



Recomendaciones para la
ENTREVISTA FAMILIAR DE DONACIÓN
en el contexto Colombiano

ISBN: 978-958-13-0178-2





Recomendaciones para la **ENTREVISTA FAMILIAR DE DONACIÓN** en el contexto Colombiano

Instituto Nacional de Salud

Dirección redes en Salud Pública

Subdirección Red Nacional de Trasplantes y Bancos de Sangre

Coordinación Nacional Red Donación y Trasplante

ISBN: 978-958-13-0178-2

Colombia

Diciembre 15 de 2017



MINSALUD

ALEJANDRO GAVIRIA URIBE
Ministro de Salud y Protección Social

CARMEN EUGENIA DÁVILA
Viceministra de Protección Social

LUIS FERNANDO CORREA SERNA
Viceministro de Salud Pública y Prestación de Servicios (E)

ELKIN DE JESÚS OSORIO SALDARRIAGA
Director de Promoción y Prevención



**INSTITUTO
NACIONAL DE
SALUD**

MARTHA LUCÍA OSPINA MARTÍNEZ
Directora General INS

ESPERANZA MARTÍNEZ GARZÓN
Secretaria General

MAURICIO BELTRÁN DURÁN
Director de Redes en Salud Pública

ADRIANA SEGURA VÁSQUEZ
Subdirectora de Trasplantes y Bancos de Sangre

OFICINA DE COMUNICACIONES INS

Autores

Camilo Alejandro Alfonso

Psicólogo Epidemiólogo. Profesional Especializado, Grupo Red Nacional de Donación y Trasplantes. Instituto Nacional de Salud.

Clara Patricia Sánchez Ruiz

Enfermera. Profesional Grupo Red Nacional de Donación y Trasplantes.

Adriana Segura Vásquez

Médica Coordinadora de Donación y Trasplantes. Subdirectora Técnica de Trasplantes y Bancos de Sangre. Instituto Nacional de Salud.

Revisores

Diana Patricia Alfonso Sierra

Médica Coordinadora de Donación y Trasplantes. Clínica del Country.

Andrea Arenas

Economista. Dirección de Medicamentos y Tecnologías en Salud. Ministerio de Salud y Protección Social.

Arturo Arias Antún

Médico Intensivista. Jefe Unidad de Cuidados Intensivos, Clínica del Norte, Cúcuta. Presidente Fundación Humanizando los Cuidados Intensivos. Miembro AMCI.

Natalia Baquero

Médica. Referente Distrital Atención Domiciliaria- Dolor y Cuidado Paliativo- Medicina Alternativa y Terapias Complementarias. Secretaría de Salud de Bogotá.

María Carolina Borja Ballesteros

Médica Psiquiatra. Referente Distrital Salud Mental y Comunitaria. Secretaría de Salud de Bogotá.

Ximena Cortés Castillo

Médica Psiquiatra. Enlace en programas de donación de tejidos y células- IDCBS.

Ximena Escobar Chaves

Médica Coordinadora de Donación y Trasplantes. Clínica Colombia. Magister en Coordinación de donación y trasplante de órganos, tejidos y Células, Universidad de Barcelona. Directora Fundación Donar Colombia.

Claudia Patricia Franco Arenas

Médica Coordinadora de Donación y Trasplantes. Hospital Universitario San Vicente Rionegro.

Carlo Jahir García Rosas

Médico Coordinador de Donación y Trasplantes. Hospital San José.

Julieta Moreno Molina

Médica, Especialista y Magíster en Bioética. Experta en toma de decisiones en escenarios críticos al principio y final de la vida.

Stella Navarro

Médica Intensivista, Clínica Universitaria Bolivariana (CUB) Medellín. Magister en Bioética. Docente Universidad CES y UPB.

María Eugenia Nieves

Médica Coordinadora de Donación y Trasplantes. Hospital Pablo Tobón Uribe.

Liz Maristella Niño Ramírez

Médica Coordinadora de Donación y Trasplantes. Fundación Clínica Shaio. Directora Operativa de Captación. Banco de Huesos. Fundación Cosme y Damián.

Ana María Ortiz Hoyos

Psicóloga. Coordinadora de Salud y Bienestar de la Fundación Saldarriaga Concha.

Luis Prada

Médico. Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses.

Alejandra María Pérez Pachón

Médica Coordinadora de Donación y Trasplantes. Hospital Universitario San Ignacio.

Milena Margarita Orellano

Médica Coordinadora de Donación y Trasplantes. Clínica La Asunción.

Hernán Sarria Chacón

Médico Coordinador de Donación y Trasplantes. Referente Coordinación Regional 6, Secretaría de Salud del Huila. Representante de Coordinaciones Regionales ante el Comité Asesor de Trasplantes.

Elvira Torres Aunta

Psicóloga. Profesional especializada Grupo Red Nacional de Donación y Trasplantes.

Claudia Vélez Rojas

Médica Coordinadora de Donación y Trasplantes. Hospital Universitario San Vicente Fundación.

Giovanni Vivas

Médico Coordinador de Donación y Trasplantes. Hospital Cardiovascular del Niño de Cundinamarca- Procardio.

Editores

Nubia Esperanza Bautista Bautista

Psiquiatra. Coordinadora Grupo Gestión Integrada para la Salud Mental. Ministerio de Salud y Protección Social.

Rodrigo Lopera Isaza

Psicólogo Especialista en Psicología Clínica. Grupo Gestión Integrada para la Salud Mental. Ministerio de Salud y Protección Social.

Adriana Segura Vásquez

Médica Coordinadora de Donación y Trasplantes. Subdirectora Técnica de Trasplantes y Bancos de Sangre. Instituto Nacional de Salud.

Aseroría jurídica

Gloria Penagos

Abogada. Instituto Nacional de Salud

Diseño y diagramación

Kevin Torres

Profesional especializado, Instituto Nacional de Salud- INS

Contenido

Introducción	7
Marco Teórico	9
Salud mental y duelo	9
Derechos de la familia del donante durante el proceso de extracción de componentes anatómicos	11
Papel del profesional de la salud frente a la voluntad expresa de donación	13
Recomendaciones frente a la entrevista familiar	17
<i>Objetivo 1:</i> Valorar la comprensión familiar del diagnóstico de muerte e informar a la familia acerca de la condición de donante de su ser querido.	18
<i>Objetivo 2:</i> Brindar apoyo emocional frente a la pérdida.	18
<i>Objetivo 3:</i> Obtener información adicional relevante de la Historia Clínica del donante, no registrada durante la hospitalización.	20
<i>Objetivo 4:</i> Evaluar el posible impacto de la donación en el proceso de elaboración del duelo en la familia	21
Recomendaciones especiales	22
Infecciosas positivas para ITS	22
Casos de enfermedad mental identificados durante la entrevista	23
Duelo en los niños	23
Entrevista Telefónica	24
Referencias	27

Introducción

De conformidad con la Ley 1805 del 2016 por la cual se modifica el artículo 2 de la ley 73 de 1988, “*se presume que se es donante cuando una persona durante su vida se ha abstenido de ejercer el derecho que tiene a oponerse a que de su cuerpo se extraigan órganos, tejidos o componentes anatómicos después de su fallecimiento*”. Esto hace necesario replantear el proceso de entrevista familiar en el contexto colombiano.

Tradicionalmente, en Colombia uno de los objetivos de la entrevista familiar era la consecución del consentimiento familiar para la donación de componentes anatómicos. Bajo la nueva legislación es el propio individuo mayor de edad, y no la familia, quien toma la decisión frente a su calidad de donante. Por lo anterior, si durante su vida la persona no manifestó por escrito su oposición a ser donante de órganos y tejidos ante el Instituto Nacional de Salud o ante su Empresa Administradora de Planes de Beneficios -EAPB- al momento de su afiliación, la ley aplicará la presunción legal de donación.

La declaración de donante se efectúa respecto a la persona fallecida mayor de 18 años, mediante la consulta en el Registro Nacional de Donantes. Cuando quien ha fallecido es un menor de edad, sí se requiere del consentimiento por parte de los padres o tutores legales para poder desarrollar los procesos asociados con la donación de componentes anatómicos, en los términos establecido por el artículo 15 de la citada ley. Sin embargo, en ambos casos la entrevista familiar mantiene su papel como una herramienta de gran importancia para conocer los antecedentes epidemiológicos y comportamentales del potencial donante, e indagar sobre aspectos relevantes relacionados con las creencias y los entornos personal, social y familiar del individuo.

Ante esta nueva situación surgen varias preguntas: ¿Cuáles son los objetivos de la entrevista familiar? ¿Cómo han de abordarse las familias? ¿Qué manejo deben dar los médicos tratantes y los médicos a cargo de la gestión de donación a las diferentes situaciones conflictivas que se les puedan presentar? ¿Cómo dar cuenta de la entrevista familiar en la historia clínica del donante y en la documentación para la Red Nacional de Donación y Trasplantes?.

Desde el ingreso mismo del paciente y de su grupo familiar se debe llevar a cabo una intervención integral que contemple los diferentes aspectos éticos, legales, sociales, grupales e individuales, a través de un equipo multidisciplinario que incluya a trabajadores sociales, psicólogos, psiquiatras y apoyo espiritual, sin dejar de lado el resto del equipo asistencial a cargo del paciente. Todos los profesionales de salud que atienden pacientes al final de la vida deben contar con entrenamiento y habilidades específicas para responder a estas y otras inquietudes, idealmente dando cumplimiento a las tareas y funciones predeterminadas por protocolos o guías institucionales para el adecuado manejo de estos casos.

