



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**Tratamiento para el proceso de duelo
en niños y adolescentes**

TESIS

Que para obtener el título de:

Licenciado en Psicología

P R E S E N T A

Claudia Hortensia Martínez Meléndez

Director: Dr. Juan José Sánchez Sosa

Revisora: Dra. Fayne Esquivel Ancona

SINODALES

Mtra. Refugiode María Gozález de la Vega A.

Mtra. Nelly Flores Pineda

Dr. Jorge R. Pérez Espinosa



**Facultad
de Psicología**

CIUDAD UNIVERSITARIA, MÉXICO, D.F.

2015



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

CONTENIDO

Resumen.....	5
<i>Introducción y fundamentación general.....</i>	<i>6</i>
CAPÍTULO 1: PÉRDIDA Y DUELO	
1.1 La pérdida.....	8
1.2 El duelo	9
1.2.1. Propuestas explicativas del proceso de duelo.....	10
1.2.2. Duelo normal y duelo patológico	13
1.2.3. Descripción diagnóstica del duelo (DSM-IV-TR).....	16
1.2.4. Evaluación y diagnóstico.....	18
1.2.5. Fases del proceso de duelo	24
1.2.6. Mediadores del duelo.....	28
1.2.7. Tareas del duelo a resolver	33
CAPÍTULO 2: DUELO EN NIÑOS Y ADOLESCENTES	
2. 1. Antecedentes.....	36
2.2. Factores que modulan el proceso en niños y adolescentes.....	37
2.3. Vivencias de pérdida en niños y adolescentes.....	37
2.4. El duelo en los adolescentes.....	39
2.5. Concepto de muerte en niños y adolescentes.....	41
2.5.1 ¿Cómo evoluciona la comprensión del concepto de muerte en niños y adolescentes?.....	41
2.6. Manifestaciones del duelo según la edad	44
2.7. Factores que influyen en el proceso de duelo del niño y del adolescente.....	49

CAPÍTULO 3: TRATAMIENTO PARA EL PROCESO DE DUELO EN NIÑOS Y ADOLESCENTES

3.1. Introducción.....	51
3.2. Objetivos de la intervención en el duelo en niños y adolescentes.....	51
3.3. Teorías y técnicas psicológicas en el proceso de duelo	53
3.3.1. Terapias Cognitiva Conductual y Racional Emotiva.....	53
3.3.1.2. Entrenamiento en habilidades Sociales.....	59
3.3.1.3. Solución de problemas.....	61
3.3.2. Psicología Positiva.....	63
3.3.2.1. Las emociones positivas	64
3.3.2.2. Optimismo.....	65
3.3.2.3. Resiliencia y eventos postraumáticos.....	66
3.3.3. Constructivismo.....	68
3.3.4. Relajación muscular progresiva profunda.....	74

Método

Planteamiento del problema.....	76
Pregunta de investigación	76
Objetivos.....	76
Tipo de estudio	77
Participantes.....	77
Instrumentos.....	79
Escenario.....	82
Procedimiento.....	83

<i>Protocolo: Intervención para el proceso de duelo en niños y adolescentes por muerte de un ser querido.....</i>	<i>84</i>
Resultados.....	100
Discusión.....	149
Referencias.....	155

Resumen

Objetivo. El propósito central del presente trabajo fue examinar la eficacia del “Tratamiento para el proceso de duelo en niños y adolescentes” fundamentado en la Terapia Cognitiva Conductual, la Psicología Positiva y la Psicología Constructivista. **Participantes.** Inicialmente se realizó un piloteo del tratamiento con un niño de 7 años de edad cuya pérdida había sido el fallecimiento de su padre dos años atrás. El estudio clínico más de corte cuasi-experimental se realizó con 3 participantes; una niña de 10 años de edad; un adolescente de 15 años y por último; una adolescente de 16 años de edad. **Medición.** Mediante un diseño intrasujeto pre-prueba y post-prueba se evaluaron las variables: sintomatología ansiosa y depresiva. En el caso de los niños se administró el Inventario de Depresión para Niños (CDI) y la Escala de Ansiedad Manifiesta en Niños -Revisada (CMAS-R), en el caso de los adolescentes se aplicó el Inventario de depresión de Beck (BDI) y el Inventario de ansiedad de Beck (BAI). Se utilizó un registro conductual diario de conductas saludables incluyendo registros de alimentación, sueño y estado emocional percibido durante el estudio clínico cuasi experimental. **Resultados.** Se documentó una reducción en la sintomatología ansiosa y depresiva en los cuatro participantes después de haber recibido el tratamiento. En los 3 tres participantes del estudio clínico cuasiexperimental adicionalmente se observó un aumento en la percepción de emociones positivas en las últimas semanas de intervención.

Palabras clave: duelo, ansiedad, depresión, aceptación, psicología positiva, terapia cognitivo conductual, psicología constructivista.

Introducción

Una de las principales pérdidas que sufren los niños y adolescentes es la muerte de uno de sus progenitores, en relación a ello y de acuerdo con datos proporcionados por Aldeas Infantiles SOS (2013), en nuestro país hay más de un millón 800 mil niños, niñas y jóvenes sin madre, padre o sin ambos progenitores, en general este tipo de pérdida constituye uno de los mayores estresores a los que un niño y adolescente puede enfrentarse. Los estudios sobre duelo que se han realizado sugieren que la susceptibilidad de los niños y de los adolescentes ante la pérdida y el estilo de respuesta ante esta situación varía con el nivel de desarrollo cognitivo, psicosocial y la previa experiencia. Actualmente se ha aceptado que tanto niños como adolescentes pueden tener reacciones de ansiedad, depresión, problemas emocionales y conductuales ante el fallecimiento de un ser querido, sin embargo también se ha visto que ante un evento de ésta magnitud se pueden experimentar emociones positivas como tranquilidad, paz y amor.

El realizar una intervención de tratamiento psicológico en el proceso de duelo es un trabajo en donde es fundamental entender en forma detallada las circunstancias de la muerte, cómo y bajo qué condiciones se informó al niño o adolescente del deceso, qué explicaciones se han dado, las variables culturales y religiosas pertinentes. Los distintos tratamientos psicológicos que se han empleado en el proceso de duelo convergen en considerar el incrementar las creencias de control, mejorar sus habilidades sociales, facilitar la expresión de emociones, una comunicación asertiva padre sobreviviente-hijo, modificación de creencias, así como incrementar las interacciones positivas en las familias (Claskel & Lozano, 2009).

Distintos enfoques han desarrollado intervenciones para esta problemática, en el presente trabajo se hace una propuesta de intervención psicológica para niños y adolescentes con una duración de 16 sesiones semanales, en las cuales se retoman técnicas fundamentadas en la Terapia Cognitivo Conductual, Psicología Positiva y el Constructivismo. En los siguientes dos capítulos se describen los principales aspectos teóricos y de antecedentes clínicos y conceptuales con que la psicología y algunas disciplinas afines han buscado contribuir al estudio y a la mejora de los principales componentes emocionales de niños y adolescentes que sufren pérdidas importantes y que desarrollan procesos normales o anormales de duelo.

CAPÍTULO 1

PÉRDIDA Y DUELO

1.1 La pérdida

En el transcurso de nuestra vida es inevitable enfrentarse a situaciones y/o acontecimientos en donde “algo” se gana o se pierde, situaciones que conllevan a una serie de procesos cognitivos, emocionales y sociales. Incluso, una ganancia suele ser más agradable si se le compara con una pérdida, pero ¿Qué es una pérdida? Según Tizón (2004), el concepto de pérdida puede definirse como el estado de ser privado de o estar sin algo que uno ha tenido, en una situación de detrimento o desventaja por lo cual podemos fracasar en la conservación, la posesión o la consecución de algo. Cada pérdida, por pequeña que sea, implica la necesidad de comenzar una elaboración, identificando patrones de pensamiento irracional y consecuencias emocionales no adaptativas, para después lograr patrones de adopción del pensamiento racional. Cabe señalar que, no sólo las grandes pérdidas generan *duelos*, sino que toda pérdida implica la separación involuntaria con respecto a algo que ha sido parte valiosa de nuestra vida (Corless & cols., 2005).

Con el fin que ocupa a éste trabajo es importante mencionar que cada muerte trae consigo pérdidas para el o los sobrevivientes. Estas pérdidas se agregan a la pérdida misma del deceso y también son parte del proceso de duelo y que por tanto se deben considerar para el tratamiento. Conocer y comprender los diversos tipos de pérdida afectiva puede ayudar a comprender las reacciones diferenciales y comunes ante cada una de ellas, y valorar desde el principio las pérdidas secundarias y las pérdidas simbólicas (Tizón, 2004).

A continuación se presenta la clasificación y ejemplificación de los tipos de pérdida que éste autor propone:

Pérdidas relacionales: la muerte de seres queridos, separaciones y divorcios, abandonos, separaciones afectivas, de relaciones de intensa ambivalencia, consecuencias relacionales de la enfermedad, abuso físico y/o sexual.

Pérdidas intrapersonales: en desengaños por personas, en desengaños por ideales o situaciones, tras pérdidas corporales o enfermedades limitantes, afectaciones del ideal del yo infantil o de la adultez joven, de la belleza o fortaleza física, sexual y/o mental, de capacidades cognitivas, del lenguaje, profesionales.

Pérdidas materiales: posesiones, herencias, objetos tesoro, objetos materiales con alto valor simbólico, condecoraciones, etc.

Pérdidas evolutivas: en las “fases o períodos del desarrollo infantil”, en la adolescencia, en la menopausia y la andropausia, en cada transición psicosocial importante para el sujeto.

1.2 El Duelo

El duelo es la reacción normal que se experimenta precisamente después de que existe una pérdida. Siguiendo nuevamente a Tizón (2004), el concepto de duelo suele referirse al conjunto de procesos psicológicos y psicosociales que siguen a la pérdida de una persona con la que el sujeto en duelo, el deudo, estaba psicosocialmente vinculado.

La muerte de un ser querido (una de las pérdidas relacionales) puede detonar repercusiones emocionales y materiales que alcanzan a toda la red social de la persona fallecida. Por ello Corless y cols.

(2005) coinciden con Tizón (2004) en considerar que el duelo es un *proceso psicosocial* pues posee variaciones cuyas complejidades pueden derivarse del hecho de que la muerte de un individuo se refleja a diversos niveles en la vida de un superviviente.

1.2.1. Modelos explicativos del proceso de duelo

Enfoque psicodinámico. Sigmund Freud (1917) describe la elaboración del duelo como un trabajo realizado por el “yo” del sujeto para adaptarse a la pérdida de lo amado. Se considera que el proceso de duelo se facilitará o dificultará en función de la superación de traumas infantiles. De acuerdo con esta propuesta, los principales aspectos que influirán en nuestra elaboración de la pérdida son: la relación con lo perdido (apego) y los duelos anteriores (Nomen, 2007). En este contexto, los fenómenos fundamentales del duelo serían: a) un profundo y doloroso abatimiento b) una retirada del interés por el mundo externo c) la pérdida de la capacidad de amar d) una inhibición de toda actividad. Otro autor psicodinámico propone que el sujeto en duelo es realmente un enfermo, pero como este estado mental es común y nos parece natural, no llamamos enfermedad al duelo (Klein, 1940).

Teoría del Apego de Bowlby: La teoría de Bowlby ofrece una manera de conceptualizar la tendencia de los seres humanos a establecer fuertes lazos emocionales con otras personas y una manera de entender las fuertes reacciones emocionales que se producen cuando dichos lazos se ven amenazados o se rompen. Según Bowlby estos apegos provienen de la necesidad que se tiene de protección y seguridad; se desarrollan a una edad temprana, se dirigen hacia unas pocas personas específicas y tienden a perdurar a lo largo de gran parte del ciclo vital (Worden, 2004). La meta de la conducta de ape-

go es mantener el vínculo afectivo y cuando éste se ve amenazado o roto se suscitan reacciones emocionales intensas, por lo que el duelo viene a presentarse por la ruptura que se da.

Teoría cognitiva: Considera que los sujetos constituyen su realidad en relación con los acontecimientos de sus vidas. Los pensamientos son los responsables de la emoción y la conducta humana, de forma que los problemas emocionales surgen fundamentalmente cuando se hacen interpretaciones erróneas de la realidad. Este modelo señala que el ajuste al duelo se producirá con una reconstrucción del significado de la pérdida (Barreto & Soler, 2007) ya que se postula que no son los eventos mismos los que producen la totalidad de las reacciones emocionales sino lo que pensamos de ellos y cómo los concebimos.

Teoría del estrés: La pérdida se considera un estresor y las demandas para adaptarse a él constituyen el estrés y se subraya la importancia de los recursos personales, psicológicos y de otros tipos, que posee el individuo para hacer frente al mismo. La propuesta incluye la relevancia de las consecuencias físicas derivadas del debilitamiento del sistema inmunitario y subraya la necesidad de estudiarlas.

La pérdida puede colocar al individuo en un estado de indefensión en el que los recursos no tienen éxito a la hora de intentar manejar el problema. Este estado crítico podrá resolverse en sentido favorable o desfavorable en función de lo adecuado que resulten los recursos y del apoyo social del que disponga el individuo.

Se ha mostrado que el estrés producido por el duelo altera la respuesta inmunológica, la función de los linfocitos *T* y *B*, los macrófagos y las células “natural killer” (Besedowsky & cols., 1975). De igual

manera, el funcionamiento neuroendocrino se ve alterado afectando al estado de salud del superviviente (Hall & Irwin, 2001).

