



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO

Facultad de Psicología

“ELABORACIÓN DEL PROCESO DE DUELO
MEDIANTE TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL”

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGIA
P R E S E N T A
Romero Roque Miguel Ángel

Director de Tesis: Dr. Samuel Jurado Cárdenas

Revisora: Mtra. Nelly Flores Pineda

México, D. F. Diciembre 2010



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Agradecimientos

A Dios y la Vida que me han dado todo, por brindarme la oportunidad de existir y logra este objetivo tanpreciado.

A mi mamá por ser mi guía y mi fuerza, por tu esfuerzo que representó darme lo que tengo, este logro es tuyo, por tu interés en esta ansiada meta muchas gracias mamá, no me alcanzará la vida para pagarte todo lo que has hecho por mí.

A mi papá porque gracias a él soy lo que soy, no me imagino mi vida de otro modo que Dios te bendiga en donde estés.

A Georgina y Jaime, que me han apoyado, gracias por esas platicas de motivación, por siempre estaré eternamente agradecido con ustedes, son parte importante de mi vida y de este logro.

A Jair y Jared por brindarme sonrisas y travesuras que hicieron más amenas mis tardes de trabajo,

A Yesenia gracias por tu apoyo, comprensión, ayuda y sobre todo tu amor, por brindarme luz en momentos de oscuridad y sonrisas en mementos de tristeza, sin ti esto no hubiera sido posible, lo logramos amor. Te amo.

Dr. Samuel Jurado, por su apoyo, paciencia y por creer en mi y en este proyecto. “Las palabras precisas de un maestro, siempre van a determinar el camino del alumno”, muchas gracias.

A la maestra Nelly Flores, Isabel Moratilla, Angélica Riveros y Jorge Pérez, por su apoyo y colaboración incondicional para llegar a esta meta.

A mis amigos del CCH SUR, Martha, Mario, Kikin, Mariana, Jacqueline, Jorge, Walter, Ismael, Fernando por mencionar algunos, muchas gracias por su amistad y por hacer divertida la escuela.

Erick, Elizabeth, Karla, Wuendo y a todos mis amigos y compañeros de la Facultad gracias por los momentos divertidos que pasamos y que van a vivir por siempre en mi feliz memoria.

A primos y tíos por estar a mi lado en todo momento, gracias por las pláticas de motivación, ayuda y por brindarme su apoyo durante mi formación, muchas gracias.

A todos y cada uno de los profesores que colaboraron en mi formación, gracias por brindarme sus conocimientos y esfuerzos para alcanzar esta meta.

Índice

PÁGINAS

Introducción

Capítulo I Historia del estudio de la Muerte y el Duelo.....	9
I.I Definición del concepto de muerte.....	11
I.I.1 Muerte Médica (Somática).....	12
I.I.2 Muerte Social.....	13
I.I.3 La muerte en nuestra cultura.....	14
I.II Definición del concepto de duelo.....	14
I.II.1 Pérdida.....	15
I.II.2 Duelo y Familia.....	20
I.II.3 Objetivo del Duelo.....	21
I.II.4 Proceso de Duelo.....	22
I.II.5 Elaboración de Duelo.....	23

Capitulo II Modelos Explicativos del Duelo

II.I Teoría Psicodinámica.....	24
II.II Teoría del Apego.....	24
II.III Teoría de los Constructos.....	26
II.IV Teoría Cognitiva.....	26
II.V Teoría del Estrés.....	27
II.VI Perspectiva Funcional-Social.....	28
II.VII Modelo del Proceso Dual.....	28
II.VIII Modelos descriptivos de las Fases del Duelo.....	29

Capitulo III Evaluación, Diagnóstico y Tratamiento del Duelo

III. Evaluación.....	37
----------------------	----

III.I Áreas de evaluación.....	38
III.I.1 Instrumentos de Evaluación.....	39
III.I.2 Entrevista.....	39
III.I.3 Genograma.....	39
III.I.4 Autoinformes.....	40
III.II Instrumentos estandarizados para la evaluación.....	41
II.II.1 Inventario de Experiencias de Duelo (IDE).....	42
II.II.2 Inventario de Duelo Complicado (IDC).....	42
II.II.3 Inventario Texas resumido de Duelo.....	42
III.III Duelo Normal.....	43
III.IV Factores que dificultan la resolución del Duelo.....	48
III.IV.1 Factores Situacionales.....	49
III.IV.2 Factores Personales.....	50
III.IV.3 Factores Interpersonales.....	52
III.V Duelo Complicado o Patológico.....	53
III.VI Factores que ayudan a la resolución adaptativa del Duelo.....	58
III.VII Tratamiento.....	59
III.VIII Tareas para la elaboración del duelo propuestas por Worden.....	62
III.IX Metas del Tratamiento	63

Capitulo IV Terapias más utilizadas

IV.I Teoría Cognitivo-Conductual.....	65
IV.I.1 Reestructuración cognitiva y ensayos conductuales.....	67
IV.I.2 Terapia Racional Emotiva.....	67
IV.II Condicionamiento Clásico y Condicionamiento Operante.....	70
IV.II.1 Autocontrol.....	70
IV.II.2 Resolución de Problemas.....	71
IV.II.3 Exposición repetida y gradual a los estímulos evitados.....	73
IV.III Terapia de Grupo.....	74
Planteamiento del Problema y justificación.....	77

Método.....	79
Participantes.....	79
Escenario.....	80
Instrumentos.....	81
Procedimiento.....	82
Resultados	85
Discusión, limitaciones y alcances.....	98
Bibliografía.....	105
Anexos.....	109

INTRODUCCION

En este trabajo, se abordó la problemática que desencadena la pérdida de un ser querido, a través de la realización de un taller con enfoque Cognitivo Conductual, con el propósito de ayudar a las personas que han perdido a un ser querido,

El presente trabajo, contiene una revisión bibliográfica de conceptos que ayudan a entender el proceso por el que pasa una persona al perder un ser querido, trata de explicar lo que es el duelo y cómo se puede trabajar para su elaboración eficaz. También muestra la revisión de autores, que han aportado para el desarrollo y el estudio del duelo, se describen algunos modelos que se han desarrollado para el tratamiento del duelo; es importante recalcar que estos modelos son de gran utilidad descriptiva, pero no son universales, es decir, no siempre se presentan en orden y siguen una secuencia, finalmente se mencionan algunas técnicas que pueden ser de gran utilidad para la elaboración del duelo.

El saber que algún día, todos vamos a morir, es la única seguridad que tenemos en la vida, ya que no se puede concebir a la vida sin la muerte por que una es inherente a la otra. La muerte es una pérdida irreversible, que puede provocar en los supervivientes una reacción psicológica, que se conoce como duelo. De acuerdo a la literatura el duelo es una reacción normal, tras la pérdida de una ser querido, se espera que con el paso del tiempo el individuo se restablezca psicológicamente, y que retome su vida, con los cambios que dicha perdida ha causado en su entorno (Barreto y Soler, 2005).

En la actualidad se habla mucho del duelo, pero qué es el duelo; esta palabra, proviene del latín *Dulus*: que significa dolor y aflicción, son demostraciones que se hacen para manifestar el sentimiento que se tiene por la muerte de alguien.

A lo largo de la humanidad el duelo y la pérdida en general han jugado un papel primordial, ya que una elaboración inadecuada de ellos puede conducir al ser humano a un sin fin de padecimientos, como la depresión, la angustia, la melancolía, la ansiedad etc.

Todos en algún momento hemos sufrido la pérdida de algún ser querido, esto pueden afectar más que nuestro estado de ánimo, como puede ser nuestro estado psicológico, social y de salud; y llevarnos a una completa desorganización y afectar de manera importante a los aspectos de nuestras vidas.

Desafortunadamente es común que no se busque ayuda para elaborar el duelo que nos causa la pérdida de un ser querido, ya que se considera normal el dolor, el sufrimiento y la tristeza, la persona se acostumbra a vivir con esta carga. Lamentablemente en la mayoría de las ocasiones, no existe el tiempo suficiente para expresar, sentir y elaborar toda esta gama de emociones que preceden a la pérdida del ser querido.

Uno de los principales errores que cometemos a la hora de elaborar un duelo, es la creencia de que al hacerlo vamos a olvidar a nuestro ser querido, esto no es así, el hecho de elaborar el duelo no significa que lo olvidamos, sino que ahora ocupará un nuevo lugar en nuestra vida, tampoco debemos esperar que tras una pérdida nuestro mundo vuelva a ser como era antes, ya que una pérdida implica toda una serie de cambios, debemos aprender a vivir con esto y adaptarnos al nuevo sistema. Tal vez pueda resultar irónico pero tras la pérdida de un ser querido, no todo es malo, podemos aprender mucho de ella y cambiar nuestra visión de la vida.

CAPITULO I

Historia del estudio de la Muerte y el Duelo

En algún momento de la vida todos nos enfrentamos a una pérdida, como lo es la muerte de familiares, amigos e incluso extraños. Las diferentes culturas han abordado de manera peculiar y diferenciada este tema, lo han relacionando con diversas creencias y costumbres; una mirada a la historia nos permitirá entender mejor como ha ido evolucionando este concepto.

Según Aries (1984), en Europa, hasta fines de la Edad Media, se habla del tiempo de los yacentes, quienes eran conscientes de la inevitabilidad de la muerte, en aquellos tiempos no se evitaba sino que se aceptaba como irremediable y esto se debía en gran parte a que se producían encuentros frecuentes con ella, se trataba de un hecho público, en el seno de la familia, de los amigos y los vecinos, él moribundo era el centro de reunión. Esta actitud de sumisión ante la muerte, se manifiesta en la espera natural de la misma, que sucedía al final del proceso ritual en el que el moribundo se despedía de los que le rodeaban, suplicaba perdón por sus ofensas y recibía los últimos sacramentos.

Durante la edad media, la muerte era, un hecho cercano a las comunidades, lo que se manifiesta en la proximidad de los cementerios a las iglesias; ya que en la medida de que ambos son lugares sociales, los fallecidos seguían formando parte de la sociedad.

A partir del siglo XVII, la muerte se volvería salvaje, se alejaría de los vivos para ocultarse definitivamente como hasta en nuestra época, durante los siglos siguientes, dominaría una actitud ambivalente de muerte lejana y próxima. Con la asimilación cartesiana del dualismo, morir supone la separación del alma y el cuerpo; se sabe que se morirá y la meditación sobre la muerte no se centra en las últimas horas sino que persiste durante toda la vida (Aries, 1984).

En torno al enigma de la muerte, gira todo el problema del sentido de la vida humana, para muchos filósofos de la antigüedad, la principal función de la Filosofía es, enseñarnos a morir, ya que aseguran, que aprender a morir es aprender a vivir (Feldman, 2003).

Alfonso Reyes (1996), hace un estudio del pensamiento de los antiguos Filósofos sobre la muerte; así, para Platón morir es abandonar el cuerpo, hay que recordar, que para este filosofo el cuerpo y el alma están formadas de distintas sustancias y por ende se encuentran separadas, cuando una persona muere el cuerpo cambia y el alma permanece. Por su parte Aristóteles rechazó la teoría de la inmortalidad del alma, para él, el alma no puede vivir sin la sustancia material del cuerpo, es decir el alma no trasciende al cuerpo, sino, es inmanente a él, “el hombre no es solamente alma ni solamente cuerpo, sino que es un cuerpo animado por el alma, si el cuerpo muere, el alma deja de animarlo y el hombre deja de existir”.

Es preciso hacer una reseña de lo que significó para nuestros antepasados prehispánicos la muerte, en las diferentes civilizaciones que existieron en mesoamérica, el concepto de muerte tuvo un sentido muy ligado con los dioses y la otra vida.

En la cultura Azteca los cuerpos de los individuos muertos eran incinerados o enterrados, y así la tierra, la gran diosa madre, los recogía en su seno. Para esta civilización era importante la forma en la que moría la persona ya que de ello dependía a qué cielo le tocaba ir, para los aztecas existían 13 cielos. El primer cielo era el *Ilhuicatl Tonatiuh* o Camino del Sol, tenían el privilegio de ir a este lugar, aquellos que morían en combate, los que eran sacrificados, o las mujeres que morían en el primer parto. Los guerreros acompañaban al sol, en su diario recorrido, desde la mañana hasta el medio día, y a los cuatro años, eran convertidos en aves de hermosos plumajes que se dedicaban a chupar flores, por su parte las mujeres acompañaban al sol desde el medio día hasta el atardecer. El segundo cielo era el “*Tlalocan*” un lugar de perenne verano, con

frutos y plantas siempre verdes, nunca secas, era el reino de Tláloc, a este lugar iban los que morían por cualquier causa relacionada con agua. Los que morían de causas naturales tenían que ir al *Mictlán*, que era el nivel inferior de la tierra de los muertos, y los pequeños que morían antes de nacer regresaban al *Chichihuacauhco* (Lugar del árbol amamantador). Para los aztecas la vida y la muerte están siempre presentes, para ellos la muerte es sagrada y existe la vida después de ella (Reyes, 1996).

Aunque no existe algo más inevitable en la vida como la muerte, provoca miedo y genera emociones agobiantes (Feldman, 2003). Vivir la muerte de un ser querido es una de las etapas más traumante, dolorosa y difícil de superar para el ser humano, supone el final de la vida de una persona y el comienzo de un nuevo estado para sus allegados (Barreto y Soler, 2005). No es, sólo un suceso biológico, si no, también psicosocial, ya que puede iniciar o detener, una aflicción, este es un proceso que a menudo persiste entre los supervivientes mucho después de que ha ocurrido el deceso (Corless & Pittman, 2005).

I.I Definición de Muerte

Del latín *mors, mortis*: La muerte está definida como el término de la vida, aunque etimológicamente es la separación del cuerpo y el alma. La humanidad se ha preguntado qué es la muerte y el tema suscita sentimientos muy fuertes y contradictorios, por tal motivo es difícil hablar sobre ella (Aries, 1984).

Como ya se comentó la muerte ha sido un enigma que desde la antigüedad ha fascinado y al mismo tiempo consternado al hombre, existe la creencia casi universal en la vida después de la muerte, en donde uno puede expiar culpas de vidas pasadas. Tener una definición de muerte es muy difícil ya que en cada cultura y a través de la historia como ya lo hemos visto ha ido cambiando; para definir la muerte es necesario tomar en cuenta a varias disciplinas ya que cada una de ellas la define desde perspectivas diferentes.

El concepto de muerte, varía según las diferentes culturas y épocas, por ejemplo en el occidente, la muerte se ha considerado como la separación del alma del cuerpo, la esencia del ser humano es independientemente de las propiedades físicas y debido a que el alma carece de manifestación corpórea, su partida no puede ser vista. En esta creencia se ha determinado el cese de la respiración como el signo de la muerte, estos signos se comentan a continuación.

I.I.1 Muerte Médica (Somática)

La muerte se produce a diversos niveles, por ejemplo la muerte somática es la que se refiere al organismo considerándolo como un todo. Generalmente es precedida por la muerte de los órganos y células, se reconoce por la interrupción del latido cardiaco, la respiración, los movimientos, los reflejos y la actividad cerebral. El momento exacto de la muerte somática es difícil de determinar ya que estados transitorios como el coma, el desvanecimiento y el estupor son estados similares a ella.

Tras la muerte somática, se producen cambios que sirven para determinar el momento y las circunstancias de la muerte, la rigidez cadavérica, que aparece en los músculos esqueléticos y se inicia entre las cinco y diez horas posteriores a la muerte y desaparece después de tres o cuatro días, la lividez cadavérica, la coloración violácea que aparece en algunas partes del cuerpo es el resultado de la acumulación de la sangre. La coagulación de la sangre y la muerte de las células se inician al poco tiempo de la muerte somática. La muerte de los órganos se produce a distintos ritmos, aunque las células cerebrales no pueden sobrevivir más de cinco minutos después de la muerte somática, las del corazón lo hacen alrededor de quince minutos, y las del riñón cerca de treinta (Comité para la Definición de la Muerte 1989).

A continuación se enlistan los criterios de los que se valen los médicos para declarar la Muerte Clínica

- Ausencia de pulso

- Ausencia de latido cardiaco
- Ausencia de movimientos respiratorios
- Inconsciencia
- Falta de movimientos voluntarios y reflejos
- Ausencia de respuesta ante estímulos dolorosos
- Presencia de midriasis
- Cianosis

Una persona está muerta cuando ha sufrido una pérdida total e irreversible de la capacidad para integrar y coordinar todas las funciones del cuerpo – físicas y mentales - en una unidad funcional (Comité para la Definición de la Muerte 1989).

I.1.2 Muerte Social

Es claro que el hombre es un ser social por naturaleza y su existencia no se debe explicar en forma aislada. Su desempeño social se mide por su rol, que le da un estatus y este a su vez le da la fuerza social. Es común escuchar en diferentes zonas que cuando alguien muere; de ser "don fulano de tal..." se convierte en "los restos de..." y es así como una persona cuando se le entierra se considera muerta socialmente.

En los grandes hospitales el número de pacientes provoca inconscientemente la pérdida de identidad y la tan conocida masificación del individuo, este fenómeno ha provocado un rompimiento social que resulta en un desinterés mutuo, y da lugar a lo que se llama "Muerte Social". Es común que suceda la muerte social, antes que la muerte física, causada por la pérdida de derechos de los pacientes que a su vez lleva a perder la propia condición de ser humano.

La muerte social ocurre en el momento en que somos tratados como objetos y no como seres humanos, al margen de lo que acontece socialmente a nuestro

alrededor, pasando por alto el entorno cultural del paciente, los derechos, las necesidades y la individualidad de las personas (Louis, 1990).

I.I.3 La muerte en nuestra cultura

El mexicano nace de la conjunción de dos culturas, la prehispánica y la española, para ambas la muerte es algo más que un simple rito religioso. Entre los mexicanos la muerte tiene un sentido peculiar, puede ser una arraigada tradición que fija las costumbres del pasado indígena y a su vez un escenario donde se mueve y deslizan figuras del recuerdo. Es un hecho que la muerte ha provocado un temor ancestral, así nuestro pueblo, tiene desde su nacimiento, un concepto muy propio y especial sobre ésta, algunas voces han dicho que el mexicano se burla de ella, pero, para nuestra cultura la muerte es algo sagrado y de lo sagrado nadie se burla (Reyes, 1996).

Indudablemente la muerte de un ser querido nos conducirá a un duelo, a continuación se comentarán algunas definiciones de duelo y pérdida.

I.II Definición de duelo

El término *Duelo* es una palabra homónima, recaen sobre ella dos significados, etimológicamente proviene de dos vocablos latinos (Bauab, 2001):

- *Dulus*: del latín, que significa dolor, aflicción. Demostraciones que se hacen para manifestar el sentimiento que se tiene por la muerte de alguien.
- *Duellum*: variante fonética arcaica de *bellum*, que significa batalla, desafío, combate entre dos.

Basándonos en la propiedad homónima de la palabra duelo y de las raíces etimológicas enunciadas previamente, podemos afirmar que el duelo es dolor psíquico que puede llegar a encarnarse, como es en el caso de algunas enfermedades psicosomáticas, pero también es un desafío a la estructura

subjetiva para recomponer su universo simbólico, luego de la pérdida del objeto amado (Bauab, 2001).

Para la APA (American Psychiatric Association) (2003) el duelo es un acontecimiento que causa un estrés especialmente intenso y suele ir acompañado de signos y síntomas característicos del trastorno depresivo mayor. Los datos indican que aproximadamente una cuarta parte de los individuos que sufren duelo presentan los criterios para el diagnóstico de un trastorno depresivo mayor a los 2 meses, y de nuevo a los 7 meses, y que muchas de estas personas lo siguen presentando a los 13 meses. La mayoría de los pacientes con síntomas más duraderos de trastorno depresivo mayor son jóvenes y presentan antecedentes de episodios anteriores de dicho trastorno.

En nuestra cultura duelo es un término que suele referirse al conjunto de procesos psicológicos y psicosociales que sigue a la pérdida de una persona. Habitualmente se considera a los fenómenos conductuales y mentales que acompañan y siguen a la pérdida de una persona amada como modelo para la comprensión del duelo y sus procesos. El término duelo está relacionado con el dolor, el sufrimiento y con un desafío para toda la organización de la personalidad, el duelo es la reacción frente a la pérdida de una persona amada o de una abstracción que haga sus veces (Tizón, 2004).

I.II.1 Pérdida

Pérdida: del latín, *perdita*, participio del verbo *perder*, a su vez derivada de *dare* (dar). Según el Diccionario de la Real Academia significa <<1) Carencia o privación de lo que se poseía. 2) Daño o menoscabo que se recibe en una cosa. 3) Cantidad o cosa perdida>> La pérdida es de algo que previamente fue dado (Tizón, 2004).

Todos los humanos sufren en mayor o menor medida el duelo por una pérdida, en cualquier sociedad del mundo se produce un intento casi universal por

recuperar el objeto perdido; a cada paso que damos vamos experimentando diversos cambios que pueden resultar en una pérdida. Una pérdida está definida como una carencia, o privación de lo que se tenía. Buendía (2001), propone las siguientes categorías de la pérdida:

- a) Pérdida material: se asocia con la pérdida de objetos o ambientes físicos.
- b) Pérdida de relaciones: involucra el final o cambio de las oportunidades de relacionarse con otro ser humano.
- c) Pérdida de salud: se refiere a perder una parte del funcionamiento muscular o neurológico del cuerpo, la pérdida de un miembro, cirugías, etc.
- d) Pérdida de roles o funciones: perder el lugar acostumbrado dentro de la familia o la red social.
- e) Pérdida sistemática: es el resultado de cambios en sistemas (social, político, etc.)

La pérdida se identifica como una experiencia negativa, desagradable, ya que despierta sentimientos de dolor, ansiedad y tristeza (Buendía, 2001).

Partiendo de la concepción del duelo como un proceso activo, algunos terapeutas del duelo como William Worden (2002) propuso cuatro tareas que los dolientes deben realizar para asimilar y superar sus pérdidas, es importante señalar que estas tareas no requieren seguir un orden predeterminado.

1. Reconocer la realidad de la pérdida: Aunque esta tarea puede parecer obvia, el desafío que plantea puede ser difícil de superar. Cuando alguien muere, incluso si la muerte es esperada, siempre hay cierta sensación de que no es verdad, la aceptación de la realidad de la pérdida es asumir que el reencuentro es imposible. La conducta de búsqueda se relaciona

directamente con el cumplimiento de esta tarea, algunas personas no acepta que la muerte es real y se queda bloqueados en la primera tarea. La negación es el principal mecanismo de afrontamiento en esta tarea.

2. Revisar nuestro mundo de significados: La experiencia de una pérdida importante no sólo nos roba nuestras posesiones, nuestras capacidades o nuestros seres queridos, sino que también suele mermar nuestras creencias y presuposiciones. Las profundas revisiones que exige la invalidación de nuestro mundo de creencias puede tener amplias consecuencias sobre nuestras conductas, compromisos y valores, suelen absorber un tiempo y un esfuerzo considerables y prolongarse largo tiempo después de haber logrado asimilar la propia realidad de la pérdida.
3. Reconstruir la relación con lo que se ha perdido: Especialmente en los casos de muertes de seres queridos o de rupturas amorosas, los individuos afectados pueden sentirse obligados a <<olvidar>> a la persona que han perdido, partiendo de la idea de que deben <<seguir adelante sin mirar atrás>>. Las primeras teorías sobre el duelo enfatizan la necesidad de retirar la energía emocional, que se dedicaba a una relación con la persona desaparecida para poder reinvertirla en otras relaciones. Sin embargo las investigaciones contemporáneas han mostrado que la muerte transforma las relaciones, en lugar de ponerles fin, no parece necesario distanciarse de los recuerdos del ser querido, pero debemos transformar la relación basada en la presencia física en otra basada en una conexión simbólica, este vínculo que mantenemos con el recuerdo del otro puede reafirmarse a través de un preciado objeto de vinculación.
4. Reinventarnos a nosotros mismos: En un sentido casi literal, una parte de nosotros muere cada vez que perdemos a un ser querido, somos seres sociales que construimos nuestras identidades alrededor de las personas más importantes en nuestras vidas como son: padres, parejas, hermanos, amigos, hijos, etc. y por ello la pérdida de estas personas generan un vacío

en nosotros. Nos guste o no, nunca volveremos a ser <<nuestro antiguo yo>> después de una pérdida importante, aunque con mucho esfuerzo podemos construir una identidad que encaje con nuestro nuevo rol, al mismo tiempo que establecemos una comunidad con el anterior. La necesidad de reinventarnos también está relacionada con la revisión de nuestro mundo de presuposiciones, a medida que vamos aprendiendo las lecciones de la pérdida, podemos afrontar nuestra vida con otras prioridades, con un criterio más claro respecto a lo que es importante y lo que merece que le dediquemos nuestra atención.

El revisar la filosofía que orienta nuestra vida, puede abrir posibilidades que antes parecían cerradas, desarrollando habilidades e intereses que habían permanecido dormidos en nuestro interior o cultivando relaciones que habíamos abandonado, en este sentido, aunque la pérdida puede ser dañina, también puede orientar nuestra renovación.

Las pérdidas hacen referencia a la privación, el fracaso, la disminución, la destrucción de algún objeto o ser querido; Neimeyer (2007) propone diez pasos prácticos para afrontarlas. Algunas de estas estrategias pueden ponerse en práctica cuando se anticipa una pérdida, mientras que otras sólo pueden seguirse cuando ya se presentó. En cualquier caso esta situación es una experiencia muy personal que no plantea un único camino a seguir; las sugerencias son las siguientes:

1. Tomarse en serio las pequeñas pérdidas: Dedicando tiempo a mostrar que nos preocupamos por un amigo que se muda lejos; vivir la tristeza que sentimos cuando dejamos una casa; con estas actividades nos damos la oportunidad de “ensayar” nuestra adaptación a las pérdidas importantes que vendrán en el futuro. De un modo parecido, podemos utilizar la muerte de una mascota como una oportunidad para aprender e instruyendo a los niños sobre el significado de la muerte y su lugar en la vida, preparándolos para futuras pérdidas.