Este documento acoge una reflexión interdisciplinaria entre diversos profesionales colombianos, quienes predominantemente tienen en común algún tipo de formación o experiencia laboral vinculada con la atención individual, familiar o comunitaria en temas de atención de pacientes al final de la vida. Con base en las diversas experiencias recogidas por estos profesionales, se ofrecen recomendaciones generales para el desarrollo de la entrevista familiar en el marco de la Ley 1805 de 2016, dando respuestas generales a las inquietudes que nos hemos planteado anteriormente.

Así mismo, de manera colaborativa se aporta a la construcción de herramientas que mejoren el trabajo y faciliten la toma de decisiones por parte de los médicos tratantes y de los profesionales responsables de la gestión de la donación, a partir de la información recolectada en la entrevista familiar. Los médicos coordinadores de donación y trasplantes siguen asumiendo un papel esencial, pues son los encargados de proteger la dignidad y memoria del donante, velar por la salud del colectivo humano y optimizar en todo lo posible la calidad de los componentes anatómicos que serán extraídos con fines de trasplantes. El sistema de salud colombiano debe buscar el balance que conlleve al mayor beneficio posible para los deudos, pacientes en lista de espera, receptores y profesionales de la salud. La opción de la donación se debe posicionar como parte de los cuidados al final de la vida. Esta es la oportunidad y el derecho de dejar un último legado, de valor incalculable para todos los colombianos.

Marco teórico

Salud mental y duelo

En Colombia, la salud mental es reconocida por el Estado como una prioridad en salud pública. Prueba de ello es su inclusión en el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021, en la Dimensión Convivencia Social y Salud Mental. Así como la expedición de la Ley Nacional de Salud Mental (Ley 1616/2013) en la que se define la salud mental como *“un estado dinámico que se expresa en la vida cotidiana a través del comportamiento y la interacción de manera tal que permite a los sujetos individuales y colectivos desplegar sus recursos emocionales, cognitivos y mentales para transitar por la vida cotidiana, para trabajar, para establecer relaciones significativas y para contribuir a la comunidad. La Salud Mental es de interés y prioridad nacional para la República de Colombia, **es un derecho fundamental**, es tema prioritario de salud pública, es un bien de interés público y es componente esencial del bienestar general y el mejoramiento de la calidad de vida de colombianos y colombianas”*. (Resaltado fuera de texto)

La Política Nacional de Salud Mental vigente en Colombia, relaciona la salud mental con aspectos como la justicia y el bien común; la interacción humana y el medio ambiente; la promoción del bienestar subjetivo y el desarrollo de potencialidades psicológicas [1]. Durante el curso de la vida todos estamos expuestos a situaciones que generan inquietud, malestar, dolor, incomodidad o sufrimiento. Estos eventos con frecuencia están relacionados con la pérdida y el duelo. Las situaciones de duelo han sido caracterizadas como eventos vitales estresantes. Algunos de estos eventos son comunes o esperados, como la muerte de un ser querido tras una larga enfermedad o a una edad avanzada, mientras que otros son sorpresivos y, con frecuencia, devastadores [2].

Aun cuando se han identificado múltiples tipos de eventos vitales estresantes que pueden variar según el contexto sociocultural y las características individuales de cada persona, en general, se reconoce un impacto mayor en los que se producen en el ámbito familiar: aquellos que son propios de la relación de pareja y los relacionados con pérdidas por muerte de un miembro del grupo familiar, abandono o separación. En síntesis, aquellas situaciones que implican la reconfiguración de los papeles, relaciones y tareas de las personas [3].

Por lo anterior, en la Clasificación Internacional de Enfermedades Versión 10 – CIE 10 de la Organización Mundial de la Salud, se incluyen: la reacción aguda al estrés (Código F43.00) y la reacción depresiva breve (Código F43.20), que suelen acompañar las experiencias de duelo y que afectan significativamente el estado emocional y funcionalidad de los individuos por un corto período de tiempo. Adicionalmente, en el Capítulo XXI: factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios de salud, se inclu-

ye el código Z63.4: problemas relacionados con la desaparición o muerte de un miembro de la familia, el cual hace referencia a personas con potenciales problemas psíquicos o psicosociales a causa de esta pérdida.

Así pues, la muerte de un ser querido es un evento vital que constituye un riesgo para la salud mental individual y del núcleo familiar, por lo que el actuar médico en estas circunstancias cobra gran importancia en el ámbito de la prevención y el abordaje precoz. Los escenarios asistenciales en los que ocurre la muerte pueden tener un papel clave para el desarrollo posterior del duelo.

Existe evidencia científica suficiente para afirmar que los profesionales en salud tienen mucho que ofrecer a estos grupos de personas en riesgo cuando se trata de prevenir trastornos mentales futuros. La experiencia clínica y la investigación han demostrado que la intervención precoz en determinados casos, no sólo desde los profesionales de salud, sino también desde los recursos de asistencia social, institucional o comunitaria, pueden evitar complicaciones psicosociales graves en el futuro, que a veces son irreparables [4]. El duelo se refiere al conjunto de procesos psicológicos y psicosociales que siguen a la pérdida de una persona con la que el sujeto estaba vinculado afectivamente [5]. El duelo es un diagnóstico psiquiátrico que puede ser considerado como “*fronterizo*”, entendiendo como tal aquella situación clínica que se encuentra en el límite entre lo normal y lo patológico [6], lo que dificulta el diagnóstico oportuno de sus complicaciones.

Aunque tradicionalmente se ha hablado de fases del duelo, en la actualidad se prefiere considerar sus componentes. La razón de esta distinción es que no necesariamente hay una sucesión temporal estricta entre un componente y otro. De hecho, varios de estos acontecimientos pueden solaparse, ocurriendo incluso simultáneamente. Los componentes que con más frecuencia son aceptados en la literatura son los siguientes (Ver Tabla 1) [7]:

Tabla 1. Componentes del proceso de duelo

1. **SHOCK:** Aparece en los momentos iniciales y su duración es mayor cuando el suceso es imprevisto. Se asocia a apatía y sensación de estar fuera de la realidad.
2. **DESORGANIZACIÓN:** Ocurre también al principio. Se acompaña de desesperación y absoluta desestructuración del funcionamiento del individuo en cualquiera de los ámbitos vitales.
3. **NEGACIÓN:** Es una forma frecuente de reacción ante sucesos inesperados. El individuo espera la llegada o la llamada de la persona desaparecida y actúa como si nada ocurriese.
4. **DEPRESIÓN:** Representa la progresión a una fase adaptativa más realista. Confirma que el proceso del duelo se está llevando a cabo de forma adecuada.
5. **CULPA:** Consiste en pensamientos recurrentes, casi obsesivos, en relación con lo que se podría haber hecho para evitar el suceso. También son más frecuentes si la persona no se ha podido despedir del fallecido o si las relaciones con él no eran buenas.
6. **ANSIEDAD:** Surge ante el miedo, generalmente realista, de los cambios que ocurrirán en la vida del sujeto y el grupo familiar después del suceso (ej. soledad, dificultades económicas, etc.). Es el miedo a tener que sobrevivir sin la persona fallecida, porque en vida satisfacía una serie de necesidades.
7. **IRA:** Puede ir dirigida hacia familiares o amigos que, según la perspectiva del individuo afectado, no le han ayudado durante el suceso, o hacia personas que todavía disfrutaban de lo que el individuo ha perdido (por ejemplo, otras personas que aún conservan sus cónyuges o sus hijos). También es habitual que la ira se dirija hacia el personal sanitario (reacción frecuente en servicios oncológicos y en urgencias) o incluso hacia el fallecido, por haber abandonado a los supervivientes.
8. **RESOLUCIÓN Y ACEPTACIÓN:** Ocurre cuando el sujeto ha podido adaptarse a la pérdida de la persona y asumir las modificaciones que producirá este suceso en su vida. No siempre se alcanza esta fase.

Se acepta que alrededor del 90% de los sujetos con duelo va a remitir espontáneamente, incluso sin ningún tratamiento. El resto acabarán desarrollando cuadros de depresión, a veces con riesgo de suicidio y, menos frecuentemente, trastornos de ansiedad, consumo de tóxicos, trastornos de conducta u otros.

El proceso de duelo se relaciona con la experiencia de la pérdida y su momento de inicio es variable, dependiendo de las circunstancias y características propias de cada individuo. El duelo puede empezar desde el momento en que el individuo es consciente de la posibilidad de perder a su ser querido, antes de que ocurra la muerte. En los casos específicos de muerte encefálica es recomendable que quien da la noticia sobre la muerte sea capaz de escuchar y de analizar si la familia podría tener dificultades con acciones médicas consecuentes, como el cese del soporte ventilatorio o la extracción de componentes anatómicos. Esto para tener en cuenta el conflicto que puede representar para los familiares la suposición de tener el control sobre la vida del paciente, mientras el cuerpo permanece con respiración artificial y aparentemente vivo.

El duelo es un trabajo activo que despliega la persona que ha perdido un ser importante para ella, quien se adapta y se dispone a vivir sin aquel que fallece. Desde el enfoque constructivista, el trabajo está compuesto por cuatro tareas psíquicas o mentales fundamentales, que no requieren un orden temporal determinado y que revisten significancia para la clínica: aceptar la pérdida de la persona, experimentar las emociones vinculadas a la pérdida, capacitarse para seguir viviendo sin la persona perdida y la recolocación de aquello que se ha perdido, de modo que no se impida el investimento afectivo de otros sujetos.