Perspectiva funcional: Tal como lo han propuesto Bonanno y Keltner (1997), se considera que las emociones juegan un papel general en el mantenimiento de las relaciones sociales y el ajuste a muy diversos acontecimientos vitales relevantes para el funcionamiento humano. En el duelo se produce un amplio rango de emociones considerada negativas y positivas (Barreto & Soler, 2007).

En contraste con concepciones tradicionales que basan la recuperación del duelo en el análisis y la expresión de las emociones negativas, propuestas más recientes sometidas a investigación sugieren que la resolución adecuada se producirá con mayor probabilidad cuando se promuevan y aumenten las emociones positivas y se regulen o minimicen las negativas. Desde ésta perspectiva la presencia de emociones negativas intensas predice claramente dificultades en la resolución del duelo y la expresión adecuada de emociones positivas favorece las relaciones interpersonales y por tanto el apoyo social, de tal manera que se logra una mejor adaptación a la pérdida y a sus consecuencias.

Por graves que sean las reacciones psicofisiológicas a la pérdida, sus efectos devastadores sólo se pueden apreciar si se presta el mismo grado de atención por separado a los niveles humanos diferenciados de ruptura y readaptación de la experiencia. Este enfoque más amplio, reorienta la atención de los síntomas y su significado, de las relaciones biológicas básicas a las psicológicas más sutiles dado que que los individuos que han sufrido una pérdida intentan afrontar o reconstruir un mundo personal de significado que se ha puesto a prueba por la pérdida (Neimeyer, 2002).

1.2.2 Duelo normal y duelo patológico

Ante la pérdida de un ser querido, el proceso de duelo puede considerarse como “normal” o “patológico”. El término *duelo normal* abarca un amplio rango de sentimientos y comportamientos que suelen ocurrir después de una pérdida. De acuerdo con Worden (2004) fue Lindemann quien, a partir del estudio con 101 pacientes con duelo reciente detectó patrones similares que identificó como características patonómicas del duelo normal o agudo. Las describió como:

1. Algún tipo de malestar somático o corporal
2. Preocupación por la imagen de fallecido
3. Culpa relacionada con el fallecido o con las circunstancias de la muerte
4. Reacciones hostiles
5. Incapacidad para funcionar como lo hacía antes de la pérdida

Además de estas cinco, Lindemann describió una sexta característica que exhibían muchos pacientes: parecían desarrollar rasgos del fallecido en la propia conducta.

Según Worden (2004) debido a que los comportamientos normales en un duelo son numerosos y variados estas conductas se podrían describir divididas en cuatro categorías generales:

a) Sentimientos: tristeza, irritabilidad, culpa, soledad, cansancio, indefensión, anhelo, alivio, esperanza.

d) Sensaciones físicas: molestias gástricas, opresión, hipersensibilidad al ruido, sensación de falta de aire, debilidad muscular, alteraciones del sueño.

c) Cogniciones: incredulidad, confusión, dificultades de memoria, pensamientos recurrentes o pensamientos recurrentes intrusivos con imágenes del difunto.

d) Conductas: hiperfagia, aislamiento, anhedonia, búsqueda del fallecido, llanto, visita de lugares significativos, atesoramiento de objetos relacionados con el desaparecido

Así, la diferencia del *duelo patológico* del duelo normal es la intensidad de los síntomas, la duración de la reacción (más allá de 1 año) y la aparición de síntomas como alucinaciones o ideas delirantes (Fernández-Montalvo y Echeburúa, 1997; Parkes ,1972; Worden, 2004).

Las manifestaciones clínicas de la pena mórbida o del duelo patológico se manifiestan física y psicológicamente. A nivel psicológico, los supervivientes pueden reprocharse no haber hecho lo suficiente por la persona que murió, incluso si extremaron de modo admirable atenciones durante la última enfermedad, o bien, mostrar una irritabilidad, muy poco habitual en ellos, contra terceras personas (médicos, sacerdotes, etc.). En sentido físico el superviviente puede presentar: somatizaciones (alteraciones del sueño y del apetito, vómitos, mareos etc.) dolores musculares, estreñimiento, cefaleas, etc. (Echeburúa & Paz Corral, 2001).

Las principales características del duelo patológico frecuentemente incluyen:

- a) Estrés por la separación que implica la muerte
- b) Estrés por el trauma psíquico que supone.

c) Deterioro significativo de la vida social, interpersonal, laboral u otras actividades significativas de la persona en duelo.

1.2.3. Descripción diagnóstica del duelo según el DSM-IV-TR

Según el DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2002), la categoría diagnóstica “duelo” (V62.82) puede usarse cuando el objeto de atención clínica es una reacción a la muerte de una persona querida. Como parte de su reacción en pérdida, algunas personas presentan síntomas característicos de un episodio depresivo mayor (sentimientos de tristeza, insomnio, anhedonia, pérdida de peso). La duración y expresión de un duelo “normal” varía considerablemente entre los diferentes grupos culturales. El diagnóstico de trastorno depresivo mayor no está indicado a menos que los síntomas se mantengan dos meses después de la pérdida. Sin embargo, la presencia de ciertos síntomas que no son característicos de una reacción de duelo “normal” puede ser útil para diferenciar el duelo de un episodio depresivo mayor. Entre aquellos se incluyen:

1. La culpa por las cosas, más que por las acciones, recibidas o no recibidas por el superviviente en el momento de morir la persona querida.
2. Pensamientos de muerte más que voluntad de vivir, con el sentimiento de que el superviviente debería haber muerto con la persona fallecida.
3. Preocupación mórbida con sentimiento de inutilidad.
4. Enlentecimiento psicomotor notorio.
5. Deterioro funcional notorio y prolongado.
6. Experiencias alucinatorias distintas de las de pensar que escucha la voz, o ve la imagen fugaz, de la persona fallecida.

Según el Diagnostic and Statistical Manual for Primary Care (DSM-PC) Child and Adolescent (1996), existe otra categoría para designar el proceso de duelo en ésta población: “muerte de uno de los padres o algún otro miembro de la familia”. La definición de éste problema implica expresiones significativas de inconformidad emocional, de acuerdo a la edad y en un periodo de duelo posterior a la muerte de uno de los padres, de un pariente cercano o de una persona significativa en la crianza.

Los síntomas comportamentales en el niño o en el adolescente como consecuencia de este acontecimiento significativo pueden reflejar una adaptación normal, problemas de ajuste o el comienzo de una reacción patológica de tensión.

Entre los principales factores de riesgo que favorecen un duelo patológico para los niños y los adolescentes se han enumerado los siguientes: a) muerte de uno de los padres antes de los 4 años de edad, b) trastorno mental del padre superviviente, c) problemas comportamentales previos, d) adaptación familiar inadecuada.

Adicionalmente, en relación a los factores de protección reconocidos, cabe destacar: mayor edad que permita hacer uso de su capacidad cognitiva para entender la pérdida y la explicación del duelo, y un sistema familiar de apoyo que le permita expresar sus necesidades emocionales, su duelo y volver a su rutina diaria. También es importante la participación en rituales de despedida apropiados para su grupo de edad, por ejemplo, asistir al funeral, orar por la persona fallecida, realizar un dibujo y/o escribir una carta de despedida.

1.2.4. Evaluación y diagnóstico

La naturaleza del fenómeno del duelo es compleja y, por tanto también lo es su evaluación. Esta dificultad reside, por un lado, en 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 a determinado momento.

La evaluación hace posible el diagnóstico con un mayor grado de certeza y debe realizarse mediante la recopilación y el análisis de los datos familiares que resulten 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. La obtención de los datos requiere de grandes habilidades de escucha y comunicación, exige la utilización de fuentes diversas como entrevistas, genogramas, autoregistros, observación directa, cuestionarios e historia de vida (Barreto, Molero & Pérez, 2000).

De acuerdo con Barreto y Soler (2007) los objetivos de la evaluación y el diagnóstico son:

- Obtener una visión de la situación real de la familia, del contexto familiar y de cada uno de los miembros para entender mejor sus necesidades y preocupaciones.
- Detectar las variables predictoras de riesgo de duelo complicado con el fin de prevenirlo.
- Decidir quién o quiénes serán el objeto de intervención especializada.
- Establecer la relación terapéutica y motivar a la familia para que se adhiera adecuadamente a la intervención propuesta.

- Determinar, planificar y desarrollar las estrategias necesarias para facilitar el máximo bienestar de todos y cada uno de los miembros de la familia.

- *Instrumentos de evaluación*

Los instrumentos de evaluación que se han considerado útiles son aquellos que ofrezcan, con eficacia científica probada, información relevante sobre los aspectos en las áreas de evaluación. Según Barreto y Soler (2007) los instrumentos de evaluación se han clasificado en cinco grupos: entrevista, autoinforme (historia personal y cuestionarios), autoobservación, observación directa y medidas fisiológicas.

Entrevista

La entrevista ha sido el instrumento más extendido y empleado dentro del campo de la evaluación psicológica al ser extremadamente útil en el estudio del proceso de duelo.

Existen preguntas clave para identificar a los miembros de la familia más vulnerables ante la pérdida como: ¿puede hablarme sobre él o ella?, ¿Puede hablarme de cómo murió?, ¿Puede hablarme sobre cómo han reaccionado los demás desde entonces?, ¿Puede hablarme de usted mismo a partir la pérdida?, ¿Cómo ha afectado la muerte al grupo familiar?

Resulta especialmente útil realizar una entrevista familiar o sesión conjunta que permita observar la dinámica existente entre los distintos miembros. Además también es útil para evaluar y evidenciar los factores de vulnerabilidad y los de recuperación, al tiempo que facilita el proceso natural de recuperación.

Autoinformes: historia personal y cuestionarios

El autoinforme permite una valoración de distintas áreas conductuales haciendo posible una aproximación inicial que dirija la posterior

evaluación con medidas más específicas. Se pueden utilizar como instrumentos de análisis previo al tratamiento y para evaluar los efectos del mismo.

Existen cuatro grupos de autoinformes; el primero incluye instrumentos generales aplicables al inicio de la evaluación y que aportan información amplia pero difícilmente cuantificable. Su finalidad es identificar las conductas problemáticas y circunstancias ambientales en las que aparecieron y persisten. Se incluyen los cuestionarios biográficos y los inventarios de síntomas. El segundo grupo evalúa de manera específica problemas conductuales determinados como por ejemplo sintomatología depresiva, miedos, duelo, estrategias de afrontamiento, ansiedad, o asertividad. El tercer grupo se dirige a identificar situaciones o actividades reforzantes.

La historia personal o historia clínica es un cuestionario autobiográfico en el cual su contenido está relacionado con la información de: datos personales, situación de salud actual, circunstancias de la pérdida, historia de la relación con el fallecido, recursos personales, funcionamiento familiar, grado de apoyo social, antecedentes psicopatológicos familiares, expectativas y la motivación hacia la terapia, organización del tiempo y otros problemas que resulten relevantes para la vida del doliente.

Cuestionarios

La investigación que correspondió al presente trabajo no se encontró algún instrumento estandarizado y validado para población mexicana (infantil, adolescente ni adulta) en relación al proceso de duelo por el fallecimiento de un ser querido. A continuación se mencionan algunos de los instrumentos disponibles para la evaluación de duelo:

- Inventario de Expresiones en Duelo (IED) (The grief Experience Inventory de Sanders, Mauger y Strong, 1985). García-García, Landa, Trigueros y Gaminde (2001) lo han adaptado al castellano. El inventario consta de 135 ítems dicotómicos (verdadero y falso) que exploran las áreas somática, emocional y relacional del doliente.
- Inventario Texas Revisado de Duelo (ITRD) (The Texas Revised Inventory of Grief de Faschingbauer, Zisook y DeVaul, 1987). García-García, Landa, Trigueros y Gaminde (1995) lo han adaptado al castellano. Según los autores permite categorizar a los dolientes en cuatro categorías: ausencia de duelo, duelo retardado, prolongado y agudo.
- Grief Experience Questionnaire (GEQ) (Barret y Scott, 1989). Elaborado para la evaluación de duelo por suicidio, incluye reacciones generales de aflicción pero predominan tópicos más relevantes ante el suicidio.
- Inventario de Duelo Complicado (IDC) (The Inventory Of Complicated Grief de Prigerson y Jacobs, 2001). Cuestionario autoadministrado de 34 preguntas: 30 refieren a los síntomas que se desea explorar y se responden mediante una escala tipo Likert con cinco niveles de respuesta o intensidad (desde “menos de una vez al mes” hasta “varias veces al día”). Traducido al castellano.
- Cuestionario de Riesgo de Duelo Complicado (CRDC) (The Risk Index de Parkes & Weiss, 1983). Es un cuestionario de ocho preguntas con respuestas tipo Likert. García-García, Landa, Grandes, Mauriz & Andollo (2002), traducido al castellano.
- Validación del Riesgo de Complicaciones en la Resolución del Duelo (VRCRD)(Soler, Barreto & Yi, 2002). Consta de 19 ítems correspondientes a los factores predictores de riesgo de duelo

complicado, considerados relevantes en la literatura científica y en la experiencia clínica. Las respuestas se realizan mediante escalas tipos Likert. Su objetivo es detectar los familiares con riesgo de complicación en la resolución del duelo. Validado en España.

Autoobservación: autorregistros

La autoobservación es especialmente útil cuando se trata de evaluar conductas íntimas, privadas, encubiertas e inaccesibles a la observación por otros. Igual que los auto registros, se recurre a este instrumento de evaluación en la etapa diagnóstica por permitir la identificación de las conductas problema y el establecimiento de línea base en el momento de la intervención función de su valor terapéutico y educativo. En este caso poseen utilidad aquellos autorregistros que proporcionen información relevante de cómo está viviendo el proceso de duelo el sobreviviente.

