdida gestacional, 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.

López-García de Madinabeitia, AP. (2011). Duelo perinatal: Un secreto dentro de un misterio. *Rev Asoc Esp Neuropsiq.* 31 (109), 53-70.

Manzoli L, Villari P, GMP & Boccia A (2007). Marital status and mortality in the elderly: a systematic review and meta-analysis. *Soc Sci Med.* 64. 77-94.

McEwen, B. S., & Seeman T. (2006). Protective and damaging effects of mediators of stress: Elaborating and testing the concepts of allostasis and allostatic load. *Annals of the New York Academy of Sciences, 986, Socioeconomic status and health in industrialized nations: Social, psychological, and biological pathways*, 30-47.

McNeil, M. J., Namisango, E., Hunt, J., Powell, R. A., & Baker, J. N. (2020). Grief and Bereavement in Parents After the Death of a Child in Low- and Middle-Income Countries. *Children (Basel, Switzerland)*, 7(5), 39.  
<https://doi.org/10.3390/children7050039>

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.

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 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>.
- Nikcevic AV., Tunkel SA., & Nicolaidés KH (1998). Psychological outcomes following missed abortions and provision of follow-up care. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 11. 123– 128.
- 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*
- 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.
- 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.
- 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.
- 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>.
- Stroebe M, Schut H & Stroebe W. (2007). Health outcomes of bereavement. *Lancet* 370, 1960–1973. 10.1016/S0140-6736(07)61816-9

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"

---

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).

Torralba Roselló, F. (1998). *Antropología en el arte de cuidar*. Instituto Borja de Bioética.

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.