Es importante conocer las resistencias o evitaciones propias del duelo y profundizar en las manifestaciones emocionales, cognitivas, sensorio-perceptivas o comportamentales de la fase de shock o la reacción de duelo como tal, pues este momento es el escenario en el que se desarrolla el abordaje familiar para la obtención de órganos o tejidos. Así mismo, se hace necesario reconocer dos grandes vertientes: el duelo por muerte natural y el asociado a la muerte violenta.

La investigación ha demostrado que este periodo inicial tiene una influencia fundamental en el desarrollo posterior del duelo. Concretamente, la respuesta inicial a la comunicación de la muerte es muy importante, ya que puede influir para que el proceso de duelo se desarrolle de forma saludable o patológica [8].

Derechos de la familia del donante durante el proceso de extracción de componentes anatómicos

Aunque bajo la normatividad vigente la familia no es quien toma la decisión acerca de la donación de componentes anatómicos con fines de trasplante, no es posible ignorar su papel protagónico durante todo el proceso asistencial durante el cual finalmente se podría llevar a cabo la extracción de componentes anatómicos. La familia es un proveedor de información valiosa, en ocasiones determinante para la toma de decisiones por parte de la Red Nacional de Donación y Trasplantes.

La Constitución Política en sus artículos 5, 13 y 42 determina que la familia es el núcleo fundamental de la sociedad y es sujeto de protección integral. Vía jurisprudencial, el Estado ha señalado que la familia es consustancial a la existencia del ser humano y anterior a cualquier forma de comunidad política¹ y; ha reconocido que *“la heterogeneidad de los modelos familiares está determinada por los lazos y la interrelación y dependencia de las relaciones entre cada uno de sus miembros, en donde cada cambio en el ciclo vital de sus componentes altera el entorno familiar y en consecuencia a la familia”*².

En desarrollo de las prerrogativas constitucionales, el Estado colombiano a través de la Ley 1361 de 2009 estableció los mecanismos para garantizar la protección integral de la familia y en todo caso, para elaborar una política pública para la familia.

La citada norma posiciona a la familia colombiana como sujeto de derechos y le reconoce entre otros el derecho a la salud plena y la seguridad social (artículo 4, numeral 4), derecho a recibir protección y asistencia social cuando sus derechos sean vulnerados o amenazados (artículo 4, numeral 10) y derecho al bienestar físico, mental y emocional (artículo 4, numeral 18). Además, puntualiza como deberes del Estado y de la sociedad, entre otros, promover el fortalecimiento de la familia como núcleo fundamental de la sociedad (artículo 5, numeral 1), garantizar el ejercicio pleno de los derechos de la familia y de sus integrantes (artículo 5, numeral 2), brindar asistencia social a las familias que se encuentren en estado de indefensión o vulnerabilidad (artículo 5, numeral 3) y proveer a la familia de los mecanismos eficaces para el ejercicio pleno de sus derechos (artículo 5, numeral 6).

La Resolución 429 de 2016 del Ministerio de Salud y Protección Social, por la cual se adopta la Política de Atención Integral en Salud es concordante con la concepción de familia como sujeto de derechos y fundamenta la atención primaria en salud con enfoque de salud familiar y comunitaria. En este orden de ideas, también es deber de la Red Nacional de Donación y Trasplantes velar por la protección de los derechos de la familia durante el proceso de donación de componentes anatómicos con fines de trasplante.

En general, es importante que se estructuren y fortalezcan los mecanismos requeridos dentro del Sistema de Salud para acompañar al grupo familiar hasta dar cierre a cada caso, favorecer que el duelo se produzca de una manera saludable y disminuir el riesgo de que los individuos puedan presentar trastornos psiquiátricos futuros, antecedidos por un manejo no adecuado de la situación.

1. Corte Constitucional, sentencia C-271/03, ponente: Dr. Rodrigo Escobar Gil.

2. Corte Constitucional, sentencia T-900 de 2006

Atención a las familias y prevención en salud mental

La familia es el principal marco de pertenencia y referencia del individuo: tiene un peso relevante en los acontecimientos vitales importantes. Como sistema, se ve afectada cuando un miembro experimenta algún cambio (independencia, accidente, enfermedad, etc.), reorganizando tanto su estructura como sus funciones. Es un elemento activo en el proceso terapéutico, que también requiere cuidado por parte del equipo de salud [10]. Es importante señalar que la salud mental no se limita al concepto de enfermedad psiquiátrica: éste es mucho más amplio, ya que en él se incluyen las características del entorno y la relación de los individuos con el mismo. En el caso de las familias, también deben ser consideradas las relaciones y las dinámicas familiares.

Algunas alteraciones que pueden presentar los familiares en un evento vital estresante, como lo es la pérdida de uno de sus seres queridos, son: agotamiento físico y mental, labilidad emocional, depresión, estados de ansiedad, reacciones fóbicas, conductas de consumo abusivas (alcohol, tabaco u otras sustancias psicoactivas, comida, compras, etc.), trastornos del sueño (insomnio, pesadillas), alteraciones del apetito y del peso, síntomas hipocondríacos, conducta dependiente, problemas laborales, regresión conductual (por ejemplo: en niños, una falla en el control de esfínteres), alteraciones en el aprendizaje y rendimiento escolar o disminución en la capacidad de focalización y de sostenimiento de la atención.

La familia, como sistema que integra los pensamientos y sentimientos de manera colectiva, está sujeta a abordaje por parte de los médicos coordinadores de donación y trasplante y puede determinar por sí misma el riesgo ocasionado a su salud mental, individual o colectiva, a causa de la eventual extracción de los componentes anatómicos. Esto puede darse producto de una reacción inadecuada por parte de integrantes de la familia, generada por la intervención en sí misma o por particularidades psicosociales de los integrantes que se oponen al proceso. En dicho caso, forzar el procedimiento de extracción de componentes anatómicos podría atender contra la salud mental del núcleo familiar, generar conflictos indeseados o poner en riesgo la unidad e integridad familiar, lo que se suma al dolor por la pérdida del ser querido. Debido a que el proceso transcurre en un escenario asistencial, además es posible que este tipo de situaciones generen conflicto con el personal de salud a cargo del caso.

En este contexto, es importante entender que toda persona que ha sufrido una pérdida significativa tiene derecho a recibir atención respetuosa y digna, dando cumplimiento al principio de justicia. La forma en que se desarrolle esta atención puede ser diferente, pero el carácter ético de la misma es legítimo. Dentro de las intervenciones que debe realizar el equipo de salud en las IPS Generadoras del territorio nacional, es importante establecer protocolos o guías para la comunicación de las opciones de cuidado en el fin de la vida y para la comunicación de las malas noticias, con el fin de fortalecer al talento humano y facilitar los procesos de ajuste ante una situación de duelo o crisis emocional. Dentro de los puntos a tener en cuenta para la comunicación de malas noticias se sugiere considerar el protocolo de seis etapas de Buckman, que permite puntualizar los aspectos básicos a tener en cuenta en el momento de abordar a la familia. [11] A continuación, se sintetizan estas seis etapas:

PRIMERA ETAPA	Preparar contexto físico adecuado: El ambiente debe garantizar la privacidad, permitir el acompañamiento del paciente o familiar, permitir que los interlocutores tomen asiento; los teléfonos móviles y otras distracciones deben estar apagados, se debe garantizar en lo posible que no se presenten interrupciones y se debe realizar escucha activa, sin interrumpir y sin prisa.
SEGUNDA ETAPA	Averiguar cuánto sabe el paciente o la familia: Se debe dar un espacio para que el profesional conozca la percepción de la familia o del paciente y hasta dónde conoce o comprende la situación, y fijar éste como el punto de inicio para la intervención. La negación puede constituirse en un mecanismo de defensa o de verificación de información. En esta etapa, el lenguaje verbal y no verbal constituye una herramienta de gran importancia con el fin de dimensionar el sentir verdadero del interlocutor.
TERCERA ETAPA	Encontrar lo que el paciente o la familia quiere saber: Es de vital importancia tener en cuenta que el profesional NO debe anteponer lo que él considera que el paciente o la familia deben saber: en esta etapa es mandatorio el respeto de los tiempos, entendiendo que el deseo de obtener información puede variar a lo largo del proceso comunicativo.
CUARTA ETAPA	Compartir la información: El profesional debe comprender que, a pesar de los sentimientos propios, no puede entregarse toda la información al tiempo. Esto debe hacerse poco a poco para permitir el procesamiento de la misma, haciendo retroalimentación permanente de los temas que se van abordando y garantizando la comprensión de dicha información por parte del paciente o del familiar.
QUINTA ETAPA	Responder a los sentimientos del paciente: Aquí toma el lugar central la empatía y “ponerse en el lugar del otro”, haciendo que el papel del médico sea de gran importancia. El profesional deberá hacer acopio de todas sus habilidades de comunicación.
SEXTA ETAPA	Planificación y seguimiento del proceso: Una vez entregada la información se deben considerar las opciones y enfatizar en la disponibilidad del médico tratante y del equipo, si así se requiere, para resolver preguntas posteriores o informar sobre los pasos siguientes en el proceso asistencial.