Observación directa

La observación es un método útil en la recogida de información, puesto que la mayor parte de las conductas humanas pueden detectarse mediante este procedimiento. Se recurre a ella cuando las restantes técnicas (entrevista o cuestionarios) no sean adecuadas para los fines que se pretenden.

Medidas psicofisiológicas

La mayor parte de los estudios neuroendocrinos del duelo han evaluado los niveles de las hormonas relacionados con el estrés, tales como el cortisol, la epinefrina y la norepinefrina. En estos estudios, los niveles más elevados de cortisol y de catecolaminas (epinefrina y norepinefrina) son medidas de disfunción del sistema fisioló-

gico con implicaciones en el desarrollo de enfermedades. Algunos investigadores han utilizado el test de supresión de dexametasona y el test de liberación de cortisol para evaluar la disfunción neuroendocrina en el duelo (Hall e Irwin, 2001).

Estos mismos autores indican que los estudios del sistema inmunológico tras la pérdida se suelen alargar hasta un año después de la misma y utilizan técnicas para evaluar el número y la función de componentes específicos del sistema inmune como son los CD4 (t-cooperadores), los CD8 (t-supresores) y las células "natural killer". También señalan que las alteraciones en el sueño producidas tras la pérdida de un ser querido puede influir en la salud al afectar al sistema inmunológico.

1.2.5. Fases del proceso de duelo

Kübler Ross (1969) a raíz de su experiencia con enfermos terminales propuso cinco etapas distintas del proceso de duelo observando que la gente lidia con el lamento y la tragedia, especialmente cuando es diagnosticada con una enfermedad terminal o una pérdida catastrófica. A continuación se presentan éstas etapas:

1) *Negación o aislamiento: "Me siento bien."; "Esto no me puede estar pasando, no a mí."*

Cuando la reacción inicial de aturdimiento comienza a desaparecer la actitud habitual es la negación, la cual es una defensa provisional que pronto se sustituye por una aceptación provisional.

2) *Ira: "¿Por qué a mí? ¡No es justo!"; "¿Cómo me puede estar pasando esto a mí?"*.

Cuando no se puede seguir sosteniendo la negación aparece la rabia, la envidia o resentimiento.

3) *Pacto o negociación*: "Haré cualquier cosa pero ayúdame a sanar este dolor, a entender que no pudo haber sido de otra manera".

Ante la dificultad de afrontar la difícil realidad, se muestra más enojo con las personas y con figuras divinas. Surge el deseo de llegar a un acuerdo para intentar superar la traumática vivencia.

4) *Depresión*: "Estoy tan triste, ¿Por qué hacer algo?"; "Voy a morir, ¿Qué sentido tiene?"; "Lo extraño, ¿Por qué seguir?"

Es un estado, en general, temporario y preparatorio para la aceptación en donde existe profunda tristeza y sintomatología depresiva.

5) *Aceptación*: En ésta etapa el doliente ya puede pensar en el fallecido sin intensos sentimientos de anhelo y tristeza, los recuerdos resultan ser más realistas y ya se tiene la capacidad de hacer planes para el futuro. En ésta etapa se da la aparición de sentimientos de paz y tranquilidad, se admite la pérdida.

Mientras que en las cinco fases del duelo de la propuesta de Kübler Rossse observa un enfoque muy ligado a lo personal y emocional en el ó los sobrevivientes, Nancy O'Connor (2007) describe las etapas de duelo considerando no sólo el aspecto personal y/o emocional sino también los cambios en el contexto social del sobreviviente. A continuación se presentan las cuatro etapas del proceso de duelo que propone O'Connor:

Etapa I: Ruptura de antiguos hábitos (desde el fallecimiento hasta ocho semanas).

Las semanas que le siguen inmediatamente a una muerte son un período de entumecimiento y confusión, nada es normal, prevalecen los sentimientos de choque, incredulidad, protesta y negación. La muerte es una separación obligada, una ruptura, un rompimiento.

Etapa II: Inicio de reconstrucción de la vida (de la octava semana hasta un año).

La recuperación comienza a darse de manera automática y sin una percepción consciente. Los patrones de hábitos aún serán erráticos, como en un estado de flujo, cambiando de las anteriores rutinas establecidas a otras nuevas. Durante esta etapa probablemente se tendrán problemas de depresión e importancia para cambiar los sucesos de la vida. Junto con la tristeza pueden aparecer períodos de baja energía, continuando la tensión física y el nerviosismo.

Otro factor en esta etapa es la salud, posiblemente los supervivientes se encuentren débiles físicamente y que sean más vulnerables y susceptibles a enfermedades menores. Los sueños, ensueños y fantasías son una guía de progreso durante este primer año; soñar con la persona amada es parte de la elaboración del duelo y la despedida.

La celebración de fechas importantes es otro motivo para revivir los recuerdos. Sin embargo, esto también es útil para la elaboración del duelo y más si se recuerda acompañado de la expresión de las emociones que genera (llanto, rabia, tristeza, etc.).

La búsqueda y el establecimiento de una identidad personal, nueva y separada son importantes. El proceso de esta etapa es lento, puede percibirse doloroso y alentador a su vez. Para algunos supervivientes al enfrentarse a una pérdida se refugian en actividades externas,

en el trabajo, en la búsqueda de un nuevo empleo o en el regreso a la escuela o universidad. En ésta actitud puede existir un aspecto de urgencia, ya que ésta es otra forma de asumir el proceso de negación, un medio para evitar la tarea del duelo.

Etapa III: La búsqueda de nuevos objetos de amor o de amigos (a partir del primer año hasta los dos años).

En ésta etapa se percibe que la vida ha vuelto a la normalidad. Algunos hábitos antiguos han establecido firmemente y las nuevas costumbres se han vuelto cotidianas. Las tareas diarias fluyen, el dolor emocional es menos agudo.

Después del primer año los hábitos referidos al comer y al dormir deben haber recuperado la normalidad. Comienza a regresar la risa espontánea, la diversión, la felicidad y un cierto sentido de humor.

La salud, en términos generales, vuelve a ser la habitual o incluso puede llegar a mejorar. Cada vez se experimentan con menor frecuencia reacciones emocionales intensas; el enojo, los resentimientos, la culpabilidad, ansiedades y/o temores por la supervivencia podrían verse ya como parte del pasado o estarse desvaneciendo rápidamente.

Aparte de ampliar el grupo social, el superviviente empieza a planificar actividades interesantes para el tiempo libre.

Etapa IV: Terminación de la readaptación (después de los primeros dos años).

Se caracteriza ésta última etapa como el final del duelo. Los hábitos cotidianos de la vida se mezclan, se unen los patrones antiguos con los nuevos y se llevan a cabo como si hubieran existido antes de la

pérdida. El espacio habitacional, los arreglos para el trabajo, el cuidado de la casa, de los hijos, las actividades en el tiempo libre, los amigos y la familia, se han establecido en un flujo cómodo. La vida es menos fragmentaria y agitada; habrá ocasiones de euforia y satisfacción, el futuro lucirá más claro, el superviviente es muy probable que se sienta más fuerte emocionalmente y sabrá que puede sobrevivir a cualquier pérdida.

Con la finalización del proceso de duelo, el superviviente regresa al mundo de los que viven y los que aman, regresa con una nueva visión de la vida y con nuevas armas para afrontar situaciones difíciles.

1.2.6. Mediadores del duelo

En ocasiones el duelo comienza en el momento en que se tiene la noticia del fallecimiento, en otras el duelo se retrasa. En algunos casos, el duelo dura un breve periodo, mientras que en otros éste proceso y su vivencia resultan ser prolongados. Según Worden (2004) el proceso de duelo está mediado por diversos factores.

- *¿Quién era la persona que falleció?*

Identificación de la persona fallecida y su relación con la persona superviviente. ¿Era su padre, su madre, su hermano su tío? El proceso de duelo que atraviesa un niño a causa de la muerte de un tío muy cercano y protector puede llegar a ser diferente al proceso que pudo haber atravesado el mismo niño a raíz de la muerte de su madre distante.

- *Naturaleza del apego*

Resulta relevante cuál era la naturaleza del apego que sostenían el superviviente y la persona fallecida.

a) La fuerza del apego: La reacción emocional aumentará su gravedad proporcionalmente a la intensidad de la relación afectiva.

b) La seguridad del apego: En éste punto es importante considerar el grado de necesidad del superviviente para su sentido de autoestima, ¿cómo era de necesario el fallecido para la sensación de bienestar del superviviente?

c) la ambivalencia en la relación: normalmente en una relación muy ambivalente existe una cantidad tremenda de culpa, expresada muchas veces como ¿hice lo suficiente? , unida a una rabia intensa por el hecho de que el fallecido les haya dejado solos.

d) Los conflictos con el fallecido son también determinantes importantes de la respuesta ante un duelo, e influirán en la manera de elaborar el proceso. No sólo se consideran los conflictos cercanos a la muerte sino la historia de conflictos. En las relaciones conflictivas existe la posibilidad de que haya cuestiones pendientes de resolver antes del fallecimiento, sobre todo en el caso de una muerte repentina.

e) Relaciones de dependencia. Estas relaciones pueden influir en la adaptación de la persona a la muerte. Si una persona dependía de la persona fallecida para la realización de diversas tareas cotidianas serán mayores que las de una persona menos dependiente del fallecido para estas actividades cotidianas.

- *Manera de morir*

El cómo murió la persona revela información sobre cómo elabora el duelo el superviviente. Tradicionalmente las muertes se han catalogado bajo las categorías englobadas en el acrónimo "NASH": *natural, accidental, suicidio y homicidio*.

Otras dimensiones asociadas con el tipo de muerte incluyen:

a) Proximidad: dónde se produjo la muerte en sentido geográfico, qué tan lejos o qué tan cerca del o los supervivientes. La muerte ocurrida a la distancia puede dar al superviviente una sensación de irrealidad que influye en la aceptación de la misma muerte.

b) Muerte imprevista o esperada: los supervivientes de muertes repentinas, especialmente los jóvenes pasan por momentos más difíciles un año o dos más tarde que las personas con aviso previos.

c) Muertes evitables. Cuando una muerte se considera evitable, aparecen cuestiones relacionadas con la culpa. Estas cuestiones se den abordar como parte del trabajo con las emociones y el dolor de la pérdida. Las muertes evitables suelen estar asociadas a litigios prolongados y ello puede alargar el proceso de duelo de las personas implicadas.

d) Muertes estigmatizadas: se ha considerado las muertes por suicidio o SIDA como estigmatizadas. Cuando se da este estigma, el apoyo social a la persona que experimenta el duelo puede ser insuficiente.

- *Variables del individuo*

a) Sexo y edad: Los niños y las niñas socializan de una manera diferente, muchas de las diferencias en la manera de abordar las tareas

del duelo por parte de los hombres y de las mujeres pueden ser más una consecuencia de esta socialización que de diferencias genéticas.

b) Estilo de afrontamiento: El duelo está mediado por la manera de afrontar las situaciones de cada persona. Los estilos de afrontamiento varían de una persona a otra, algunas emplean estrategias más activas y otras aplican estrategias más pasivas. La mayoría de las propuestas derivadas de la literatura de investigación sugieren que las estrategias activas son más eficaces que las pasivas (Worden, 1996).

c) Estilo cognitivo: Los individuos utilizan distintos estilos cognitivos. Algunos son predominantemente optimistas y es más probable que vean “el vaso medio lleno más que medio vacío”. Éste estilo optimista se asocia con la capacidad de encontrar algo positivo ante alguna problemática.

d) Autoestima y eficacia personal: cada persona afronta la muerte con actitudes sobre su propio valor y sobre su capacidad para influir en lo que le ocurre en la vida.

f) Creencias, convicciones y valores (el mundo de supuestos): Algunas muertes pueden ser más impactantes que otras, el mundo de supuestos de una persona provoca en ella una crisis emocional además de confusión al no saber que es verdadero y/o qué es bueno.

- *Variables sociales*

a) Disponibilidad de apoyo: El duelo es un fenómeno social y la necesidad de compartirlo es importante. El grado de apoyo emocional y social percibido que se recibe de los demás, tanto dentro como fuera de la familia, es significativo en el proceso de duelo.

b) Apoyo satisfactorio: más que el apoyo en sí mismo, la percepción que posee el superviviente de ese apoyo social y su satisfacción al respecto es de suma importancia para su proceso de duelo.

c) Desempeño de roles sociales: Las personas que desempeñan más roles sociales y más variados parecen adaptarse mejor a sus pérdidas.

d) Recursos religiosos o místicos y expectativas éticas: la subcultura ética y la social proporcionan pautas generales y rituales de comportamiento ante una pérdida.

- *Tensiones actuales*

Otros factores que afectan al duelo son los cambios simultáneos y las crisis que surgen después de la muerte. Algunos cambios son inevitables, pero existen personas y familias que experimentan niveles altos de desorganización (pérdida secundaria) después de una muerte.

1.2.7. Tareas del duelo a resolver

Desde la perspectiva cognitiva de Worden (2004) se propone que el superviviente necesita realizar cuatro tareas para la elaboración de su duelo. Estas tareas presentan cierta semejanza con las fases de duelo descritas previamente. Sin embargo, Worden consideró más oportuno hablar de *tareas* en el proceso de duelo, buscando que la persona funja como un ser activo y poseedor de la capacidad de hacer algo, mientras que las *fases* implican cierta pasividad, es decir, algo que el doliente sólo tendría que atravesar.

A continuación se describe cada una de las tareas a realizar según Worden:

Tarea 1: aceptar la realidad de la pérdida

Cuando se presenta la muerte de un ser querido, aun cuando la muerte haya sido anticipada, por lo general existe incredulidad por parte de los supervivientes. Por ello es muy importante afrontar plenamente la realidad de que el ser querido ha muerto, que se ha marchado y no volverá. Parte de la aceptación de la realidad es asumir que el reencuentro es imposible, al menos en ésta vida.