2. Tomarse tiempo para sentir: Aunque las pérdidas más importantes plantean toda una serie de exigencias prácticas que hacen que sea difícil <<enfrascarnos>> en nuestras reflexiones privadas, debemos encontrar algunos momentos de tranquilidad para estar solos y sin distracciones. Escribir en privado sobre nuestras experiencias y reflexiones en momentos de cambio pueden ser una forma de mejorar nuestras sensaciones de alivio y comprensión.
3. Encontrar formas sanas de descargar el estrés: Debemos buscar formas constructivas de dominar el estrés, ya sea a través de la actividad, el ejercicio, el entrenamiento en relajación o la oración.
4. Dar sentido a la pérdida: En lugar de quitarnos de la cabeza cualquier pensamiento sobre la pérdida, es mejor que nos permitamos obsesionarnos con ella. Intentando desterrar las imágenes dolorosas sólo conseguimos darles más poder. A medida que vamos elaborando una historia coherente de nuestra experiencia, vamos logrando una mayor perspectiva.
5. Confiar en alguien: Las cargas compartidas son menos pesadas, debemos encontrar personas, que pueden ser familiares, amigos, religiosos o terapeutas, a las que podamos explicarles lo que estamos pasando sin que nos interrumpen. Lo mejor es aceptar los gestos de apoyo y los oídos dispuestos a escuchar, sabiendo que llegará un momento en que tendremos que devolver el favor.
6. Dejar a un lado la necesidad de controlar a los demás: Las otras personas afectadas por la pérdida tienen su propia manera de elaborarla y siguen su ritmo; no debemos obligarlas a adaptarse al camino que nosotros seguimos para elaborar nuestro dolor.
7. Reutilizar la pérdida de un modo que tenga sentido para nosotros: Si el funeral que se ha celebrado por el fallecido de nuestro ser querido no nos

ha satisfecho, podemos preparar un acto que satisfaga nuestras necesidades. Hay maneras creativas de honrar las pérdidas no tradicionales que encajan con nosotros y con las transiciones que atravesamos.

8. No resistir al cambio: Las pérdidas de personas y roles que ocupan un papel central en nuestras vidas nos transforman para siempre, lo mejor es abrazar estos cambios, con la experiencia de la pérdida debemos esforzarnos por crecer, al mismo tiempo que reconocemos los aspectos en los que nos ha empobrecido.
9. Cosechar el fruto de la pérdida: La pérdida hace que revisemos nuestras prioridades vitales y podemos buscar oportunidades para aplicar lo que nos enseña a proyectos y relaciones futuras, debemos dejar que nuestras reflexiones encuentren una forma de expresión en acciones adecuadas.
10. Centrarse en las propias convicciones: Podemos utilizar la pérdida como una oportunidad para revisar y renovar las creencias religiosas y filosóficas que ya dábamos por supuestas, buscando una espiritualidad más profunda y templada.

El dolor por la pérdida de algo o alguien que amamos, es una parte natural del viaje de la vida, puede poner en tela de juicio nuestras creencias y forma en que vemos el mundo, haciéndonos sentir confundidos e inseguros, sin saber como avanzar en un territorio desconocido que nos ha dejado la pérdida (Neimeyer, 2007). Una pérdida de un ser querido también puede afectar el funcionamiento de todo un sistema, como lo es la familia.

I.II.2 Duelo y Familia

La pérdida de un miembro de la familia exige una reorganización del sistema familiar, para adaptarse a la nueva situación. Por ejemplo la pérdida de un hijo es difícilmente elaborable ya que mueren a la vez las expectativas y proyección en el futuro de los padres, además de todo lo que implica la pérdida misma de

un ser querido. Ante la pérdida de un hijo es importante ayudar a elaborar el duelo a los hermanos y no desatender sus necesidades. Aunque no es recomendable, es frecuente que los padres tengan otro hijo para cubrir el vacío dejado por el muerto, esto puede ayudar a los padres pero puede originar problemas en el nuevo hijo si es un sustituto del muerto y no puede desarrollar su propia identidad (Espina, Gago y Pérez, 1993).

En lo que se refiere a la muerte de un progenitor se debe tener en cuenta el grado de desarrollo de los hijos y su capacidad para comprenderla, no hay que excluir a los niños de la experiencia de la pérdida y hay que procurar que algún familiar cumpla el rol que desempeñaba el difunto (Espina, Gago y Pérez, 1993). Estos autores describen 4 tareas que la familia debe llevar a cabo ante la pérdida de uno de sus miembros:

1. Reconocimiento compartido de la realidad de la muerte: Se favorece con los funerales, el entierro y visitas a la tumba por parte de todos los miembros de la familia, incluyendo niños.
2. Experiencia compartida del dolor y pena: Se debe permitir expresar libremente, los sentimientos provocados por la pérdida.
3. Reorganización del sistema: Asumiendo las funciones y/o el rol del difunto.
4. Establecimiento de nuevas relaciones y metas en la vida: Esto se puede ver afectado por un sentimiento de lealtad al muerto, así como por el temor a nuevas pérdidas, entre otros factores.

I.II.3 Objetivo del Duelo

El objetivo del Duelo es un proceso de adaptación que conlleva mucho dolor y sufrimiento pero que abre la posibilidad subjetiva de reanudar vínculos, tiende a

la aceptación de la pérdida y a una readaptación del individuo a una realidad que ya no incluye al ser amado (Tizón, 2004).

El enfrentamiento con la pérdida da lugar a muchos cambios en la persona, surgen nuevas interrogantes así como una visión diferente de la vida, donde se plantean nuevas expectativas y prioridades, en muchas ocasiones es necesario realizar una reestructuración de la vida en el tiempo presente, una nueva comunicación con los seres queridos e incorporar el aprendizaje de las experiencias pasadas. Tras el cambio y el crecimiento que puede suponer una experiencia de duelo la persona no retorna al punto de partida siendo la misma de antes; es posible que sea mejor, pero nunca igual. El duelo implica no sólo un proceso de reaprender el mundo externo desorganizado y cambiado, sino también el de reaprender y reconocernos a sí mismo (Duran, 2009).

I.II.4 Proceso de Duelo

Proceso de *Duelo* se le denomina al conjunto de cambios Psicológicos, fundamentalmente emocionales, por los que se elabora internamente la pérdida, es un conjunto de emociones, representaciones mentales y conductas vinculadas con la pérdida afectiva, la frustración o el dolor, de ahí el término proceso de duelo, para hacer hincapié en que se trata de un complejo diacrónico no sólo de emociones, sino también de cambios de cogniciones, de comportamientos, de relaciones. etc. (Tizón, 2004). Según la literatura existen tres componentes estrechamente interrelacionados que conforman el proceso de *Duelo*: pérdida, aflicción y resolución (Corless y Pittman, 2005).

El proceso de duelo tiene una importancia para la estructura de la personalidad y para la salud mental del individuo, según el punto de vista de la psicología y el psicoanálisis, basado en la relación, los procesos de duelo, pueden dar lugar o no, a conductas expresivas de tal situación (Tizón 1988, 1995). Así, ante la pérdida de, por ejemplo, un ser querido, hay quien la exterioriza en el luto y los rituales sociales correspondientes. Pero también hay personas (y culturas) que tienden a no exteriorizar en comportamientos el sufrimiento interno por la

pérdida, el sujeto doliente afligido se encierra en sí mismo y elabora casi sin ayuda aparente toda una serie de sentimientos y emociones que acompañan a la pérdida (Tizón, 2004).

I.II.5 Elaboración del Duelo

Se entiende por elaboración del duelo, a la serie de procesos psicológicos, que se presentan después de la pérdida de un ser querido o de algún objeto; comenzando con el impacto afectivo y cognitivo de la pérdida, termina con la aceptación de la nueva realidad interna y externa del sujeto. Ello supone a la larga la superación de la tristeza y la posible ambivalencia hacia lo perdido, la reorientación de la actividad mental y la recomposición del mundo interno, (cogniciones y sentimientos). Para Fonegra (1999), “hacer un duelo”, es el término que mejor describe a la tarea que se emprende luego de la pérdida, puesto que, otorga al doliente un papel activo y responsable en su proceso; el duelo concebido como un proceso activo ofrece al doliente cientos de opciones que puede elegir o destacar. En muchas ocasiones elaborar el duelo resulta muy complicado, ya que las personas consideran que el evitar hablar del tema reducirá el dolor que les produce su pérdida, esto complica el proceso, ya que el duelo implica enfrentar y experimentar la pérdida junto con todas las emociones que esta conlleva.

Los resultados de la elaboración del duelo no tienen por qué ser negativos para el doliente. Para el deudo una elaboración adecuada del duelo posee una serie de indicadores y puede dar lugar a un crecimiento personal, individual y psicosocial, mientras que una inadecuada elaboración dará lugar a problemas para el desarrollo personal a nivel psicológico, biológico y social (Tizón, 2004).

Capítulo II

Modelos Explicativos del Duelo

En el intento de explicar en qué consiste el duelo y qué lo convertirá en complicado o patológico, se han elaborado modelos desde diferentes perspectivas teóricas. El impacto del duelo sobre un individuo no es trivial ni está limitado, a efectos sobre el bienestar emocional o el funcionamiento social (Barreto y Soler, 2005).

II.I Teoría Psicodinámica,

Según esta visión el duelo nunca ocurre por primera vez, es siempre una repetición, al menos por la separación inevitable con respecto a la madre, con respecto al útero materno, a la familia, de ahí que cada que nos enfrentamos a una pérdida se reviven en nosotros a nivel total, psicofísico, biopsicosocial, las experiencias anteriores de satisfacción, pérdida, contención y consolación (Tizón, 2004).

El duelo se entiende como la retirada de la libido invertida en el objeto perdido para su posterior reinversión en otro objeto de una forma saludable. Se considera un proceso normal y predecible que tiende a evolucionar favorablemente en circunstancias normales no siendo necesaria, en esos casos, la intervención terapéutica. Cuando este proceso no ocurre, los sentimientos negativos respecto al fallecido o a la pérdida se manifiesta en forma de autorreproches o culpabilidad (Barreto y Soler, 2005).

II.II Teoría del Apego

La teoría del Apego de John Bowlby (1993), nos brinda una forma de conceptualizar, la tendencia natural de los seres humanos a establecer lazos emocionales significativos con otras personas y una manera de entender las fuertes reacciones emocionales que se producen cuando dichos lazos se ven amenazados o perdidos.

Según Bowlby (1993) la conducta de apego se entiende como cualquier forma de comportamiento, que hace, que una persona alcance o conserve proximidad con respecto a otro individuo diferenciado y preferido. En el curso sano del desarrollo, esta conducta lleva al establecimiento de vínculos afectivos o apegos. La conducta de apego, está modificada por sistemas que a comienzos del desarrollo se van corrigiendo.

Muchas de las emociones más intensas surgen mientras las relaciones de apego se forman, se mantienen, se desorganizan y se renuevan. La amenaza de pérdida despierta ansiedad y la pérdida real da origen a la pesadumbre, y al mismo tiempo, cada una de estas situaciones tiende a despertar cólera. El mantenimiento inalterado de un vínculo se experimenta como una fuente de seguridad y la renovación de un vínculo como una fuente de dicha (Bowlby, 1980 y 1993)

Según Bowlby 1980, la meta de la conducta de apego, es mantener un vínculo afectivo, cualquier situación que parezca ponerlo en peligro provoca una acción destinada a preservarlo, y cuanto mayor es el peligro de sufrir una pérdida, más intensas y variadas son las acciones destinadas a impedirlo. En estas circunstancias se activan las formas más eficaces de conducta de apego, como el aferramiento, el llanto y a veces un enfado coactivo, cuando dichas acciones resultan eficaces, se restablece el vínculo, las acciones cesan y se alivian los estados de estrés y malestar. Sin embargo cuando el esfuerzo por reestablecer el vínculo no tiene éxito, tarde o temprano se debilita, aunque por lo general no cesa, algunas pruebas muestran que a intervalos, cada vez más prolongados, se renueva el esfuerzo por reestablecer el vínculo, el estado del organismo es entonces de estrés crónico y se experimenta como un estado de aflicción crónica.

En conclusión el proceso del duelo puede seguir un camino que con el correr del tiempo lleva a un restablecimiento más o menos completo de la función, esto es, una renovación de la capacidad para establecer y mantener relaciones

amorosas, o bien seguir un curso que implica un mayor o menor menoscabo de estas funciones (Bowlby, 1980).

II.III Teoría de los Constructos

Según esta postura la pérdida de un ser querido causa una ruptura de los constructos personales acerca del mundo, del fallecido y de la relación con él, exigiendo el desarrollo de un nuevo esquema acorde a las circunstancias vitales. Es necesario deshacerse de las concepciones previas para establecer una nueva perspectiva de uno mismo aunque resulte difícil ya que este proceso genera afectos muy intensos y por lo general negativos (Barreto y Soler, 2005).

Ante la disolución de constructos personales, Woodfield y Viney (1984) diferencian dos modos de actuación. El primero de ellos, es: *la asimilación*, que intenta mantener el sistema de constructos intacto negando la existencia de los acontecimientos, incongruentes y exigiendo a los demás el acuerdo con ellos, sus manifestaciones características son la negación, la hostilidad y la idealización del objeto perdido o de la relación (Patológico). El segundo modo de actuación es: *la adaptación*, cambia el sistema de constructos personales ajustándolo a la realidad presente mediante un proceso activo y gradual, ésta sería la forma sana de reaccionar ante una pérdida.

II.IV Teoría Cognitiva

Considera que los sujetos construyen su realidad y sus significados idiosincrásicos en relación con los acontecimientos de sus vidas. Los pensamientos son los responsables de la emoción y de la conducta humana, de forma que los problemas emocionales surgen fundamentalmente cuando se hacen interpretaciones erróneas de la realidad. Tras la muerte de una persona significativa es frecuente que aparezcan pensamientos absolutistas como “el mundo es malo”, “no tengo control sobre mi vida” o no puedo vivir sin él o ella. Este modelo señala que el ajuste al *duelo* se producirá como una reconstrucción del significado de la pérdida o de las concepciones previamente mantenidas, a su vez, subrayan tres supuestos básicos:

1. El mundo es un lugar benevolente
2. El mundo tiene sentido
3. El ser es digno.

Las experiencias negativas extremas producen una gran desilusión y la recuperación ideal consistirá en un proceso de reconstrucción mediante el cual el superviviente vuelva a percibir el mundo y a sí mismo en términos positivos pero que, a la vez, incorpore el trauma o la pérdida en su mundo nuevo de asunciones.

Esta teoría puede ayudar a desarrollar pensamientos más equilibrados mediante un análisis detenido de la evidencia a favor y en contra de la interpretación errónea y la posterior búsqueda de una explicación alternativa (Barreto y Soler, 2005).

II.V Teoría del Estrés

El duelo se considera un estresor y se subraya la importancia de los recursos personales para hacer frente al mismo. Se da relevancia a las consecuencias físicas derivadas del debilitamiento del sistema inmunológico, en este sentido la pérdida provoca en el sujeto un estado de indefensión, en el que los recursos no tienen éxito a la hora de manejar el problema. Es importante destacar que gran cantidad de estudios han demostrado que el *estrés* producido por el duelo altera la respuesta inmunológica (entre otras, la función de los linfocitos T y B, los granulocitos, los macrófagos y las células "natural Killer"), asimismo, el funcionamiento neuroendocrino se ve alterado. Todo ello afecta al estado de salud del superviviente (Corless & Pittman 2005).

El estrés percibido dependerá del autoconcepto y del afrontamiento que se haga de la pérdida pudiendo ocasionar trastornos afectivos y del sueño que a su vez producirán respuestas a nivel autonómico, neuroendocrino e inmunológico que pueden facilitar el comienzo o progresión de una enfermedad (Barreo y Soler, 2005)

II.VI *Perspectiva Funcional-Social*

Bonanno y Keltner (1997), consideran que las emociones juegan un papel general en el mantenimiento de las relaciones sociales y el ajuste a los acontecimientos vitales importantes. En el duelo se produce un amplio rango de emociones negativas (por ejemplo: tristeza, rabia, menosprecio, hostilidad, miedo y culpa) y también positivas (tales como: satisfacción por el deber cumplido y orgullo). Está asociado a una evaluación profunda de la pérdida como algo irreversible que lo abarca todo y envuelve a la persona. Ésta siente como si hubiera desaparecido una parte de sí misma al tiempo que su comprensión del mundo y del futuro se ve influida por la pérdida. Esta perspectiva en contraposición a las consideraciones tradicionales que basan la recuperación del duelo en el análisis y la expresión de las emociones negativas, sugiere que la resolución adecuada se producirá con mayor probabilidad cuando se instiguen y aumenten las emociones positivas y se regulen o se minimicen las negativas. Desde esta perspectiva las emociones negativas intensas producen claramente dificultades en la resolución del duelo y la expresión adecuada de emociones positivas como, la sonrisa y la risa favorecen las relaciones interpersonales y, por tanto, el soporte social y con ello una mejor adaptación a la pérdida y sus consecuencias.

II.VII *Modelo del proceso dual*

Stroebe y Schut (1999) consideran, que la habituación a la pérdida es fluctuante y dinámica, siendo necesaria una continua oscilación entre dos formas diferenciadas de funcionamiento. En el proceso “orientado a la pérdida”, el doliente realiza un intenso trabajo en relación con el duelo experimentado, explora y expresa sus sentimientos en un intento de entender el sentido que tiene en su vida. En otros momentos, en el proceso de “orientado a la reconstrucción”, el superviviente se centra en los múltiples ajustes externos requeridos a partir de la pérdida y se concentra en las responsabilidades domésticas y laborales, en el establecimiento y mantenimiento de relaciones y todo aquello que favorece la reorganización. Este modelo admite que cierto grado de evitación de la realidad puede ser útil y normal a lo largo de todo el

proceso de adaptación y considera la oscilación entre el afecto positivo y negativo.

II.VIII Modelos descriptivos de las Fases del Duelo

La literatura ha intentado describir el proceso de duelo mediante fases sucesivas en su resolución, lo cual resulta extremadamente útil a nivel descriptivo, como base para la intervención terapéutica y para la evaluación de la misma. Pero esto no debe confundirnos y creer que todas las personas que han perdido a un ser querido pasarán por todas ellas siguiendo un orden determinado, una duración específica o que son etapas obligatorias y únicas.

Los datos disponibles sugieren una variabilidad considerable en las emociones experimentadas por los dolientes, en la intensidad, en la secuencia y sobre todo en el tiempo de duración. A pesar de ello, existe una creencia muy arraigada en los profesionales, de que tales fases existen y son usadas frecuentemente como un criterio a través del cual se evalúan los progresos y la efectividad de las intervenciones terapéuticas

Para Bowlby (1993) los individuos que pierden a un familiar cercano pueden responder en una sucesión de cuatro fases, que continuación se describen. Los límites entre dichas fases no son tan nítidos como quisiéramos, ya que pueden oscilar entre fases y pueden presentarse en diferente orden, es decir sin seguir una secuencia predeterminada.

1. Fase de Embotamiento de la sensibilidad: Por lo general dura desde algunas horas hasta unas semanas y puede estar interrumpida por episodios de aflicción y/o cólera sumamente intensas. La reacción inmediata a la pérdida de un ser querido varía de una persona a otra y también de un momento a otro, la mayoría se siente aturcido, incapaz de aceptar la realidad, las expresiones como: “simplemente no puedo aceptarlo”, “no lo puedo creer”, “esto es un sueño”, se vuelven comunes en esta fase.

2. Fase de Anhelo: (Búsqueda de la figura pérdida) puede durar algunos meses; en ocasiones hasta años. Al cabo de horas o quizá, pocos días después de la pérdida, se produce un cambio y el individuo comienza a percibir, aunque sólo sea en forma episódica, la realidad de la pérdida, lo cual le produce una sensación de intenso anhelo, espasmos de congoja y accesos de llanto. Otra característica de esta segunda fase es la cólera y la ira, que son dirigidos hacia aquellos a quienes se consideran responsables de la pérdida (incluyendo al fallecido), y también por la frustración que surge durante esta búsqueda inútil, por recuperar el objeto perdido. Los estallidos súbitos de cólera son bastante comunes poco después de una pérdida, sobre todo cuando son repentinas y/o experimentadas como injustamente tempranas, hay que advertir que esto no implica un pronóstico adverso.

3. Fase de Desorganización y Desesperanza: Resulta casi inevitable que quién ha sufrido una pérdida sienta, en algunos momentos, que nada podrá salvarse y, como resultado, caiga en depresión y en la apatía. Entre la fase 2 y 3, se puede pronosticar un curso desfavorable en la resolución del duelo.

4. Fase de mayor o menor grado de Reorganización: Para que el duelo tenga un resultado favorable, parece necesario tolerar la acometida emocional de la pérdida; el paso final de este proceso se da con la redefinición de sí mismo y de la situación, una vez que se da esto, la persona reconoce que es necesario hacer un intento por desempeñar papeles nuevos y adquirir nuevas habilidades; cuanto más éxito tenga el individuo en el desempeño de estos nuevos roles y la adquisición de nuevas habilidades, más confianza e independencia comienza a sentir.

Por su parte Engel (1961), plantea el duelo como un proceso curativo con seis fases pudiendo verse interrumpido por una intervención errónea, las malas condiciones o la carencia de recursos personales. Las fases son las siguientes:

1. Conmoción e incredulidad: Éstas protegen de los efectos de la situación estresante y desbordante al bloquear el reconocimiento de la pérdida y los sentimientos dolorosos.
2. Desarrollo de la Conciencia: Se toma conciencia de la realidad de la muerte y la angustia de la pérdida, acompañada de llanto y sentimiento de desamparo, también puede aparecer enfado, culpa y conducta destructiva. El llanto puede entenderse como una forma de comunicarse para solicitar ayuda.
3. Restitución: Se inicia el proceso de recuperación mediante los ritos fúnebres. Estos proporcionan apoyo social, favorecen la expresión de emociones y ayudan a tomar conciencia de la pérdida.
4. Resolución de la Pérdida: Se intenta afrontar el vacío dejado por el ser querido y el pensamiento se caracteriza por estar ocupado, casi en exclusividad, con el fallecido.
5. Idealización: Se reprimen los sentimientos hostiles y negativos hacia el difunto y se hace una imagen prácticamente libre de características indeseables. Esto produce un incremento de la culpa.
6. Resolución: Se recuerda de forma realista y cómoda lo positivo y lo negativo de la relación perdida.

Por otro lado Kübler (1975, 1985) nombró cinco fases en el proceso de duelo que consisten en:

1. Negación y Aislamiento: “no puede ser”; Se trata de una reacción primitiva que se da en la mayoría de las personas, tiene efecto amortiguador y le permite calmarse, recobrase del impacto de la noticia y movilizar con el tiempo otras defensas menos radicales. En este sentido puede ser benéfica

para proteger a la persona de una inercia y del dolor incapacitantes, hasta que llegue el momento apropiado para abordar el problema. La negación es el rechazo de una parte o de todo el significado del evento con el propósito de minimizar el temor y la ansiedad, intentando contrarrestar así, el severo impacto de la noticia. El shock, es una forma de negación que se manifiesta en diversos desordenes como extrañeza, impotencia, incredulidad y despersonalización, de los cuales se va recuperando paulatinamente.

La persona que ha sufrido una pérdida lo niega todo; “si ayer lo vi”; no puede aceptar la muerte, el doliente se aísla, le molesta la gente, el tener que conversar. La negación debe ser corta. Para apoyar al doliente en esta fase lo primero es conocer cuáles son sus necesidades y percatarse de sus fuerzas y debilidades, estando alerta a manifestaciones directas o indirectas que indiquen cuán dispuesto está a enfrentar la realidad.

2. Ira o Rabia: al no poder mantener por mucho tiempo la negación sobreviene la ira, la rabia, el rencor, el enojo, la hostilidad, la envidia y el resentimiento; que se desplazan y se proyectan contra Dios, el destino, los médicos, los familiares y en ocasiones contra el mismo muerto, “porque te fuiste y me dejaste solo”, en general contra quienes rodean al doliente, casi al azar. Las agresiones no deben tomarse como algo personal, ya que sus razones generalmente tienen poco o nada que ver con aquellos que son objeto de los ataques, la ira puede ser una reacción difusa o en conductas abiertamente agresivas, necesita ser escuchada y compartida, no evitada, ya que la ira reprimida puede llevar al aislamiento, la desesperación, la impotencia y la depresión. Por otro lado el coraje puede ser positivo si es permitido y comprendido, pues es una fuente de energía e impulso para sobrevivir.

En el tratamiento del duelo la tolerancia juega un papel muy importante, es necesario aprender a escuchar y aceptar el coraje del paciente y

comprender que es un desahogo que le puede llevar a la aceptación, para permitirle que se desahogue no es necesario responderle, quizá lo mejor es quedarse tranquilo, escuchar y nunca entrar en discusión o defender a quien es el blanco de su ira (Godínez, 1994).