Es importante que el entrevistador busque identificar los predictores de riesgo en las familias. Algunas recomendaciones generales a tener en cuenta al tratar con familiares de pacientes al final de la vida o en situación de duelo y crisis emocional son:

- Evite pruebas o referencias médicas innecesarias y no ofrezca placebos.
- Reconozca que los síntomas no son “*imaginarios*”.
- Pida a la persona que explique los síntomas somáticos, en caso de existir.
- Explique cómo se pueden relacionar las sensaciones corporales (dolor de estómago, tensión muscular) con las emociones que siente, y pregunte por los posibles vínculos entre las sensaciones corporales y las emociones.
- Tras la pérdida, estimule la continuación de las actividades normales (o el regreso gradual a las mismas).
- Aconseje a la persona que acuda a los servicios de salud cuando los requiera.
- Ofrezca apoyo psicológico básico (primeros auxilios psicológicos): es decir, escuche sin presionar a la persona a que hable; evalúe las necesidades e inquietudes; asegure

que se satisfacen las necesidades físicas; provea o incorpore el apoyo social y proteja en lo posible contra el daño futuro, si percibe algún riesgo de este tipo.

- Si algún miembro de la familia manifiesta ideación suicida, debe ser derivado de inmediato a un profesional en salud mental para que brinde el apoyo y manejo necesarios: estos casos son considerados urgencias vitales y deben atenderse como tal, para su adecuado tratamiento.

- En situaciones de duelo, el apoyo psicológico es aconsejable para las personas que desean recibirlo, por lo que se incluye al final de este documento el Directorio de las Líneas Telefónicas en Salud Mental dispuestas por las secretarías departamentales, distritales y municipales (ANEXO 3). La versión actualizada del mismo puede encontrarla en www.minsalud.gov.co/prevencion-suicidio.

Papel del profesional de la salud frente a la voluntad expresa de donación

La normatividad vigente en Colombia propende por un modelo de Voluntades Anticipadas, que han sido definidas como la *“manifestación que hace, de manera unilateral, autónoma y libre, una persona, como sujeto moral, sobre lo que quiere en caso de encontrarse en una determinada condición clínico-patológica que le disminuya o le aniquile su independencia, su autonomía, y en la que no pueda manifestar de manera directa y expresa su consentimiento”* [9]. Para la familia, el proceso organizado y reconocido de expresión de voluntad anticipada por parte de cada uno de sus miembros puede representar un alivio, porque aporta una herramienta valiosa al momento de afrontar decisiones médicas difíciles como pueden ser: la readecuación del esfuerzo terapéutico, la terminación anticipada de la vida o la obtención de órganos o tejidos. Todas estas circunstancias están contempladas en la normatividad vigente y hacen parte de las opciones de cuidado al final de la vida reconocidas por el sistema de salud colombiano.

El modelo de Voluntades Anticipadas le garantiza al paciente la posibilidad de elegir de manera autónoma con respecto a eventos que pueden afectar su salud, su integridad personal, su dignidad o su vida. Al mismo tiempo, para los profesionales de la salud se hace más fácil el cumplimiento del respeto por la autonomía del paciente, a la vez que se disminuye el riesgo jurídico en posibles escenarios de conflicto con los organismos de control o con los propios familiares del paciente.

En Colombia, con la Ley 1733 de 2014 –por la cual se regulan los servicios de cuidados paliativos para el manejo integral de pacientes con enfermedades terminales, crónicas, degenerativas e irreversibles en cualquier fase de la enfermedad de alto impacto en la calidad de vida-, se establece como un derecho de estos pacientes el manifestar su voluntad anticipada. En el artículo 4, la ley establece que toda persona capaz, sana o en estado de enfermedad, en pleno uso de sus facultades legales y mentales, con total conocimiento de las implicaciones que acarrea el presente derecho podrá suscribir el documento de Voluntad Anticipada. En dicho documento, la persona –entre otras decisiones- podrá o no consentir en caso de muerte, la donación de sus órganos. En todo caso, dicha declaración no suplanta la expresión actual del consentimiento del paciente, siempre y cuando esté en pleno uso de sus facultades legales y mentales.

El Ministerio de Salud y Protección Social, mediante la Resolución 1051 de 2016, se encargó de reglamentar la citada ley en cuanto a establecer las formalidades para suscribir el documento de Voluntad Anticipada, definiéndola como una garantía al libre desarrollo de la personalidad y a la autonomía. La norma dispone los elementos de existencia y validez jurídica de las Voluntades Anticipadas: **1)** deben provenir de una persona mayor de 18 años, competente, que puede encontrarse sana o aquejada de una enfermedad terminal o crónica; **2)** debe estar precedida de información, la cual incluye los derechos que tienen las personas al final de la vida; **3)** su objeto debe ser lícito, incluido el rechazo a tratamientos fútiles y a la donación de órganos, cuando sea del caso, y **4)** la exteriorización de la voluntad debe ser expresa y por escrito. En ese sentido, todo médico que atienda pacientes al final de la vida también debe indagar por la existencia de Voluntades Anticipadas. Hay que tener en cuenta que, según la norma citada, la manifestación de la voluntad anticipada puede ser escrita o a través de cualquier forma de comunicación, siempre y cuando permita inferir inequívocamente la voluntad del otorgante. Deberá otorgarse ante notario que de fe de su autenticidad y contendrá un mínimo de elementos, sin que ello impida otro tipo de manifestaciones relacionadas con la voluntad de la persona. Todo ciudadano mayor de edad puede acceder a esta opción mediante el mecanismo notariado, que propende por el abordaje integral del cuidado del paciente al final de la vida.

En el mismo documento se pueden tener en cuenta otros aspectos, incluyendo la posibilidad de definir las personas de confianza habilitadas para tomar decisiones, en caso de que el declarante padezca una enfermedad que limite su consciencia o su autonomía. El instrumento notariado es un insumo importante para la toma de decisiones médicas relacionadas con los cuidados al final de la vida, que debe ser considerado conforme a las particularidades de cada caso, para actuar en concordancia con los principios éticos de la profesión médica y en atención a la dignidad de la persona enferma o fallecida.

El derecho de voluntad anticipada se garantiza con la indagación del médico tratante, ya sea en la historia clínica del paciente o interrogando a los familiares, para conocer los términos de la manifestación y las acciones a seguir. Es un derecho de la persona solicitar la inclusión de sus Voluntades Anticipadas en su historia clínica, precisamente para garantizar su cumplimiento.

Considerando todo lo anterior, es importante incluir dentro de la práctica clínica del cuidado al final de la vida los protocolos o guías institucionales que permitan a los equipos comunicarse efectivamente con los familiares, acogiendo desde el comienzo la posibilidad de que existan Voluntades Anticipadas y cerciorándose de la inexistencia del instrumento notariado respectivo. De cierta manera, acoger las Voluntades Anticipadas también favorecerá el desarrollo del proceso de duelo en general para los seres queridos.

Recomendaciones frente a la entrevista familiar

La entrevista familiar es un componente fundamental en el desarrollo de la gestión de donación de componentes anatómicos para trasplante. Toda entrevista familiar debe ser previamente preparada en aspectos tales como lugar, momento y hora. También es importante que el profesional que realizará la entrevista se reúna previamente con el equipo médico tratante, para conocer los antecedentes médicos del donante, la información que ha sido dada previamente a la familia del fallecido (qué se ha dicho y a quién) y cómo ha sido la relación con el propio equipo tratante. Además, es valioso indagar cómo está integrada la familia, los nombres de los familiares, el sistema cultural y de creencias, el origen del donante, etcétera, con los objetivos de facilitar una mayor empatía con la familia y optimizar la comunicación con cada uno de sus miembros. De esta manera, es posible saber qué abordaje se debe realizar y qué información debe ser reforzada.

La entrevista familiar de donación debe realizarse siempre tras la confirmación de la muerte del paciente y la comunicación de la muerte a la familia: esta labor es responsabilidad y deber ético del médico tratante. Sin embargo, se recomienda que el equipo de gestión de la donación indague directamente con la familia sobre el nivel de comprensión que tienen frente al diagnóstico de muerte y la forma en que se está desarrollando el proceso de duelo.

A través de la entrevista se busca cumplir con cuatro objetivos: **1)** valorar la comprensión familiar del diagnóstico de muerte e Informar a la familia acerca de la condición de donante de su ser querido; **2)** brindar apoyo emocional frente a la pérdida; **3)** obtener información adicional relevante de la historia clínica del donante, que no haya sido registrada durante la hospitalización y **4)** evaluar el posible impacto de la obtención de componentes anatómicos en el proceso de elaboración del duelo en la familia. Estos objetivos deben estar presentes durante todo el desarrollo de la entrevista y requieren de una serie de pasos o acciones que garanticen su consecución.

La entrevista familiar debe ser conducida por un profesional de salud capacitado para afrontar situaciones psicológicas difíciles, como las que se han descrito para los procesos de duelo. Es recomendable que sea evidente para la familia la comunicación establecida entre el equipo tratante y los profesionales que llevarán a cabo la entrevista familiar. Además, es muy importante la posibilidad de contar con el acompañamiento y apoyo de cualquier otra persona que oriente a los familiares en sus dudas, problemas o inquietudes. Esta figura puede ser: guías espirituales (sacerdotes, pastores, etc.), neurólogos, médicos forenses, abogados, trabajadores sociales, psicólogos, etcétera. En general, cualquier persona que pueda acompañar el proceso facilitando la comprensión y aceptación de la familia del donante [\[12\]](#).

Toda la labor médica durante el proceso de acompañamiento a las familias debe estar encaminada a dar respuesta a las necesidades expresadas por esta y a la evaluación de posibles impactos sobre la salud mental, de manera que se prevenga cualquier daño o efecto negativo sobre la familia. Colateralmente, la ira de uno o más de los individuos que no logre ser resuelta mediante la intervención de los profesionales de salud, podría poner en riesgo la integridad del equipo tratante y de los equipos de gestión operativa de donación. En ese sentido, la entrevista familiar también constituye la principal herramienta para garantizar que el contexto de obtención de componentes anatómicos para trasplantes sea seguro para todos los intervinientes.