Mucha gente que ha sufrido una pérdida y, a veces, la confunde con otras personas de su entorno, puede caminar por su calle y vislumbrar a alguien que le recuerda al fallecido y requiere recordarse “No, no es mi amigo. Mi amigo está realmente muerto”.

Llegar a aceptar la realidad de la pérdida lleva tiempo porque implica no sólo una aceptación intelectual sino también emocional (Worden 2004).

Tarea 2. Trabajar las emociones y el dolor de la pérdida

Es necesario que la persona vaya experimentando el dolor emocional y sus sensaciones como algo normal que le pasa a todo el mundo. Este proceso es probablemente la parte más importante de lo que se conoce como *elaborar* el dolor emocional. Cualquier acción o situación que permita evitar o suprimir de forma continua este dolor es muy probable que prolongue el curso del duelo (Parkes, 1972).

No todo el mundo experimenta el dolor emocional con la misma intensidad ni lo siente de la misma manera, pero es imposible perder a alguien con quien se ha estado cercana o profundamente vinculado sin experimentar cierto nivel de dolor emocional. La clase de dolor y su intensidad están moduladas por los “mediadores del duelo”.

Tarea 3: Adaptarse a un medio en el que el fallecido está ausente

Se ha propuesto la existencia de tres áreas de adaptación que requieren abordarse tras la pérdida de un ser querido: a) las adaptaciones externas, cómo influye la muerte en la actuación cotidiana de la persona; b) las adaptaciones internas, cómo influye la muerte en la imagen que la persona tiene de sí misma; y c) las adaptaciones espiri-

tuales; es decir, cómo influye la muerte en las creencias, los valores y los supuestos sobre el mundo que abriga la persona (Worden, 2004).

Tarea 4: Recolocar emocionalmente al fallecido y seguir viviendo

Se pretende encontrar maneras y/o estrategias de recordar a los seres queridos o necesariamente desvinculándolos de nuestro ser, sino evocado su recuerdo sin que la vida del superviviente sea desadaptativa y le impida seguir con funcionalidad en la vida.

CAPÍTULO 2

DUELO EN NIÑOS Y ADOLESCENTES

2. 1. Antecedentes

Después de la segunda Guerra Mundial, los científicos del comportamiento comenzaron a estudiar la manera en que los niños reaccionan ante la pérdida. La elevación de la delincuencia después de esta guerra hizo enfocar la atención en las experiencias de pérdida en la infancia temprana de los adolescentes (Corless&cols., 2005). La teoría de John Bowlby ofrece una forma de conceptualizar la tendencia de los seres humanos a establecer fuertes lazos emocionales con otras personas y una manera de entender las fuertes reacciones emocionales que se produce cuando dichos lazos se ven amenazados o se rompen.

La tesis de Bowlby es que estos apegos provienen de la necesidad que tenemos de protección y seguridad; se desarrollan a una edad temprana, se dirigen hacia algunas personas específicas y tienden a perdurar a lo largo de gran parte del ciclo vital. Establecer apegos con otros seres significativos se considera una conducta normal no sólo en los niños sino también en los adultos. Bowlby argumenta que la conducta del apego tiene un valor de supervivencia y que incluso los niños muy pequeños presentan duelo.

Desde tiempo atrás, Shoor y Speed (1963) estudiaron la relación entre la pérdida de uno de los padres o de un familiar cercano durante la infancia temprana y el desarrollo de la conducta delictiva. Señalaron que la muerte de uno de los padres podía establecer las bases para, cuando menos, cuatro reacciones posibles en el niño: **1.** Un duelo normal con resolución de la aflicción, **2.** Respuesta patológica

inmediata, **3.** Reacción demorada que conduce a un síndrome psiquiátrico posterior en la vida o **4.** Conducta delictiva.

2.2. Factores que modulan el proceso de duelo en los niños y adolescentes

Pangrazzi (1993) afirma que son los siguientes factores los que determinarán el proceso de duelo en los niños y adolescentes dolientes:

- *Desarrollo madurativo:* vivencia familiar y estilo de afrontamiento de los padres: *estilo familiar de duelo.*
- *Experiencias previas:* información, implicación y atención al niño y/o adolescente.
- *Educación recibida:* hablar o no sobre la muerte, concepto social de la muerte y los niños, imagen de la muerte en los medios de comunicación.
- *Situaciones de riesgo:* experiencia de suicidio u homicidio, pérdida de la madre para niñas menores de 11 años o del padre para varones adolescentes. Ambiente familiar inestable, segundas nupcias del progenitor superviviente, relación conflictiva con el progenitor antes de su muerte.

2.3. Vivencia de pérdidas en niños y adolescentes

Los niños perciben y responden de diversas formas ante la muerte de un ser querido. Ésta percepción y respuesta también depende de la edad, el nivel de desarrollo, la experiencia previa, el conocimiento y el entorno en el cual se desenvuelven, de estos factores se determinará la forma en cómo se elaborará la muerte. Además de las variables mencionadas, la personalidad, el grado de sensibilidad, las habilidades de afrontamiento y el pensamiento abstracto constituyen

fuentes de comprensión del tema de la muerte en el niño (Kroen, 2002).

La muerte puede causar que el niño se sienta vulnerable, en especial cuando fue aquélla fue violenta e inesperada. El fallecimiento de un hermano, compañero de clases o amigo puede conducir a sentimientos de enojo hacia la “muerte” por haberse llevado a la persona a quien se quería; hacia Dios por permitir que ocurriera; hacia el fallecido, por haberse ido e incluso hacía sí mismo por no haber sido capaz de impedirlo (Corless & cols., 2005).

Las etapas en las que un niño comprende la muerte se relaciona con la edad cronológica, pues, el nivel cognitivo se hace más complejo conforme pasa el tiempo. Lamers (1986) propone las siguientes tres suposiciones sostenidas por el individuo: a) la muerte es reversible, no permanente, b) la muerte es permanente, pero sólo le pasa a personas malas y desconocidos y c) la muerte es universal y le ocurre a todos los seres vivientes.

Las manifestaciones externas de la aflicción en los niños pueden ser más notorias e incontroladas que en los adultos por su menor control de impulsos y porque no tienen la experiencia que poseen la mayoría de los mayores, de vivir sin la presencia de una figura a la que están o estaban vinculados emocionalmente. Son más proclives a hacer interpretaciones incorrectas de los hechos que ocurren, observan y escuchan. Además, tienden a vivir el presente con más intensidad y tienen alguna dificultad para recordar hechos pasados (Ramos, 2010).

El hecho de que en las películas de dibujos animados los personajes fallecidos se aparezcan como fantasmas no ayuda mucho a aceptar la pérdida. Puede ocurrir que el menor espere volver a ver a la per-

sona fallecida y que así lo haga saber. Por este motivo lo mejor es no mentir y ser claro.

La reacción depende en gran medida del hecho de que el niño haya experimentado anteriormente otras pérdidas traumáticas, aunque fueran de otro familiar, tales como el divorcio de los padres, aparición de una discapacidad, enfermedades graves. Estos menores pueden experimentar más dificultades y una mayor predisposición a la exacerbación de los síntomas como respuesta a los acontecimientos. En sentido contrario, la vivencia de un duelo con menor impacto emocional, como la que sucede con una mascota o un familiar al que apenas se conocía, prepara al niño para una mejor asunción frente a pérdidas de mayor calibre, como es la muerte de un ser querido más cercano. En cualquier caso, cuando las pérdidas se producen de manera muy próxima en el tiempo y no se han dado las explicaciones pertinentes, en lugar de favorecer una reacción normal pueden complicar el proceso de duelo infantil. Por esta razón hay que tener mucho cuidado con las explicaciones que se dan, pues pueden dar lugar a conductas desadaptativas.

2.4. El duelo en los adolescentes

En su periodo de desarrollo los adolescentes ajustan los esfuerzos que van a ser cruciales en su futuro, entre éstos ajustes se encuentran: **a)** organizar e integrar experiencias tempranas de separación: **b)** alcanzar la autonomía emocional y física de las figuras paternas

Los adolescentes tienen más dificultad para expresar sus emociones que los niños pequeños. Es posible que no muestren una reacción inmediata de aflicción o que presenten una reacción exagerada. Con frecuencia los adolescentes, a diferencia de los niños pequeños, no discuten con sus padres sus sentimientos sobre una muerte ocurrida

o inminente. En lugar de ello buscarán a un adulto que perciban o sientan como cercano a ellos, puede ser un tío, un maestro, entrenador o sacerdote pues les será más sencillo hablar de sus sentimientos con ésta persona confiable que con su padre o su madre. El adolescente necesita saber qué debe esperar durante el funeral y entender que los sentimientos y conductas que ocurren durante el duelo (y que se podrían considerar como anormales en otras ocasiones) son normales en este contexto.

En ésta etapa uno y otro sexo puede mostrar diferencia en la vivencia del duelo. Algunos autores han propuesto que entre los adolescentes varones en duelo pueden aparecer comportamientos más agresivos, incluyendo intentos por poner a prueba a las figuras de autoridad en el hogar y en la escuela. En caso de que exista un consumo previo de drogas o alcohol puede incrementarse su uso. Las mujeres, en cambio, pueden necesitar un periodo más largo para llegar a la normalización, con una mayor necesidad de que se las escuche y de hablar de sus emociones (Raphael, 1983).

Para muchos adolescentes la pérdida de un ser querido (familiar o amigo) puede suponer el final de una etapa, un antes y un después en su manera de entender la vida, que les hace madurar a nivel psicológico. En cualquier caso, necesitarán, como cualquier persona afectada, apoyo emocional y la oportunidad de expresar verbalmente sus preocupaciones.

2.5. Concepto de muerte en niños y adolescentes

2.5.1 ¿Cómo evoluciona la comprensión del concepto de muerte en niños y adolescentes?

Cada persona tiene un ritmo de evolución y recibe influencias distintas de su entorno que facilitan o dificultan sus procesos de maduración y desarrollo individuales (Ramos, 2010).

Del nacimiento a los diez meses de edad, los bebés perciben y reconocen el mundo a través de los sentidos, reconocen la presencia y el cuidado de la madre, por lo que cuando falta la madre o cuidador principal en esas edades, los niños sienten su ausencia y experimentan temor e inquietud frente a la presencia de nuevos rostros y voces en su rededor. Es posible que el bebé no perciba la muerte de otros familiares pero percibirá los cambios emocionales y conductuales en su madre, así como los cambios en su rutina de alimentación y cuidado (Kroen, 2002).

Ramos (2010) muestra la evolución del concepto de muerte según el desarrollo cognitivo y afectivo del menor y hace las siguientes propuestas de etapas aparentes:

De cero a tres años: en esta etapa de edad los menores poseen poca habilidad para entender las relaciones causa-efecto y así poder aprovechar las experiencias pasadas. A estas edades se comienza a desarrollar la confianza en las personas y en el entorno, y la madre es la figura más importante de su vida. Ya hacia los ocho meses la mayoría tienden a desarrollar el miedo a los extraños y establecen relaciones de apego con padre y hermanos). Además, entre los 6 y los 17 meses aparece en el niño una respuesta de aflicción cuando su figura de apego familiar está ausente. Si el apego temprano con un cui-

ddor resulta importante para el menor, aquél se relaciona con el desarrollo de su comportamiento social posterior. De esta manera la consistencia en el cuidado a lo largo de los años es probablemente un factor importante para conectar el apego temprano y el funcionamiento posterior del niño (Santrock, 2006).

A partir de los 18 meses comienza un período de transición en el cual el menor empieza a comprender algunos aspectos relacionados con las pérdidas, esta transición finaliza alrededor de los 24 meses aproximadamente. Sin embargo, no existe un concepto de muerte como tal debido a las limitaciones en la percepción del tiempo y el espacio. A esta edad la muerte sólo equivale a la separación con un sentido percibido de que falta alguien. La separación se experimenta como abandono y representa una amenaza a la seguridad del menor.

De tres y cinco años: en estos años se incluiría la etapa propuesta por Piaget de pensamiento pre-operacional (de los 2 a los 7 años de edad). Es en este momento cuando se presentaría un subestadio de función simbólica, en el cual el niño adquiere la habilidad de visualizar o representar mentalmente un objeto que no está presente.

El menor ve la muerte como un sueño o una larga jornada, como algo temporal. En éste periodo no comprende el concepto de pérdida permanente y puede sentir que con el sólo hecho de desearlo se puede hacer reversible la muerte. El concepto en relación al tiempo del “para siempre” de la muerte no existe en los menores de estas edades. La vida y la muerte aparecen aún como procesos intercambiables.

A estas edades la muerte se relaciona sobre todo con la vejez y la enfermedad, en ocasiones también con las guerras y los sucesos violen-

tos. Su pensamiento mágico confunde fantasía y realidad y aún no comprenden la característica de universalidad.

Entre seis y ocho años: la muerte se personifica y aparece como algo externo, con causas determinadas, aunque al niño le resulta difícil imaginar su muerte o la de sus padres. La mayoría de los menores comienzan a tener suficiente capacidad para darse cuenta de las consecuencias que puede conllevar la situación e incluso comprender el concepto de pérdida permanente. Sin embargo, aún no tienen estrategias de afrontamiento adecuadas, ya que acaban de perder aquellas que les proporcionaba el pensamiento mágico de etapas anteriores.

Los procesos cognitivos racionales comienzan a distinguir y admiten las relaciones abstractas, lo cual suscita la aparición de nuevos temores y sentimientos de culpa en el menor. Es una época de gran curiosidad, sobre todo hacia los aspectos emocionales de la muerte, incluso en el menor la muerte puede adoptar cierta forma humana, por ejemplo, la de un esqueleto.