3. Pacto o Negociación: Es una etapa corta en la que el doliente negocia, pacta o promete con él mismo o con un ser superior, (si me porto bien, si rezo, si cumplo con mis obligaciones) a cambio de lo que desea que se le cumpla, es una búsqueda para liberarse de culpas. Antes exigía, ahora pide de favor, amablemente, las demandas se sustituyen por arreglos. Como ya se mencionó las promesas pueden relacionarse o asociarse con culpabilidad no expresada, por eso la importancia de averiguar si el doliente se siente culpable de algo, o si hay algunos deseos más hostiles y profundos.
4. Depresión: Cuando el doliente no puede seguir negando, ya no sonríe; su insensibilidad y coraje pronto se sustituyen por un gran sentido de pérdida y de queja, por todo lo que ya ha perdido y lo que perderá; la depresión es una reacción normal, por la amenaza o por la pérdida fantaseada del objeto amado. Se vive una profunda tristeza, que es la manifestación propia del duelo, esta es la etapa de mayor duración, se expresa más libremente el dolor por la pérdida. Los trastornos en la depresión pueden ser: Afectivos (indiferencia, pena, inseguridad, pesimismo, miedo, ansiedad, irritabilidad, culpa; etc.), intelectuales conductuales y somáticos; la depresión afecta el sistema inmunológico, tornando al afectado susceptible a enfermedades (Kübler 1975; Godínez, 1994; Durán, 2009).

Según Elizabeth Kübler Ross (1975, 1985) esta fase puede dividirse en dos partes: 1) *Depresión reactiva*: en esta se puede apoyar, animar y darles seguridad a los pacientes, dado que hay preocupación y tristeza por asuntos inconclusos. Y 2) *Depresión Preparatoria*: Esta no es el dolor por la pérdida consumada, sino por pérdidas inminentes y próximas, es una

reacción que generalmente va acompañada de culpa, vergüenza y remordimientos por los errores y fracasos o por no haber sido bueno; es una emoción que generalmente se da en silencio, a diferencia de la depresión reactiva.

5. Aceptación: La aceptación se da cuando las emociones se han reestablecido, en pocas palabras es la certeza de que la muerte no existe, que es sólo un cambio de presencia. Se sabe que no hay marcha atrás de lo acontecido, y se da a la labor de redefinir, aprender o modificar roles y habilidades para adaptarse a su nueva situación (Godínez, 1994) (Duran, 2009).

Este estado de aceptación se podrá describir a través de la apariencia física, el estado emocional, los patrones de comportamiento, la aceptación intelectual y psicológica y la reorganización práctica. Aceptar no significa olvidar la pérdida, sino encontrar un lugar adecuado y ser capaces de seguir viviendo; incorporar la nueva situación sin estar tan abrumados como para estancarse; esta aceptación también se refiere a la capacidad de encontrar un sentido a la situación que se vive y a la vida, asumiendo además la elección de una actitud personal ante ellas (Godínez, 1994).

Para Neimeyer (2007), la respuesta humana ante la pérdida la describe a través de tres etapas, ya que para él los afectados parecen compartir ciertas reacciones, sentimientos y procesos de curación, sin embargo reconoce que hay una variabilidad que depende de cada persona, de su forma de afrontar la adversidad y de la naturaleza de la relación que mantenía con la persona desaparecida. Las etapas que menciona esta autor son las siguientes:

1. Evitación: Al enfrentarse a la dureza de la noticia de una muerte, el afectado puede reaccionar con un ¡no es posible!, ¡no es verdad!; la realidad de la pérdida puede ser difícil de asimilar y el doliente puede sentirse conmocionado, aturdido, preso del pánico o confundido en un primer

momento. Cuando las circunstancias que rodean la muerte son confusas, como en accidentes aéreos, catástrofes naturales, en donde no se puede reconocer (o no se localiza) el cuerpo, los supervivientes suelen aferrarse a la esperanza de que su ser querido haya sobrevivido. Incluso cuando la muerte se reconoce desde el inicio, el doliente puede seguir comportándose como si el fallecido aún estuviera vivo. Físicamente una persona que se encuentra en esta fase de evitación, puede tener sensaciones de aturdimiento o irrealidad, oír las voces de los demás como si estuvieran lejos y sentirse distanciado o separado de su entorno. A nivel conductual puede parecer desorganizado y distraído, incapaz de llevar a cabo las actividades más rutinarias.

2. Asimilación: A medida que el doliente va absorbiendo gradualmente el impacto de la realidad de la pérdida, en los días y semanas posteriores al suceso, se empieza a preguntar ¿cómo voy a seguir viviendo sin esta persona? Esta etapa suele ir acompañada de síntomas depresivos, que incluyen la tristeza invasiva, periodos de llanto impredecibles, trastornos del sueño y del apetito, pérdida de motivación, incapacidad para concentrarse o disfrutar en el trabajo y desesperanza respecto al futuro. El doliente muestra altos niveles de ansiedad y sensaciones de irrealidad, que pueden llegar a manifestarse en experiencias alucinatorias de la presencia del ser querido.

El estrés prolongado característico de esta fase también puede pasarle factura a nuestra salud física: son frecuentes el nerviosismo, las sensaciones de embotamiento, las náuseas y los trastornos digestivos. Sin embargo la mayoría de las personas que ha sufrido una pérdida superan este estrés fisiológico a medida que van asimilando gradualmente su realidad y encuentran maneras de seguir adelante con sus vidas (Neimeyer, 2007)

3. Acomodación: Finalmente, la angustia y la tensión características de la fase de asimilación, empiezan a ceder, en la dirección de una aceptación

resignada de la realidad de la muerte, a medida que el doliente se empieza a preguntar ¿qué va a ser, ahora de mi vida?, la concentración y funcionamiento suelen mejorar de manera gradual, se va obteniendo un mayor nivel de autocontrol emocional y en los hábitos de alimentación. Sin embargo en la mayoría de los casos la añoranza y la tristeza siguen presentes durante meses e incluso años después de la pérdida.

A medida que van desapareciendo los síntomas físicos, los dolientes recuperan la energía en cortas explosiones, que van seguidas de periodos más largos de actividades dirigidas al logro de objetivos. Esto les permite iniciar el largo proceso de reconstrucción de su mundo social, no “reemplazando” a la persona fallecida, sino ampliando y fortaleciendo su círculo de relaciones sociales que encajen con la nueva vida a la que se deben adaptar (Neimeyer, 2007).

Capítulo III

Evaluación, Diagnóstico y Tratamiento del Duelo

III Evaluación

La naturaleza del fenómeno del duelo es compleja y, por tanto, también lo es su evaluación, esta dificultad es debido, por un lado, a la gran variedad de manifestaciones cognitivas, motoras y fisiológicas existentes y, por otro, a la presencia de algunas conductas que pueden aparecer a lo largo de todo el proceso aunque resulten más características o adecuadas en un determinado momento. La evaluación hace posible el diagnóstico con un mayor grado de certeza y se debe llevar a cabo mediante la recopilación y el análisis de datos esenciales para prestar apoyo, planificar y poner en marcha la intervención y movilizar los recursos necesarios para un adecuado ajuste de los familiares a la pérdida (Barreto, Molero y Pérez, 2000).

Los objetivos perseguidos con la evaluación y el diagnóstico son los siguientes:

1. Obtener una visión de la situación real de la familia, del contexto y de cada uno de sus miembros para entender mejor sus necesidades y preocupaciones.
2. Detectar las variables predictoras de riesgo de duelo complicado con el fin de prevenirlo.
3. Decidir quién o quiénes son objeto de intervención especializada.
4. Establecer la relación terapéutica y motivar a la familia para que se adhiera adecuadamente a la intervención propuesta.
5. Realizar el análisis funcional de las conductas problemáticas.

6. Determinar, planificar y desarrollar las estrategias necesarias para facilitar el máximo bienestar de todos y cada uno de los miembros de la familia (Barreto, Molero y Pérez, 2000).

III.1 Áreas de evaluación

Las áreas que deben evaluarse son las siguientes: la estructura y el funcionamiento familiar, la historia del fallecimiento, las necesidades individuales y familiares, las conductas problemáticas y las peticiones de intervención (Barreto, Molero y Pérez, 2000, Barreto y Soler, 2005).

- **La estructura familiar:** Es fundamental en el conocimiento de una familia, esta información permite, principalmente, conocer los recursos y las fuentes de apoyo disponibles, para realizar una intervención es necesario conocer el tipo de familia con la que se va a trabajar, el contexto social y económico, el momento evolutivo, las relaciones entre los miembros, la forma de convivencia, las circunstancias socialmente estigmatizadas y todo lo que ayude entender la organización familiar.
- **Historia del fallecimiento:** Los contenidos esenciales son las circunstancias de la muerte, las emociones e interpretaciones evocadas, las conductas desarrolladas, la repercusión de la pérdida del ser querido en los planes vitales y el impacto producido en cada uno de los miembros.
- **Necesidades individuales y familiares:** En relación con la información y los aspectos socioeconómicos y psicológicos, incluidos los espirituales.
- **Las conductas problemáticas:** Que necesiten intervención
- **Peticiones de intervención:** Que plantean los propios interesados con la finalidad de incluirlas en las prioridades terapéuticas junto con los aspectos que la evaluación evidencie como necesarios, con ello, se pretende favorecer la adherencia al tratamiento.

III.2 Instrumentos de evaluación

Los instrumentos de evaluación útiles serán aquellos que nos ofrezcan, información útil, para la evaluación y el tratamiento del duelo, entre los que se encuentran los siguientes:

III.2.1 Entrevista

La entrevista ha sido el instrumento más extendido y empleado dentro del campo de la evaluación psicológica; en general, para favorecer la comunicación se deben seguir algunas orientaciones prácticas: hablar despacio y verbalizando bien, realizar preguntas abiertas, claras y breves, dar tiempo para contestar antes de formular otra pregunta, reforzar la comunicación o cualquier fragmento de conducta adaptativa, explora los bloqueos en la conversación, aprovechar el llanto y las quejas para obtener más información, pero si impiden la interacción inicial su extinción; identificar del modo más específico la información relevante, pedir aclaraciones, entre otros aspectos importantes. Se deben evitar conductas que dificulten la comunicación, como: realizar varias preguntas a la vez, pues no sabrá a cuál de ellas contestar primero, inducir respuestas deseadas, decir a las personas lo que tienen que hacer y quitar importancia a la preocupación del familiar (Barreto, Molero y Pérez, 2000, Barreto y Soler, 2005)

Resulta especialmente útil realizar una entrevista familiar o sesión conjunta que permita observar la dinámica entre los distintos miembros e incluso proporcionar comentarios terapéuticos. Finalmente debemos concluir con la entrevista con ideas que reflejen esperanza especialmente en relación con el alivio o la recuperación del malestar experimentado por el doliente.

III.2.2 Genograma

La construcción de un árbol genealógico o genograma, resulta muy sencillo y de gran utilidad, este instrumento emplea símbolos muy simples, resume gráficamente y en un espacio muy pequeño información muy relevante sobre la estructura familiar.

III.2.3 Autoinformes.

El autoinforme permite una valoración general de distintas áreas conductuales haciendo posible una aproximación inicial que dirija la posterior evaluación con medidas más especificadas; se pueden utilizar como instrumentos de análisis previos al tratamiento y para evaluar los efectos del mismo, sin olvidar su utilidad para la investigación y comparación de resultados.

Existen algunos tipos de autoinformes de los que se puede valer el profesional para el tratamiento del duelo entre los que se encuentran: 1) Los instrumentos generales aplicables al inicio de la evaluación y que aportan una información amplia pero difícilmente cuantificable, su finalidad es identificar las conductas problemáticas y las circunstancias ambientales en las que aparecieron y persisten. 2) La evaluación de manera específica problema conductuales determinados, por ejemplo la depresión, los temores, el duelo, las estrategias de afrontamiento o la asertividad. 3) Los que se dirigen a identificar situaciones o actividades reforzantes, y pueden utilizarse para detectar las posibles variables contaminadoras del proceso terapéutico, como, por ejemplo, la motivación o el grado de autosuficiencia atribuida a uno mismo (Barreto, Molero y Pérez, 2000, Barreto y Soler, 2005).

Historia Personal: Es un cuestionario autobiográfico y su contenido, en general, se solapa con la información que se persigue en la entrevista inicial e incluso se puede utilizar como guión de la misma; sus principales ventajas son proporcionar información sobre los aspectos generales de probada utilidad en la planificación de la intervención y permitir al doliente una reflexión detenida de sus respuestas, ya que la puede complementar en casa.

La Observación: Es un método útil en la recogida de información, ya que la mayor parte de las conductas humanas pueden ser detectadas mediante este procedimiento, se recurrirá a ella cuando las técnicas antes mencionadas no sean adecuadas para los fines que se pretende.

Dentro de esta técnica encontramos a la *Observación Directa no Sistemática*, que permite estudiar una conducta compleja para evaluarla posteriormente con mayor detenimiento, se puede gravar la situación para su análisis, la utilidad de esta técnica es incuestionable en el estudio de las interacciones familiares generales, por ejemplo filmar las sesiones terapéuticas. Por otra parte la *Observación Natural o de Laboratorio*: en ésta la atención se dirige a determinadas conductas que interesa analizar más detenidamente, por ejemplo los autoregistros.

Medidas Psicofisiológicas: Gran número de estudios evidencian los cambios en el funcionamiento fisiológico tras la pérdida de un ser querido y el aumento de la incidencia de la morbilidad y la mortalidad del superviviente. La mayor parte de los estudios neuroendocrinos del duelo han evaluado los niveles de las hormonas relacionadas con el estrés, es decir, el cortisol, la epinefrina y la norepinefrina; en estos estudios los niveles más elevados de cortisol y de catecolamina (epinefrina y norepinefrina) son medidas de disfunción del sistema fisiológico con implicaciones en el desarrollo de enfermedades, algunos investigadores han utilizado el test de supresión de dexametasona y el test de liberación del cortisol para evaluar la disfunción neuroendocrina en el duelo. También se ha señalado que los trastornos del sueño producidos tras la pérdida de un ser querido puede influir en la salud al afectar al sistema inmunológico. Finalmente los investigadores, recomiendan la valoración del estado de salud del doliente indagando el número de visitas a centros de asistencia, los problemas de salud recientes o las medicaciones que están tomando (Barreto, Molero y Pérez, 2000, Barreto y Soler, 2005).

III.II Instrumentos estandarizados para la evaluación del duelo

En la literatura existen cuestionarios o inventarios estandarizados para el diagnóstico y evaluación del duelo desafortunadamente en el presente trabajo solo se describen, entre estos instrumentos encontramos a los siguientes:

III.II.1 Inventario de experiencias de Duelo (IDE)

The Grief Experience Inventory de Sanders, Mauger y Strong, 1985. (García-García y Landa, 2001) adaptaron este instrumento al castellano y el estudio de la validez y confiabilidad resulta equivalente al de la prueba original; el inventario consta de 135 ítems dicotómicos (verdadero y falso), que exploran la áreas: somática, emocional, y relacional del doliente a través de 18 escalas: 3 de validez (negación, respuestas atípicas y deseabilidad social), 9 clínicas (desesperanza, enfado, culpa, aislamiento social, pérdida de control, rumiación, despersonalización, somatización y ansiedad ante la muerte) y 6 experimentales (alteración del sueño, pérdida de apetito, pérdida de energía, síntomas físicos, optimismo/desesperanza y dependencia). Puede ser autoadministrada, tiene una duración aproximada de veinte minutos. Para calificarlo, se utiliza un programa informático elaborado por el equipo investigador de las plantillas originales.

III.II.2 Inventario de Duelo Complicado (IDC)

The Inventory of Complicated Grief de Prigerson y Jacobs, 1995. Es un cuestionario autoadministrado de 34 preguntas: 30 refieren a los síntomas que se desean explorar y se responde mediante una escala tipo likert, son cinco niveles de frecuencia o intensidad (desde “menos de una vez al mes, hasta varias veces al día”), dos cuantitativas expresadas en meses y referidas al momento del comienzo de los síntomas y su duración; y una abierta sobre los cambios experimentados en los sentimientos a lo largo del tiempo. García-García y Landa (2001) lo tradujeron al español, y actualmente se encuentra en proceso de validación.

III.II.3 Inventario Texas Revisado de Duelo (ITRD)

The Texas Revised Inventory of Grief de Faschingbauer, Zisook y De Vul, 1987. (García-García y Landa 1995) adaptaron este inventario al español y lo validaron. Su aplicación es más sencilla, es autoadministrada y se completa en diez minutos aproximadamente, se evalúa directamente sin necesidad de plantillas y según los autores, permite agrupar a los dolientes en cuatro

categorías: ansiedad de duelo, duelo retardado, prolongado y agudo. Consta de dos partes evaluadas con escalas de tipo likert con cinco categorías de respuesta desde completamente verdadera a completamente falsa. La primera (I) consta de ocho ítems relativos a la conducta y los sentimientos del doliente en el momento inmediatamente posterior a la muerte del ser querido y la puntuación oscila entre 8 y 40 puntos. La segunda (II) consta de 13 ítems que se refieren a los sentimientos actuales (estrés emocional, falta de aceptación, rumiación, y recuerdos dolorosos) y puntúa entre 13 y 65; esta parte permite medir los cambios producidos en el tiempo.

Es importante comentar que estos instrumentos son de gran utilidad para el diagnóstico del duelo, desafortunadamente en el presente trabajo no pudieron ser utilizados debido a la dificultad para conseguirlos. A continuación se describirán los tipos de duelo que se han desarrollado.

III.III Duelo Normal

El duelo normal o no complicado abarca un amplio rango de sentimientos y conductas que son comunes después de una pérdida. Es importante remarcar que una persona no experimentará todas estas reacciones, es de vital importancia que el personal que trabaja en la elaboración del duelo, entienda el amplio rango de conductas que abarca esta problemática y no patogenisen. Sin embargo, si estas experiencias persisten durante mucho tiempo en el proceso de duelo pueden ser indicadores de un duelo complicado o patológico (Duran, 2009).

Entendemos que el duelo es un proceso “normal”, con una limitación en el tiempo y con una evolución previsible favorable; no se trata pues, de una patología, sino que, por el contrario, su elaboración puede significar un mayor grado de madurez personal. Del mismo modo, sabemos que las pérdidas implican gran sufrimiento para la mayoría de las personas pero sólo una minoría presentará trastornos psíquicos y/o complicaciones en el proceso de resolución. Estudios recientes encuentran que una cuarta parte de las

consultas se identifica, como el resultado de algún tipo de pérdida no resuelta (Bayés, 2001).

La pérdida de un ser querido constituye una de las experiencias más dolorosas por las que puede pasar un ser humano, no sólo resulta doloroso sufrirla sino que también ser testigo de ella. Se tiende a suponer que una persona sana y normal puede y debe superar una pérdida de este tipo, no sólo con rapidez sino también por completo, y en la mayoría de los casos sin ayuda. En las personas cuyo duelo sigue un curso sano, la necesidad de buscar y recuperar al objeto perdido, a menudo es intensa en las primeras semanas en ocasiones hasta mese, y disminuye con el correr del tiempo (Bowlby, 1980).

Según Worden (2002), dentro del duelo normal los sentimientos juegan un papel muy importante, entre ellos encontramos:

- a) **La tristeza:** es el sentimiento más común, en los dolientes, a menudo se expresa a través del llanto.

- b) **Enfado:** Puede ser uno de los sentimientos más desconcertantes para el superviviente, está en la base de muchos de los problemas del proceso de duelo. El enfado puede ser una sensación de frustración ante el hecho de que no había nada que se pudiera hacer para evitar la muerte. En la pérdida de cualquier persona importante hay una tendencia a la regresión, a sentirse desamparado, incapaz de existir sin esa persona, y luego a experimentar enfado y ansiedad.

- c) **Culpa y autoreproche:** Culpa por no haber sido suficientemente amable, por no haber llevado a la persona al hospital antes, etc. Normalmente la culpa se presenta por algo que ocurrió o algo que se descuidó en el momento de la muerte. La mayoría de las veces la culpa es irracional y se mitigará a través de la confrontación con la realidad.

- d) **Ansiedad:** Puede oscilar desde una ligera sensación de inseguridad a fuertes ataques de pánico, cuanto más intensa y persistente sea la ansiedad más sugiere una reacción de duelo patológico.
- e) **Soledad:** Particularmente los que han perdido a un cónyuge y que solían tener una estrecha relación.
- f) **Fatiga:** A veces se puede experimentar como apatía o indiferencia.
- g) **Impotencia:** Se presenta en las primeras fases de la pérdida. Las viudas en particular se sienten muchas veces extremadamente impotentes.
- h) **Shock:** Se presenta en muertes repentinas, sin embargo también se puede presentar en las muertes esperadas, cuando se produce por una enfermedad progresiva, al recibir la llamada telefónica, el superviviente experimenta el shock.
- i) **Anhelo:** Particularmente en las viudas. Esta es una respuesta normal, cuando disminuye, puede ser señal de que el duelo se está acabando. Si no es así puede ser un síntoma clínico que indica un duelo complicado.
- j) **Emancipación:** Puede ser un sentimiento positivo. Sobre todo cuando el superviviente estuvo bajo la influencia y dominio del fallecido, tras la muerte de éste puede expresarse el sentimiento de emancipación al ya no tener que vivir bajo estas condiciones. Al principio puede ser incómodo este sentimiento, pero con el paso del tiempo se puede aceptar como una respuesta normal al cambio de estatus del doliente.
- k) **Alivio:** Sobre todo si ese ser sufrió una enfermedad larga o particularmente dolorosa, También puede aparecer cuando la persona fallecida ha mantenido una relación especialmente difícil y prolongada con el doliente.

En muchas ocasiones las sensaciones físicas son pasadas por alto, pero juegan un papel muy importante en el proceso del duelo, estas sensaciones pueden preocupar a los supervivientes y se realizan chequeos médicos y no consideran que esta situación pueda ser el resultado de su estado emocional.

Ciertas cogniciones o pensamientos pueden considerarse normales en las primeras fases del duelo, y generalmente desaparecen después de un breve espacio de tiempo. Barreto y Soler (2005) & Duran (2009), mencionan algunas de estas cogniciones como son:

- a) **Incredulidad:** Suele ser primer pensamiento que se tiene cuando se conoce una muerte, especialmente súbita.
- b) **Confusión:** Parece que no pueden ordenar sus pensamientos, que tienen dificultad para concentrarse o que olvidan las cosas.
- c) **Preocupación:** Se trata de una obsesión con pensamientos sobre el fallecido. A menudo incluyen pensamientos obsesivos sobre cómo recuperar a la persona perdida.
- d) **Sentido de pertenencia:** Es el equivalente cognitivo de la experiencia de anhelo. El doliente puede pensar que el fallecido aún está de alguna manera en la dimensión de espacio y tiempo de los vivos.
- e) **Alucinaciones:** Tanto visuales como auditivas; suelen ser pasajeras y generalmente no presagian una experiencia de duelo más difícil o complicado.

Dentro de las conductas expresadas durante la fase de duelo normal o no complicado Barreto y Soler (2005) & Duran (2009) describen las siguientes:

- a) **Trastornos de sueño:** Puede incluir dificultad para dormir y despertar temprano, sueño intermitente. En los duelos normales se corrige solo, pero si el trastorno persiste, puede indicar un problema depresivo más serio. Los trastornos del sueño pueden simbolizar algunas veces miedos, incluso a soñar, a estar solo/la en la cama y miedo a no despertar.

- b) **Trastornos alimenticios:** Se puede manifestar de dos formas: comiendo demasiado o comiendo poco; sin embargo la conducta más frecuente es comer poco.

- c) **Conducta distraída:** Pueden actuar de forma distraída, o hacer cosas que al final le produce incomodidad o les hace daño.

- d) **Aislamiento social:** La mayoría de las personas que han sufrido una pérdida desean aislarse del resto de la gente, el aislamiento social también puede incluir una pérdida de interés por el mundo externo.

- e) **Llanto:** Existen especulaciones sobre el potencial valor curativo de las lágrimas. El estrés produce un desequilibrio químico en el cuerpo, y algunos investigadores creen que las lágrimas se llevan las sustancias tóxicas y ayudan a reestablecer la homeostasis.

- f) **Evitar recuerdos del fallecido:** Algunas personas evitarán los lugares o cosas que les provocan sentimientos dolorosos. Cuando la persona en duelo se libra rápidamente de todas las cosas asociadas con el fallecido, deshaciéndose de ellas o haciéndolas desaparecer, puede derivar en un duelo complicado. Normalmente no es una conducta sana y muchas veces indica una relación muy ambivalente con el fallecido.

- g) **Visitar lugares o llevar consigo objetos que recuerden al fallecido:** Es lo opuesto de la conducta de evitar los recuerdos de la persona, muchas

veces esta conducta puede reflejar el miedo a olvidar al fallecido, o culpa por olvidarlo.

- h) **Atesorar objetos que pertenecían al fallecido:** Guardan objetos que le recuerdan al fallecido, puede presentarse la momificación, es decir que conserven la habitación del fallecido intacta esperando que regrese.
- i) **Hiperactividad:** El doliente trata de mantenerse ocupado, para no pensar en el fallecido, pueden mostrarse inquietos y en movilidad continua.
- j) **Soñar con el fallecido:** Tanto sueños normales, como sueños angustiosos, o pesadillas, muchas veces dichos sueños sirven a diversos propósitos como dar alguna clave diagnóstica sobre la situación de la persona en el curso de su duelo.
- k) **Suspirar:** Es un correlato cercano a la sensación física de falta de respiración.