Objetivo 1: Valorar la comprensión familiar del diagnóstico de muerte e informar a la familia acerca de la condición de donante de su ser querido.

Es fundamental determinar al comienzo de la entrevista si la familia ha comprendido la situación actual de su familiar: en los casos en que sea pertinente, es indispensable cerciorarse de que hayan entendido el concepto de muerte encefálica, explicándolo de manera clara cuando esto sea necesario. Una vez se haya aclarado cualquier duda que pudiera plantear la familia, el profesional puede informar a los familiares que su ser querido cumple con los criterios para ser considerado un donante de órganos y tejidos. Concretamente, tras confirmar que el donante elegible mayor de edad no ha expresado su oposición a la donación, el profesional que desarrolla la entrevista debe informar a la familia que su ser querido es donante.

Si bien, pueden existir diversas reacciones por parte de las familias ante la notificación inicial, es importante permitir la expresión libre de sentimientos e inquietudes. Es primordial estar abierto a responder cualquier inquietud que pudieran plantear las familias acerca de los aspectos técnicos o legales relacionados con el proceso de donación. En este punto, si es necesario se debe aclarar a las familias que la presunción de donación no necesariamente significa que la extracción va a hacerse efectiva, porque aún es necesario desarrollar un proceso de evaluación clínica (perfil infeccioso) y de antecedentes (personales y familiares) para determinar si es posible o no continuar con el proceso.

Objetivo 2: Brindar apoyo emocional frente a la pérdida.

Los momentos iniciales tras conocer la muerte de un ser querido, en muchas ocasiones, suponen una crisis en la cual la persona atraviesa una situación que le es desconocida, que tiene un impacto directo en su curso de vida y para la cual no puede adaptarse rápidamente.

Ante la crisis, las personas pueden desarrollar un estado de tensión que impide la búsqueda de soluciones, por lo que se deben desarrollar intervenciones que faciliten el restablecimiento del equilibrio emocional. En la mayoría de las crisis, la acción más efectiva que puede desarrollar un profesional de salud es facilitar la expresión de los sentimientos. Algunas de las acciones que se pueden llevar a cabo para facilitar esta expresión de sentimientos son:

Escucha activa: Aprender a guardar silencio para escuchar activamente lo que la familia tiene que decir les permite a los deudos expresar sus sentimientos, pero también sus dudas y miedos. En muchas ocasiones, ante la pérdida de un ser querido las familias se en-

cierran en sí mismas y no tienen con quién compartir su malestar y su dolor, bien porque su red de apoyo social se encuentra deteriorada o porque no quieren preocupar a sus seres amados. Es posible que, con frecuencia, el equipo de gestión operativa de donación sea el único recurso del familiar para expresar lo que siente o lo que le preocupa [7]. Es importante entonces, permitirle a la familia el tiempo necesario para aceptar la noticia y darles el espacio para entender lo que sienten, antes de que estén en capacidad de continuar con la entrevista.

Empatía: Consiste en ponerse en el lugar de la otra persona e intentar entender sus sentimientos. La mayor dificultad al expresar empatía radica en las expectativas que tenemos. Es decir, esperamos que las personas reaccionen o se sientan de una manera más o menos predeterminada ante una situación específica, pero no siempre es así. Debemos ser capaces de desligarnos de esos preconceptos para “sentir” realmente al otro. De esta manera, se evitará realizar juicios de valor que podrían romper la relación de confianza que se debe establecer con los familiares.

Aceptación: Los procesos de duelo suelen estar asociados a un intenso sufrimiento. Es frecuente que surjan sentimientos de ira hacia el fallecido, otros familiares, el personal de salud (cuando, por ejemplo, piensan que podrían haber hecho más para salvarlo) o incluso hacia el mismo profesional que desarrolla la entrevista, si se lo percibe como una fuente adicional de estrés. Cuando la persona en duelo considera estos sentimientos como inaceptables, tiene una gran resistencia en manifestarlos. Si puede percibir que es escuchado sin ser juzgado y que la existencia de todos los sentimientos posibles es aceptable, la persona recibe alivio y ayuda auténtica en su proceso de superación de la pérdida.

Universalidad: Cuando se atraviesa por una gama tan heterogénea de sentimientos, a veces por primera vez, algunas personas pueden pensar que son extrañas, que están solas o que sus sentimientos sólo les ocurren a ellas. Por eso, uno de los mayores refuerzos que puede brindar el profesional en estos casos es informar a estos dolientes que su situación es muy común y que casi todas las personas, en semejantes circunstancias, experimentan pensamientos y sentimientos similares, no importa qué tan raros o inapropiados les parezcan. Ello no debe minimizar el dolor que experimenta la familia en duelo: su situación es natural, pero su afectación debe comprenderse como algo particular para cada individuo.

Es responsabilidad de cualquier profesional de la salud velar por el bienestar y la protección de los derechos de las personas que se están atendiendo, independientemente de su capacidad para la toma de decisiones. Dado que la entrevista familiar es una intervención en salud, realizada por un profesional de la salud a un grupo de personas que se encuentran sufriendo, en la medida de lo posible es necesario propender porque la familia se encuentre bien durante todo el proceso de donación. Esto se puede lograr exponiendo los argumentos necesarios para presentar la donación de componentes anatómicos de manera positiva y favorable, cuidando siempre que las personas en duelo no perciban elementos coercitivos o se sientan bajo alguna presión que ponga en riesgo su elaboración del duelo. La percepción positiva sobre el proceso de donación debe acompañar a las familias entrevistadas en el largo plazo, sin importar si se extraen o no los componentes anatómicos de sus seres queridos. Si se desea profundizar en las técnicas de primeros auxilios emocionales o psicológicos, se pueden consultar algunos lineamientos técnicos valiosos en: http://www.who.int/mental_health/publications/guide_field_workers/es/ y en <https://drive.google.com/drive/u/0/folders/OBxRtTRC3eOZITU82NWJCMVzYUU>

Objetivo 3: **Obtener información adicional relevante de la historia clínica del donante, no registrada durante la hospitalización.**

Este es un aspecto crítico de la entrevista familiar. El profesional que realiza la entrevista solamente debe preguntarle a la familia acerca de los antecedentes médicos y comportamentales del donante, una vez que los individuos han interiorizado y entendido la muerte de su ser querido y se ha logrado un clima de entendimiento y confianza, basado en la relación de ayuda. Algunos aspectos importantes a tener en cuenta en este momento de la entrevista son:

- 1)** Indagar únicamente por la información que puede ser clínicamente importante. En caso de que la familia exprese dudas acerca de la relevancia de la información, se le debe explicar claramente por qué se requiere y asegurar la confidencialidad de todo el proceso.
- 2)** La información recogida debe ser integral, para órganos y tejidos del donante. No se debe plantear la donación segmentada por componentes anatómicos. Esto, con la excepción particular de los donantes en paro cardiorrespiratorio, en donde actualmente no existe la opción de obtener órganos en nuestro país.
- 3)** Cuando se va a solicitar información, como en todos los momentos, debe existir plena disposición a contestar las preguntas de los familiares. Algunas familias prefieren no conocer el detalle de los procedimientos quirúrgicos que se llevarán a cabo, en tanto que otras solicitan una explicación pormenorizada de los mismos. Conservar el balance a través de la escucha activa suele tener un mejor resultado que entregar toda la información disponible sin considerar las necesidades de nuestros interlocutores.
- 4)** Cuando aplique, se le debe informar que la extracción de componentes anatómicos NO excluye al fallecido de la necropsia médico legal.
- 5)** Se debe expresar a la familia que la cirugía de extracción de componentes anatómicos NO causa daños en la apariencia del cadáver. Si la familia solicita información adicional, se le debe explicar acerca de las suturas y prótesis que se utilicen para los procedimientos.
- 6)** La familia debe saber que todos los cuerpos de los donantes son cerrados quirúrgicamente, reconstruidos estéticamente antes de ser retirados del quirófano y entregados a los referentes de las funerarias o a Medicina Legal, en caso de ser requerida la necropsia. Esto permitirá llevar a cabo el rito funerario a que hubiere lugar, según las creencias de la familia.
- 7)** Se debe garantizar que la memoria del donante y su cuerpo serán tratados dignamente en todo momento. La reconstrucción, el aseo, la cobertura y el traslado a la morgue son tareas dispendiosas que deben tener un responsable directo, aunque sean realizadas por diferentes personas. La familia suele confiar en que ese responsable sea el mismo médico que les plantea la posibilidad de extraer los componentes anatómicos.

8) Se deben explicar los trámites administrativos requeridos, como la elaboración del certificado de defunción por parte del médico tratante; el levantamiento de cadáver; la necropsia médico legal; la toma de muestras para la tamización serológica, los estudios que fuesen necesarios para establecer la viabilidad del donante, el traslado a salas para la ablación de los componentes anatómicos y la entrega final del cuerpo. Todo ello de manera general, respondiendo a las preguntas concretas de la familia y sin ofrecer detalles que puedan resultar innecesarios o incómodos para algunas personas.

9) Si no existe el modelo de UCI de puertas abiertas, en lo posible se debe solicitar la autorización para que la familia acceda a visita permanente, conforme a los procedimientos institucionales. Los servicios de hospitalización en donde se pueda esperar el fallecimiento de pacientes deben adoptar políticas y lineamientos que garanticen el acompañamiento permanente por parte de los familiares durante el final de la vida de sus seres queridos, así como las expresiones espirituales que se requieran según las creencias y la cultura de las personas atendidas.