Entre nueve y diez años: los niños saben que la muerte es inevitable y que puede sucederles a ellos. Son capaces de entender los aspectos biológicos de la muerte. Presentan sentimientos de fragilidad. A partir de los 10 años se aprecia una transición en el desarrollo cognitivo y verbal y de la seguridad emocional: el niño considera la muerte como una salida inevitable de la vida y se incrementa su comprensión al acumular ya cierta experiencia vital. También comienza a reconocer la diferencia entre objetos animados e inanimados, que no estaba clara en las etapas anteriores, donde dominaba el pensamiento mágico.

De once años a catorce años: hacia los 11 años se comienza a ser consciente de que la propia muerte es posible. En la pubertad se es capaz de razonar con hipótesis y elaborar sus propias teorías en relación al tema de la muerte.

De quince a dieciséis años: El adolescente ya comprende lo que significa la muerte para su vida futura, pero puede angustiarse y provocar conductas agresivas e inadaptadas en un intento de negociación de la realidad. El concepto de causalidad está completamente desarrollado en todas sus vertientes. Los adolescentes ya tienen acceso a un conjunto amplio de fuentes de conocimientos sobre el tema de la muerte: experiencia vital personal, medios de comunicación, internet, amigos y experiencias vicarias de éstos.

2.6. Manifestaciones del duelo según la edad

Menores de tres años

Estos niños aún no son capaces de interpretar nociones más abstractas como la permanencia o universalidad de la muerte y, aunque su entendimiento cognitivo es limitado, a esta edad ya reaccionan ante la muerte de una persona importante en sus vidas con emociones fuertes y confusión. Son sensibles al estrés que perciben en el ambiente o a los cambios bruscos en su entorno y rutina diaria que, a veces, trae consigo la muerte de un familiar.

Dentro de las emociones más dolorosas cabe destacar la ansiedad de la separación, la ambivalencia, la incertidumbre de llegar a apegarse a alguien y nuevamente perderlo, sentimientos de culpa y hostilidad, temor de haber sido causante de la separación (muerte) o de la infelicidad en la familia.

El dolor de la separación puede ser muy intenso, manifestándose a través de protestas constantes, llamadas de atención y dificultades para dormir. Es frecuente que también demanden más contacto físico (abrazos, no querer soltarse de la mano, caricias) y que rechacen la separación de figuras, humanas o no, de referencia.

El estudio del tema del duelo dentro del ambiente de los cuidados paliativos desde hace más de 30 años (Grollman, 1977) muestra que en los niños más jóvenes este se da alrededor de tres preguntas:

1. ¿Qué es la muerte?
2. ¿Puede sucederme?
3. ¿Puede sucederte?

En cuanto a las respuestas que se dan a los niños, se debe considerar que para el niño de esta edad los padres se perciben como omnipotentes. Si se niega o se intenta cubrir la ocurrencia de la muerte y se es incapaz de hablar acerca de ello, los niños llegan a ser conscientes de que es un asunto que “no debe de ser tocado”, convirtiéndolo en tema tabú y como consecuencia, no preguntará por la persona fallecida y no podrá aclarar las dudas que tiene al respecto.

Respuestas de tipo eufemístico, tales como “está en un largo viaje”, “descansa en paz”, “está en el cielo”, “está durmiendo en un largo sueño”, pueden generar dudas y falsas expectativas. Por ejemplo, el menor podría llegar a tener miedo de dormir, ya que puede temer que no despierte. La sugerencia en este tema es que se deben de dar respuestas cortas y honestas y que la comunicación debe generarse en un ambiente de apertura donde el niño se sienta libre de hacer preguntas.

Entre los tres y cinco años

Ya existe un sentido de pérdida y pueden buscar a la persona fallecida activamente. En ésta etapa lo menores creen que los muertos pueden sentir igual que los vivos, por lo que es común encontrarse con preguntas tales como: “¿puede escribir?”, “¿puede comer?”, “¿va al baño?”, “¿qué come?”, “¿cómo se duerme en el cielo?”.

Como se mencionó en el apartado del concepto evolutivo de muerte, en éstas edades los niños perciben la muerte como algo temporal por lo que algunos de ellos confunden la muerte con dormir o con irse de viaje, sobre todo si han recibido de parte de personas adultas explicaciones como “tu papá está dormido y no se va a despertar”, “se murió mientras dormía” o “mamá se fue de viaje y tardará mucho tiempo en regresar”. A partir de éstas explicaciones los menores pueden comenzar a mostrar rechazo para irse a la cama o dificultades de sueño como pesadillas o terrores nocturnos, o pensar que lo que se van de viaje nunca más regresan por lo que se le dificultará en un futuro separarse de sus figuras principales de apoyo.

Pueden darse cambios mayores en la rutina, mostrar retroceso en las etapas de desarrollo como por ejemplo: enuresis, incremento de rabietas, chuparse el dedo o hablar con un tono más añorado o agudo de voz. Pueden presentarse rupturas en las relaciones con los demás por expresiones inesperadas de enojo y agresión.

Entre los seis y ocho años

A esta edad es común la expresión a través de temores o miedos, por ir a dormir o estar solo. Los niños pueden presentar con frecuencia pesadillas, por tanto buscan dormir con sus padres, mani-

fiestan más síntomas somáticos, cefaleas, dolores abdominales, problemas para concentrarse.

Durante éste periodo es normal que presenten preocupaciones exageradas por su propia salud o por la de otros miembros de la familia, estas preocupaciones generan inquietudes en el menor respecto a su entorno, por ejemplo el preguntarse si los sobrevivientes también morirán. Una dependencia exagerada, un apego extremo hacia sus principales cuidadores así como el retraimiento son manifestaciones que el menor puede presentar.

Entre los nueve y diez años

Las preguntas acerca de la muerte pueden reflejar curiosidad o señalar ansiedades acerca de “responsabilidad” por la muerte de la persona cercana. La muerte de un padre o un hermano a esta edad cambia las creencias de que la muerte es una manifestación de la edad avanzada. Puede presentarse ansiedad por separación y preocupaciones acerca de la vulnerabilidad de los otros miembros de la familia.

Comienzan a desarrollar su propia identidad y su grupo de amigos cobra especial importancia. Temen que la muerte del ser querido les haga parecer “diferentes” delante de un grupo de amigos, algunos menores ocultan sus verdaderas emociones para no sentirse vulnerable o débiles.

De los 11 años en adelante

Los adolescentes pueden aislarse de las actividades familiares y buscar apoyo en sus pares. La muerte permite al adolescente en duelo preguntarse sobre el significado de la vida. Algo cambia en el concepto de su propia mortalidad, con riesgo de desarrollar comporta-

mientos tales como beber o usar drogas. Los adolescentes tienen la capacidad cognitiva de revisar el pasado y contemplar las consecuencias de la muerte a largo plazo. El recuerdo de la persona fallecida puede generar incomodidad o culpa.

La ira suele ser una respuesta frecuente a su sentimiento de frustración por no poder cambiar la realidad. Las reacciones emocionales que presenta el adolescente pueden ser muy fuertes, aunque siga mostrando dificultades para identificar y expresar sus emociones.

La muerte de un padre o un hermano puede sobrecargar al adolescente con nuevos roles familiares, responsabilidades y expectativas de que se comporte como adulto. Su sentido de responsabilidad y el deseo de proteger a los adultos afligidos representará una mezcla de mensajes.

Es en este periodo cuando se adquiere la conceptualización “adulta” de la muerte como un evento con cinco características:

1. Universalidad: “Todos los seres vivos mueren”. El concepto de universalidad en el menor supone la superación de ciertos pensamientos mágicos que en fases anteriores le dificultaban la completa comprensión del mismo. Todo ser vivo muere, la muerte en último término es inevitable y generalmente es impredecible.

2. Irreversibilidad: “No se puede volver a vivir cuando ya se está muerto” Implica que una vez que la muerte tiene lugar se convierte en un proceso que no tiene marcha atrás, es decir, que no se puede devolver la vida a un ser que ha fallecido. En algunos programas de dibujos animados y en muchas películas de cine para niños los personajes resucitan y reaparecen después de haber muerto (reversibilidad).

3. No funcionalidad. “Cuando uno muere el cuerpo ya no funciona”. Hace referencia a que, una vez muerto, el cuerpo físico deja de cumplir sus funciones vitales. No hay, tras el fallecimiento de una persona, un funcionamiento del organismo igual al de la persona que está viva.

4. Causalidad: “Se fallece porque hay algo que causa la muerte”. Hay que ser cuidadosos en este punto porque un niño puede llegar a pensar que su padre ha muerto porque él lo deseó cuando lo regañó cierto día por no haber recogido los juguetes, o pensar que su hermano no va a regresar porque él deseó que no volviera. Cuando el niño entiende que ni los deseos ni los pensamientos causan la muerte podemos decir que ha entendido el concepto de causalidad. Antes de los 7 años, por ejemplo, suele creer que su propio deseo acerca de que su familia vuelva a la vida puede resucitarle. De este modo, cree que si no ocurre la resurrección es porque no lo desea lo suficiente, lo que añade sufrimiento al menor.

5. Continuación no corpórea. Según determinadas creencias religiosas, después de la muerte de la persona (el alma o concepto parecido) no continúa dentro del cuerpo físico. Se incorporan las creencias religiosas, espirituales o filosóficas que posea el niño, fruto de las enseñanzas familiares en este terreno. A algunos les resulta incómodo responder a preguntas de los niños relacionadas con este aspecto cuando no comulgan con ninguna creencia religiosa ni creen en la existencia de una vida más allá de la muerte.

2.7. Factores que influyen en el proceso de duelo del niño y del adolescente

En síntesis, como se ha visto, el duelo puede suponer una oportunidad para el crecimiento personal, tanto para el niño como para el

resto de la familia, o puede convertirse en un factor que ocasione dificultades psicológicas permanentes. La forma en que el menor se adapta a la pérdida, real o imaginada, depende de variables tales como: a) edad y sexo, b) estilo de afrontamiento, c) estilo cognitivo, e) autoestima y auto eficacia personal y d) creencias y valores.

CAPÍTULO 3

TRATAMIENTO PARA EL PROCESO DE DUELO EN NIÑOS Y ADOLESCENTES

3.1. Introducción

Dado que el duelo, como fenómeno normal puede incluso contribuir positivamente al crecimiento personal no se justifica la intervención psicoterapéutica o farmacológica de forma generalizada o rutinaria (Raphael, Minkov & Dobson, 2001). La atención a los dolientes tanto niños como en adolescentes incluye una amplia gama de intervenciones que van desde la comunicación empática y compasiva de la muerte hasta el tratamiento especializado del duelo complicado o de trastornos asociados (Barreto & Soler, 2003). El objetivo de toda intervención para los dolientes no es olvidar al ser querido difunto sino encontrar un espacio psicológico que permita la entrada del presente y de los retos de la vida (Barreto & Soler, 2007).

3.2. Objetivos de la intervención en el duelo en niños y adolescentes

Se han propuesto diversos objetivos para la intervención terapéutica en niños y adolescentes, a continuación se mencionan algunos:

- Favorecer el mantenimiento de una representación interna del ser querido muerto.
- Garantizar la seguridad familiar y la continuidad de los vínculos y los cuidados. Los padres desbordados o disfuncionales en otras áreas psicológicas tienen dificultades propias para experimentar un duelo normal y para reconocer y responder a las necesidades emocionales y cognitivas de sus hijos, por ello,

es necesario identificar las familias disfuncionales y proporcionarles apoyo con un enfoque psicoeducativo.

- Normalizar y reforzar la expresión de emociones positivas. Los niños no toleran períodos largos de dolor emocional y buscan actividades que les distraigan, por ello, es importante que los adultos entiendan y reconozcan estas peculiaridades del duelo infantil con el fin de evitar interpretaciones erróneas y rechazos.
- Eliminar, en su caso, el sentimiento de culpa explicándoles la diferencia entre deseo y realidad.
- Posibilitar la expresión de emociones utilizando canales adecuados para ello, por ejemplo, el juego, el dibujo, y/o la dramatización.
- Potenciar su participación voluntaria en los diferentes ritos funerarios evitando las prohibiciones y los engaños. Es preferible explicarles la situación y acompañarles en aquello que quieran hacer.
- Recordar que son niños o adolescentes evitando plantearles expectativas que no les corresponden. En ningún momento deben asumir tareas del ser querido muerto.
- Reafirmar su personalidad sin identificarle con la persona fallecida. Por más que se esfuerce, nunca podrá sustituirle o igualarle mermándose la búsqueda de su propia identidad.
- Dotar de modelos que compartan con naturalidad los estados de ánimo del luto.
- Mantener las “rutinas” y las “normas” establecidas de la forma habitual para que no sienta que el mundo entero se desestabiliza y se desorganiza ante él.

3.3. Teorías y técnicas de intervención psicológica en el proceso de duelo

Desde distintas perspectivas teóricas se han desarrollado estrategias de intervención diversas. A continuación se describirán brevemente aquellas que sirvieron como base para el desarrollo del protocolo *“Intervención para el proceso de duelo en niños y adolescentes por muerte de un ser querido”*, objeto de la presente tesis.

3.3.1. Terapia Cognitiva Conductual y Terapia Racional Emotiva

La terapia cognitivo conductual (TCC) se concentra en la relación existente entre: las cogniciones (lo que se piensa), los afectos (lo que se siente) y las conductas (lo que se hace) (Stallard, 2002). La propuesta “ABC” de la Terapia Racional Emotiva (TRE) sostiene que sucesos activantes (As) de la vida de la gente contribuyen a sus perturbaciones emocionales y conductuales o consecuencias (Cs), debido en gran medida a que están entremezcladas con los pensamientos (Bs) o interpretaciones de la gente sobre dichos sucesos activantes (As), (Ellis, 1999). Es decir, no son tanto los eventos negativos los que generan sufrimiento psicológico sino lo que el individuo piense o crea de ellos, sobre todo si esos pensamientos y creencias son irracionales.