III.IV Factores que dificultan la resolución del Duelo

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

La literatura muestra que existen ciertos factores vinculados a resultados pobres en la resolución adecuada del duelo. Por ejemplo se sabe que cuando existe una soledad o tristeza intensa, en el duelo conyugal, aumenta el riesgo de problemas físicos y de muerte; de la misma forma, la muerte de un hijo está asociada a una alta morbilidad de los padres supervivientes. Por otra parte la muerte súbita, el bajo apoyo social percibido o recursos materiales escasos se

han asociado también con un mayor riesgo de padecer problemas de salud. Los factores de riesgo en el proceso de duelo, aumentan el peligro de enfermedad incidiendo sobre el impacto en la salud (factor de vulnerabilidad) o en la velocidad de recuperación (factor de recuperación). Un factor de riesgo es un aspecto del estilo de vida o conducta personal, una situación ambiental o una característica innata o heredada (Lacasta y Soler, 2004).

Con fines prácticos se puede agrupar en tres categorías a los factores que dificultan la resolución del duelo: 1) Factores Situacionales; 2) Factores Personales y 3) Factores Interpersonales.

III.IV.1 Factores Situacionales

En este grupo se incluyen el modo en el que se produjo la muerte, la ausencia del objeto del duelo (el cuerpo del fallecido), la duración de la enfermedad, la existencia de crisis recurrentes, los recursos materiales escasos y las muertes estigmatizadas, como el SIDA, el Suicidio, entre otras. Cuando la muerte es incierta, como los soldados desaparecidos en una guerra, en desastres naturales, accidentes masivos, incendios, o cuando mueren varios integrantes de una familia en un accidente (Lacasta y Soler, 2004).

La muerte súbita o inesperada: Es la que se produce como consecuencia de una catástrofe natural o provocada, un accidente o un suicidio u homicidio. Dentro de este grupo, puede verse agravada la dificultad en caso de una pérdida múltiple (que mueran varias personas de la misma familia en un accidente o atentado) o de una incierta circunstancia en la que no se tiene certeza de la pérdida por la desaparición o la imposibilidad de reconocer el cadáver. Este tipo de muerte produce una situación de *shock* que disminuye enormemente la capacidad de afrontamiento de forma que el funcionamiento pleno tarda en recuperarse. Quien ha perdido un familiar por este tipo de muerte muestra más rabia y síntomas físicos que los miembros de una familia que pierde a un ser querido tras una enfermedad crónica. La muerte inesperada deja a los dolientes con sentimientos de pérdida de control y de

confianza en el mundo en el cual habían depositado su fe; es habitual que esto ocurra tras la muerte de un niño o hijo joven (Espina, Gago, Pérez. 1993 & Lacasta y Soler, 2004).

La ausencia del objeto del duelo: Se refiere principalmente al cuerpo del fallecido, cuando la familia no puede recuperar el cuerpo de su ser querido, o no es encontrado, les queda la incertidumbre de la pérdida, y esto hace más difícil la elaboración del duelo, y les puede quedar la esperanza de que el ser querido no ha muerto. Otra circunstancia difícil es la que ocurre en los abortos, embarazos atípicos y situaciones similares.

El suicidio: Es un factor de riesgo de enfermedad y muerte en los supervivientes, pero se ha de subrayar la dificultad de su estudio ya que las persona no hablan habitualmente de ello. Este tipo de muerte favorece los sentimientos de culpa y rumiación sobre el desenlace y situaciones previas haciendo que resulte más difícil la recuperación del superviviente (Lacasta y Soler, 2004).

III.IV.2 Factores Personales

Se refieren fundamentalmente a las variables individuales del superviviente que influyen en el proceso de recuperación de una pérdida, como son 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 rabia, amargura y culpabilidad muy intensas (Lacasta y Soler, 2004 & Barreto y Soler, 2005).

Lacasta y Soler (2004), mencionan los siguientes factores que pueden dificultar la elaboración del duelo:

La edad y la salud del doliente: Se relacionan inversamente. Los grupos de edad más jóvenes presentan mayor malestar físico (dolores de cabeza o de estomago) que psicológico como consecuencia del duelo.

Genero: Respecto al efecto del género en la resolución del duelo no existe acuerdo en los resultados de los trabajos científicos. Aunque las respuestas emocionales y psicológicas a la pérdida son similares entre hombres y mujeres, existen diferencias en cuanto a la libertad con que se manifiesta la emoción, y también en cuanto a la forma en que se intenta llevar adelante una vida social y laboral que ha sufrido una seria perturbación.

Personalidad: Es plausible que las personas con una personalidad bien ajustada y con sentido de control sobre su vida manejen mejor el impacto de los acontecimientos vitales estresantes; por el contrario, aquellos con un ajuste pobre, muestran dificultad para expresar sus emociones, poca habilidad para manejar el estrés, pobre sentimiento de control y baja tolerancia a la frustración, estos factores aumentan la probabilidad de que los dolientes muestren dificultades a la hora de recuperarse de una pérdida. Algunas personas que son incapaces de tolerar el malestar emocional extremo, así que se aíslan para defenderse de dichos sentimientos.

Salud: Las personas con una salud física y mental previa, más frágil, empeoran con la situación estresante; es sabido que en el duelo se agudiza la insuficiencia cardiaca, congestiva y la hipertensión.

Religión: La religión puede influir en el duelo a través de dos mecanismos: 1) Como apoyo social, por la integración de un grupo; y 2) Como sistema de creencias que ayuda en la búsqueda del significado de la muerte.

Historias de vida: La pérdida temprana de los padres y los duelos anteriores no resueltos dificultan la recuperación adecuada del duelo; Tizón en 2004, menciona que el duelo nunca ocurre por primera vez, y siempre es una repetición de los anteriores, cada que nos enfrentamos a una pérdida se reviven en nosotros las experiencias anteriores. Según Worden (2002), las personas que han tenido duelos complicados en el pasado tienen una probabilidad mayor de tenerlos en el presente; luego entonces las pérdidas y

separaciones del pasado tienen un impacto en las actuales y estas a su vez tendrán un impacto en las futuras.

III.IV.3 Factores interpersonales

Los factores interpersonales hacen referencia a los aspectos relevantes de la relación con el fallecido y con la red social. Dentro de esta categoría destacan el parentesco, la relación ambivalente o dependiente, la ausencia de apoyo social y el recuerdo doloroso.

Parentesco: El parentesco es una variable importante en la predicción de riesgo de complicación del duelo. Los padres no están preparados para sobrevivir a un hijo, cuando esto sucede, es como si se muriera una parte de ellos mismos y el “porque” se convierte en una rumiación obsesiva. El sentido de pérdida de control sobre sus vidas, el mundo y la inseguridad es muy fuerte, las reacciones somáticas, la culpabilidad, la rabia y el grado de depresión, son superiores a las experimentadas en la pérdida de la pareja o del padre mayor. Este tipo de pérdidas puede requerir de varios años para su resolución y, en ocasiones, la estructura familiar puede verse minada de tal forma que la estabilidad nunca pueda recuperarse completamente como consecuencia de la “culpa del superviviente” (sentirse culpables por seguir vivos); habitualmente las madres tienen mayores niveles de culpa, rabia y aislamiento que los padres (Barreto y Soler, 2005).

Relaciones conflictivas o ambivalentes con el fallecido: Pueden producir dificultades en la posterior resolución del duelo; el hecho de haber oscilado entre el amor y el odio hace más probable la aparición de autoreproches y autodesprecio pudiendo entorpecer la recuperación. Cuando el fallecido era prácticamente la única fuente de gratificación, resolvía los problemas y se considera necesario para vivir y ser feliz; sobrevivirle supondrá unos niveles de ansiedad o desesperanza muy altos. En algunos casos, la pérdida puede abrir viejas heridas, en las personas que tienen una relación demasiado dependiente, los sentimientos de impotencia tienden a desbordar cualquier otro

sentimiento o cualquier capacidad para compensar este autoconcepto negativo como uno más positivo (Barreto y Soler, 2005).

Apoyo social: El duelo es un proceso social y se afronta mejor en un contexto en el que la gente se puede apoyar y reforzar mutuamente ante su pérdida. Una familia pequeña con baja cohesión e inhabilidad para ayudar a sus miembros normalmente presentará problemas, por el contrario, disponer de familiares y amigos que escuchen empáticamente, sin reprimir el llanto o las expresiones de frustración, tiene un efecto positivo en la salud y evitará este importante factor de riesgo. Worden (2002), destaca tres situaciones que pueden presagiar un duelo complicado: a) Que no se puede hablar de la pérdida; b) La negación social de la pérdida: cuando la persona y los que están a su alrededor actúan como si la pérdida no hubiera ocurrido; c) La ausencia de una red social de apoyo

El recuerdo doloroso: Causado por un diagnóstico tardío, el mal control de síntomas o las relaciones inadecuadas con el personal sanitario también dificultan la resolución del duelo.

III.V Duelo Complicado o Patológico

Una característica fundamental del duelo, es la idiosincrasia en la expresión y vivencia de la emociones, las diferencias individuales se refieren a las formas y experiencias como a los tiempos en que éstas tienen lugar, por tal motivo resulta difícil estimar la incidencia de duelo complicado en la población en general, aunque diversos investigadores han realizado estudios y han observado que tras una pérdida, las dos terceras partes de los dolientes evolucionarán con normalidad y el resto sufrirá alteraciones en su salud física y/o mental. Hay que tomar en cuenta que el duelo por su misma naturaleza puede aumentar el riesgo de enfermedades psicosomáticas, cardiovasculares y de suicidio (Barreto y Soler, 2005).

Es verdad que el duelo no se presenta como una enfermedad sin embargo la reorganización o correcta elaboración del proceso no siempre está garantizada, ya que en ocasiones no se produce un curso anormal del duelo y se experimentan reacciones que interfieren claramente en el funcionamiento general de la persona hasta el punto de necesitar ayuda profesional. Estas reacciones o estados constituyen lo que se ha denominado como duelo “anormal”, “complicado”, “traumático” o “patológico”.

El duelo complicado o patológico es la intensificación del duelo al nivel en que la persona está desbordada, y es muy probable que recurra a conductas desadaptativas, o permanezca indefinidamente en este estado sin avanzar en el proceso. Esto implica procesos que no van hacia la asimilación y reacomodación. Sin embargo a la hora de determinar si el duelo es patológico o normal, se considera necesario tener en cuenta las influencias de la sociedad en que vive el doliente y las actitudes y expectativas que la familia directa tiene sobre la conducta del mismo (Barreto y Soler 2003). Resulta complejo diferenciar entre el duelo normal y el patológico, ya que se deben tomar en cuenta diversos factores como los siguientes:

1. La intensidad y duración de los sentimientos y conductas o la incapacidad para demostrar cualquier signo que tenga que ver con el duelo.
2. Las prácticas de luto culturalmente determinadas.
3. Cualquier otro factor que pueda hacer el duelo más duradero o más desafiante.
4. La personalidad del doliente, fundamentalmente, el estilo expresivo, es decir, si la persona muestra habitualmente sus emociones de modo dramático o si se contiene y las mantiene en privado (Barreto y Soler, 2003 y 2005).

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM–IV–TR) (1999) considera el duelo bajo el rubro de “otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica” y señala que la categoría de duelo debe utilizarse cuando es una reacción ante la muerte de una persona querida, describe los síntomas que pueden tener en común el duelo y un episodio depresivo mayor, advirtiendo la importancia de no diagnosticar este trastorno (duelo) antes de dos meses tras la pérdida, también realiza algunas indicaciones respecto al diagnóstico diferencial entre ambos fenómenos, estos indicadores se refieren a los sentimientos de culpa, a las preocupaciones mórbidas con sentimientos de inutilidad, pensamientos de muerte y no voluntad de vivir, enlentecimiento psicomotor, deterioro funcional acusado y prolongado y experiencias alucinatorias diferentes a las de escuchar la voz o ver fugazmente la imagen del fallecido.

Partiendo de que el duelo complicado constituye un único síndrome, una entidad distinta con síntomas diferentes de los de la ansiedad y la depresión relacionados con el duelo, los autores intentan mostrar hasta qué punto las características de este fenómeno coinciden con las que el DSM – IV considera como definitorias de un trastorno mental, es decir “conducta clínicamente significativa, síndrome o patrón psicológico que ocurre en un individuo y que está asociado a estrés, como síntomas doloroso; o a una incapacidad ocasionada por daño en una o más áreas de funcionamiento; o bien al aumento del riesgo de sufrir muerte, dolor, incapacidad o una pérdida importante de libertad” (APA, 2003, Barreto y Soler, 2005).

Tizón (2004) señala que diferentes investigadores y clínicos desde modelos teóricos distintos están de acuerdo al referir la sintomatología que se produce durante la etapa de duelo, independientemente de la posición teórica, se describen síntomas como: búsqueda, soledad, vacío, entumecimiento, ira, apatía entre otros muchos síntomas.

Según Tizón (2004), hay varias maneras de hacer un perfil del duelo complicado. Uno de los paradigmas, más útiles lo describe en cuatro apartados: 1) Duelo Crónico; 2) Duelo Retrasado; 3) Duelo Exagerado y 4) Duelo Enmascarado.

1. **Duelo Crónico:** Es el que tiene una duración excesiva y nunca llega a una conclusión satisfactoria. Las reacciones el día del aniversario son normales durante diez años o más, pero en sí mismos no indican un duelo crónico. Para algunos el tratamiento requerirá afrontar el hecho de que la persona se ha ido y no volverá, para otros puede ser una ayuda para aclarar y afrontar los sentimientos confusos y ambivalentes hacia el fallecido. Algunas personas con duelo crónico pueden anhelar una relación que nunca fue, para aquellos que tenían una relación muy dependiente con el fallecido, parte de la intervención puede consistir en ayudarles adaptarse a la ausencia del ser querido y desarrollar sus propia habilidades; para los que tienen mucha necesidad de apego, la pérdida les hace sentir inseguros e incapaces de elaborar solos. Un duelo crónico o prolongado requiere que el terapeuta y el cliente evalúen qué tareas no se han resuelto y por qué, la intervención se centra en a resolución de dichas tareas.
2. **Duelo Retrasado:** También se conoce como duelo inhibido, suprimido, o pospuesto. En este caso el doliente puede haber presentado una reacción emocional en el momento de la pérdida, pero no fue suficiente; en el futuro la persona puede presentar síntomas del duelo respecto a una pérdida posterior e inmediata, pero la intensidad de la reacción parece excesiva. El doliente generalmente tiene la impresión clara de que su respuesta es exagerada respecto a la situación. Los síntomas desbordantes que se tienen en el momento de la pérdida pueden hacer que el doliente retrase su duelo; esto de produce en casos de muerte repentina, o por suicidio. Las reacciones retrasadas no sólo se pueden desencadenar con una pérdida sino que también viendo a una persona que ha sufrido una pérdida o viendo

una película, la televisión o cualquier otro acontecimiento en un medio de comunicación en el que el tema principal sea la pérdida.

3. **Duelo Exagerado:** La persona que experimenta la intensificación de un duelo normal se siente desbordada y por lo general recurre a conductas desadaptativas (como la drogadicción, o el alcoholismo), el doliente es consciente de que los síntomas y las conductas que experimenta, están relacionadas con la pérdida y busca terapia porque su situación es incapacitante. Los duelos exagerados incluyen los trastornos psiquiátricos mayores que surgen después de una pérdida, “la depresión clínica posterior a una pérdida” es un claro ejemplo. Si esos sentimientos de desesperanza se transforman en desesperación irracional y van acompañados por otras características depresivas, puede dar lugar a un diagnóstico de depresión clínica. Es frecuente que, las personas que sufren una pérdida de naturaleza catastrófica (como son desastres naturales, muertes múltiples, etc.), desarrollen signos y síntomas de un trastorno por estrés postraumático (TEP).

4. **Duelo Enmascarado:** Las reacciones de duelo enmascarado se presentan en personas que experimentan síntomas y conductas que les causan dificultades pero no se dan cuenta ni reconocen que están relacionados con la pérdida; pueden desarrollar síntomas no afectivos o síntomas que se ven como los equivalentes afectivos del duelo. El duelo enmascarado puede presentarse en dos formas que son: 1) Síntomas físicos; o 2) Conductas desadaptativas o aberrantes. Las personas que no se permiten experimentar el duelo directamente pueden desarrollar síntomas médicos similares a los que exhibía el fallecido o algún otro tipo de queja psicósomática (el dolor puede ser un símbolo de duelo reprimido, al igual que los trastornos somatoformes). Algunos estudios sugieren que la conducta delincuente se puede ver como una adaptación equivalente en el caso de un duelo enmascarado.

Por su parte para Bowlby (1980); Espina, Gago y Pérez, 1993, el duelo patológico se puede presentar en tres formas:

1. **Duelo Crónico:** La depresión es el síntoma predominante, junto autoreproches, accesos de cólera, ansiedad y ausencia de pena.
2. **Ausencia de Aflicción:** El deudo sigue su vida normalmente, como si nada hubiera pasado, es frecuente que se deshaga de recuerdos y que cuide compulsivamente a alguien que ha tenido alguna pérdida (identificación proyectada), posteriormente padecen algunas dolencias físicas o psicológicas y finalmente caen en depresión, coincidiendo con el aniversario, una pérdida menor, al llegar a la edad del muerto, entre otros factores detonantes.
3. **Euforia:** Ya sea negando la pérdida o alegrándose de ella (defensa maniaca).

III.VI Factores que ayudan a la resolución adaptativa del Duelo

Igual que resulta necesario conocer cuáles son los factores de riesgo que pueden desencadenar complicaciones en el curso normal del duelo, también es fundamental, conocer los factores que protegen a las personas que van a experimentar un proceso de duelo; según la literatura y de manera didáctica se pueden considerar tres categorías entre las que se encuentran: 1)Estrategias de afrontamiento, 2)Protectores que se deducen a partir del estudio de los factores de riesgo y 3)Factores detectados a partir de la experiencia clínica (Barreto y Soler, 2003).

1. **Estrategias de afrontamiento:** En la teoría del estrés el duelo se considera un estresor ante el cual se requiere el afrontamiento dirigido al problema y dirigido a la emoción en diferentes momentos; el primer tipo de afrontamiento sería más adecuado en situaciones susceptibles de ser modificadas y el segundo sería más útil ante las irreversibles. Por otro lado

la espiritualidad es un recurso de afrontamiento ampliamente documentado, las creencias religiosas, así como las conductas relacionadas, parecen facilitar el ajuste positivo a la pérdida de un ser querido.

2. **Protectores extraídos a partir del estudio de factores de riesgo:** El apoyo familiar, la ocupación laboral o la ausencia de dificultades económicas, pueden actuar de manera positiva, ya que ayudan a los sentimientos de utilidad y a una mejor adaptación social. Otros factores pueden ser la ausencia de patologías previas; la fluidez comunicativa, la percepción de autosuficiencia, los sentimientos de utilidad en los cuidados del enfermo, la habilidad para la planeación y resolución de problemas, la flexibilidad mental, entre otros factores.
3. **Factores detectados a partir de la experiencia clínica:** Según Barreto y Soler (2003), existe otro grupo de variables que se han evidenciado a través de su práctica clínica como son: la fluidez comunicativa, la percepción de autosuficiencia, los sentimientos de utilidad en el cuidado del enfermo, la habilidad para la planeación y resolución de los problemas, la flexibilidad mental, el autocuidado y la capacidad para encontrar sentido a su experiencia, entre otros factores.

III.VII Tratamiento

La idea básica del tratamiento es ayudar al doliente a manejar los problemas prácticos y emocionales que siguen a la pérdida de un ser querido; es necesario dejar en claro que el objetivo de la intervención no es “olvidar” al ser querido muerto, sino “encontrarle” un lugar en el espacio psicológico que permita la entrada del presente y los retos de la vida. La terapia debe encontrar un equilibrio entre estimular el avance y respetar el ritmo del doliente para evitar el abandono prematuro del tratamiento; ya que el sufrimiento puede intensificarse y alargarse si la persona lo considera una medida de amor o una forma de “pagar” el hecho de haber sobrevivido al ser querido (Barreto y Soler, 2005).

Para Barreto y Soler (2005), la atención a los dolientes incluye un amplio abanico de intervenciones que van desde la comunicación empática y comprensiva de la muerte o el diagnóstico de una enfermedad avanzada hasta el tratamiento especializado del duelo complicado o de los trastornos relacionados, estas autoras conceptualizan la intervención en:

1) Preventivas: Ideada para dolientes más vulnerables, por pérdidas traumáticas, pérdida de un hijo, o con sujetos que muestren niveles muy altos y continuos de síntomas relacionados con la pérdida, resulta adecuado intervenir precozmente en la patología incipiente y tratar a los sujetos que muestren niveles muy altos de malestar en el período inicial tras la pérdida de esta forma se consigue prevenir el comienzo de trastornos específicos. Dentro de esta etapa se encuentra el conselling, ya que es una herramienta muy importante para la prevención de complicaciones.

- **Counselling y Duelo:** El Counselling es el marco de intervención idóneo ante el fenómeno del duelo, la actuación ante este proceso ha de hacerse mediante la colaboración de todo el equipo multidisciplinario; las actitudes básicas de las personas que trabajan con el duelo, son: la empatía, la congruencia y la aceptación incondicional. Para poder ayudar a una persona ante la pérdida de un ser querido supone, además de la posesión de conocimientos sobre el proceso y de las herramientas técnicas profesionales, tener una firmeza de valores y actitudes. El counselling se sustenta en habilidades relacionales, fundamentalmente, las de comunicación asertiva, la provisión de soporte emocional. el planteamiento de soluciones de problemas y la capacidad de control de emociones.

El soporte emocional, resulta fundamental, ya que es importante motivar el cambio desde la persuasión, no la imposición, y es inoportuno proporcionar consejos no pedidos y que habitualmente son disonantes con el estado de ánimo de la persona, es preciso extremar la sensibilidad cuando se exploran emociones, procurando no bloquearlas y profundizar en la medida

en que el doliente necesite expresarlas. A continuación se plantan algunos puntos básicos necesarios para el adecuado suministro del soporte emocional (Arranz, Barbero, Barreto y Bayés, 2003).

- I. Reconocer, por parte del profesional, las propias emociones con el fin de entenderlas, asumirlas y dirigir las en la dirección apropiada.
- II. Fomentar en el profesional la reflexión antes de actuar y el control de las reacciones impulsivas propias de la idiosincrasia o transmitidas por la cultura, detener las reacciones, digerirlas y reconducirlas en función de los objetivos de adaptación, a la situación en que se encuentra el doliente.
- III. Entender y controlar las reacciones emocionales de las personas. Aceptar el impacto emocional, facilitar sus manifestaciones, activando la empatía y la escucha activa, respetando los silencios y el llanto y manteniendo la proximidad física.
- IV. Ayudar a que la persona se entienda, compartiendo la carga emocional e incidiendo en la naturalidad y normalidad de sus reacciones en la situación en que se encuentra.
- V. Confrontar las emociones desde la empatía para que, a través de la información y la reflexión, pueda dar nuevos significados y cambiar de perspectiva sobre los problemas o decisiones que ha de tomar.
- VI. Ayudar a descubrir sus propias estrategias adaptativas y potenciar sus recursos para disminuir la percepción de amenazas de su situación.
- VII. Siempre que sea posible, buscar y activar apoyos familiares y sociales en su entorno próximo.

VIII. En caso de que el estado de ánimo presente características acusadas ansiosas o depresivas, sería necesario solicitar la intervención de un especialista para tratar de mejorar dicho estado mediante tratamientos específicos farmacológicos.

2) Terapéuticas: Estas intervenciones deben identificar las patologías del duelo y tratarlas lo más precozmente posible. Los procesos de duelo complicado y los trastornos relacionados con la pérdida son los que más se benefician y obtienen resultados más positivos de la intervención.

3) De Mantenimiento: Pretenden rehabilitar al doliente, aumentar la calidad de vida, ayudarle a vivir lo mejor posible con cualquier trastorno residual.

III.VIII Tareas para la elaboración del duelo según Worden

Worden (2004), propone algunos parámetros para determinar que el duelo ha llegado a su fin, dentro de las cuales destaca la capacidad del doliente para pensar en el ser querido sin experimentar el intenso dolor de antes, donde la tristeza ya no se acompaña de las intensas reacciones como el llanto y la ira, además la persona puede dirigir sus emociones hacia el mundo exterior, recuperar el interés por la vida, experimentar gratificación y se adapta a nuevos roles. En muchas ocasiones elaborar el duelo resulta muy complicado, ya que las personas consideran que el evitar hablar del tema reducirá el dolor que les produce su pérdida, esto complica el proceso, ya que el duelo implica enfrentar y experimentar la pérdida junto con todas las emociones que este conlleva.

Este autor señala que es necesario que la persona en proceso de duelo lleve a cabo cuatro tareas para lograr su adecuada elaboración:

Tarea 1: Aceptar la realidad de la pérdida, aceptar que la persona que ha muerto ya no volverá, ser consciente del significado de la pérdida, así como la imposibilidad del reencuentro, para lo cual resultan de ayuda los rituales del funeral y el entierro, así como las visitas al cementerio.

Tarea 2: Conocer y trabajar las emociones y el dolor producidos por la pérdida, enfrentar los sentimientos positivos y negativos asociados al difunto. De acuerdo a Worden, es especialmente importante reconocer y trabajar los sentimientos de enfado, culpa, impotencia y tristeza por ser los más conflictivos y aprovechar la utilidad del llanto.

Tarea 3: Se refiere a la adaptación a un medio en donde el ser amado está ausente, la cual depende de los roles que desempeñaba el difunto y requiere que el doliente desarrolle nuevas habilidades y asuma roles que le permitan vivir satisfactoriamente sin el ser amado.

Tarea 4: Recolocar emocionalmente al fallecido y continuar viviendo.

III.IX Metas del tratamiento

El objetivo global del asesoramiento en el proceso del duelo es ayudar a las personas a completar cualquier cuestión no resuelta con la pérdida y a ser capaz de decir un adiós final. Tizón (2004) reconoce una serie de principios básicos para el tratamiento del duelo, entre los cuales podemos destacar:

Acompañar, más que tratar.