Es importante para el bienestar de las familias que estas tengan un conocimiento claro y preciso de la manera en que se llevará a cabo el proceso de donación, y los tiempos de espera requeridos. De esta manera, se evitará que la familia sienta que ha perdido el control sobre lo que pasa con el cuerpo de su ser amado. Las expectativas que no son realistas pueden poner en riesgo la confianza futura de los familiares en el proceso de donación. Se debe informar que es un proceso médico complejo que tomará varias horas, propendiendo si es posible porque la familia se retire a descansar y espere el llamado del médico coordinador a cargo del proceso, quien le informará el momento oportuno para acercarse de nuevo a la IPS.

Objetivo 4: Evaluar el posible impacto de la obtención de componentes anatómicos en la elaboración del duelo en la familia

Si a pesar de la intervención del profesional la familia del donante mantiene una posición negativa frente al proceso de donación, es necesario evaluar el impacto que tendrá el continuar adelante con la extracción de órganos o tejidos. Desde el comienzo y durante todo el proceso, se deben evaluar aspectos que puedan indicar factores de riesgo para las familias e individuos: particularmente, indicadores de que se podría desarrollar un duelo patológico, en el corto o mediano plazo.

Hay que tener en cuenta que el duelo es un período de crisis que puede dar lugar a complicaciones psiquiátricas y alteraciones físicas. En unos casos puede tratarse de trastornos que aparecen o se agravan durante el duelo; otras veces, en el curso del duelo, surgen como descompensación de una enfermedad crónica previa; en tanto en otras ocasiones, las enfermedades se deben a conductas de riesgo que se incrementan en los dolientes (consumo de alcohol, tabaco, medicamentos...) [10].

Los factores de riesgo relacionados con la aparición de duelo patológico en los familiares han sido descritos por diferentes autores [10] [13]. El profesional debe prestar particular atención a los miembros de la familia con una o más de las siguientes características:

- Niños preadolescentes.
- Viudos de más de 75 años.
- Personas que viven solas, personas aisladas socialmente o con red social deficitaria.

- Muertes súbitas, en especial por suicidio.
- Relaciones conflictivas con el fallecido.
- Antecedentes de trastorno psiquiátrico, en especial depresión.
- Antecedentes de abuso de sustancias psicoactivas.
- Disfunción familiar.
- Cónyuge superviviente.
- Autoestima y confianza en sí mismo escasas.

En las entrevistas, el profesional debe explorar la aceptación de la familia con respecto a la pérdida del ser querido, la vivencia de pena y sufrimiento, la adaptación al medio (si estaban contando con la ausencia del fallecido o es inesperada), la expresión de dudas, culpa, protesta o críticas acerca del fallecido y de su relación con él [4]. Se recomienda preguntar directamente a la familia en el contexto de la entrevista si perciben que el proceso representa un riesgo para la salud mental de alguno de sus integrantes. En caso de que el profesional o que la propia familia consideren que existe un riesgo para la salud mental de alguno de sus integrantes, y basándose en el principio de no maleficencia, en última instancia se debe contraindicar la extracción de componentes anatómicos, dejando constancia de las razones por las cuales se da por terminado el proceso.

Recomendaciones especiales

Durante el transcurso de la entrevista familiar, los profesionales pueden encontrarse con algunas situaciones particularmente sensibles o difíciles de manejar. Si bien los médicos tienen la autonomía para decidir cuál es la mejor manera de abordar cada una de estas situaciones, este documento incluye algunos puntos a tener en cuenta que pueden ser de ayuda.

Infecciosas positivas para ITS

Aunque un resultado positivo en el perfil infeccioso puede contraindicar la obtención de componentes anatómicos, las pruebas realizadas no necesariamente confirman un diagnóstico. En el caso específico de VIH, es importante considerar que el protocolo de vigilancia epidemiológica del Instituto Nacional de Salud requiere la realización de prueba confirmatoria para que se configure el caso, por lo que un donante con un resultado positivo en prueba presuntiva para VIH se considera un caso probable y no se debe notificar al Sistema de Vigilancia. Adicionalmente, se debe tener en cuenta que el Decreto 1543 de 1997 explícitamente indica que, en todo caso, los equipos de salud deben respetar la confidencialidad de la información del paciente, por lo que no se recomienda el inicio de acciones específicas dentro de los programas de VIH. Sin embargo, si la persona manifiesta su necesidad de conocer más sobre la prueba de VIH o de realizarse la prueba, el equipo de gestión de la donación debe explicar al familiar solicitante acerca de las razones por las que no se realiza la extracción de componentes anatómicos y recomendar que se realicen pruebas de VIH a las posibles parejas sexuales del fallecido. Es recomendable que esta comunicación se desarrolle en el marco de la comunicación de malas noticias, estrictamente con las personas que sean seleccionadas para tal fin por el médico coordinador de donación y trasplantes.

En el caso de hepatitis B, por las características de la infección, es muy poco probable que se evalúe como donante un caso crónico. Sin embargo, sí es posible que se detecten casos agudos. Un caso agudo de hepatitis B solo se confirma cuando se tiene un antígeno

de superficie (HBsAg) positiva/reactiva, o histopatología compatible con infección por el VHB asociada a una prueba de detección de anticuerpo contra el antígeno core del tipo IgM (AntiHBcIgM) positiva/reactiva, y que cumple por lo menos con uno de los siguientes criterios:

- Malestar general, dolores musculares, articulares, astenia, hiporexia, náusea, vómito, coluria.
- Ictericia o elevación de alanino-aminotransferasas a más de 2,5 veces el valor normal.

El equipo de gestión operativa no es el directo responsable de la notificación de estos casos al Sistema Nacional de Vigilancia. Son las unidades primarias generadoras de datos (UPGD), caracterizadas de conformidad con las normas vigentes, las responsables de captar y notificar con periodicidad semanal los casos identificados, en los formatos y estructura establecidos. La presencia del evento se debe informar dentro de la historia clínica del donante, para que el respectivo equipo de la IPS generadora pueda notificarlo, de acuerdo con las definiciones de caso contenidas en el protocolo de vigilancia para este evento.

Casos de enfermedad mental identificados durante la entrevista

La pérdida repentina de un ser querido puede actuar como un evento disparador de condiciones latentes en los individuos, o agudizar una enfermedad preexistente en la familia. Se debe tener en cuenta que los diagnósticos previos de enfermedad mental son uno de los marcadores que influyen en el desarrollo de un duelo patológico en las familias. En los casos en los que el médico identifique la presencia de enfermedad mental, se recomienda que el manejo se realice por personal capacitado para la atención y manejo de estos eventos, por cuanto se debe propiciar la canalización del caso hacia los servicios de salud mental correspondientes, según la EAPB a la que pertenezca cada individuo.

En general, se recomienda que los médicos tratantes y los médicos coordinadores de donación y trasplantes se capaciten en la Guía de Intervención mhGAP para los trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias en el nivel de atención de la salud no especializada de la Organización Mundial de la Salud. Esta capacitación resulta especialmente útil en el manejo e intervenciones iniciales de la enfermedad mental.

Duelo en los niños

Los duelos afectan más a los niños y pueden crear vulnerabilidades posteriores, ya que acaecen en un ser cuyas defensas psíquicas no están aún desarrolladas ni integradas [14]. Esta susceptibilidad propia de la infancia debe ser tomada en cuenta, ya que influye en las respuestas físicas y afectivas de los niños ante la pérdida.

La respuesta al duelo en los niños variará en función de su desarrollo. En los lactantes y preescolares (0-2 años) hay que destacar la gran influencia de la ansiedad de separación que existe en estas edades ya que, aunque no existe comprensión cognitiva de la muerte, son sensibles a los cambios en la organización y cuidados y a las emociones intensas negativas de los padres o cuidadores. Entre los 3 y 5 años, los niños comienzan a creer que la muerte es temporal y reversible, que no existe como una realidad. Más tarde en su desarrollo, pueden considerar la muerte como un castigo o un cumplimiento de deseo, llegando a creer en ocasiones que ellos mismos causaron la enfermedad o la muerte de su ser querido. Además, los muertos se diferencian de los vivos en aspectos físicos,

como que son inmóviles, que no sienten y que no pueden oír, hablar o ver. En la etapa escolar, los niños progresivamente comienzan a comprender las diferencias entre vivir y no vivir, y a concebir la muerte como real, con insensibilidad e irreversibilidad, aunque no han adquirido todavía el concepto de universalidad: a esta edad suelen no ser capaces de comprender su propia muerte. Esta comprensión comienza hacia los 11 años: etapa en la que están interesados en los aspectos biológicos de la enfermedad y en los detalles del funeral. No obstante, comprender su propia muerte también puede provocarles mucha angustia.

Por último, en la etapa adolescente, la concepción de la muerte se aproxima a la del adulto: comprenden las consecuencias existenciales de la muerte, de la suya propia y pueden incluso fantasear con ella (con grados variables de angustia). A medida que maduran emocionalmente, los adolescentes pueden negar su propia mortalidad a través de conductas de riesgo, actuaciones o provocaciones.