Los estudios muestran que después de una pérdida se producen cambios cognitivos significativos (Fleming & Robinson, 2001; Janoff-Bulman, 1992; Niemeyer, 2002). Se ha observado que hay una conexión entre la adaptación a la pérdida, y la capacidad, aunque sea parcialmente, para cambiar las creencias y adaptarlas a la nueva situación. Esto significa que las intervenciones para los supervivientes podrían centrarse en la identificación de los patrones de pensamiento irracional y las consecuencias emocionales no adaptativas así

como en los patrones de adopción del pensamiento racional (Malkinson, 2010).

El duelo es una reacción normal ante un evento muy estresante en donde el superviviente experimenta el dolor de la pérdida y la búsqueda de un nuevo sentido de la vida sin la persona fallecida, sin embargo también resulta ser un proceso que involucra pensamientos irracionales y que por medio de la reestructuración cognitiva (corrección de la irracionalidad) en torno del evento de pérdida se brinda la oportunidad de asimilar la pérdida de un modo más realista y adaptativo.

Así, en el marco conceptual de las Terapias Cognitivas en general y de la Terapia Racional Emotiva, en particular, se le ayuda al superviviente a organizar su sistema de creencias de manera que pueda procesar su duelo de forma saludable.

Los pensamientos recurrentes sobre la muerte suelen presentarse y se busca reorganizarlos de tal forma que la pérdida se pueda vivir de la manera menos triste y lamentable. Por ejemplo: "*Sé que siempre habrá un gran hueco en mi vida donde estaba, pero yo siempre lo recordaré con amor*", "*Siempre extraño a mi madre, pero tengo grandes recuerdos teniéndola en mi corazón y mis hijos siempre la recordarán como una gran abuela*".

En la siguiente tabla se presentan algunas de las características de ideas racionales e irracionales que el superviviente puede experimentar en su proceso de duelo.

ALGUNAS CARACTERÍSTICAS DE IDEAS RACIONALES
E IRRACIONALES EN EL PROCESO DE DUELO

Racionales	Irracionales
<p>Evaluación Flexible del evento:</p> <p><i>“Mi vida ha cambiado desde que no está mi papá”.</i></p>	<p>Evaluación rígido y extrema de la evento:</p> <p><i>“La vida no vale nada sin mi papá.”</i></p>
<p>Consistente con la realidad:</p> <p><i>“Es difícil llegar a casa y no ver a mi papá”.</i></p>	<p>Inconsistente con la realidad:</p> <p><i>“Es horrible estar sin mi papá, él hacía que en la casa existiera felicidad”.</i></p>
<p>La aceptación de la vida sin la persona fallecida.</p> <p><i>“Cada vez que pienso en él es triste y me duele, lo extraño mucho”.</i></p>	<p>Lo inaceptable de la vida sin la persona fallecida.</p> <p><i>“Mi papá murió, ya no quiero pensar en nada”.</i></p>
<p>La vida tiene sentido.</p> <p><i>“Recuerdo cuando jugábamos y los días en los que me llevaba al parque”.</i></p>	<p>La vida pierde su significado</p> <p><i>“Ya no importa ir al parque, mi papá ya no está”.</i></p>

Como sugiere la tabla, después de la muerte de una persona significativa es común que aparezcan pensamientos absolutistas por ejemplo: *“la vida es mala conmigo, por eso se llevó lo que más quería”*, *“no tengo control sobre mi vida”* o *“no puedo vivir sin él o sin ella”*. Dentro de los objetivos de la terapia cognitiva está el poder ayudar a desarrollar pensamientos más graduados y equilibrados a través del análisis detenido de la evidencia en contra y a favor de la interpretación errónea del paciente y a la posterior búsqueda de una explicación alternativa a su situación (Barreto & Soler, 2007).

Este procedimiento ayuda a identificar la evaluación al doliente en un punto medio frente a la posición extrema del pensamiento absolutista dicotómico (malo vs. bueno, impotente vs. omnipotente o felicidad vs. infelicidad) además de promover el establecimiento de un pensamiento menos absoluto el cual pueda englobar una mayor proporción de la realidad, incluida la pérdida.

La técnica de pensamiento en contra de los hechos resulta ser una técnica muy eficiente para los dolientes. Consiste en generar alternativas imaginadas a eventos reales. En la simulación cognitiva de alternativas el paciente intenta deshacer o alternar algún antecedente de la realidad y contemplar su resultado. Ejemplos de éste pensamiento son: *“si no lo hubiera hecho enojar, él no se hubiera suicidado”*, *“si élhubiese obedecido a mi papá, no hubiera muerto”*, *“si no me hubiera tardado al llegar al hospital, ella seguiría viva”*, éstos ejemplos corresponden a pensamientos en contra de los hechos que postulan circunstancias que significan una mejora de la realidad. Existen otros que se enfocan a un resultado perjudicial como: *“podía haber sido peor”*. Estas formas de pensamiento “en contra de los

hechos” tienen consecuencias emocionales distintas, pues lo que proponen es una mejora se acompañan de repercusiones afectivas más positivas y aquellos que proponen un resultado perjudicial están acompañados de un sentimiento de infortunio (Barreto & Soler, 2007).

Es importante mencionar que el proceso y éxito de estas terapias implica cierto grado de madurez y complejidad cognitiva, además de requerir la capacidad de realizar tareas abstractas tales como contemplar los hechos desde diferentes perspectivas o bien, concebir atribuciones alternativas. Por ello su aplicación en población infantil requiere de materiales divertidos, interesantes y atractivos apropiados a la edad del niño, así como que estén relacionados con las situaciones de la vida cotidiana del menor, es decir, que contenga ejemplos específicos y con gran claridad en relación a su propia pérdida.

Otros terapeutas sugieren considerar, dentro de la intervención al superviviente (Malkinson, 2010).

- a) la evaluación cognitiva,
- b) proporcionar información sobre el duelo, su curso y sus componentes, así como las consecuencias emocionales y de conducta que implica (por ejemplo, que es normal que se llore cuando se experimenta una pérdida); la legitimación de la temporalidad y la sensación el mundo destrozado,
- c) la identificación de las creencias irracionales disfuncionales y las consecuencias emocionales, conductuales y físicas,
- d) explicar y enseñar el modelo ABC,

- e) la enseñanza y la práctica de pensamiento racional adaptativa y funcional emocional y las consecuencias del comportamiento,
- f) ayudar al doliente en la búsqueda de maneras de reorganizar la vida sin la persona fallecida.

La importancia de los registros conductuales

Una de las tareas cruciales dentro de la Terapia Cognitivo Conductual así como de la Terapia Racional Emotiva consiste también en el proceso de observar y registrar de la manera más confiable posible los pensamientos y conductas. Esta actividad ofrece la oportunidad de identificar cogniciones disfuncionales o negativas así como las creencias o supuestos irracionales más comunes. Lo anterior, favorece en el paciente la conciencia y el conocimiento respecto de la naturaleza y el tipo de distorsiones cognitivas, así como de los efectos de estas distorsiones y déficits sobre el estado de ánimo y la conducta manifiesta (Stallard, 2002).

La identificación de los procesos cognitivos disfuncionales conduce a comprobar y evaluar sistemáticamente dichos supuestos y creencias, así como a aprender otras habilidades cognitivas alternativas. Se fomenta el desarrollo de procesos más equilibrados y emocionalmente manejables de pensamiento en esta *reestructuración cognitiva*.

En relación a las emociones, la observación y el registro de las éstas (las más intensas o predominantes) puede ayudar a identificar los momentos, lugares, actividades o pensamientos asociados tanto a las emociones positivas como a las negativas.

3.3.1.2. Entrenamiento en habilidades Sociales

La utilización del entrenamiento en habilidades sociales puede ser de gran ayuda en diferentes momentos del proceso de la intervención en el duelo. El apoyo social se considera uno de los protectores importantes para reducir los efectos del estrés y para el buen desarrollo posterior a la pérdida. De hecho, su ausencia supone uno de los indicadores de riesgo más comunes (Barreto & Soler, 2007). El objetivo de éste entrenamiento es mejorar la comunicación entre el doliente y su entorno así como la promoción de la expresión de la pena cuando existe incapacidad o especial dificultad para hacerlo.

Las habilidades sociales en función de sus consecuencias pudiesen determinar tres tipos de resultados muy relevantes en el proceso de duelo:

- *La eficacia en los objetivos.* En la medida en que se trata de un proceso de adaptación individual, la persona en duelo va variando sus objetivos en función de cada momento. Así, por ejemplo, en los primeros momentos, el lograr expresar el dolor sintiéndose acompañado y confortado sin miedo a la crítica o la censura puede ser un objetivo viable.
- *La eficacia en las relaciones.* Mantener las relaciones con los otros permitiría el apoyo de estas personas relevantes en los distintos ámbitos funcionales (familiar, escolar, social, en el trabajo, etc.).
- *La eficacia en el mantenimiento de la autoestima.* Además de la necesidad básica del ser humano de ser amado, es claro que el apoyo social permite el mantenimiento de la autoestima, uno de cuyos aspectos fundamentales es el afecto de los demás.

Esto es necesario por la vulnerabilidad emocional producto de la pérdida.

Barreto y Soler (2007) proponen que en el caso del proceso de duelo, las conductas que se consideran especialmente pertinentes para la adaptación positiva durante el mismo incluyen:

- Expresión de amor, agrado y afecto
- Defensa de los propios derechos
- Expresión de opiniones personales incluyendo el desacuerdo así como la petición de cambio de la conducta del otro (negociación).

El procedimiento básico del entrenamiento en habilidades sociales consiste en identificar primero con la ayuda del paciente, las áreas específicas en las que éste tiene dificultades (en este caso la pérdida de su ser querido). Lo mejor es obtener varios ejemplos específicos de las situaciones en términos de lo que sucede realmente con ellas, para ello se puede hacer uso de la entrevista o autoregistros para una descripción detallada.

El segundo paso consiste en analizar por qué la persona no se comporta de forma socialmente adecuada por lo que es necesario que la persona entienda las diferencias entre sus respuestas pasivas, asertivas y agresivas, donde: una persona pasiva muestra escasa ambición, pocos deseos y opiniones; una persona asertiva coopera con los demás para alcanzar sus objetivos personales y; una persona agresiva comunica el mensaje "a mi manera o nada" (Caballo, 1991). Los sujetos participantes en este programa deben tener claro que el comportamiento asertivo consiste en ayudarles a expresarse libremente y a conseguir el objetivo que se han propuesto.

La tercera etapa aborda la reestructuración cognitiva, el objetivo de las técnicas cognitivas empleadas consiste en ayudar a los pacientes a reconocer que lo que se dicen a sí mismos puede influir en sus sentimientos y en su conducta.

La cuarta etapa del entrenamiento constituye el ensayo conductual de las respuestas socialmente adecuadas en situaciones determinadas.

La adquisición de nuevas conductas en el entrenamiento de habilidades sociales se basa en la mejora progresiva de los distintos componentes que componen cada conducta. Dentro de los elementos más importantes de la conducta interpersonal se encuentran: la mirada, la expresión facial, los gestos, la postura, la orientación, distancia/contacto físico, volumen de la voz, fluidez y el contenido del habla.

Este repertorio conductual puede ser de gran ayuda para la persona en duelo. Así, se le facilita el expresar sus emociones, pedir lo que necesita, aceptar afecto sin sentirse culpable por encontrarse en situación de vulnerabilidad, decir “no” ante solicitudes discordantes con su estado de ánimo, proponer alternativas y expresar su agradecimiento a las personas que le están apoyando.

3.3.1.3. Solución de problemas

Esta técnica tiene como objetivo facilitar el entrenamiento de las personas para la utilización de una metodología sistemática frente a los problemas. El proceso pone en evidencia la existencia de alternativas de respuesta y solución potencialmente eficaces para los problemas y facilita seleccionar la más efectiva. Es especialmente útil con personas que por sus condiciones vitales han de resolver problemas

y no están en condiciones para hacerlo. Un buen ejemplo incluye situaciones de crisis tales como la separación de la pareja, el divorcio y la muerte (Barreto & Soler, 2007).

La situación de duelo ante la pérdida de un ser querido resulta especialmente adecuada para la aplicación de esta metodología. Se ha definido la solución de problemas sociales como el proceso metacognitivo por el que los individuos comprenden la naturaleza de los problemas de la vida y dirigen sus intentos hacia la modificación del carácter problemático de la situación misma o bien sus reacciones hacia ella (Nezu, 1987).

Dentro de éste enfoque, los problemas se definen como situaciones específicas de la vida (presentes o anticipadas) que exigen respuestas para el funcionamiento adaptativo, pero que no reciben respuestas de afrontamiento eficaces debido a la presencia de diversos obstáculos. Estos obstáculos pueden incluir la ambigüedad, la incertidumbre, las exigencias contrapuestas, la falta de recursos y/o la novedad.

La capacidad general de resolver problemas comprende una serie de habilidades específicas, y no sólo capacidades unitarias. Según D'Zurillay Nezu (1999), la solución de problemas eficaz requiere cinco procesos componentes que interactúan entre ellos, cada uno de los cuales hace una determinada contribución a la solución eficaz del problema. Esos procesos incluyen:

1. Orientación hacia el problema
2. Definición y formulación del problema
3. Generación de alternativas

4. Toma de decisiones

5. Puesta en práctica de la solución y verificación

Cabe mencionar que el componente de la orientación hacia el problema es diferente de los otros cuatro componentes en el sentido de que es un proceso motivacional, mientras que los otros componentes consisten en capacidades y habilidades específicas que permiten a una persona resolver un determinado problema de forma eficaz.