Contención emocional, más que intervención.

Prudencia en las intervenciones.

Por su parte Worden (2004) propone las siguientes metas del tratamiento terapéutico:

1. Aumentar la realidad de la pérdida: Hacer real la pérdida, cuando se sufre una pérdida hay una cierta sensación de irrealidad, la primera tarea es tener una conciencia más clara de que la pérdida ha ocurrido de verdad.

2. Ayudar a identificar sus sentimientos: Debido a su dolor y su disgusto, puede que el paciente no reconozca muchos de ellos.
3. Ayudar a vivir sin lo que se perdió: Implica ayudar a las personas a adaptarse a una pérdida y facilitar su capacidad para vivir sin la persona fallecida.
4. Ayudar a encontrar significado a la pérdida: Encontrar un significado a lo que pasó les puede ayudar a crecer y a aceptar que la pérdida no ha sido en vano.
5. Recolocación emocional: Consiste en ayudar a encontrar un nuevo lugar en su vida para lo que han perdido, lo cual les permitirá seguir adelante con su vida y establecer nuevas relaciones.

Capítulo IV

Técnicas más utilizadas en el tratamiento del duelo

Se han desarrollado diversas estrategias de intervención para el tratamiento del duelo, dentro de éstas encontramos algunas que han mostrado efectividad a la hora de trabajar con los síntomas relacionados con el duelo; a continuación se describirán algunas de dichas técnicas:

IV.I Teoría Cognitivo-Conductual

Cada vez existe, mayor consenso sobre la necesidad de cambios cognitivos profundos para que el ajuste a la pérdida de un ser significativo resulte adaptativo; por ello la esta terapia es un procedimiento de intervención básico al contribuir de manera importante en el aprendizaje de estrategias dirigidas a identificar, cuestionar y cambiar los pensamientos distorsionados o automáticos. Barreto y Soler (2005), señalan que, existen cuatro asunciones básicas de la terapia cognitivo-conductual: 1) Los sujetos construyen su realidad y sus significados idiosincrásicos vinculados a los acontecimientos; 2) El pensamiento, media la emoción y la conducta; 3) El pensamiento es accesible y puede conocerse y 4) La modificación del pensamiento es central en los cambios de conducta.

El modelo cognitivo resulta apropiado en la atención del duelo bajo determinadas circunstancias: las personas crónicamente afligidas en el proceso de ajuste, evitando activamente confrontaciones saludables, con perspectivas autodestructivas o con significados idiosincrásicos causantes de problemas de adaptación, con culpabilidad debida a un pensamiento en contra de los hechos u otras distorsiones cognitivas. La terapia cognitiva puede ayudar al doliente en todo el proceso y en la construcción de la relación con el fallecido de un modo acorde a la situación presente; todo ello permite el paso de ser víctima a convertirse en superviviente.

Thompson (1998, Barreto y Soler, 2005), plantea el cambio de esquemas o representaciones cognitivas mediante la reordenación de prioridades, el establecimiento de objetivos alcanzables, a pesar de la adversidad y la adopción de una imagen propia positiva que incorpore la pérdida; sigue el restablecimiento de las funciones adaptativas, mediante la reinterpretación del evento con un foco positivo, el cambio de perspectiva o establecimiento de comparaciones sociales con otros que están peor.

Tras la muerte de una persona significativa es frecuente que aparezcan pensamientos absolutistas como “el mundo es malevolente” (esto se da de formas diversas en función de cada sujeto), por ejemplo: “no tengo control sobre mi vida” o “no puedo vivir sin él o ella”. La terapia cognitiva puede ayudar a desarrollar pensamientos más equilibrados mediante el análisis detenido de la evidencia a favor o en contra de la interpretación errónea y la posterior búsqueda de una explicación alternativa, tras el trabajo realizado por la persona.

El “pensamiento contra los hechos” se dispara frecuentemente en las experiencias emocionales negativas y se pueden clasificar, según su dirección, en: 1) Hacia arriba, son pensamientos, que tratan de mejorar la realidad generando circunstancias alternativas (“si hubiera”); y 2) Hacia abajo, Contrastan su realidad con un resultado más perjudicial (“podía haber sido peor”), estas dos formas de pensamientos en contra de los hechos, tienen consecuencias emocionales distintas, los que van hacia arriba se acompañan de repercusiones afectivas negativas y los que van hacia abajo mejoran la respuesta emocional ante el infortunio.

Dichos pensamientos contra los hechos, pueden resultar muy útiles a la hora de tratar a los pacientes, este tipo de pensamientos consiste en generar alternativas imaginadas a eventos reales. La terapia cognitiva tiene mucho que ofrecer en los pensamientos en contra de los hechos hacia arriba y puede

implementarse su eficacia con ensayos conductuales que favorezcan una perspectiva más realista.

IV.I.1 Reestructuración cognitiva y ensayos conductuales

La muerte de un ser querido exige una reconstrucción del significado de dicha pérdida y/o de las asunciones previamente mantenidas, pudiéndose subrayar tres elementos clave que están en la base de tal significado y que son nucleares en la terapia cognitiva, que son: el mundo es un lugar benevolente, el mundo tiene sentido y el ser es digno. Estas técnicas pretenden ayudar a reconstruir la representación del ser, de los otros y del mundo tras la pérdida y reestructurar los pensamientos distorsionados causantes de las manifestaciones de duelo complicado o de los trastornos relacionados. Las experiencias extremas como la pérdida producen una gran desilusión y la recuperación consistirá en un proceso de reconstrucción mediante el cual el superviviente vuelve a percibir el mundo y a sí mismo en términos positivos al incorporar la pérdida en su nueva realidad (Arranz, Barbero, Barreto & Bayés 2003).

IV.I.2 Terapia Racional Emotiva

Este enfoque ofrece herramientas valiosas a la hora de trabajar con los dolientes, ya que es un modelo de solución terapéutica a la problemática de la vida emocional, y a las consecuencias que ésta provoca, no sólo en el comportamiento, en el manejo de la realidad y en las relaciones interpersonales, sino también en la salud física y calidad de vida en general de los que han sufrido una pérdida.

Albert Ellis, es el creador de la Terapia Racional Emotiva Conductual (TREC), es un método terapéutico que descubre las irracionalidades de nuestros pensamientos y con ello sanar las emociones dolorosas, dramatizadas y exageradas, que son consecuencias de los esquemas distorsionados. La terapia racional emotiva tiene una orientación humanista existencial, ya que

propone que las personas tienen valor por el simple hecho de ser humanos y de estar vivos (Ellis, 1987).

Ellis (1987) en su teoría ABC, sobre las enfermedades humanas sostiene que las personas experimentan sucesos indeseables (A), que tienen creencias irracionales (B) sobre esto estímulos, y crean consecuencias a nivel conductual y emocional (C) a partir de estas creencias (Mahoney, 1997). Es decir no son los acontecimientos (A) los que nos generan los estados emocionales (C), sino la manera de interpretar dichos acontecimientos (B), no es A quien genera C, sino B, por tanto si somos capaces de cambiar nuestros esquemas mentales seremos capaces de generar nuevos estados emocionales, menos dolorosos y más acordes con la realidad, por tanto más racionales y realistas.

Publicó una lista de ideas irracionales, las cuales son: 1.- *Tengo que ser amado/a y aceptado/a por toda la gente que sea importante para mí.* 2.- *Tengo que ser totalmente competente, adecuado/a y capaz de lograr cualquier cosa o al menos, ser competente o con talento en algún área importante.* 3.- Cuando la gente actúa de manera ofensiva e injusta, *deben ser culpabilizados y condenados por ello, y ser considerados como individuos viles, malvados e infames.* 4.- Es *tremendo* y catastrófico cuando las cosas no van por el camino que a mí me gustaría que fuesen. 5.- La desgracia emocional se origina por causas externas y yo tengo poca capacidad para controlar o cambiar mis sentimientos. 6.- Si algo parece peligroso o terrible, tengo que estar preocupado por ello y sentirme ansioso. 7.- Es más fácil evitar afrontar ciertas dificultades y responsabilidades de la vida que emprender formas más reforzantes de autodisciplina. 8.- Las personas y las cosas deberían funcionar mejor, y si no encuentro soluciones perfectas a las duras realidades de la vida tengo; que considerarlo como terrible y catastrófico. 9.- Puedo lograr la felicidad por medio de la inercia y la falta de acción o tratando de disfrutar pasivamente y sin compromiso.

Después de haber publicado esta lista de ideas irracionales, llegó a la conclusión de que todas ellas pueden resumirse de tres grandes ideas irracionales que perturban a prácticamente todos los seres humanos, generando depresión, ansiedad e ira. Estas tres ideas irracionales son: 1.- DEBO hacer las cosas bien y ganarme la aprobación de aquellas personas que me resultan significativas, o de lo contrario soy alguien inadecuado. 2.- DEBES tratarme con justicia y amabilidad, o de lo contrario serás un desgraciado. 3.- Las condiciones bajo las que vivo DEBEN SER como yo deseo que sean, o de lo contrario, el mundo me parecerá un lugar inaguantable. La primera idea irracional genera en el paciente sentimientos de depresión, ansiedad y culpa, la segunda idea irracional puede generar sentimientos de ira, agresividad y conductas violentas, la tercera idea irracional genera lástima de uno mismo y problemas en el autocontrol. Estas tres ideas, provienen de las conclusiones irracionales nucleares, que presentan todos los seres humanos en diferente proporción: el tremendismo, la baja tolerancia a la frustración y la condenación (Sierra, 2008).

La TREC, cuenta con una serie de técnicas, en las cuales las personas pueden controlar considerablemente sus emociones por medio del control de sus pensamientos y de las cosas que se dicen de sí mismos. Estas técnicas pueden clasificarse en tres grandes rubros: cognitivas, conductuales y emotivas.

Dentro de las técnicas Cognitivas encontramos las siguientes: Refutación de creencias irracionales, Interpretación de defensas, Precisión semántica, Sugestión y autosugestión, Presentación de elecciones y acciones alternativas, Métodos de distracción, Enseñar afirmaciones dialécticas y filosofías racionales, Vencer sentimientos de inutilidad, entre otras.

En las conductuales se encuentran: Condicionamiento operante y procedimiento de autocontrol.

Por su parte las técnicas emotivas, incluyen a las siguientes: Imágenes recital-emotivas, Ejercicios contra la vergüenza, Revelación de uno mismo, Aceptación incondicional y Desempeño del papel (Sánchez, 1999).

IV.II Condicionamiento operante y condicionamiento clásico

Los procedimientos operantes tienen como objetivo aumentar, disminuir o mantener una conducta en situaciones concretas, éstos actúan fundamentalmente mediante la manipulación de las consecuencias y con programas de contingencias, requieren por tanto que la conducta objeto de tratamiento pueda medirse del modo más objetivo posible. Se puede utilizar esta teoría siguiendo los procedimientos de reforzamiento positivo con tres objetivos clave (Caballo, 1998):

- a) En situaciones de predominio afectivo negativo, resulta fundamental incrementar los satisfactores, es decir, aquellas conductas cuyas consecuencias produzcan satisfacción y estados de bienestar en general en el sujeto.

- b) Cuando el sujeto ha de asumir nuevas funciones que anteriormente no desarrollaba, los procedimientos basados en el reforzamiento pueden ser útiles para desarrollar repertorios complejos.

- c) En el caso de compilaciones como las adicciones, se puede recurrir a disminuir conductas disfuncionales y potenciar las adaptativas.

IV.II.1 Autocontrol

Las técnicas de autocontrol están basadas tanto en los procedimientos operantes como en aportaciones de la psicología social, parten de la suposición básica de que para las personas es una experiencia positiva atribuir el resultado de sus acciones a ellas mismas, percibiendo así, control sobre su medio y sintiéndose por tanto con capacidad para tomar decisiones (Olivares y Méndez 2001).

En el proceso del duelo, la intensidad de las emociones adversas (como son la tristeza, la impotencia, la rabia...) y el necesario cambio vital que supone la ausencia del ser querido generan, una especial dificultad de adaptación de las personas. Barreto y Soler (2005) mencionan algunas habilidades necesarias para obtener el autocontrol entre las que se encuentran las siguientes:

- a) La autoobservación: Permite cambiar aspectos vagos y difusos típicos de las situaciones emocionalmente adversas, hay que recordar la idea obvia de que no se puede cambiar lo que no se conoce.
- b) Establecimiento de criterios: Es fundamental en el proceso de duelo, con la flexibilidad que imprimen los tiempos individuales.
- c) Búsqueda de recursos personales: Para posibilitar el avance en el proceso de adaptación a la nueva situación, ayudar al recordar y planificar actividades que puedan ir “normalizando la vida” y resulten adecuadas. También aquellas actividades que permitan la entrada de gratificaciones.
- d) Discriminar si se va consiguiendo el objetivo: Es decir, son el criterio de adaptación considerado por la persona coincide con su ejecución.
- e) El refuerzo: Permite el mantenimiento de los logros e incrementa la motivación para sucesivas situaciones; es muy importante conocer aquellos elementos que resultan gratificantes y que pueden referirse tanto a la relación con la persona fallecida como a la evolución en el propio proceso personal.

IV.II.2 Resolución de Problemas

Tiene como objetivo facilitar el entrenamiento de los pacientes para la utilización de una metodología sistemática frente a los problemas, este proceso pone de manifiesto la existencia de alternativas de respuesta potencialmente eficaces para los problemas e incrementa la probabilidad de seleccionar la más

efectiva de entre ellas. La aplicación correcta de la metodología de resolución de problemas requiere trabajar previamente los recursos de soporte emocional y poner en marcha mecanismos de autocontrol. Caballo (1998) especifica que un problema, es una situación específica de la vida que exige respuestas necesarias para la adaptación y que éstas no pueden emitirse por la presencia de diferentes obstáculos como la ambigüedad, la incertidumbre, las exigencias contrapuestas, la falta de recursos y la novedad. Por otra parte, la solución, se define como una respuesta de afrontamiento, dirigida a cambiar la naturaleza de la situación problemática, las emociones negativas o ambas. Finalmente una solución eficaz es aquella que, además de lograr los objetivos, maximiza los beneficios y minimiza los costos.

Según Caballo (1998) los pasos que se deben seguir en el proceso, son los siguientes:

1. Orientación general: Mostrar a la persona que las dificultades, en este caso la organización familiar, el dolor y el resto de emociones que producen las pérdidas son normales, forman parte de la vida y pueden manejarse si se reconocen cuando ocurren y se procura no responder impulsivamente ante ellas. Antes de iniciar con la resolución de problemas debemos empezar mejorando el estado emocional con técnicas de autocontrol y terapia cognitiva.
2. Definición del problema en términos de conducta: Este paso es fundamental ya que es imposible controlar algún evento si no se conoce exactamente. Preguntas como: ¿Quién tiene el problema?, ¿En que consiste el problema?, ¿Cómo se siente?; entre otras preguntas, nos ayudan a detectar dónde está la dificultad y generar alternativas de planificación y acción para ella.
3. Generar alternativas dirigidas al objetivo: Sin metas claras las acciones pierden eficacia, para ello, delimitarlas previamente es esencial.

4. Toma de decisiones: En primer lugar, se deberán evaluar el pro y contra de cada una de las alternativas; tras el balance costes-beneficios habrá que elegir la opción que tiene más ventajas y menos inconvenientes.
5. Finalmente, planificación, aplicación y verificación o seguimiento de la viabilidad y eficacia de la alternativa propuesta: Antes de ser aplicada, la opción elegida debe convertirse en un plan de acción pormenorizado y, finalmente, habrá que revisar su grado de utilidad y si el resultado es el esperado. Por ejemplo, si el doliente programa y pone en marcha la salida con algunos amigos y después valora que el paseo provocó un esfuerzo excesivo, irritante y aumentó la tristeza; es posible que a partir de esta evaluación, se decida utilizar otra alternativa (Caballo, 1998).

IV.II.3 Exposición repetida y gradual a los estímulos evitados

Tras la pérdida de un ser querido puede suceder que la persona quiera evitar determinados lugares (como el cementerio, la propia casa o la cama), fotos o recuerdos como forma de suprimir el malestar que produce su sola visión. Esta terapia incluye cuatro componentes: 1) Educación sobre las reacciones habituales al trauma; 2) Reentrenamiento respiratorio; 3) Exposición prolongada y repetida a los recuerdos del trauma (revivir lo que paso) y 4) La exposición repetida “in vivo” a una jerarquía de las situaciones evitadas, ya que estas provocan miedo y están conectadas con la experiencia traumática. La aplicación de estas técnicas exige una profunda empatía para detectar el momento oportuno y el establecimiento de una sólida relación de confianza, la exposición de se debe realizar de manera gradual utilizando una jerarquía establecida por el propio sujeto (Barreto y Soler, 2005).

Estas terapias en su mayoría suelen ser llevadas de manera individual, sin embargo y debido a la problemática que se está trabajando, es de vital importancia conocer las terapias y las modalidades que pueden ser llevadas de manera grupal.

IV.III Terapia de Grupo

El uso sistémico de la terapia de grupo en el área cognitivo-conductual, se puede decir que inicia de manera formal, en 1959, cuando Ellis forma su primer grupo de TREC, en el que utiliza, prácticamente, todos los métodos aplicados previamente durante sesiones de terapia individual. Según Lega, Caballo, Ellis, (1998) hay varias clases de grupos en la TREC entre los que encontramos:

- a) Pequeños grupos semanales, con un promedio de diez pacientes adultos de ambos sexos, un terapeuta y un coterapeuta, que se reúnen durante dos horas y media por semana, y permiten el ingreso de nuevos miembros cuando hay cupo.
- b) Grupos para problemas específicos como asertividad, disfunciones sexuales, duelo, etc., que se reúnen durante tres a cuatro horas por semana, por un periodo de seis a diez semanas y tienen un promedio de diez a catorce miembros, un terapeuta y, a veces, un coterapeuta.
- c) Talleres intensivos de nueve horas para grupos cerrados, compuestos de diez a catorce miembros y uno o dos terapeutas, y maratones de uno y dos días, que pueden llegar a tener varias docenas de miembros y varios coterapeutas, donde se utilizan ejercicios especialmente diseñados para este tipo de grupos y de encuentros.
- d) Talleres de cuatro horas para el público en general, dirigidos por un terapeuta y, a veces, un coterapeuta, sobre temas escogidos como: relaciones interpersonales, informalidad con las tareas y compromisos, etc. Este taller se lleva a cabo todas las semanas (Lega, Caballo, Ellis, 1998).

Dentro de esta modalidad existen ciertas ventajas como son:

- ❖ El paciente practica el modelo TREC en sí mismo y en los demás, con retroalimentación por parte del terapeuta y de otros miembros. Esto incluye

la identificación y el cuestionamiento o debate de ideas irracionales desde varias perspectivas, lo que no sucede en las terapias individuales.

- ❖ El paciente ve que no está solo, que existe en el mundo personas con problemas similares que progresan como resultado de su trabajo psicoterapéutico, y que tiene la posibilidad de deshacerse de su perturbación emocional si elige trabajar duramente para cuestionar y cambiar su pensamiento irracional, como lo han hecho otros.
- ❖ Poder practicar “en vivo” habilidades que requieren la presencia de un grupo, como hablar en público, utilizar el “riesgo controlado” al revelar detalles íntimos frente a varias personas, etc. y recoger evidencias empíricas, en lugar de subjetivas, sobre sus resultados. El grupo constituye también un laboratorio donde conductas verbales y no verbales puede ser observadas y aprendidas con la utilización de técnicas como la representación de papeles.
- ❖ Incrementar el aspecto activo, directivo y didáctico de la TRE, a través de la discusión de sus técnicas, la distribución de información sobre temas específicos, etc., el grupo también enseña a cada miembro a responsabilizarse por sí mismo y a respetar los derechos propios y de los demás, haciendo, por ejemplo, que los miembros más tímidos participen regularmente, y limitando e interrumpiendo a aquellos otros que tienden a monopolizar demasiado el tiempo.

Existen algunos problemas potenciales al usar la terapia de grupo, para Lega, Caballo, Ellis, (1998) son los siguientes:

- a) La selección de los participantes debe de ser cuidadosa, ya que personas con ciertos tipos de perturbaciones psicológicas, como pacientes esquizofrénicos, pueden dificultar el proceso de grupo y, tal vez, obtener un menor beneficio que en sesiones individuales.

- b) Si el terapeuta no tiene cuidado, algunos pacientes pueden confundir a los demás miembros, dar consejos superficiales o antiterapéuticos en lugar de soluciones de alto nivel, o abrumarles con demasiadas sugerencias, utilizando gran parte del tiempo del grupo de forma ineficaz.

- c) En algunos casos, especialmente en los grupos similares a “encuentros”, los pacientes pueden tener esquemas de comportamiento equivocados, como creer que las “catarsis emocionales” son un medio de resolver las perturbaciones psicológicas, o que deben de condenar a otros miembros por sus acciones –ya que consideran que expresar ira es “saludable”–, lo que hace necesaria la cuidados supervisión y reeducación de los pacientes por parte del terapeuta.

Tras la revisión de la literatura se tomo la determinación de utilizar este modelo para la elaboración un taller para la elaboración del proceso de duelo, debido a las ventajas que nos ofrece y a lo conveniente del modelo para el tratamiento de tema.

Planteamiento del problema y justificación.

En este trabajo, se abordó la problemática que desencadena la pérdida de un ser querido, a través de la realización de un taller para la elaboración del proceso de duelo, desde una perspectiva Cognitiva Conductual; este taller busca brindar la intervención en las fases de mayor riesgo para los dolientes, y ayudarlos a llegar a la fase de aceptación para encontrarle sentido a la pérdida.

Tomando como base la teoría y las etapas sobre el duelo que desarrolló Elizabeth Kubler Ross, se estructuró una lista de verificación de creencia y emociones que presentan los dolientes (ver anexo 2), después de haber perdido a un ser querido.

Ya que esta autora hizo del hecho de acompañar a los enfermos terminales “el centro de su tarea”, a través del trabajo empírico con los pacientes, desarrollo su teoría sobre el duelo y lo describió a través de 5 fases que son: 1. Negación y aislamiento; 2. Ira o rabia; 3. Pacto o negociación; 4. Depresión y 5. Aceptación; sin embargo para la realización de la lista de verificación sólo se tomaron en consideración tres de las cinco fases que desarrollo, por considerarlas de mayor riesgo para los dolientes, estas son: La fase 1, 2 y 4.

En México se registra el mayor índice de lesiones y muertes por accidentes, en la población de menores de edad y la edad productiva. Según el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) en el censo realizado en 2007; la causa número uno de muertes en jóvenes entre los 15 y 25 años en Ciudad de México, son los accidentes; dentro de estas muertes, poco más de la mitad, son provocadas por accidentes de tránsito.

El tipo de muerte y el contexto en que se produce esta, va a determinar, en gran medida, que el proceso del duelo sea adecuado o no, Weisman (1976) distingue entre muerte oportuna e intempestiva; la primera es aquella en que la supervivencia se iguala a la esperada. La muerte intempestiva puede ser prematura y/o inesperada (como accidente) o trágica (violenta), en este tipo de

muertes, el duelo puede adquirir características de crisis. (Espina, Gago y Pérez, 1993).

A partir de los datos mencionados se observa la necesidad de realizar un taller sobre la elaboración del proceso de duelo, mediante un enfoque cognitivo conductual, para el tratamiento de las personas que han perdido a un ser querido y la elaboración de una lista de verificación de creencias y emociones que reportan los dolientes (ver anexo 2).

Pregunta de investigación

¿Cómo influye un taller de elaboración del proceso de duelo, en las creencias y emociones de las personas que han perdido un ser querido?

Objetivo General

Evaluar la objetivación de las creencias y emociones de los participantes del taller de elaboración del proceso de duelo mediante un enfoque Cognitivo Conductual; además de conocer el efecto del taller en las creencias y emociones de las personas que han sufrido la pérdida de un ser querido.

Objetivo Específico

- Determinar si existe una disminución en los síntomas de ansiedad, medido a través del inventario de Beck, en los participantes del taller para la elaboración del proceso de duelo.
- Establecer si existe una disminución en los síntomas de depresión, medido a través del inventario de Beck, en los participantes del taller para la elaboración del proceso de duelo.
- Conocer si existe una disminución en las creencias y emociones que presentan los dolientes en las tres fases del duelo que se abordaron en el taller.

Hipótesis

1) **Hi.** Existe una disminución de los síntomas de ansiedad, que presentan los participantes del taller de elaboración del proceso de duelo.

2) **Hi.** Existe una disminución de los síntomas de depresión, que presentan los participantes del taller de elaboración del proceso de duelo.

3) **Hi.** Existe una disminución de las creencias y emociones que presentan los participantes, tras su participación en el taller de elaboración del proceso de duelo.

Muestreo

Se utilizó un muestreo no probabilístico por cuota, que se realizó en las Facultades de Psicología, Medicina, Trabajos Social y Filosofía y Letras de la UNAM.

Método

Participantes

30 participantes elegidos a través de un muestreo no probabilístico, de los cuales 27 fueron mujeres y 3 hombres, con edades entre 18 y 54 años con una media de 34.73 y una desviación estándar (D.E.) de 14.86, como se muestra en la tabla 1.

	MUESTRA (N)	MEDIA	DESVIACION ESTANDAR (D.E.)
EDAD	30	34.73	14.86

Escenario

El taller se llevo a cabo en salones de clases de la Facultad de Psicología de la UNAM, en total se realizaron 6 sesiones de dos horas cada una y se trabajo con dos grupos.