El papel de los adultos y cuidadores es fundamental en el futuro desarrollo del proceso de duelo de los niños. Es muy importante que el equipo de gestión operativa ayude a la familia a entender la respuesta emocional del niño y sea capaz de ofrecer una orientación inicial acerca de cómo pueden responder a sus necesidades emocionales. Tras una pérdida, el niño puede reaccionar con ansiedad e insomnio persistentes, dado el temor a que se produzcan otras pérdidas, o incluso la suya propia. Puede pasar también horas rumiando, generalmente sus fantasías de reunión con el muerto, por lo que tienen aquí cabida los deseos de la propia muerte con el objetivo de reunirse con el fallecido [15]. Entre los escolares es frecuente observar casos de hiperactividad, irritabilidad, reacciones hipomaniacas y conductas agresivas. El duelo en la infancia tiene una mayor probabilidad de complicarse cuando ha muerto la madre (en especial antes de los 11 años), por la muerte de un hermano o hermana en la infancia o por la muerte de un familiar allegado, conviviente con el niño.

Entrevista telefónica

En algunas ocasiones, es imposible concertar a tiempo una entrevista familiar de manera presencial. Esto ocurre, sobre todo cuando algún familiar no puede hacerse presente en la institución o cuando el tiempo requerido para su llegada pone en riesgo la viabilidad de los tejidos, en los casos de parada cardiorrespiratoria irreversible. Si se debe llevar a cabo una entrevista telefónica por cualquiera de estas causas, es necesario tener en cuenta todas las recomendaciones anteriormente descritas. Los pasos específicos a tener en cuenta en estos casos son:

- 1-** Revisar la historia clínica y hacer un examen físico detallados que permitan, en lo posible, descartar las contraindicaciones absolutas.
- 2-** Obtener previamente los datos básicos: nombre completo del paciente y de los familiares a entrevistar por teléfono, parentesco y números de teléfono (celular o fijo). Estos datos pueden ser aportados por otro familiar o estar registrados en la historia clínica o en los formatos de Acta de inspección a cadáver, según si el caso se encuentra en una IPS Generadora o en Medicina Legal. La información también se puede obtener por medio de la persona de la institución encargada de recibir y dar información de personas fallecidas, en especial el número de teléfono del familiar.

3- Realizar la llamada registrando fecha y hora en la que ésta es respondida. El entrevistador debe saludar, presentarse con nombre completo y expresar que es funcionario de la institución correspondiente. Desde el principio y en todo momento, el entrevistador debe demostrar un gran respeto por el duelo de la persona que recibe la llamada.

4- Verificar si la persona con la que se está hablando es la misma que aportó los datos de la persona fallecida. Establecer si la persona entrevistada ya tiene conocimiento claro sobre el fallecimiento de su familiar, antes de poder hablarle sobre otros temas.

5- Indagar sobre el tiempo de llegada a la institución del familiar entrevistado. Si se dispone de tiempo para tomar decisiones, es preferible continuar con la entrevista de manera presencial. De todas maneras, con frecuencia la misma llamada en la que se notifica la muerte será la mejor oportunidad para suministrar la información sobre donación, que en todo caso debe ser ofrecida a tiempo para definir la posibilidad de obtener componentes anatómicos.

6- Identificar el estado emocional de la persona que recibe la llamada, quien debe estar calmada antes de poderle hablar sobre la donación de tejidos. Es recomendable ser muy cauteloso con las expresiones, haciendo énfasis en los tejidos que podrían beneficiar a otros pacientes.

Un ejemplo de las palabras a expresar por parte del entrevistador es el siguiente:

Buenos días, mi nombre es Jaime Cárdenas, funcionario de la Clínica María Lucía. ¿Con quién hablo? ¿Cómo se encuentra usted? (Con la respuesta a esta pregunta y el tono de voz del familiar, el entrevistador podría inferir el estado emocional del paciente) Debo hablar con usted sobre su hermano, don Jorge Suarez, que ha sido atendido en nuestra institución, ¿tiene usted conocimiento de esta situación? Lamentablemente, señor Suárez, debo comunicarle que don Jorge acaba de fallecer. (Use los silencios, espere el momento oportuno para continuar la comunicación).

¿Le es posible acercarse a la Clínica en este momento? ¿En cuánto tiempo podría usted estar aquí? Dado que no puede llegar pronto, tengo que informarle ahora mismo sobre unos procedimientos que se realizan antes de la necropsia. ¿Está de acuerdo? (Reaccione de manera concordante con la información que recibe. Continúe cuando sienta que la persona al otro lado del teléfono está en disposición de escuchar y comprender lo que usted le dice).

Bien. Hemos verificado en el Registro Nacional de Donantes del Instituto Nacional de Salud que su hermano tiene la calidad de donante. Por eso, en este momento necesitamos que usted nos confirme la información que tenemos hasta ahora sobre don Jorge. ¿Alguna vez hablaron sobre la donación de tejidos? ¿Tiene usted alguna pregunta con respecto a lo que estoy informándole?

Con base en las preguntas del familiar entrevistado, continúe con la conversación telefónica. Algunas respuestas usuales son:

- Estos procedimientos pueden mejorar la calidad de vida de otras personas y están regulados a través de varias leyes en el país. (Enunciar las normas, si el familiar lo solicita).

- (Ofrezca explicaciones, si el familiar lo solicita. A continuación, algunos ejemplos). El cuerpo de los donantes no sufre alteraciones estéticas ni traumáticas. Los tejidos obtenidos son reemplazados por unas prótesis similares, para conservar intacta la imagen de su hermano y que puedan despedirlo en la velación, sin verlo diferente...

Tras responder a las preguntas del familiar, y con sutileza, deben hacerse las preguntas relacionadas con antecedentes comportamentales, factores de riesgo y demás información requerida, para garantizar en todo lo posible la seguridad de los receptores. Al finalizar la entrevista telefónica, usted puede responder:

Señor Suárez, su hermano Jorge es un donante apto: es decir, cumple con todos los requisitos para que procedamos a la obtención de los tejidos. Por favor, acérquese en cuanto sea posible a la Clínica para que podamos conversar personalmente. Entre tanto, adelantaré los trámites requeridos, porque como ya le expliqué, es urgente continuar con el procedimiento. En nombre de las personas que pueden beneficiarse con la generosidad de su hermano y de su familia, muchísimas gracias.

Tanto en las entrevistas personales como en las telefónicas, se recomienda hacer énfasis en que la donación de órganos y tejidos salva vidas y mejora la calidad de vida de los receptores, que pueden llegar a ser decenas de personas. En este sentido es recomendable navegar en el sitio web del INS para obtener mayor información:

<http://donavida.ins.gov.co/Paginas/donacion-organos.html>

Referencias

- [1] Ministerio de Salud, Resolución 02358. Política Nacional de Salud Mental. República de Colombia: Ministerio de Salud, 1998.
- [2] Ministerio de Salud y Protección Social, Encuesta Nacional de Salud Mental 2015. 2015.
- [3] M. Á. Suárez Cuba, “La importancia del análisis de los acontecimientos vitales estresantes en la práctica clínica,” *Rev. Médica la Paz*, vol. 16, no. 2, pp. 58–62, 2010.
- [4] M. Fernández Alonso et al., “Programa de prevención en salud mental en atención primaria,” vol. 39, no. 3, pp. 88–108, 2007.
- [5] J. Tizon, *Pérdida, pena, duelo Vivencia, investigación y asistencia*. Herder Editorial, 2013.
- [6] H. Fabrega, Jr, M. JE, and M. AC, “Adjustment disorder as a marginal or transitional illness category in dsm-iii,” *Arch. Gen. Psychiatry*, vol. 44, no. 6, pp. 567–572, Jun. 1987.
- [7] J. García-Campayo, “Manejo del Duelo en Atención Primaria,” *Soc. Española Med. Psicosomática y Psicoter.*, vol. 2, no. 2012, pp. 1–18, 2012.
- [8] G. A. Blok et al., “The European Donor Hospital Education Programme [EDHEP]: Addressing the training needs of doctors and nurses who break bad news, care for the bereaved, and request donation,” *Transpl. Int.*, vol. 12, no. 3, pp. 161–167, 1999.
- [9] M. A. Howard-Zuluaga, “Las Declaraciones De Voluntad Anticipada Y La Autonomía De La Persona,” *Rev. Derecho La Univ. Montevideo*, pp. 173–196, 2014.
- [10] D. C. Carmen et al., “Duelo y proceso salud-enfermedad en la Atención Primaria de Salud como escenario para su atención Mourning and health-disease process in primary health care as the setting for its attention,” *Rev. Cuba. Med. Gen. Integr.*, vol. 30, no. 1, pp. 121–131, 2013.
- [11] A. Artus, V. Beux, S. Perez. “Comunicación de malas noticias”. *Biomedicina* 2012, 7 (1) pp. 28-33
- [12] P. Gómez, C. Santiago, M. Getino, A. Richart, and J. Cabrero, “La entrevista familiar: enseñanza de las técnicas de comunicación,” *Nefrología*, vol. 21 Suppl 4, pp. 57–64, 2001.
- [13] M. Fuertes and M. Maya, “Atención a la familia: la atención familiar en situaciones concretas,” *An. Sist. Sanit. Navar.*, vol. 24, pp. 83–92, 2009.
- [14] E. Guillén, M. J. Gordillo, M. D. Gordillo, I. Ruiz, and T. Gordillo, “Crecer con la pérdida: el duelo en la infancia y adolescencia,” *Int. J. Dev. amd Educ. Psychol.*, vol. 2, no. 1, pp. 493–498, 2013.
- [15] R. Corominas and J. Rallo, “Repercusión de la pérdida de figuras paternas en psicología normal y patológica,” *Rev. Clin. Española*, vol. 124, no. 5, pp. 433–444, 1972.

ANEXO 1. Carta de agradecimiento a las familias donantes.

Bogotá, Colombia. ___/___/_____

Señor(es)

Teléfono: _____

Correo electrónico: _____

Ciudad

Asunto: Agradecimiento e información sobre el proceso de donación.