Los objetivos del enfoque de solución de problemas incluyen:

- a. Ayudar a los individuos a identificar las anteriores y actuales situaciones estresantes de la vida, que constituyen los antecedentes de una reacción emocional negativa.
- b. Minimizar el grado en que esa respuesta impacta de forma negativa intentos futuros de tratamiento.
- c. Aumentar la eficacia d sus intentos de solución de problemas, en el afrontamiento de situaciones problemáticas actuales.
- d. Establecer en el individuo habilidades que le permitan contender de modo eficaz con problemas futuros, con el fin de evitar perturbaciones psicológicas.

3.3.2. Psicología Positiva

Más allá de los modelos patogénicos de salud, existen otras formas de comprender y conceptualizar algún tipo de evento traumático. En un primer momento ante una problemática es muy común enfocarnos como profesionales en los déficits de cada individuo y concebirlo como una víctima que potencialmente desarrollará una pato-

logía. Sin embargo, desde modelos más optimistas, se entiende que el individuo es activo, con una capacidad natural de resistir y rehacerse a pesar de las adversidades. Esta concepción se enmarca dentro de la Psicología Positiva que busca comprender los procesos y mecanismos que subyacen a las fortalezas y virtudes del ser humano (Vera, Baquero & Jiménez, 2006).

Desde la Psicología tradicional se ha tendido a ignorar el proceso de recuperación natural, que, si bien al principio lleva consigo la experiencia de síntomas postraumáticos o reacciones disfuncionales de estrés, con el paso del tiempo se desvanecen. Los datos apuntan a que alrededor de un 85% de las personas afectadas por una experiencia traumática sigue este proceso de recuperación natural y no desarrolla ningún tipo de trastorno (Bonanno, 2004).

3.3.2.1. Las emociones positivas

La mayoría de los investigadores que se han dedicado a estudiar las emociones se han centrado exclusivamente en las negativas y hasta cierto punto puede resultar lógico si consideramos que emociones como el miedo, la tristeza o la ira son señales de alarma que si se obvian sistemáticamente pueden generar problemas de magnitud considerable (Vera, 2006).

Las emociones positivas resuelven problemas relacionados con el crecimiento personal y el desarrollo. Experimentar emociones positivas lleva a estados psicológicos y modos de comportamiento que de forma indirecta preparan al individuo para enfrentar con éxito dificultades y adversidades venideras (Fredrickson, 2001).

Las emociones positivas resultan ser más difíciles de estudiar, debido a que comparativamente son menos en cantidad que las negati-

vas y a que son más difíciles de distinguir. Así, considerando las taxonomías científicas de las emociones básicas podemos identificar 3 ó 4 emociones negativas por cada emoción positiva (Vera, 2006).

3.3.2.2. Optimismo

Algunos autores han señalado que las personas pueden ubicarse en dos grupos: las que “llevan escrito un sí” y las que “llevan un no” grabado en su interior. Según esta propuesta, “las personas optimistas tienden a interpretar sus problemas como pasajeros, controlables y propios de la situación. Las personas pesimistas, por el contrario, creen que sus problemas durarán siempre, socavarán todo lo que hagan y que no podrán controlarlos (Seligman, 1998).

El interés moderno por el optimismo nace de la constatación del papel jugado por el pesimismo en la depresión (Beck, 1967). Desde entonces son muchos los estudios que muestran que el optimismo tiene valor predictivo sobre la salud y el bienestar, además de actuar como modulador sobre los eventos estresantes, paliando el sufrimiento y el malestar de aquellos que sufren, tienen los efectos del estrés o de enfermedades graves (Peterson, Seligman & Vaillant, 1988).

Dos perspectivas teóricas diferentes pero no opuestas en relación al optimismo incluyen las siguientes (Vera, 2008):

1. *Característica disposicional.* El optimismo se relaciona directamente con las expectativas. Las personas optimistas poseen una predisposición generalizada para generar expectativas de resultados positivos, de forma que esperan que las cosas salgan bien aunque pasen por momentos difíciles. Las pesimistas, en cambio, suelen esperar resultados negativos relativamente permanentes.

2. *Estilo explicativo*. (Abramson, Seligman & Teasdale, 1978). El modelo de la *Indefensión Aprendida* se basa en la teoría atribucional y sostiene que las expectativas sobre acontecimientos futuros se relacionan estrechamente con la explicación que se dé a los acontecimientos pasados. Así, el estilo explicativo es la forma característica de la persona de interpretar sus expectativas. Comprende tres dimensiones: *a) personalización*, distingue si la causa del suceso radica en la persona o en un factor externo (atribución interna o externa); *b) duración*, se refiere al grado en que la causa es estable en el tiempo y propende a repetirse (atribución permanente o temporal) *yc) amplitud*, examina si la causa afecta o no a otras áreas de la vida (atribución global o específica). La persona optimista tiende a explicar los eventos negativos mediante atribuciones externas, temporales y específicas mientras que la pesimista realiza atribuciones internas, permanentes y globales.

3.3.2.3. Resiliencia y eventos postraumáticos

La resiliencia es un fenómeno ampliamente observado al que tradicionalmente se ha prestado poca atención, y que incluye dos aspectos relevantes: resistir el suceso y sus efectos y rehacerse del mismo (Bonanno, Wortman et al, 2002; Bonanno & Kaltman, 2001). De acuerdo con Vanistendael y Lecomte (2002), la resiliencia lleva a buscar un equilibrio entre riesgo y protección en la vida de los individuos.

Vivir un acontecimiento traumático es quizá una de las situaciones que más transforma la vida de una persona, incluida la muerte de un ser querido. La psicología tradicional ha tendido a asumir que todos los acontecimientos traumáticos dejan heridas psicológicas en las personas y ha tendido a obviar el estudio de fenómenos como la resiliencia y el crecimiento postraumático, basados en la ca-

pacidad del ser humano de resistir y rehacerse frente a los embates de la vida (Vera, 2006).

Ante un suceso traumático, las personas resilientes consiguen mantener un equilibrio estable sin que afecte a su rendimiento y a su vida cotidiana. A diferencia de aquellos que se recuperan de forma natural tras un período de disfuncionalidad, los individuos resilientes no pasan por este período, sino que permanecen en niveles funcionales a pesar de la experiencia traumática.

Este fenómeno se considera sorprendente o propio de personas excepcionales (Bonanno, 2004) y sin embargo, numerosos datos muestran que la resiliencia es un fenómeno común entre personas que se enfrentan a experiencias adversas y que surge de funciones y procesos adaptativos normales del ser humano.

Los motivos por los que parece haberse ignorado la cara positiva del afrontamiento traumático merecen considerarse. Algunos autores afirman que existe un proceso social de carácter cognitivo, denominado *amplificación social del riesgo*, que muestra la tendencia general a sobreestimar la magnitud, generalización y duración de los sentimientos de los demás (Paton et al., 2000). Esta tendencia puede explicar en parte la victimización a la que se ven sometidas aquellas personas que sufren experiencias traumáticas.

Se considera también que las personas que sufren una experiencia traumática, al ser invadidas por emociones negativas como la tristeza, la ira o la culpa, son incapaces de experimentar emociones positivas. Históricamente, la aparición y potencial utilidad de las emociones positivas en contextos adversos ha sido considerada como

una forma poco saludable de afrontamiento (Bonanno, 2004) y como un impedimento para la recuperación.

En dos estudios llevados a cabo por Keltner y Bonanno en una misma muestra de 40 individuos que había sufrido la muerte de su pareja, se mostró que las personas que exhibían sonrisas genuinas (aquellas en las que se activa el músculo orbicular del ojo) cuando hablaban sobre su reciente pérdida presentaban un mejor ajuste funcional, un mejor estado de sus relaciones interpersonales y menores niveles de dolor y angustia a los seis, catorce y veinticinco meses después de la pérdida (Keltner & Bonanno, 1997).

La investigación ha puesto de manifiesto que las emociones positivas coexisten con las negativas durante circunstancias estresantes y adversas (Folkman & Moskowitz, 2000) y que pueden ayudar a reducir los niveles de angustia y aflicción que siguen a la experimentación de dichas circunstancias

3.3.3. Constructivismo

Esta teoría considera al ser humano como un constructor de significados que determinan la percepción de los acontecimientos vitales y orientan su conducta. En general, el sobreviviente intenta construir sistemas de significados que tengan coherencia interna, resulten apoyados socialmente, proporcionen cierta seguridad y permitan anticipar y participar en las experiencias de la vida. No se habla en este caso de creencias irracionales o disfuncionales, sino que se considera problemática aquella construcción que no permite definir, organizar y anticipar la relación con el mundo (Barreto & Soler, 2007).

Neimeyer (2002), ofrece una propuesta terapéutica que incluye un planteamiento psicoeducativo sobre la pérdida y la actividad que se

debe desarrollar en el duelo, teniendo en cuenta el contexto familiar, sociocultural y espiritual del doliente. Este autor considera que los supervivientes de acontecimientos traumáticos que pueden confiar a otros su experiencia, presentan mejoras en su salud física y psicológica van menos al médico, tienen menos signos de estrés y dicen sentirse menos deprimidos y rebasados por su desgracia.

Neimeyer también menciona estrategias que pueden ponerse en práctica cuando se anticipan pérdidas importantes:

1. *Tomarse en serio las pequeñas pérdidas.* Desde edades muy tempranas y la presencia de hechos como la muerte de un familiar lejano o de una mascota, se puede instruir sobre el significado de la muerte y de ésta manera desarrollar herramientas para la adaptación a las pérdidas.
2. *Tomarse tiempo para sentir.* Escribir en privado sobre las experiencias y reflexiones en momentos de cambio pueden ser una forma de mejorar la sensación de alivio y comprensión.
3. *Encontrar formas sanas de descargar el estrés.* Disminuir la sensación de estrés a través de la actividad, el ejercicio, el entrenamiento en la relajación o la oración.
4. *Dar sentido a la pérdida.* A medida que se va elaborando una historia coherente de la experiencia, se va logrando una mayor perspectiva.
5. *Confiar en alguien.* Las cargas compartidas son menos pesadas. Puede servir como un hecho catártico y bien, sentirse acompañado y protegido.

6. *Ritualizar la pérdida.* Diversas formas de honrar las pérdidas, pueden estar relacionadas con la religión que se profesa.

7. *No resistirse al cambio.* Las pérdidas de las personas y roles que ocupan un papel central en cada vida la transforman para siempre. Lo mejor es abrazar esos cambios, ser flexibles y buscar las oportunidades que se presentan para el crecimiento.

9. *Si se tienen, centrarse en las propias convicciones religiosas.* Se pueden utilizar la pérdida como una oportunidad para revisar y renovar las creencias religiosas y filosóficas que ya se daban por supuestas, buscando una espiritualidad más profunda y templada.

Este mismo autor propone que, partiendo de una actitud colaboradora, son útiles una serie de ejercicios que respetan y analizan la resistencia del cliente, garantizan la privacidad, reconocen el “ser” además del “hacer” e integran en las sesiones las tareas para casa. A continuación se mencionan algunos de los ejercicios que se proponen en su obra *Aprender la pérdida. Una guía para afrontar el duelo.*

Cartas que no se envían

Una de las formas más conocidas de escritura terapéutica en la elaboración del duelo es la carta sin enviar, un mensaje dirigido a la persona desaparecida que expresa algo que no pudo expresarse antes de su muerte. Este tipo de cartas son especialmente útiles cuando el superviviente lleva una carga de resentimiento o de culpa difícil de compartir con los demás, pero que le han dejado bloqueado en sus pensamientos y emociones relacionados con la muerte y en ocasiones con las muchas pérdidas indirectas que la precedieron. La sugerencia de verter los propios sentimientos en una misiva que no llegará nunca a su destinatario puede tener una gran potencia

terapéutica a pesar de su sencillez, independientemente de sí se incorpora o no como parte de la terapia o el asesoramiento en casos de duelo.

Dentro de éste ejercicio existen variaciones, una de ellas es, escribir cartas posteriores en fechas señaladas o a lo largo del curso de la terapia de duelo para seguir la evolución de los cambios en la “relación” de la persona con su ser querido a lo largo del tiempo. Además, las cartas dirigidas a la persona fallecida pueden alternarse con cartas escritas por ella, que puede escribir la persona que ha sufrido la pérdida basándose en lo que cree que la persona fallecida habría respondido. Si se utiliza dentro del contexto de la terapia de duelo, este tipo de tarea para casa puede ir acompañado del ejercicio gestáltico de “las dos sillas”, en el que se le pide al cliente sucesivamente que ocupe su propio lugar y el de su ser querido y que siga la conversación que fue interrumpida por la muerte.

En los casos en los que la despedida ha sido repentina e involuntaria, puede haber muchos asuntos no resueltos en este tipo de pérdidas y las cartas pueden ayudar a avanzar en la resolución.

Con mucha frecuencia, las personas que están elaborando su duelo y sus terapeutas hacen uso de este tipo de cartas con la creencia equivocada de que “finalizarán” los asuntos no resueltos de relaciones complicadas y de que quizá permitan a la persona cerrar el libro de su dolor al mismo tiempo. Sin embargo, las cartas no enviadas deberían entenderse más bien como formas de reabrir el diálogo, en lugar de cerrarlo, con lo que esto implica en el sentido de resolver la relación de una vez por todas. De éste modo se facilitan estructuras para desplazarse por las experiencias complejas de pérdida, en lugar

de panaceas mágicas para eliminar el dolor inevitable que acompaña a las transiciones vitales.