Diseño de Investigación

El diseño que se utilizó, fue un diseño pre-experimental pre-test y pos-test con un solo grupo (Kerlinger, 1988, Hernández, 2010). A un mismo grupo se aplicaron 2 pruebas y una lista de verificación, previas al tratamiento, posteriormente se les administró el tratamiento y finalmente se aplicaron nuevamente las 2 pruebas y la lista de verificación.

Definición de la Variable Independiente

- ❖ Taller de elaboración del proceso de duelo, mediante terapia Cognitivo Conductual.

Definición de Variables Dependientes

Ansiedad

Definición conceptual: La ansiedad es un miedo exagerado e innecesario, habitualmente relacionado con más “daño” mental que físico, donde el paciente confunde lo que piensa con lo que puede pasar (Lega, Caballo y Ellis, 1998), es decir es la anticipación aprensiva de daño futuro o desgracia, acompañado de un sentimiento de inquietud, o síntomas de tensión (APA, 1999).

Definición operacional: La puntuación obtenida por los participantes en el Inventario de ansiedad de Beck

Depresión

Definición conceptual: Es una alteración específica del estado de ánimo (tristeza, sensación de soledad, apatía, etc.), un concepto negativo de sí mismo, acompañado de autorreproches y autoinculpción, deseos regresivos y

de autocastigo como el deseo de escapar, esconderse o morir, y cambios en el nivel de actividad como el retardo o la agitación (Beck, 1967).

Definición operacional: Puntuación obtenida en el inventario de Depresión de Beck (BDI).

Creencias y emociones

Definición conceptual: Una creencia es aceptar como verdad la sola idea de que pueda ocurrir algo o una cosa, sin tener fundamentos o bases que lo confirmen. Una emoción es un sentimiento que por lo general tiene elementos cognitivos y fisiológicos, que influye en el comportamiento (Feldman, 2003).

Definición operacional: La puntuación obtenida en la lista de verificación de creencias y emociones sobre la pérdida (ver anexo 2).

Instrumentos

Inventario de Ansiedad de Beck

El inventario de ansiedad, fue creado por Aarón Beck (1991), su versión en español estandarizada para población mexicana es una escala válida y confiable que puede ser utilizada para evaluar la sintomatología de ansiedad.

Consta de 21 reactivos, de formato lápiz-papel, puede ser autoadministrado o bien aplicado de manera individual o en grupo. Las opciones de respuesta para cada reactivo son: Poco o nada, Más o menos, Moderadamente y Severamente. Para su calificación e interpretación la respuesta de “poco o nada” tiene un valor de 0, “más o menos” equivale a 1, “moderadamente” a 2 y “Severamente” a 3 (Robles, Varela, Jurado y Páez, 2001).

Inventario de Depresión de Beck

Este inventario conocido mundialmente como BDI, creado por Aarón Beck (1988), discrimina entre subtipos de depresión y diferencia entre esta y ansiedad. Representa un síndrome general de depresión que se puede dividir

en tres factores altamente correlacionados: actitudes negativas hacia sí mismo, deterioro del rendimiento y alteración somática.

La versión mexicana del inventario de depresión de Beck, cumple con la confiabilidad, validez de contenido, de criterio y de constructo, tiene propiedades psicométricas para ser utilizado en población mexicana. Consta de 21 reactivos con 4 posibles respuestas determinadas para cada reactivo. (Jurado, Villegas, Méndez, Rodríguez, Loperena y Varela, 1998).

Lista de verificación de creencias y emociones sobre la pérdida

Se construyó una lista de verificación sobre las creencias y las emociones que presentan los dolientes tras una pérdida, tomando como base un instrumento propuesto por Godínez (1994), en el que utilizaron tres las etapas que desarrolló Elizabeth Kübler Ross; para dicha lista sólo se utilizaron (negación, y aislamiento, ira o rabia y depresión), no se tomó en cuenta la etapa de regateo o negociación ya que esta etapa no se considera de alto riesgo para los dolientes, tampoco fue tomada en cuenta la fase de aceptación ya que esta se logra después de haber trabajado la pérdida.

Consta de 18 reactivos con dos posibles respuestas (verdadero o falso), de formato lápiz-papel, puede ser autoadministrado o aplicado de manera individual o en grupo.

Procedimiento

Para reunir la muestra se pusieron carteles en la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México, así como en otras Facultades y puntos estratégicos de Ciudad Universitaria, invitando a estudiantes universitarios y al público en general a participar en el taller de elaboración del proceso de duelo, el único requisito que debían cumplir era, el haber perdido a un ser querido.

El taller se llevó a cabo en salones de la Facultad de Psicología, se trabajó con tres grupos; los integrantes del taller habían perdido a un ser querido. Para cada grupo se realizaron seis sesiones de dos horas cada una (Ver anexo 1).

En la *primera sesión* se aplicaron los tests (lista de verificación de síntomas de Duelo, Inventario de depresión y ansiedad de Beck) para conocer los síntomas, así como medir el grado de ansiedad y depresión que los participantes presentaban. Se les dio la bienvenida al taller, se utilizó una dinámica de integración para conocerlos y se realizó el encuadre, comentándoles las reglas que debían seguirse en el grupo, los días en los que se iba a trabajar y el horario, así como la importancia de su participación para el enriquecimiento del mismo. Se revisaron las expectativas que los participantes tenían con respecto al taller; posteriormente se les brindó la definición de pérdida, los tipos de pérdida, la muerte como pérdida definitiva, también se habló de los 10 pasos propuestos por Neimeyer para adaptarse a una pérdida y las pérdidas no resultas, finalmente se les dejó un tarea para realizar en casa (elaborar una biografía de su ser querido).

Segunda sesión: Se les dio la bienvenida y se revisó la tarea, posteriormente se procedió a formar equipos de 4 personas, cada equipo definió lo que era duelo y lo expuso ante el grupo; posteriormente se les dio la definición según los autores que se utilizaron para la elaboración del taller, se les comentaron los tipos de duelo y los factores que pueden dificultar la elaboración normal del mismo. Se mencionaron las etapas del duelo según Elizabeth Kübler Ross, se trabajó con las tareas para elaborar el duelo que propuso Worden; se les dio a conocer la propuesta terapéutica con la que se iba a trabajar en el taller, finalmente se les dejó una tarea (línea de pérdidas).

En la *tercera sesión*, se revisó la tarea y se realizó una técnica de relajación, posteriormente se utilizaron dos técnicas, la primera para el fortalecimiento de la autoestima (ver anexo 4) y la segunda para el inicio del desprendimiento de la pérdida (ver anexo 1), al finalizar este trabajo se les preguntó cómo se

habían sentido y si alguien presentó alguna dificultad para realizarlas. Finalmente se realizó una técnica de imaginación guiada, tomando como base un recuerdo agradable del doliente, (esta técnica se utilizó en las sesiones restantes, para que todos la realizarán) para cerrar el círculo de la pérdida y elaborar el duelo; al final de la sesión se les dejó un tarea (galería de fotos del fallecido).

En la *cuarta* sesión, se les dio la bienvenida y se preguntó a los participantes como se habían sentido y que les ha parecido hasta el momento en el taller, se revisó la tarea, posteriormente iniciamos con la misma técnica de relajación y se continuó con la imaginación guiada, finalmente se les dejó una tarea (visitar al panteón o al nicho donde se encuentra su ser querido).

En la *quinta* sesión, se revisó la tarea, y se trabajó con la técnica de relajación y continuamos con la imaginación guiada, para trabajar con todos los miembros del grupo; finalmente se les dejó una tarea que consistía en la elaboración de una carta hacia el fallecido, con el objetivo de cerrar el círculo.

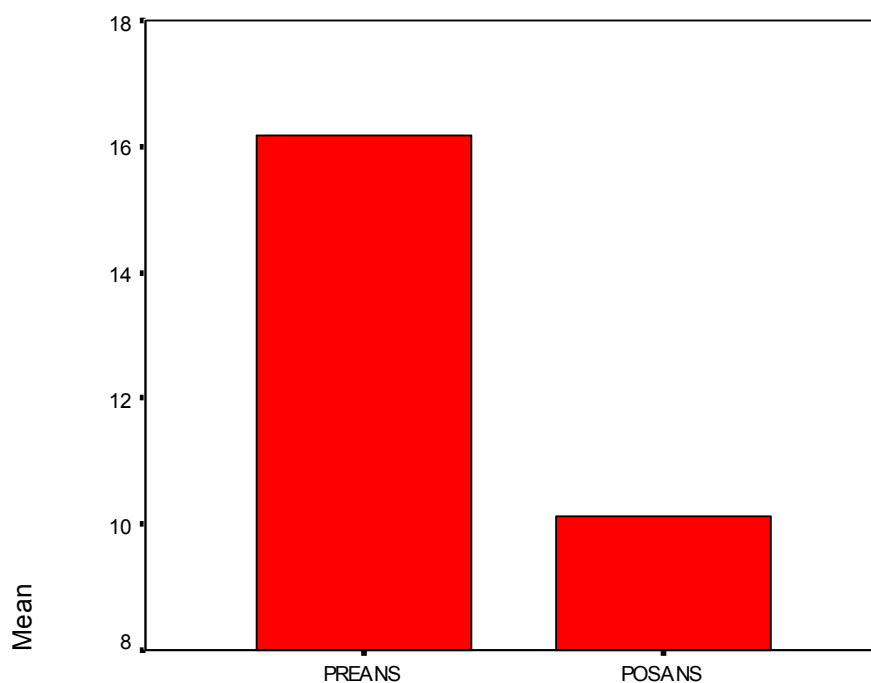
Finalmente en la *sexta* sesión, después de revisar la tarea, se aplicaron los tests (lista de verificación de síntomas de Duelo, Inventario de depresión y ansiedad de Beck), para conocer si existieron cambios en los valores obtenidos antes y después de la realización del taller, posteriormente se les pidió a los participantes que comentaran si las expectativas que tenían en un inicio se habían cumplido o no y que se podía hacer para mejorarlo; se les preguntó qué es lo que se llevan del taller y del trabajo realizado, finalmente se realizó un ejercicio de cierre y retroalimentación del taller.

RESULTADOS

Al finalizar el taller se realizó un análisis estadístico, comparando los valores obtenidos de la primera y segunda medición en los inventarios de Ansiedad y Depresión de Beck, así como la lista de verificación de los síntomas de Duelo, buscando diferencias entre las medias de cada par de valores. También se realizó un análisis de significancia clínica, para verificar si el taller cumplió con el objetivo.

Estadísticos Ansiedad

Se midió el nivel de ansiedad que presentaban los participantes antes y después de la realización del taller, mediante el inventario de ansiedad de Beck. El nivel de ansiedad previo del grupo registro una media de 16.17 y D. E. de 11.60. Tras llevarse a cabo el taller, los valores obtenidos fueron los siguientes, media de 10.13 y D.E. de 9.36. Tal como se muestra en grafica 1.



Grafica 1. Ansiedad pre y pos tratamiento

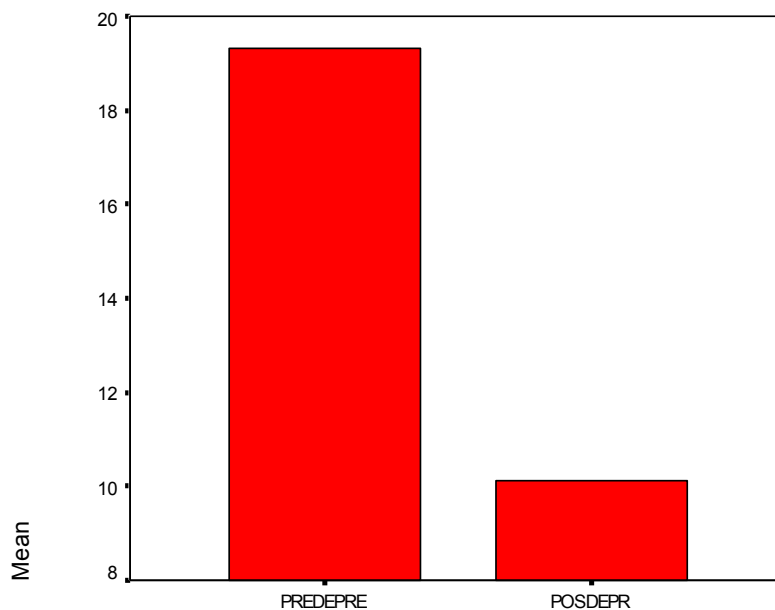
Se utilizó la prueba T para determinar si existen diferencias entre medias del pretes y postes de ansiedad. Obteniendo un valor $t = 4.72$, con un grado de significancia de $p < 0.00$, con una media de 6.03 y D.E. de 6.99, como se observa en la tabla 1. Por lo tanto se rechaza la hipótesis nula (H_0) y se acepta la hipótesis de investigación (H_i). Existe una disminución de los síntomas de ansiedad, que presentan los participantes del taller de elaboración del proceso de duelo.

Tabla 2. Análisis estadístico pre y pos tratamiento de Ansiedad

DIFERENCIA ENTRE MEDIAS ANSIEDAD					
PRE ANSIEDAD VS. POS ANSIEDAD	MEDIA	DESVIACION ESTANDAR (D.E.)	T	GL	SIGNIFICANCIA DE DOS COLAS
	6.03	6.99	4.72	29	.000

Depresión

El nivel de depresión, previo a la realización del taller mostro los siguientes valores: media de 19.33 y D.E. de 11.37. Posteriormente a la realización del taller se obtuvieron los siguientes valores, media de 10.13 y D.E. de 8.74, tal como se observa en la grafica 2.



Grafica 2. Depresión pre y pos tratamiento

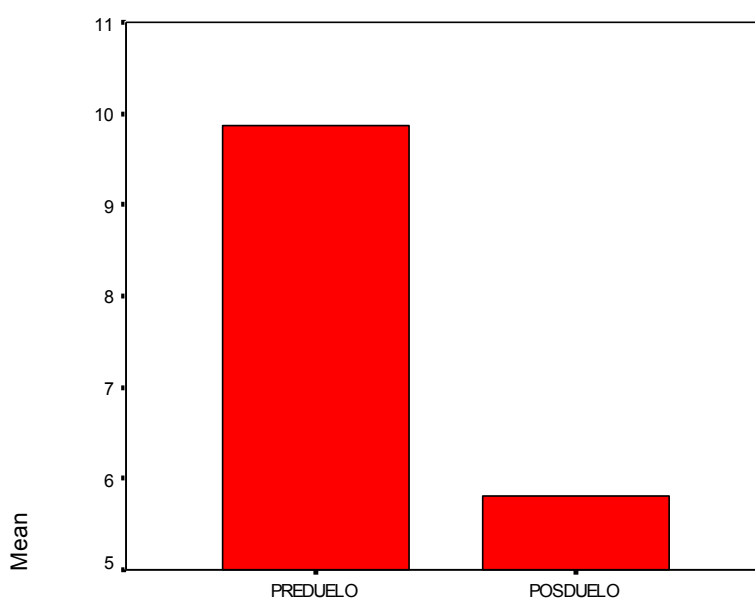
El análisis estadístico mostró los siguientes valores: $t = 6.23$, con $p < 0.000$, medida de 9.20 y D.E. de 8.09, tal como se observa en la tabla 2. Por lo tanto se rechaza la hipótesis nula (H_0) y se acepta la hipótesis de investigación (H_1). Existe una disminución de los síntomas de depresión, que presentan los participantes del taller de elaboración del proceso de duelo.

Tabla 3 Análisis estadístico pre y pos tratamiento de Depresión

DIFERENCIA ENTRE MEDIAS DEPRESION					
PRE DEPRESION VS. POS DEPRESION	MEDIA	DESVIACION ESTANDAR (D.E.)	T	GL	SIGNIFICANCIA DE DOS COLAS
	9.20	8.09	6.23	29	.000

Lista de verificación de creencias y emociones

Se midieron las creencias y las emociones que presentaban los participantes del taller antes y después de la aplicación del mismo, para ello se utilizó una lista de verificación, previamente construida para esta investigación, obteniendo los siguientes valores: media de 9.87 y D.E. de 4.26, tras la realización del taller se tomaron nuevamente las medidas obteniéndose los siguientes valores: media de 5.80 y una D.E. de 3.49, tal como se observa en la grafica 3.



Grafica 3. Síntomas de duelo pre y pos tratamiento

Tras el análisis estadístico se obtuvo un $t = 6.52$, con $p < 0.000$, media de 4.07 y D.E. de 3.41, como se observa en la tabla 3. Por lo tanto se rechaza la hipótesis nula (H_0) y se acepta la hipótesis de investigación (H_1). Existe una disminución de los síntomas de duelo, que presentan los participantes del taller de elaboración del proceso de duelo.

Tabla 4 Análisis estadístico pre y pos tratamiento de la lista de síntomas de duelo

DIFERENCIA ENTRE MEDIAS DUELO					
PRE SINTOMAS DE DUELO	MEDIA	DESVIACION ESTANDAR (D.E.)	T	GL	SIGNIFICANCIA DE DOS COLAS
VS.					
POS SINTOMAS DE DUELO	4.07	3.41	6.52	29	.000

Cambio Clínicamente Significativo

La evaluación de las intervenciones psicológicas es indispensable por dos razones; 1) permite considerar si los procedimientos utilizados logran un cambio en el sujeto y 2) si el cambio observado es de suficiente magnitud. Para llevar a cabo este análisis, generalmente se ha recurrido a procedimientos de comparación experimental, en los cuales se emplea la estadística descriptiva e inferencial para evaluar los efectos de la intervención. Al emplear estos procedimientos, el investigador espera que los resultados sean estadísticamente significativos, es decir que la estimación de la probabilidad de las diferencias en los resultados observados no se deba a eventos fortuitos, sino a un efecto de la intervención. Sin embargo la significancia se ve afectada por diversos factores, entre los más destacados se mencionan: a) la magnitud del efecto, b) el tamaño de la muestra, c) la confiabilidad del efecto y d) los instrumentos de medición utilizados (Pedroza, Galán, Martínez, Oropeza y Ayala, 2002)

En el presente estudio se realizó un análisis para determinar el significancia clínica en los pacientes. El significancia clínica significativo se presenta cuando

el sujeto manifiesta comportamiento normal; por *normalidad* se propone el intervalo ubicado entre \pm dos desviaciones estándar alrededor de la media estadística de respuesta de la conducta de interés. Si la media estadística de las puntuaciones en dicha variable de los sujetos tratados cae dentro del rango mencionado del grupo funcional, entonces puede decirse que los sujetos no se distinguen unos de otros y que se ha alcanzado el significancia clínica significativo (Pedroza, Galán, Martínez, Oropeza y Ayala, 2002)

La significación clínica se refiere al de cambio del paciente que se produce como consecuencia de la intervención psicoterapéutica. Jacobson y su grupo de trabajo (Jacobson, Follette y Revenstorf, 1984; Jacobson y Truax, 1991) propusieron un método para evaluar la significación clínica que se basa en la validación normativa. El índice de Cambio Confiable (ICC) o Índice de Cambio Fiable (ICF) es un procedimiento para la determinación de cambios clínicamente significativos que proporciona un medio adicional de análisis a las comparaciones de medias grupales (Pedroza, Galán, Martínez, Oropeza y Ayala, 2002), (Iraurgi, 2010).

El ICC se diferencia de los métodos tradicionales basados únicamente en herramientas estadísticas, ya que con este procedimiento se puede considerar la variabilidad de la respuesta al tratamiento de persona a persona, además indica la proporción de participantes que se han mejorado como resultado de la intervención, también permite determinar si el grado de cambio es de suficiente magnitud como para exceder el margen de error de las mediciones.

Una vez obtenido el valor del cambio significativo, se compara contra la distribución *z*, cuyo valor más aceptable es de ± 1.96 . Si el resultado del cambio significativo está fuera de este valor, es decir si es superior a dicho valor, es poco probable que el cambio en el comportamiento ocurra debido al azar o alguna variable extraña, lo que da certeza al investigador de que la intervención fue la responsable del cambio observado en el participante (Pedroza, Galán, Martínez, Oropeza y Ayala, 2002)

Escala de Ansiedad

Tabla 5. Correlación pre y pos tratamiento inventario de Ansiedad de Beck
CORRELACIÓN ENTRE PRUEBAS

	N	CORRELACION	SIGNIFICANCIA
PRE ANSIEDAD & POS ANSIEDAD	30	.798	.000

Tabla 6. Nomenclatura para el Significancia clínica

Símbolo		Valor
S_E	Desviación estándar del error de medición del puntaje de la prueba	1.28
r_{xx}	Medición de confiabilidad test – retest	.798
X_1	Puntuación pretest de un sujeto	Cambia
X_2	Puntuación postest de un sujeto	Cambia

Se calcula el error estándar de las diferencias de mediciones entre dos puntajes de una prueba determinada:

Formula a utilizar: $S_{dif} < \sqrt{2 S_E^2}$

En donde S_E = Error estándar de medición del puntaje de la prueba

$$S_{dif} = \sqrt{2 (1.28)^2} = \sqrt{2 (1.6384)} = \sqrt{3.2768} = 1.81$$

Cambio Confiable: *Formula a utilizar:* $CC = (X_1 - X_2)$

Medir el cambio confiable (CASO UNO)

$$CC = (8 - 4) / 1.81 = CC = 4 / 1.81 = 2.209$$

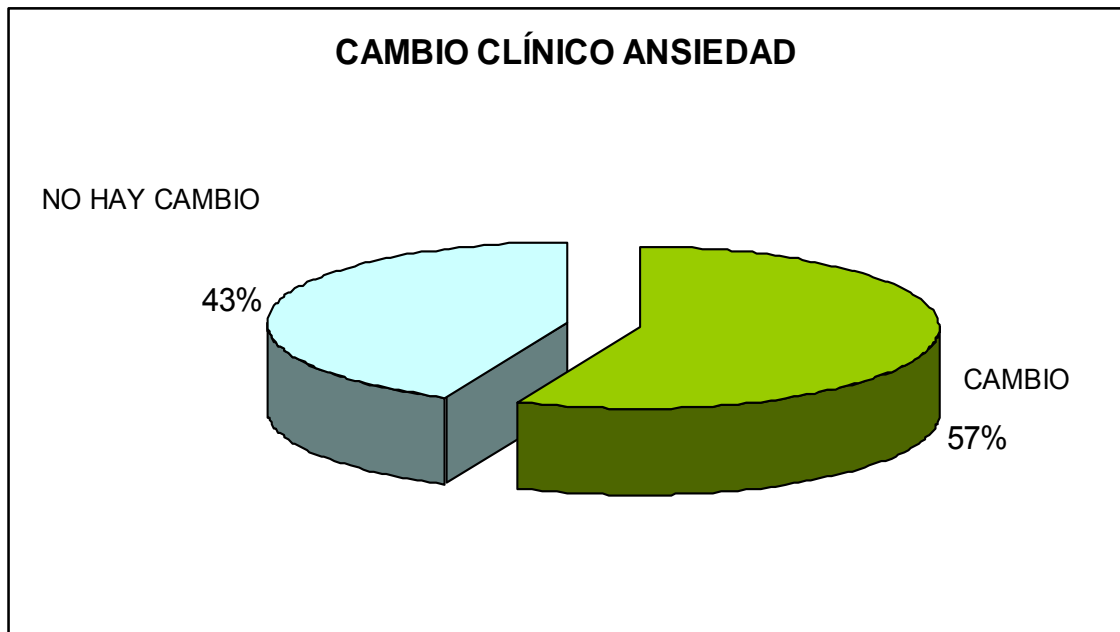
Este formula se aplica al resultado obtenido de la resta de los dos valores que sujeto obtuvo en el pre y postest de Ansiedad de Beck. Como 2.209 es mayor que 1.96, se puede considerar que el sujeto ha experimentado un cambio confiable en la variable de interés, con un nivel de confiabilidad de .05.

Tabla 7. Análisis de casos de Significancia clínica, Inventario de Ansiedad de Beck

INVENTARIO DE ANSIEDAD DE BECK						
Sujeto	Pre Ansiedad	Pos Ansiedad	DIFERENCIA	CAMBIO	Cambio clínicamente significativo	
1	8	4	4	2.209	Si	
2	3	6	-3	-1.65	No	
3	15	9	6	3.31	Si	
4	21	16	5	2.76	Si	
5	23	13	10	5.52	Si	
6	36	22	14	7.73	Si	
7	5	4	1	0.552	No	
8	31	19	12	6.62	Si	
9	15	4	11	6.07	Si	
10	4	2	2	1.1	No	
11	5	1	4	2.2	Si	
12	39	28	11	6.07	Si	
13	13	2	11	6.07	Si	
14	14	15	-1	-0.552	No	
15	29	3	26	14.364	Si	
16	15	3	12	6.629	Si	
17	15	10	5	2.76	Si	
18	6	4	2	1.1	No	
19	3	1	2	1.1	No	
20	15	13	2	1.1	No	
21	4	3	1	0.552	No	
22	40	20	20	11.049	Si	
23	20	13	7	3.867	Si	
24	6	5	1	0.552	No	
25	2	1	1	0.552	No	
26	25	25	0	0	No	
27	2	0	2	1.1	No	
28	15	4	11	6.07	Si	
29	28	18	10	5.52	Si	
30	28	36	-8	-4.419	No	

Tras la evaluación de la significancia clínica se puede concluir que 17 participantes es decir el 57% de los casos presentan un cambio clínicamente significativo con respecto al inventario de ansiedad de Beck en el pre y pos

test, sin embargo 13 participantes (43%) no presentan cambios. Particularmente en algunos casos como son: 2,14 y 30, los participantes muestran un cambio clínicamente significativo pero negativo, es decir, aumentaron sus síntomas de ansiedad tras haber participado en el taller. Tal como se muestra en la gráfica 4.