Estimada familia:

En nombre de la Red Nacional de Donación y Trasplantes, coordinada por el Instituto Nacional de Salud, nos permitimos manifestar nuestra sincera condolencia por el fallecimiento de su familiar, _____.

Les damos las gracias en nombre de todas las personas que, a través de la donación, hoy cuentan con la oportunidad de acceder a los procedimientos de trasplante, que de otra manera no serían posibles. Incluso, si no se extraen componentes anatómicos, la donación en sí misma es una invaluable expresión de amor y un gesto fraternal para con los demás seres humanos. Cada nuevo acto de generosidad es una poderosa razón para confiar en el futuro de nuestro país.

En la página web del Instituto Nacional de Salud, www.ins.gov.co en el enlace denominado Registro Nacional de Donantes, encontrarán un breve formulario que puede diligenciar de manera voluntaria sobre su experiencia a través del proceso de donación, lo que nos permitirá conocer sus percepciones y sentimientos, siempre que ustedes se sientan listos para diligenciarlo. Esta herramienta nos permitirá aprender de ustedes, para atender cada vez mejor a los donantes y a sus familias. Adicionalmente, si resulta útil para ustedes en algún momento conocer el estado de los pacientes trasplantados, la información se les brindará a través del correo de Contáctenos del INS, contactenos@ins.gov.co, para lo cual nos deben escribir desde el correo electrónico que nos están proporcionando y citar el siguiente Código CRT: _____. Por favor, tengan presente que en ningún momento se les podrá suministrar información personal o de contacto de los pacientes trasplantados, dado que la Ley colombiana nos obliga a preservar el anonimato entre los donantes y los receptores.

Con sentimientos de aprecio y consideración,

Médico (a) Coordinador (a)

Dirección General
Instituto Nacional de Salud

ANEXO 2. Registro de entrevista familiar

Fecha y hora: _____ Lugar: _____ Código CRT: _____

Preparación previa	SI	NO	N/A
El equipo médico tratante brindó a la familia del paciente información adecuada, completa y pertinente acerca de la evolución durante todo el proceso asistencial y sobre el diagnóstico de muerte encefálica.			
El equipo tratante brindó al equipo de donación información oportuna, adecuada, completa y pertinente acerca del estado del donante.			
Se contó con un espacio adecuado para realizar la entrevista familiar			
La institución facilitó el acceso y acompañamiento de la familia			
Desarrollo de la entrevista	SI	NO	N/A
Existió alguna comunicación sobre donación con la familia antes de la llegada del equipo de gestión operativa de donación a cargo de la entrevista familiar			
Se requirió que el entrevistador aclarara el concepto de muerte encefálica u otros aspectos relacionados con diagnóstico y tratamiento del paciente			
La familia entendió oportunamente que su ser querido está muerto			
La familia tuvo oportunidad de expresar sus sentimientos ante la pérdida			
Los familiares presentes en la entrevista manifestaron preocupación por la reacción de algún miembro de la familia ante la pérdida de su ser querido			
La familia entendió oportunamente que su ser querido es o podría ser donante de órganos o tejidos para trasplante			
La familia tuvo oportunidad de expresar sus sentimientos ante la donación			
Se aclararon las dudas planteadas por la familia acerca del proceso de donación y trasplantes			
Los familiares presentes en la entrevista manifestaron preocupación por la reacción de algún miembro de la familia ante el proceso de extracción de componentes anatómicos			
Durante la entrevista se identificó algún caso de ideación suicida en la familia del donante que conllevó una acción específica por parte del equipo a cargo del caso			
Se identificaron o la familia reportó durante la entrevista antecedentes de enfermedad mental diagnosticada en el entorno familiar.			
La familia colaboró suministrando información de antecedentes del donante.			
La familia solicitó información detallada acerca de los componentes que se iban a extraer y manifestó rechazo ante la posibilidad de que se obtuviera algún órgano o tejido específico.			
Uno o varios miembros de la familia se mostraron explícitamente opuestos ante la posibilidad de extraer órganos del donante			
Uno o varios miembros de la familia se mostraron explícitamente opuestos ante la posibilidad de extraer tejidos del donante			
La familia manifestó inconformidad o presentó una queja explícita relacionada con el proceso asistencial.			
La familia agradeció el proceso de entrevista realizado			

ANEXO 3. Líneas Telefónicas de Ayuda en Salud Mental 2018 Colombia

Territorio	Nombre de la de la Línea y # telefónico	Territorio de cobertura	Horario de atención (Días y horas)	Otros Recursos
Atlántico	-Línea de la Ternura (5) 3443645 -Línea de la Vida 3399999 -CRUE (5) 3309000 Ext: 5131 -(5) 3308100 – (5) 3308101	Todos los municipios del departamento		
Antioquia	Línea Amiga (4) 4444448	Medellín	Lunes a viernes 7:30 a.m. a 7:30 p.m. Sábados 7:30 a.m. a 2:30 p.m.	
	Línea 123 Social o Mujer		24 horas todos los días	
Arauca	Línea 125 de Atención a Urgencias y Emergencias en Salud	Todos los municipios del departamento	24 horas todos los días	
Barranquilla	Línea de la vida (5) 3399999	Barranquilla y área Metropolitana	24 horas todos los días	
Bogotá D. C.	Línea 106 <i>“El poder de ser escuchado”</i> Línea de atención, ayuda, intervención psicosocial y/o soporte en situación de crisis.	Bogotá D.C.	24 horas de domingo a domingo Jornada Continua	Whatsapp 3007548933
	Línea Psicoactiva <i>“Activa tu mente, transforma tu vida”</i> 018000112439. <i>Su fin es ofrecer servicios de información, orientación e intervención breve para la prevención y la atención del consumo de sustancias psicoactivas</i>		Lunes a sábado 7: 00 a.m. a 10:00 p.m. jornada continua.	
Bolívar	Centro Regulador de Urgencias y Emergencias (5)6645612 – (5)6644675	Todos los municipios del Departamento	7 días de la semana / 24 horas	Instagram: cruebolivar Facebook: Crue Bolivar
	Línea 125	Turbaco, Turbana, Arjona, Mahates, Calamar, Arroyo Hondo, Santa Rosa de Lima, Santa Catalina, Clemencia, Villanueva, San Cristobal, San Estanislao de Kostka, Soplaviento, María La Baja, El Guamo, San Juan Nepomuceno, San Jacinto, El Carmen de Bolívar.	7 días de la semana / 24 horas	

ANEXO 3. Líneas Telefónicas de Ayuda en Salud Mental 2018 Colombia

Territorio	Nombre de la de la Línea y # telefónico	Territorio de cobertura	Horario de atención (Días y horas)	Otros Recursos
Boyacá	Línea Amiga 106	Todos los municipios del departamento		
	Centro Regulador de Urgencias y Emergencias 3186175909 4356021 ext 51	16 Municipios del departamento	Todos los días 24 horas	
Caquetá	Centro de Escucha Comunitario 321 467 83 23	Municipio de San Vicente del Caguán	Lunes a lunes 7:00 am a 7:00 pm	Whatsapp: 321 467 83 23 Correo: c-escucha@hospitalsanrafael.gov.co Facebook: San Rafael Escucha
	Centro de Escucha Comunitario 316 541 31 08	Municipio de Cartagena del Chairá	Lunes: 07:00 am a 12:00 M Jueves: 02:00 pm a 06:00 pm Viernes: 07:00 am a 12:00 M 02:00 pm a 06:00 pm Sábado: 08:00 am a 12:00 M	Whatsapp: 316 541 31 08
	Centro de Escucha Departamental	16 Municipios del departamento	Todos los días 7:00 am a 7:00 pm	
Cartagena DT	Línea 125	Distrito de Cartagena de Indias		
Casanare	Centro Regulador de Urgencias y Emergencias 3173717451	Todos los municipios del departamento		
	Línea Amiga 3182990629	Municipio de Aguazul		
Cauca	Línea CRUE 8205390- 8205366 3218128623 y 3217005636	Todos los municipios del departamento	Lunes a Domingo Atención las 24 horas	
Cesar	Línea Vital #123 (se marca la tecla #)	Todos los municipios del departamento		FUERA DE SERVICIO TEMPORALMENTE

ANEXO 3. Líneas Telefónicas de Ayuda en Salud Mental 2018 Colombia

Territorio	Nombre de la Línea y # telefónico	Territorio de cobertura	Horario de atención (Días y horas)	Otros Recursos
Cundinamarca	LINEA 123 de Cundinamarca Celular: 3212480377	Todos los municipios del departamento 24 horas		Discado desde cualquier municipio del Departamento es: 123 (celular de cualquier operador o fijo). Para descargar el aplicativo de la Línea 123 de Cundinamarca es: https://play.google.com/store/apps/details?id=com.skp.cundinamarca123&hl=es
Huila	Centro de Escucha 3219073439 y (8) 8702277	Todos los municipios del departamento		
La Guajira	En trámite de instalación e inicio de funcionamiento	Todos los municipios del departamento		
Meta	Línea Amiga 312 575 11 35	Todos los municipios del departamento	Horario de Atención de 9 a.m. a 9 p.m. de Lunes a Domingo.	
Risaralda	Línea amiga "Amate y Vive" Línea 106. (6) 3339610	Todos los municipios del departamento		
Sucre	(5) 2822556 CRUE	Sincelejo		
Valle del Cauca	Línea de ayuda en salud mental 106.	Cali y área metropolitana de Jamundí, Palmira		