Gráfica 4. Significancia clínica Ansiedad

Escala de Depresión

Tabla 8. Correlación pre y pos tratamiento inventario de Ansiedad de Beck

CORRELACION ENTRE PRUEBAS

	N	CORRELACION	SIGNIFICANCIA
PRE DUELO & POS DULEO	30	.706	.000

Tabla 9. Nomenclatura para el Significancia clínica, Inventario de Depresión de Beck

Símbolo		Valor
S_E	Desviación estándar del error de medición del puntaje de la prueba	1.48
r_{xx}	Medición de confiabilidad test – retest	.706
X_1	Puntuación pretest de un sujeto	Cambia
X_2	Puntuación posttest de un sujeto	Cambia

Se calcula el error estándar de las diferencias de mediciones entre dos puntajes de una prueba determinada:

Formula a utilizar: $S_{dif} < \sqrt{2 S_E^2}$

En donde S_E = Error estándar de medición del puntaje de la prueba

$$S_{dif} = \sqrt{2 (1.48)^2} = \sqrt{2 (2.1904)} = \sqrt{4.3808} = 2.093$$

Cambio Confiable: Formula a utilizar: $CC = (X_1 - X_2)$

Medir el cambio confiable (CASO UNO)

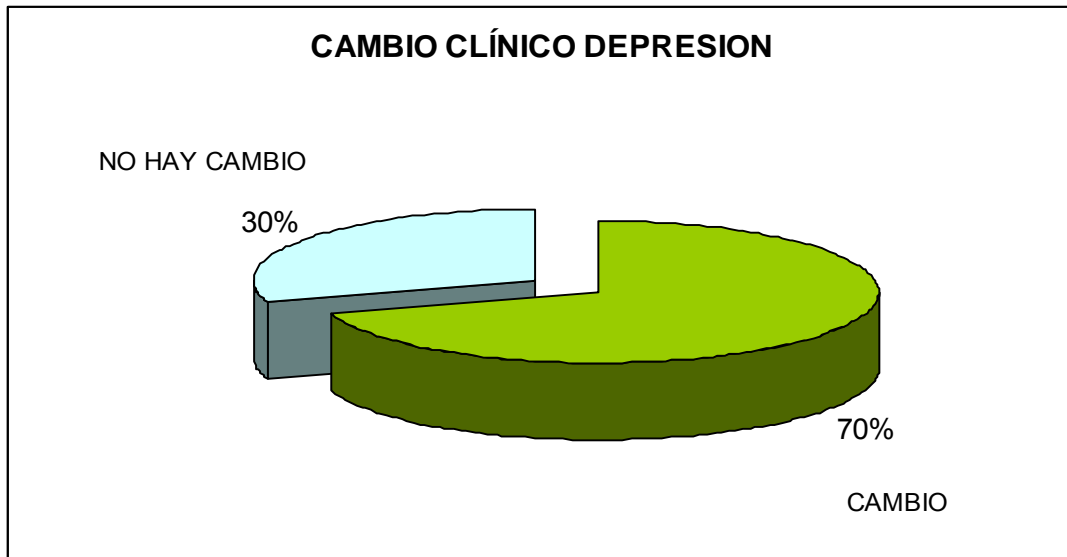
$$CC = (17 - 7) / 2.093 = CC = 10 / 2.093 = 4.777$$

Este formula se aplica al resultado obtenido de la resta de los dos valores que sujeto obtuvo en el pre y posttest de Depresión de Beck. Como 4.777 es mayor que 1.96, se puede considerar que el sujeto ha experimentado un cambio confiable en la variable de interés, con un nivel de confiabilidad de .05.

Tabla 10. Análisis de casos de Significancia clínica, Inventario de Depresión de Beck

INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK					
Sujeto	Pre Depresión	Pos Depresión	DIFERENCIA	CAMBIO	Cambio clínicamente significativo
1	17	7	10	4.777	Si
2	6	5	1	0.0477	No
3	26	17	9	4.3	Si
4	8	0	8	3.822	Si
5	20	18	2	0.9555	No
6	27	6	21	10.033	Si
7	7	1	6	2.866	Si
8	24	13	11	5.255	Si
9	21	10	11	5.255	Si
10	10	0	10	4.777	Si
11	1	1	0	0	No
12	52	20	32	15.289	Si
13	17	7	10	4.777	Si
14	20	10	10	4.777	Si
15	20	6	14	6.688	Si
16	24	6	18	8.6	Si
17	32	23	9	4.3	Si
18	11	13	-2	-0.955	No
19	16	10	6	2.866	Si
20	15	9	6	2.866	Si
21	10	4	6	2.866	Si
22	40	17	23	10.989	Si
23	16	13	3	1.433	No
24	13	4	9	4.3	Si
25	0	0	0	0	No
26	27	26	1	0.477	No
27	13	0	13	6.211	Si
28	28	3	25	11.944	Si
29	24	20	4	1.911	No
30	35	35	0	0	No

Después de la evaluación del significancia clínica, se puede decir que en 21 casos se presentan un cambio significativo con respecto al Inventario de Depresión de Beck, sin embargo en 9 casos no se presenta cambio alguno y particularmente en el caso número 18 se muestra un incremento en los síntomas de depresión tras su participación en el taller esto se refleja en la gráfica 5.



Gráfica 5. Significancia clínica depresión

Lista de verificación Síntomas de duelo

Tabla 5. Correlación pre y pos tratamiento inventario de Ansiedad de Beck

CORRELACIÓN ENTRE PRUEBAS			
	N	CORRELACION	SIGNIFICANCIA
PRE ANSIEDAD & POS ANSIEDAD	30	.629	.000

Tabla 6. Nomenclatura para el Significancia clínica

Símbolo		Valor
S_E	Desviación estándar del error de medición del puntaje de la prueba	.62
r_{xx}	Medición de confiabilidad test – retest	.629
X_1	Puntuación pretest de un sujeto	Cambia
X_2	Puntuación postest de un sujeto	Cambia

Se calcula el error estándar de las diferencias de mediciones entre dos puntajes de una prueba determinada:

Formula a utilizar: $S_{dif} < \sqrt{2 S_E^2}$

En donde S_E = Error estándar de medición del puntaje de la prueba

$$S_{dif} = \sqrt{2 (.62)^2} = \sqrt{2 (.3844)} = \sqrt{.7688} = .876$$

Cambio Confiable: *Formula a utilizar:* $CC = (X_1 - X_2)$

Medir el cambio confiable (CASO UNO)

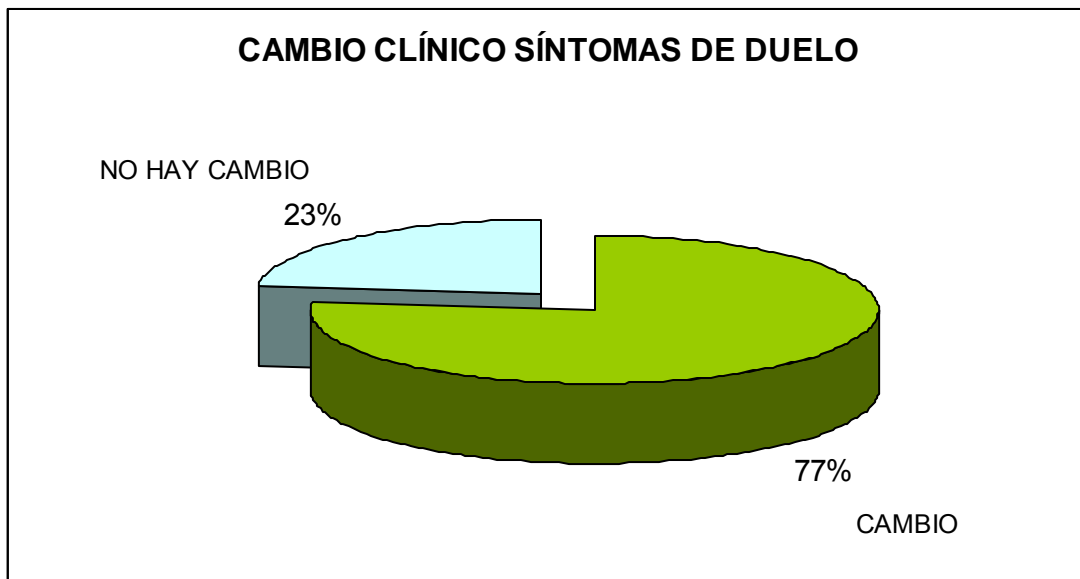
$$CC = (10 - 4) / .876 = CC = 6 / .876 = 6.85$$

Este formula se aplica al resultado obtenido de la resta de los dos valores que sujeto obtuvo en el pre y postest de Ansiedad de Beck. Como 6.85 es mayor que 1.96, se puede considerar que el sujeto ha experimentado un cambio confiable en la variable de interés, con un nivel de confiabilidad de .05.

Tabla 11. Análisis de casos de Significancia clínica, Lista de verificación

LISTAS DE VERIFICACIÓN DE SINTOMAS DE DUELO					
Sujeto	Pre depresión	Pos depresión	DIFERENCIA	CAMBIO	Cambio Clínicamente significativo
1	10	4	6	6.85	SI
2	9	3	6	6.85	SI
3	14	9	5	5.71	SI
4	2	0	2	2.28	SI
5	15	13	2	2.28	SI
6	10	5	5	5.71	SI
7	4	1	3	3.42	SI
8	11	13	-2	-2.28	NO
9	11	5	6	6.85	SI
10	5	8	-3	-3.42	NO
11	3	2	1	1.14	NO
12	18	10	8	9.13	SI
13	4	3	1	1.14	NO
14	14	10	4	4.56	SI
15	14	7	7	7.99	SI
16	12	3	9	10.27	SI
17	12	9	3	3.42	SI
18	9	7	2	2.28	SI
19	8	7	1	1.14	NO
20	7	5	2	2.28	SI
21	10	7	3	3.42	SI
22	13	7	6	6.85	SI
23	6	1	5	5.71	SI
24	8	3	5	5.71	SI
25	2	2	0	0	NO
26	16	6	10	10.27	SI
27	11	5	6	6.85	SI
28	14	3	11	12.55	SI
29	13	5	8	9.13	SI
30	11	11	0	0	NO

Posteriormente a la evaluación del cambio clínicamente significativo se puede concluir que 23 participantes es decir el 77% de los participantes presentan un cambio clínicamente significativo con respecto a la lista de verificación de los síntomas de duelo, en el pre y pos test, sin embargo 7 participantes (23%) no presentan cambios, dentro de estos casos particularmente los casos 8 y 10 presentan un aumento en sus síntomas de duelo. Tal como se observa en la gráfica 6.



Grafica 6. Cambio en la lista de verificación de síntomas de duelo

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Los resultados obtenidos confirman la eficacia del enfoque Cognitivo Conductual para los participantes del taller que habían a perdido a un ser querido, ya que esta corriente nos ofrece técnicas útiles para el diagnóstico, tratamiento y correcta elaboración del proceso de duelo.

Este trabajo apoya y confirma el modelo y las etapas que desarrolló la psiquiatra Elizabeth Kubler Ross (1969), ya que su descripción del duelo es de gran ayuda metodológica a la hora de trabajar y entender a los pacientes, además de ser una guía para el diagnóstico y tratamiento correcto del duelo y las posibles dificultades en su elaboración.

Por otro lado este estudio confirma la eficacia de las técnicas propuestas por Robert Neimeyer, ya que estas, ayudan a los dolientes a encontrarle sentido a su pérdida, además de ser técnicas sencillas y de fácil aplicación por parte del terapeuta y de los pacientes.

A partir de la revisión de la literatura se observa que la pérdida de un ser querido puede provocar una desorganización en los supervivientes, dentro de los principales síntomas se encuentra el incremento en los niveles de ansiedad que provocan en el individuo una serie problemas físicos y sociales, también se observa un aumento en los episodios depresivos, y en las enfermedades de los dolientes.

El objetivo principal de esta investigación fue determinar si la aplicación de un taller sobre la elaboración del duelo, resultaba efectivo para ayudar a personas que habían sufrido la pérdida de un ser querido, en de los objetivos específicos se encontraba: conocer si los niveles de ansiedad y depresión podían ser reducidos, ya que estos síntomas son indicadores fundamentales del duelo. Finalmente el último objetivo era conocer si existían diferencias en los síntomas reportados por los participantes antes y después de realizarse el taller.

Considerando los datos obtenidos en cada uno de los instrumentos utilizados en el presente trabajo (Inventario de Ansiedad y Depresión de Beck y una lista de verificación de síntomas de duelo) y tras la realización del análisis estadístico y clínico, se pueden derivar los siguientes aspectos importantes:

Los valores en el inventario de Ansiedad de Beck, presentan diferencias estadísticamente significativas en las medias del pre y pos test, tras la realización del taller, lo cual nos brinda evidencia estadística para rechazar la hipótesis nula (H_0) y se acepta la hipótesis de investigación (H_1), que dice: existe una disminución de los síntomas de ansiedad, que presentan los participantes del taller de elaboración del proceso de duelo.

Luego entonces existe evidencia estadística para afirmar que el taller ayudó a disminuir los niveles de ansiedad de los participantes que habían sufrido la pérdida de un ser querido, esta disminución puede servirles a los individuos para afrontar de mejor manera la pérdida, además de tener una visión prometedora de su futuro y disminuir sus síntomas físicos.

En este inventario se muestra una eficacia del 57% del taller, es decir 17 de 30 casos, presentaron Cambios Clínicamente Significativos, lo que nos indica que no solo existe evidencia estadística que apoya la efectividad del taller, sino que clínicamente también hay cambios en los niveles de ansiedad de los participantes tras la realización del mismo. Sin embargo el 43% es decir 13 casos no presentan cambios clínicamente significativos, aún más, en algunos casos se incrementó el nivel de ansiedad después de haber participado en el taller.

Esto pudo deberse, a los niveles de ansiedad que presentaron los participantes antes de la realización del taller y a su disposición de trabajar y participar en él, ya que algunos de ellos al inicio les costó trabajo expresar sus emociones, sentimientos y pensamientos con respecto a la pérdida, a la forma de afrontamiento y como veían su futuro sin su ser querido.

Con respecto a los valores del Inventario de depresión de Beck, se presentaron diferencias significativas en las medias del pre y pos test, en los sujetos, esto nos brinda evidencia estadística para rechazar la hipótesis nula (H_0) y aceptar la hipótesis de investigación (H_1), que versa de la siguiente manera: existe una disminución de los síntomas de depresión, que presentan los participantes del taller de elaboración del proceso de duelo.

El taller ofrece una eficacia del 70% en la reducción de los síntomas de depresión de los participantes; lo cual nos indica que 21 de 30 casos muestran cambios clínicamente significativos, con lo que podemos concluir, que existe una disminución en sus niveles de depresión después de haber participado en el taller de elaboración del proceso de duelo, esto avala el análisis estadístico realizado.

De acuerdo a los resultados obtenidos se puede decir que existe evidencia estadística y clínica para afirmar que los participantes del taller redujeron sus niveles de depresión provocados por la pérdida de un ser querido, esto les ayudará para tener una nueva perspectiva de lo ocurrido, además de mejorarles el estado de ánimo y a su vez mejorar su red de apoyo para afrontar este largo proceso y ver la vida positivamente.

Por otro lado el 30%, (9 casos), no presentan significancia clínica alguno, es decir 9 casos no muestran mejora en su nivel de depresión después del taller. Probablemente esto puede deberse a los bajos niveles de depresión que presentaban los participantes antes del taller y no que estos no interferían en su vida cotidiana, por ello no presentaron grandes cambios como para considerarlos clínicamente significativos, también puede deberse al enfoque que se maneja en el taller ya que se trabajó en grupo y algunos de ellos les costó trabajo este hecho.

Finalmente en lo referente a la lista de verificación de síntomas de duelo, se muestra que existen cambios estadística y clínicamente significativos que

apoyan la efectividad del taller, lo cual nos indica que, además de reducir los niveles de ansiedad y depresión de los participantes, también se produjo una disminución en la percepción de los síntomas que presentaron, antes y después de la realización del taller.

Los resultados obtenidos tras el análisis estadístico arrojan evidencia suficiente para rechazar la hipótesis nula y aceptar con la hipótesis de trabajo que dice: existe una disminución de los síntomas de duelo, que presentan los participantes del taller de elaboración del proceso de duelo.

El taller muestra una eficacia del 77% en la reducción de los síntomas de duelo, lo cual nos indica que 23 de los 30 participantes redujeron su percepción de síntomas. Esto les puede ayudar a tener una percepción distinta de lo que les pasó y lo que están viviendo, puede ser la base para iniciar el camino hacia la recuperación. La disminución de los síntomas como el dolor, la pena, el enojo, pueden ayudar a emprender la recolocación emocional del fallecido y darle un nuevo sentido a la pérdida y a su vida.

Sin embargo el 23% de los participantes (7 sujetos), no mostraron reducción sus síntomas del duelo, esto puede deberse a la falta de percepción de los síntomas antes de la realización del taller, por parte de los integrantes, ya que es indispensable reconocerlos para poder trabajar con ellos y emprender la elaboración.

En conclusión, englobando los tres instrumentos utilizados antes y después del taller se puede decir que existe evidencia estadística y clínica de la eficacia del mismo, ya que en 28 de los 30 casos, se presentó algún tipo de cambio por lo menos en una variable, esto nos indica que el taller funcionó con un 93% de efectividad y que solo en 2 casos, (7%) no se presentó cambio alguno, en ninguna de las tres variables, esto puede deberse al tiempo que tiene su pérdida como al número de sesiones con las que se trabajó; también podría deberse al enfoque que se utilizó en el taller ya que no a todos los participantes

pudo haberles gustado, o, a la misma colaboración del paciente durante el taller y las tareas propuestas.

Sobre el enfoque utilizado los participantes mostraron interés y colaboración durante el taller, algunos ya conocían parte de la terapia Cognitivo Conductual y algunos otros lo descubrieron en el trayecto. Es importante mencionar que una pieza fundamental de la eficacia del taller fue que se realizó de manera grupal, ya que la misma cohesión y colaboración del grupo fungió como una red de apoyo social, que en el tratamiento del duelo es fundamental, además escuchar la experiencia de otros participantes ayudó a algunos pacientes para poder expresar sus emociones y sentimientos con respecto a su pérdida y a aceptar cosas que pensaban que estaban mal, esto unió más al grupo y colaboró al trabajo en el taller.

En lo que se refiere a la reacción y la evolución de los participantes, algunos de los sujetos mostraron un cambio radical en su forma de actuar, pensar y de expresarse, con respecto a la pérdida, después de haber formado parte del taller. Algunos al inicio no quisieron comentar el motivo del porque estaban ahí pero con el paso de las sesiones comenzaron a demostrar y sacar sus sentimientos y se atrevieron a compartir su experiencia y esto enriqueció y ayudó al trabajo.

En particular un participante, cuando llegó al grupo tenía mucha carga emocional negativa hacia la vida y en especial hacia una persona específica, cuando se presentó ante los compañeros, mostró ser una persona tímida, callada y reservada, con el paso del tiempo evolucionó y mostró una cara distinta, aceptó que había vivido enojada con su mamá ya que ella la culpaba por la muerte de su papá, el trabajo en el taller le ayudo a darse cuenta que ambas están sufriendo la pérdida y que debían compartirse su experiencia y trabajar juntas ya que las cargas compartidas son más ligeras. Su participación en el taller le ayuda a mejorar su relación familiar y a reestablecer su red de apoyo social para el afrontamiento de su pérdida.

Finalmente este trabajo aporta una línea para futuras investigaciones sobre el proceso de duelo mediante un enfoque Cognitivo Conductual, sus técnicas y métodos de trabajo.

Limitaciones

La principal limitación puede ser la muestra, ya que sólo se trabajó con lo mínimo requerido ($n=30$) para ser estadísticamente significativo, esto puede afectar la generalización de los resultados, como sabemos a mayor número de casos tratados mayor probabilidad de poder generalizarlos, se puede decir que el taller es eficaz pero con reserva, por la muestra. Se sugiere que en futuras investigaciones se utilice una muestra superior a 30 casos y que se trate de cuidar las posibles variables extrañas.

La distribución de las edades de los participantes también puede afectar la generalización de los resultados, ya que al estar dispersas pueden afectarse mutuamente e influir sobre la aplicación de los resultados a un universo mayor. Se sugiere que en próximas investigaciones relacionadas con el tema se trabaje con diversos grupos a partir de las edades de los sujetos y de ser posible que se realice un seguimiento después de un determinado tiempo para corroborar la duración de los cambios tanto clínicos como estadísticos.

Con respecto al Cambio Clínicamente Significativo se puede decir que en la escala de Ansiedad la efectividad no es tan alta como quisiéramos y que posiblemente se pueda mejorarse. En el Inventario de Depresión, los resultados obtenidos nos muestran que el taller es efectivo sin embargo a algunos participantes no les ayudó, esto debe trabajarse de mejor manera para obtener una eficacia más alta. En lo que se refiere a los síntomas de duelo la lista de verificación, muestra cambios, sin embargo se debe trabajar para que esta lista muestre validez y confiabilidad estadística. Se sugiere que para próximas investigaciones se utilicen instrumentos enfocados a la medición del duelo y sus síntomas, es importante que estos deban estar validados y

estandarizados para nuestra población, o por lo menos para una población de habla hispana.

Bibliografía

- American Psychiatric Association (2003). *Guías clínicas para el tratamiento de los trastornos psiquiátricos*. Compendio. Ed. Ars Médica España
- American Psychiatric Association (1999). Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (*DSM-IV TR*). *Estudio de casos. Guía clínica para el diagnóstico diferencial*. España: Masson
- Arranz P., Barbero J., Barreto M., & Bayés R. (2003). *Intervención emocional en cuidados paliativos. Modelo y protocolos*. Barcelona: Ariel Ciencias Médicas.
- Aries P. (1984). *El hombre ante la muerte*. Madrid España: Taururs
- Bayés R. (2001): *Psicología del sufrimiento y de la muerte*. Barcelona: Martínez Roca.
- Bannano, G. & Keltner, D. (1997). *Facial expressions of emotion and the course of bereavement*. *Journal of Abnormal Psychology*, 106: 126 – 137
- Barreto M., Moleo M. y Pérez, M. (2000): *Evaluación e intervención psicológica en familias de enfermos oncológicos*. Madrid: Nova Sidonia Oncología.
- Barreto P. y Soler M. (2003). *Psicología y fin de la vida*. *Psicooncología*. 0 (1), pp. 135 – 146
- Barreto P. y Soler M. (2005). *Muerte y Duelo*. Madrid España: Síntesis
- Bauab de Dreizzen D. (2001). *Los tiempos del Duelo*. Rosario Argentina: Homo Sapiens Editores.
- Beck A. (1967) *Diagnóstico y tratamiento de la depresión*. México: Merck Sharp & Co., Inc.
- Bowlby J. (1993) Primera reimpresión. *El vínculo afectivo*. Barcelona España, Paidós.
- Bowlby J. (1980). *La pérdida Afectiva, tristeza y depresión*. Barcelona España, Paidós.
- Buendía, R. (2001). *Duelo Factores que lo obstaculizan y lo facilitan*. Tesis de Licenciatura. México UNAM
- Caballo V. (1998). *Manuel de técnicas y terapias en modificación de conducta*. España: Siglo XXI

- Corless G., y Pittman (2005). *Agonía, Muerte y Duelo Un reto para la vida*. México: Manual Moderno
- Durán X. (2009). *Manual de estrategias para el tratamiento del duelo y pérdida vía Internet*. Tesis de Licenciatura. México UNAM
- Ellis A. y Dryden W. (1987). *Práctica de la terapia racional emotiva*. España: Desclée de Brouwer
- Espina A., Gago J. y Pérez M. (1993). Sobre la elaboración del duelo en terapia familiar. España: Revista de Psicoterapia. IV (13) pp. 77 - 87.
- Feldman R (2003). *Psicología*. Ciudad de México: Mc Graw Hill.
- Fonegra I. (1999). *De cara a la muerte*. México: Andrés Bello.
- Faschingbauer T., Zisook S. & De Baúl, R., (1987). *The Texas Revised Inventory of Grief*. American Psychiatric Press. Washington, DC.
- García-García, J, A & Landa V. (2001). “¿Es posible medir el duelo?: adaptación al castellano y validación del Inventario de Experiencias en Duelo y del Inventario Texas Revisado del Duelo”. <http://www.psiquiatria.com/interpsiquis2001/2180>
- García-García, J, A & Landa V. (2001). “Adaptación a nuestro medio del Inventario Texas Revisado de Duelo. Medicina paliativa, 9: 197 – 198
- Godínez A. (1994). *El proceso de duelo y su relación con el VIH/SIDA*. Tesis de Licenciatura. México UNAM
- Iraurgi, I (2010), *Evaluación de resultados clínicos (y III): Índices de Cambio Fiable (ICF) como estimadores del cambio clínicamente significativo*. Norte de salud mental VIII (36) 105 – 122
- Jara S. (2003) Art. *El proceso de Duelo: Descripción y estrategias de manejo*. U. de Chile
- Jurado, S., Villegas, M., Méndez, L., Rodríguez, F., Loperena, V. & Varela, R. (1998) *La estandarización del Inventario de Depresión de Beck para los residentes de la ciudad de México*. Salud mental 21 (3) 26-31
- Kerlinger F. (1988) *Investigación del comportamiento. Técnicas y Metodología*. México: Interamericana.
- Kübler, E. (1975) *Sobre la muerte y los moribundos*, cuarta edición. Barcelona, Ed. Grijalbo.
- Kübler, E. (1985) *Una luz que se apaga*. México, Ed. Pax-México.

- Lacasta M., y Soler M. (2004). *El duelo prevención y tratamiento del duelo patológico. Cuidados después de la muerte*. Madrid: Manual SEOM de cuidados continuos.
- Lega I., Caballo E. y Ellis A. (1998). *Teoría y práctica de la terapia racional emotivo-conductual*. España: Siglo XXI
- Louis Vincent, Thomas (1991), *La muerte: una lectura cultural*. Barcelona, España. Ed. Paidós.
- Mahoney M., (Ed.) (1997). *Psicoterapias cognitivas y constructivas, teoría, investigación y práctica*. Bilbao España: Desclée de Brouwer
- Neimeyer R. (2002). *Aprender de la Pérdida. Una guía para afrontar el duelo*. Barcelona, Ed. Paidós.
- Olivares, R. & Méndez C. (2001). *Técnicas de modificación de Conducta*. España: Biblioteca Nueva.
- Pedroza, F., Galán, S., Martínez, K., Oropeza, R. & Ayala, H. (2002) *Evaluación del Significancia clínica en las intervenciones Psicológicas*. Revista Mexicana de Psicología 19 (1) 73 – 84
- Prigerson, H & Jacobs (1995). *Inventory of Complicated Grief: A escale to measure maladaptive symptoms of loss*. Psychiatry Resaerch. 59: 65 – 79.
- Reyes A. (1996), *Acercamientos Tanatológicos al enfermo terminal y a su familia*. Impreso en México
- Robles, R., Varela, R., Jurado, S. & Páez, F. (2001) *Versión Mexicana del Inventario de Ansiedad de Beck: Propiedades psicométricas*. Revista Mexicana de Psicología. México D.F. 18 (2), 211-218
- Sánchez E. (1999). *Propuesta de intervención para el manejo del duelo en familiares de adolescentes suicidas*. Tesis Licenciatura, Ciudad de México: UNAM
- Hernández R., Fernández y Baptista. (2003). *Metodología de la Investigación*. México: McGraw Hill
- Sierra M. (2008). *Taller de Terapia Racional Emotiva, como tratamiento de la depresión de la mujer causada por el rompimiento de una relación de pareja*. Tesis Licenciatura, Ciudad de México: UNAM.

- Stroebe, M & Scout, H. (1999). *The dual process model of coping with bereavement research: rationale and description*. *Death Studies*, 23: 197 – 224.
- Tizón J. (2004). *Pérdida, pena y duelo. Vivencias, investigación y Asistencia*. Editorial. España, Barcelona: Paidós y Fundación Vidal; Barraquer.
- Weisman, A. (1976). *Coping with Untimely Death*. En R. H: Moss. *Human Adaptation. Doping With Life Crisis*. Lexington, Mass. DC. Health &Co.
- Woodfield, R. & Viney, L. (1984). *A personal construct approach to the conjugally bereaved woman*” *Omega: Journal of Death Dying* 15: 1 –13
- Worden J. (2004) *El tratamiento del duelo: asesoramiento psicológico y terapia*. Barcelona: Editorial Paidós (2da edición).

ANEXOS

Anexo 1
CARTA DESCRIPTIVA DEL TALLER
SESION 1

ACTIVIDAD	OBJETIVO	TIEMPO	PROCEDIMIENTO	MATERIAL
Bienvenida	Recepción del grupo e inicio de la aplicación	5"	Presentación del facilitador del taller e instrucciones para la aplicación de la primera prueba.	
Aplicación de la lista de Verificación de síntomas de Duelo	Conocer la etapa del proceso de duelo en la se encuentran los participantes.	10"	Se presentará y se aplicará la lista de verificación y contestando las dudas que surjan.	Copias de la lista de verificación Lápices y Gomas
Test de depresión de Beck	Identificar los niveles de depresión de los participantes	10"	Se presentará y aplicará el inventario de depresión de Beck y contestando las dudas que surjan.	Copias del inventario Lápices y gomas
Aplicación del test de ansiedad de Beck	Determinar los niveles de ansiedad de los participantes	10"	Se presentará y se aplicará el inventario de ansiedad de Beck y se contestarán las dudas que surjan.	Copias del inventario Lápices y gomas
Presentación de los integrantes del taller. Y Dinámica de integración	Permitir a los integrantes conocer con quienes trabajaran y romper el hielo para trabajar relajados.	10"	Se le pedirá a los integrantes que se sienten en círculo, de tal manera que puedan verse el rostro unos a otros, (esta formación se usará durante todo el taller), la dinámica de presentación será "el tren de nombres", primero se presentará el facilitador del taller, diciendo su nombre y señalándose, posteriormente la persona que esté a su derecha diciendo primero su nombre señalándose y posteriormente la	Hojas de colores Marca textos Diurex

			de la persona anterior señalándolo y así sucesivamente hasta terminar de conocer a todos los integrantes. Para reafirmar y recordar los nombres cada integrante escribirá su nombre en media hoja de papel y se lo colocará en el pecho.	Entrega de material impreso
Expectativas	De manera individual cada participante expondrá verbalmente sus expectativas.	5"	Se plantearan algunas preguntas para conocer las expectativas de los participantes.	
Conocer lo que los participantes están dispuestos a ofrecer para que se cumplan las metas del taller.	De manera individual cada participante mencionará lo que están dispuesto a ofrecer par que se cumplan las metas planteadas por el taller.	5"	Cada integrante mencionara al menos dos cosas que están dispuestos a dar para llegar a la meta del taller.	
Conocer la pérdida que los integrantes del taller han vivido.	Conocer la relación o parentesco, las causas en las que se presento y hace cuanto ocurrió la pérdida de los integrantes	15"	Se les pedirá a los integrantes de manera voluntaria que comenten a su pérdida.	
Definición de pérdida	Conocer la definición de pérdida y que los integrantes conozcan las consecuencias que pueden provocar las perdidas en su vida diaria.	10"	Se expondrá el concepto de pérdida y las posibles consecuencias, también, se maneja información sobre los tipos de pérdida que podemos sufrir durante nuestra vida, acentuando esta información en la muerte.	Presentación de en Power point Bibliografía sobre el tema
Tipos de pérdida	Que los participantes conozcan lo diferentes tipos de pérdida con los que nos podemos enfrentar en la vida	10"		Presentación de en Power point Bibliografía sobre el tema

La muerte como pérdida permanente	Definir la muerte como una pérdida permanente y comentarle a los participantes los "Tipos de muerte"	10"		Presentación de en Power point Bibliografía sobre el tema
Comentar los 10 pasos que propone Neimeyer para adaptarse a una pérdida.	Que los integrantes del grupo reflexionen sobre las tareas e intenten recordar que cosas han realizado y que cosas no, para superar una pérdida.	10"	Formar equipos de 3 participantes y que lean las tareas propuestas por Neimeyer, posteriormente se realizará una lluvia de ideas para comentarlas, y mencionar cuales de ellas han realizado y cuáles no, y conocer su punto de vista sobre las tareas.	Presentación de en Power point Bibliografía sobre el tema
Pérdidas no resueltas.	Definir lo que es una pérdida no resuelta y que los participantes reconozcan su pérdida.	5"	Se expondrá a los participantes lo que es una pérdida no resuelta, se ejemplificará y se resolverá las dudas que surjan.	Presentación de en Power point Bibliografía sobre el tema
Tarea Biografía	Que los integrantes del taller se comprometan con la participación en el taller.	5"	Se le pedirá a cada integrante del taller que en una hoja tamaño carta realicen una biografía del fallecido, exponiendo los aspectos más importantes que recuerden de su ser querido.	

SESION 2

ACTIVIDAD	OBJETIVO	TIEMPO	PROCEDIMIENTO	MATERIAL
Recepción, bienvenida, y revisión de la tarea.	Romper el hielo y saber que pensaron de la sesión anterior. Conocer un poco más sobre su ser querido	15"	Se preguntará a los participantes que pensaron sobre la sesión anterior, las respuestas serán de manera voluntaria	
Conocer que es el duelo para los participantes y definir lo que es.	Que los participantes conozcan los puntos de vista de los demás integrantes sobre el duelo y definir el concepto teóricamente.	10"	Se formaran equipos de trabajo, cada grupo debatirá sobre sus propios conceptos del duelo, posteriormente se expondrá el punto vista de cada grupo y se llevará a cabo un debate grupal. Finalmente se dará a conocer la definición teórica del duelo.	Presentación de en Power point Bibliografía sobre el tema
Tipos de duelo	Que los participantes del taller conozcan los tipos de duelo.	20"	Se formarán grupos de trabajo, se leerá la información proporcionada por el facilitador sobre los tipos de duelo, posteriormente se expondrán los puntos de vista de cada grupo y se le pedirá un ejemplo por cada tipo de duelo.	Presentación de en Power point Bibliografía sobre el tema
Factores que influyen la elaboración del duelo	Conocer los factores que pueden dificultar elaborar el duelo de manera normal	10"	Se expondrá a los participantes del taller, los factores que pueden dificultar la elaboración del proceso de duelo	Presentación de en Power point Bibliografía sobre el tema
Presentar la etapas de Elizabeth Kübler Ross, sobre el duelo	Que los participantes conozcan las etapas ya que es el enfoque con el que se van clasificar,	10"	Se expondrán las etapas de Kübler Ross y se ejemplificara, se resolverán las dudas que surjan y se les	Presentación de en Power point

	posteriormente.		recomendara literatura sobre el tema.	Bibliografía sobre el tema
Tareas para la elaboración del duelo	Que los participantes conozcan las tareas propuestas para la elaboración del duelo.	20"	Se expondrá a los integrantes del taller, las tareas propuestas por Worden, para la elaboración del duelo y se resolverán dudas.	Presentación de en Power point Bibliografía sobre el tema
Metas del asesoramiento	Que los participantes conozcan el por qué es importante buscar ayuda para la elaboración del duelo.	10"	Exponer las razones y las metas del tratamiento del duelo, ejemplificar el no hacerlo y resolver las dudas que surjan.	Presentación de en Power point Bibliografía sobre el tema
Conocer la propuesta terapéutica.	Que los participantes conozcan la propuesta con la que se ve a trabajar durante el taller.	15"	Exponer a los participantes la propuesta terapéutica con la que se trabajará en el taller, se comentará y se discutirá. Conocer	
Tarea línea de pérdidas	Los integrantes deben realizar una línea del tiempo, marcando en ella las pérdidas significativas que han pasado	10"	Se les pedirá a los integrantes en una hoja tamaño carta, realicen una línea del tiempo marcando sus pérdidas significativas, y tratando de ser lo más explícitamente como puedan.	

Sesión 3

ACTIVIDAD	OBJETIVO	TIEMPO	PROCEDIMIENTO	MATERIAL
Revisión de la tarea	Conocer el grado de compromiso de los integrantes con el taller.	15"	Cada integrante leerá la biografía que realizo de su ser querido.	
Técnica de relajación	Descanso emocional para los participantes	20"	Se usará la técnica de relajación profunda, se les pedirá los participantes que se pongan cómodos y que dejen su mente en blanco para iniciar la técnica.	Disco de técnica de relajación
Técnica para el fortalecimiento del autoestima	Fortalecer la autoestima de los participantes, e iniciar con las técnicas de imaginación guiada.	20"	Se les pedirá a los participantes que cierren los ojos y se vayan imaginando lo que se les va a leer.	Instrucciones de la técnica
Técnica de desprendimiento	Que los participantes, comiencen a conocer el poder de la imaginación, e iniciar el desprendimiento de sus sentimientos.	25"	Se le proporcionará a cada integrante una hoja de papel, y se le pedirá que realicen un dibujo de una mascota que ellos deseen, posteriormente se recogerá el dibujo y se trabajará con ella.	Hojas blancas Y Lápices
Imaginación guiada	Que los participantes puedan "cerrar el círculo", y empezar a vivir sin ese sentimiento que les dejó la pérdida.	30"	De manera voluntaria se le pedirá a un participante (todos pasaran en sesiones sucesivas) que pase al frente y se utilizará la técnica de imaginación guiada par que complete o cierre su círculo y que se despida de su ser querido y darle un nuevo lugar a su perdida.	Silla con respaldo y codera

Tarea Galería de fotos	Los integrantes deben buscar y llevar al taller una foto del fallecido que les cree un recuerdo agradable.	5"	Se les pedirá a los integrantes que compartan un poco de sus recuerdos con el grupo a través de una fotografía que les genere un recuerdo agradable.	
------------------------	--	----	--	--

Sesión 4

ACTIVIDAD	OBJETIVO	TIEMPO	PROCEDIMIENTO	MATERIAL
Bienvenida	Recepción de los integrantes del taller y conocer como se han sentido durante el tiempo que lleva el taller.	10"	Los integrantes del taller comentarán de manera individual como se han sentido durante el tiempo que lleva el taller.	
Revisión de la tarea	Que los integrantes del taller comenten un poco de la fotografía que llevan, para saber cómo era la relación de el doliente con el fallecido.	20"	Cada participante de manera individual comentará un poco acerca de la fotografía que decidieron compartirnos, porque escogieron esa foto en particular, y que nos contextualicen un poco de cómo fue ese día.	Fotografías de los fallecidos
Continuación de la técnica de Imaginación guiada	Seguir en el proceso de recolocación de la pérdida de los participantes.	60"	Continuación de manera voluntaria de la técnica de la sesión pasada	
Técnica de relajación	Descanso emocional para los participantes	20"	Se usará la técnica de relajación profunda, se les pedirá los participantes que se pongan cómodos y que dejen su mente en blanco para iniciar la técnica.	Disco de técnicas de relajación
	Que los participantes visiten a su		Se les pedirá a los integrantes del	

Tarea visita al panteón o al nicho donde se encuentra su ser querido	ser querido y que nos comenten que sintieron, quien los acompaña y si les costó trabajo o no.	10"	taller que se den un tiempo para visitar a su ser querido en el lugar donde se encuentren, que estén a solas con él y que nos cuente su experiencia.	Tarea visita al panteón o al nicho donde se encuentra su ser querido
--	---	-----	--	--

Sesión 5

ACTIVIDAD	OBJETIVO	TIEMPO	PROCEDIMIENTO	MATERIAL
Bienvenida y revisión de la tarea	Que los integrantes compartan lo que sienten por su pérdida.	30"	Cada integrante leerá la carta que hice para su ser querido, debe comentar que sintió a la hora de realizarla y cómo se sintió después de terminarla.	
Continuación de la técnica de Imaginación guiada	Seguir en el proceso de recolocación de la pérdida de los participantes.	60"	Continuación de manera voluntaria de la técnica de la sesión pasada	
Técnica de relajación	Esta técnica se utilizará para que los participantes descansen del trabajo emocional que están realizando, y para que se vayan a sus casas, tranquilos y con deseos de regresar a la siguiente sesión.	20"	Se usará la técnica de relajación profunda, se les pedirá los participantes que se pongan cómodos y que dejen su mente en blanco para iniciar la técnica.	Disco de técnicas de relajación.
Tarea elaboración de una carta hacia el fallecido	Saber que quieren decirle los participantes a su ser		Cada participante tomará las hojas de papel que deseen y se les pedirá que	

	querido, conocer si se quieren despedir o si tienen rencor hacia ellos, para usar esta información en sesiones siguientes.	10"	elaboren una carta como si esta se fuera a entregar a su ser querido, exponiendo lo que están sintiendo y lo que no les pudieron decir mientras estaban vivos.	
--	--	-----	--	--

Sesión 6

ACTIVIDAD	OBJETIVO	TIEMPO	PROCEDIMIENTO	MATERIAL
Bienvenida y revisión de la tarea	Conocer lo que los participantes valoraba de sus seres queridos y que es lo que más recuerdan de ellos.	10"	Cada integrante de manera individual expondrá el epitafio que realizo para su ser querido y comentará porque le gustaría que fuera de esta manera.	Bienvenida y revisión de la tarea
Aplicación de la Lista de Verificación de síntomas de Duelo	Conocer la etapa del proceso de duelo en la que se encuentran los participantes con el fin de clasificarlos en los diferentes grupos	15"	Se presentará y se aplicara la lista de verificación, indicando las instrucciones a seguir y contestando las dudas que surjan.	Copias de la lista de verificación Lápices Gomas
Aplicación del test de depresión de Beck	Identificar los niveles de depresión de los participantes	15"	Se presentará y se aplicara el inventario de depresión de Beck y se contestaran las dudas que surjan.	Copias del test de depresión de Beck Lápices Gomas
Aplicación del test de ansiedad de Beck	Determinar los niveles de ansiedad de los	15"	Se presentará y se aplicara el inventario de de ansiedad de Beck y se	Copias del test de ansiedad de Beck

	participantes		contestaran las dudas que surjan.	Lápices Gomas
Conocer si las expectativas se cumplieron y realizar una crítica del taller	Conocer si el taller cumplió con las expectativas que inicialmente tenían los integrantes y realizar una crítica para mejorar el taller.	20"	A cada integrante se le proporcionará una hoja de papel, en donde expondrán si sus expectativas se cumplieron o que faltó para que se cumplieran, también se les pedirá que realice n crítica al taller para saber que aspectos, les gustaron, que cambiaria o quitarían del mismo.	
Conocer lo que los participantes del taller se llevan del trabajo realizado.	Saber lo que los participantes se llevan del taller y si lo pueden aplicar a su vida diaria.	10"	Cada integrante mencionara de manera voluntaria mencionara las cosas que se llevan del taller	
Ejercicio de cierre y despedida		25"		

Anexo 2

SÍNTOMAS DE DUELO
LISTA DE VERIFICACION

Nombre _____ Edad _____ Sexo M F

Ocupación _____ Edo. Civil _____ Fecha _____

A continuación se le presentara una serie afirmaciones, lea cuidadosamente cada una y decida si, en su caso, la afirmación es Verdadera (V) o Falsa (F).

Trate de ser SINCERO CONSIGO MISMO y use su propio criterio. No deje de contestar ninguna pregunta.

En caso de duda piense si su respuesta es más verdadera o más falsa

	V	F
1. Me siento muy confundido, no sé que pensar o hacer	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Me parece que esto no es verdad, no es real	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Esto es una pesadilla	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Me pregunto porque a mí	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. La vida es injusta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Me siento enojado (da)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Por qué te fuiste y me dejaste solo o sola	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Siento mucho disgusto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. La mayoría del tiempo me siento triste	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Mi vida diaria está llena de cosas que mantienen mi interés	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Tengo dificultades para concentrarme en una tarea o trabajo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. He tenido periodos de días, semanas o meses, en los que no podía hacer nada, porque no tenía la energía suficiente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

13. Llora fácilmente

14. La mayor parte del tiempo quiero estar dormido

15. He soñado con mi ser querido

16. Siento que la pérdida puede darle un sentido a mi vida

17. Tal vez esto era mi destino

18. Me siento con paz espiritual

V	F
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Anexo 3

GUIA PARA EL DOLIENTE

Aunque la pérdida de un ser querido es un acontecimiento que no puede escogerse, la elaboración del duelo es un proceso activo de afrontamiento lleno de posibilidades.

Thomas Attig

Nombre: _____

Hoy me siento

Mis expectativas para este taller son:

Para lograr estas expectativas durante el taller estoy dispuesto (a) a ofrecer:

Hoy estoy aquí porque

Esta situación me está afectando en

¿Cuál es tu concepto de Pérdida?

¿Qué tipos de pérdidas conoces?

Pérdida

Una Pérdida esta definida como una carencia, o privación de lo que se tenía. Para Buendía (2001) la pérdida se identifica como una experiencia negativa, desagradable, ya que despierta sentimientos de dolor, ansiedad y tristeza.

Escribe tu pérdida

Tipos de Pérdida

1. Pérdida material: se asocia con la pérdida de objetos o ambientes físicos
2. Pérdida de relaciones: involucra el final o cambio de las oportunidades de relacionarse con otro ser humano
3. Pérdida de salud: se refiere a perder una parte del funcionamiento muscular o neurológico del cuerpo, la pérdida de un miembro, cirugías, etc.
4. Pérdida de roles o funciones: perder el lugar acostumbrado dentro de la familia o la red social
5. Pérdida sistemática: es el resultado de cambios en sistemas (social, político, etc.)

Pérdida permanente: Muerte

Del latín *mors, mortis*: La muerte está definida como el término de la vida.

Tipos de Muerte:

1. Somática o (Médica)
2. Social

Tareas para elaborar una pérdida

1. Tomarse en serio las pequeñas pérdidas
2. Tomarse tiempo para sentir
3. Encontrar formas sanas de descargar el estrés
4. Dar sentido a la pérdida
5. Confiar en alguien
6. Dejar a un lado la necesidad de controlar a los demás
7. Reutilizar la pérdida de un modo que tenga sentido para nosotros
8. No resistir al cambio
9. Cosechar el fruto de la pérdida
10. Centrarse en las propias convicciones

Perdida no resulta.

Anexo 4
FORTALECIMIENTO DE LA AUTOESTIMA

➤ **Objetivo:**

Involucrarse en un ejercicio imaginario que pretende fortalecer la autoestima, reforzando las habilidades de cambio cognitivo y conductual que ha ido adquiriendo el participante.

Instrucciones: “Les vamos a pedir, que como otras veces, se pongan cómodos, aflojen su ropa si es necesario, quítense sus lentes, pueden cerrar sus ojos si lo desean”.

➤ **Descripción de la técnica:**

“Quiero que se imaginen un árbol GRANDE Y FUERTE, puede ser cualquier árbol, lo que importa es que sea grande y fuerte,... ¿ya lo imaginaron?, muy bien... fíjate en qué lugar está, si esta solo o acompañado, qué hora del día o de la noche es... trata de sentir la temperatura de ese lugar sobre tu piel mira los colores, las imágenes... acércate a él hasta estar debajo de él y desde ahí míralo... tócalo... huélelo... yo no sé cómo es tu árbol, pero todos los árboles tienen raíces... unos las tienen bajo la tierra y otros una parte sale y se ve... las raíces sirven al árbol para sostenerlo FIRME Y SEGURO en su lugar, a pesar de los vientos y las tormentas... con la ayuda de estas raíces también el árbol tomó LO QUE NECESITA para CRECER. Y eso que toma lo transforma en savia, que es como su alimento y está muy suave por dentro.

Y el tronco con esta savia se hace cada vez más grueso, MÁS FUERTE, por que el árbol esta SIEMPRE CRECIENDO, sin parar, aunque nadie se dé cuenta... si dejas de ver un árbol durante algún tiempo te puedes dar cuenta de que CRECIO. Ahora, si te acercas más al árbol y lo ves de cerca, si das una vuelta alrededor de él, mirándolo, podrás darte cuenta de que en su corteza, en su tronco hay HERIDAS que están CICATRIZANDO o marcas que en otro tiempo fueron heridas que tal vez pusieron en peligro su

vida, pero el árbol ha SOBREVIVIDO y las HERIDAS CICATRIZARON y ahora son solo recuerdos SIN DOLOR, de esos MALOS MOMENTOS que ya PASARON, y el árbol CRECIÓ y se FORTALECIÓ con ellos... y las otras heridas están CICATRIZANDO... y si ves para arriba, podrás darte cuenta de los diferentes tonos de verde que tiene el follaje de ese árbol, verdes claros y brillantes de hojas nuevas, verdes oscuros de hojas maduras, porque este árbol está CONTINUAMENTE CAMBIANDO y renovando su follaje... se seca y tira las hojas que ya NO LE SIRVEN Y HACE CRECER NUEVAS, las que necesita en cada momento... y seca y tira las hojas con toda tranquilidad, porque sabe que si las necesita las puede volver hacer crecer... y si pones atención, tal vez puedas ver una hoja que se cae y vemos como la mece el viento hasta el piso, donde tal vez hayan más hojas secas... y las hojas secas caen al suelo y ahí se integran a la tierra y sirven nuevamente de alimento al árbol que las transforma en savia para CRECER, para CICATRIZAR heridas, para sacar nuevas hojas y también para DAR FRUTOS. Yo no sé qué clase de árbol sea el tuyo, pero los árboles que dan frutos, tienen frutos que MADURAN, frutos que se quedan verdes y frutos que se pudren y caen... los frutos que MADURAN, maduran gracias a que otros se quedaron verdes... y los frutos se pudren y caen, también, se integran, se meten a la tierra y sirven nuevamente de alimento al árbol para CRECER... así es LA VIDA, así es la naturaleza, así son los árboles... y ahora respira profundamente el olor de tu árbol, déjalo que entre en ti y te llene con cada respiración, tócalo, siéntelo, míralo, llénate con sus texturas, sus colores, sus formas, cómo se siente tocarlo y deja que se integre a ti, siéntelo dentro. ¿YA TE DISTE CUENTA como se siente AGRADABLE en tu cuerpo, tener el árbol dentro, ser uno con él?... este árbol es parte tuya desde ahora y para siempre, siempre CRECIENDO... siempre RENOVÁNDOSE, siempre DANDO FRUTOS, siempre CICATRIZANDO heridas, CON CADA RESPIRACIÓN... Con cada respiración el árbol TOMA lo que le hace BIEN para VIVIR y hace CRECER NUEVAS HOJAS, y con cada respiración el árbol TIRA, también las HOJAS SECAS y los FRUTOS PODRIDOS, para que se integren a la tierra y le

servan nuevamente de alimento, CON CADA RESPIRACIÓN, cada vez que el aire pase a través de tu boca o de tu nariz, entrando o saliendo, con cada respiración y PARA SIEMPRE... Y ahora, cuando quieras comienza a GUARDAR en ti todas las RICAS SENSACIONES que tienes en este momento y cuando estés listo puedes comenzar a abrir los ojos lentamente, muy lentamente”.