Dibujos e imágenes

Aunque la palabra hablada o escrita tiene un gran poder para ayudar a afrontar la pérdida, no tiene un papel exclusivo en los procesos de reconstrucción de significado. Para muchas personas, jóvenes y mayores, los dibujos simbólicos u otras formas de expresión artística pueden ser igual de significativos a la hora de comunicar las pérdidas que han sufrido y el futuro que prevén. Cuando estos dibujos se realizan dentro de un diario personal o en el contexto de la terapia del duelo, también pueden hacerse preguntas sobre los matices de significado que aportan, que a menudo facilitan una puerta de acceso a sentimientos y temas difíciles de expresar de una manera más directa.

Entrevista de reconstrucción de significado

Para algunos dolientes, el solo hecho de dar respuesta a estas preguntas ya podría ser terapéutico en sí mismo, independientemente del valor de sus contestaciones como una evaluación para el terapeuta. De las preguntas que se le pueden realizar al doliente pueden ser: ¿qué experiencia de muerte o pérdida le gustaría explorar?, ¿qué recuerda de la forma en que reaccionó ante el acontecimiento cuando sucedió?, ¿Cómo han cambiado sus sentimientos al respecto a lo largo del tiempo?, ¿Cómo respondieron ante la pérdida las personas que formaban parte de su vida en ese momento? ¿y ante su reacción?, ¿quién era usted en el momento de la pérdida, a nivel de personalidad, etapa del desarrollo y principales preocupaciones?, ¿cuál fue la parte más dolorosa de la experiencia?, ¿cómo interpreta la pérdida ahorita?, ¿Cómo ha afectado esta experiencia a su sentido de prioridades?, ¿Cómo ha afectado esta experiencia a su visión de sí mismo o del mundo?.

Galería de fotografías

Las fotografías permiten recordar con nitidez las vidas de los seres queridos, favorecen la conexión simbólica con la persona fallecida y ayudan a evocar públicamente recuerdos compartidos sobre ella.

La lectura de cuentos

El cuento es un relato breve, rápido y eficaz, con una estructura fija (planeamiento, nudo y desenlace), de fácil comprensión y recuerdo. Desde el enfoque constructivista en psicoterapia se plantea la utilización del cuento como un recurso del proceso terapéutico, tanto con niños como con adolescentes. No obstante el cuento es una actividad de tipo verbal, en la que la acción y las imágenes se tra-

ducen en lenguaje (Sepúlveda, 1998). En el caso del proceso de duelo los niños y adolescentes pueden identificarse con los personajes del cuento y sus vivencias narradas en relación a ésta problemática, de tal manera que puedan comprender de mejor manera lo que piensan, sienten y la forma en que se comportan.

Rituales de despedida terapéuticos

En la fase de finalización el objetivo de este ejercicio de la despedida simbólica es que el doliente pueda procesar lo que no pudo en los ritos sociales (Barreto & Soler, 2007). Resulta normal mantener el vínculo con el fallecido y éste puede resultar beneficioso en función de la forma en que se establezca. Sin embargo, determinados dolientes nunca volverán al estado anterior a la pérdida aunque alcancen los niveles previos de funcionamiento y consiga vivir con sentido. Algunas formas de mantener el vínculo son: considerar al fallecido como una parte valiosa de la biografía personal del superviviente, incorporar sus virtudes en el propio estilo personal, utilizarle como modelo o guía manual. En contraposición, estar al pendiente de sus pertenencias evidencia la dificultad en la resolución del duelo y un menor descenso de los síntomas específicos a lo largo del tiempo.

3.3.4. Relajación Muscular Progresiva Profunda

La relajación es una de las técnicas más utilizadas en intervención psicológica. La utilidad de la relajación estriba en que conduce a la consecución de un estado de reducción de la activación psicofisiológica general del organismo, tanto a nivel subjetivo, puesto que resulta placentero, como en lo que respecta a la propia salud física y psicológica. En niños, la técnica de relajación se ha utilizado para tratar múltiples afecciones, con el objetivo de aliviar determinados síntomas.

El propósito del entrenamiento en relajación aplicado al tratamiento de esta afección consiste en favorecer un ensanchamiento de las vías respiratorias con el fin de mejorar el funcionamiento pulmonar, y su efectividad parece prometedora.

Respiración diafragmática profunda

La respiración está directamente relacionada con la activación, como se demuestra por el hecho de que al mismo tiempo que ciertos ejercicios sirven para la reducción de niveles elevados de ansiedad, otros, por ejemplo, los que generan hiperventilación pueden inducir ataques de pánico.

Se supone que la respiración completa, esto es, la que implica la musculatura diafragmática, provoca la activación parasimpática (Everly, 1989) o, lo que es equivalente, favorece la relajación, de manera que el entrenamiento en ciertas pautas respiratorias puede ser un adecuado procedimiento para facilitar la relajación muscular progresiva profunda y la reducción de los efectos del estrés y, en general, los trastornos debidos a un exceso de activación psicofisiológica asociada a diversas reacciones emocionales negativas.

Método

Planteamiento del problema

En el Centro de Servicios Psicológicos (CSP) Dr. Guillermo Dávila de la Facultad de Psicología de la UNAM se atiende a población infantil, adulta y adolescente. En la población infantil y adolescente es muy común encontrar en su motivo de consulta problemáticas tales como depresión, ansiedad, problema de conducta, déficit en el control de enojo, bajo rendimiento académico, estados emocionales alterados, así como una dinámica familiar carente de afecto y empatía entre sus integrantes.

Estas poblaciones se canalizan a distintos programas de intervención dentro del CSP, uno de ellos es el Programa de apoyo psicosocial para niños y sus familias "El juego del optimismo", basado en la Psicología Positiva y la Terapia Cognitivo Conductual. Sin embargo, dentro de los servicios y de éste programa no se cuenta con un protocolo específico para el tratamiento a niños y adolescentes que hayan experimentado una pérdida, de ahí la necesidad de elaborar un protocolo de intervención para la atención a esta población.

Pregunta de investigación

¿Cómo mejorar el proceso de duelo derivado de la muerte de uno de sus padres y su elaboración en niños y adolescentes, en función de la aplicación del "Tratamiento para la intervención de duelo en niños y adolescentes"?

Objetivos

Observar sistemáticamente las manifestaciones emocionales, cognitivas y comportamentales en el proceso de duelo de cada participante y evaluar su mejoría en sintomatología ansiosa y depresiva.

Tipo de estudio

Exploratorio y descriptivo, de estudios de caso.

Participantes

El tratamiento se aplicó a 4 pacientes del Centro de Servicios Psicológicos "Dr. Guillermo Dávila" de la Facultad de Psicología de la UNAM. Sus edades oscilaron de 7 a 16 años, dos participantes eran hombres y dos mujeres. Su motivo de consulta incluyó reacciones al fallecimiento de su padre. La selección de los participantes fue no probabilística e intencional.

A continuación se hace una breve descripción de cada uno de los participantes:

Paciente 1- Estudio Piloto

Edad: 7 años *Sexo:* Masculino *Persona fallecida:* Padre

Motivo de consulta: Estado de ánimo triste a partir del fallecimiento. Al hablar de la muerte de su padre presenta llanto y constantemente culpa a la madre, a la abuela paterna y a él mismo del suceso. Evita cualquier situación y/o actividad que tenga relación con lo que compartía y hacía con su padre (música, juegos, programas de televisión).

Tiempo transcurrido a raíz del fallecimiento al iniciar el tratamiento: 1 año 9 meses

Causa de la muerte: infarto secundario a complicaciones pulmonares.

Casos “experimentales” (con intervención tipificada)

Paciente 2

Edad: 10 años *Sexo:* Femenino *Persona fallecida:* Padre

Motivo de consulta: Bajo rendimiento académico a partir del suicidio del padre, comportamiento ausente y conflictos constantes con hermanos mayores.

Tiempo transcurrido desde el fallecimiento al iniciar el tratamiento: 2 años 4 meses

Causa de la muerte: suicidio

Paciente 3

Edad: 14 años *Sexo:* Masculino *Persona fallecida:* Padre

Motivo de consulta: bajo rendimiento académico, relación conflictiva con familia extensa (tíos y primos), estado de ánimo irritable y enojos constantes.

Tiempo transcurrido a raíz del fallecimiento al iniciar el tratamiento: 2 años 4 meses

Causa de la muerte: suicidio

Paciente 4

Edad: 16 años *Sexo:* Femenino *Persona fallecida:* Padre

Motivo de consulta: la paciente al encontrar a su padre muerto (colgado) intentó revivirlo dándole respiración “de boca a boca” recibiendo un sabor y olor “fétido” que salió del cuerpo de su padre. A raíz

de la pérdida, se muestra con estado de ánimo triste, presenta también problemas de alimentación a raíz de la pérdida.

Tiempo transcurrido a raíz del fallecimiento al iniciar el tratamiento: 2 años 4 meses

Causa de la muerte: suicidio.

Instrumentos

CDI- CHILDDEPRESIONINVENTORY- INVENTARIO DE DEPRESIÓN PARA NIÑOS (Adaptación para población mexicana, Meave y Ayala, 2001): Aplicable de los 7 a los 15 años de edad, incluye 27 reactivos que se contestan en una escala Likert de 3 puntos (si, a veces, no), consta de 5 subescalas:

- a. *Estado de ánimo negativo*: estado afectivo caracterizado por sensaciones de estados emocionales aversivos como nerviosismo, miedo, disgusto, culpa e ira. Se considera una dimensión general de distrés y experiencia no placentera.
- b. *Autoestima negativa*: hace referencia al valor negativo que se le da a la imagen y al concepto que se tiene de sí mismo y que se forja en relación con la información de las personas significativas y de las experiencias
- c. *Anhedonia*: pérdida notoria de la capacidad para experimentar placer de actividades que habitualmente producen sensaciones o sentimientos agradables. La incapacidad de obtener placer con objetos o situaciones físicas que se denominan anhedonia física, o a través de la interacción con otras personas anhedonia social.
- d. *Problemas interpersonales*: si el sujeto experimenta una fuerte incomodidad subjetiva en determinadas situaciones sociales, si evita ciertas interacciones, o si no es capaz de obtener los

resultados deseados, o culturalmente aceptables, de las relaciones sociales de una manera que otras personas relevantes juzgan como apropiadas

- e. *Ineficacia*: Hace referencia al despeño incompetente en áreas de logro o actividades dirigidas a una meta.
- CMAS-R -ESCALA DE ANSIEDAD MANIFIESTA EN NIÑOS REVISADA (Cecil R, Reynolds, PhD y Bert O Richmond): Consta de 5 puntuaciones. La puntuación de *Ansiedad total* se basa en 28 reactivos de ansiedad. Estos 28 reactivos están divididos en tres subescalas de ansiedad: *Ansiedad fisiológica* (dificultades del sueño, náusea y fatiga), *Inquietud-hiper-sensibilidad* (preocupación obsesiva, miedo de ser lastimado o aislado emocionalmente), y *Preocupaciones sociales-concentración* (pensamientos distractores, miedos de naturaleza social o interpersonal). Los 9 reactivos restantes de la CMAS-R son parte de la subescala de *Mentira* (conformidad, conveniencia social, o falsificación deliberada de respuestas).
 - BDI -INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK (Aaron Beck, 1961, estandarizado para la Ciudad de México por Jurado en 1998): escala autoaplicable que permite evaluar la gravedad de los síntomas de depresión. Consta de 20 reactivos que se conforman de 4 afirmaciones cada uno. El evaluado elige las afirmaciones que mejor lo describan con respecto a la última semana. Valoración: 0-13, mínima depresión; 14-19, depresión leve; 20-28, depresión moderada; y 29-63, depresión grave.
 - BAI- INVENTARIO DE ANSIEDAD DE BECK (Aaron Beck, 1988, validado para población mexicana por Robles, Varela, Jurado y Páez en 2001): instrumento autoaplicable diseñado

para medir la severidad de los síntomas de ansiedad. Consta de 20 reactivos que se contestan en una escala Likert de 4 puntos (poco o nada, más o menos, moderadamente y severamente).

Registros:

- **Registro ABC**

Basado en el Modelo “ABC” de Albert Ellis (1969-1972), donde:

A= Acontecimiento Activador

B= Creencias

C= Consecuencias de las reacciones emocionales y conductuales

Se le pide al participante que describa las situaciones relacionadas a hechos y recuerdos de su pérdida por día, el número de registros realizados se entrega semanalmente.

- **Registro de Adhesión Terapéutica**

Contiene información sobre conducta alimenticia, sueño y estado de ánimo. Durante los siete días de la semana el paciente registra la información correspondiente al contenido de su desayuno, comida y cena, así como la hora aproximada de dormir. Por último, el paciente hace una evaluación de su día y responde a la pregunta ¿cómo me sentí el día de hoy?

- Se incluyen registros para sesiones específicas dentro del tratamiento, véase el apartado de procedimiento.

Escenario

Cubículos del Centro de Servicios Psicológicos "*Dr. Guillermo Dávila*" con una dimensión aproximada de 3x3 metros con una mesa y dos sillones o dos sillas como mobiliario.

Procedimiento

En el Centro de Servicios Psicológicos “Dr. Guillermo Dávila” administra una serie de procedimientos, que cada paciente cubre para recibir atención psicológica. Por lo general, cada paciente antes de ser canalizado a un tratamiento pasa por procesos de preconsulta, historia clínica y evaluación. Para fines de esta investigación, los pacientes participantes realizaron el proceso de evaluación ya dentro del Protocolo objeto del presente estudio.

A continuación se hace una breve descripción de la información contenida en la Preconsulta y en la Historia Clínica:

- *Pre-consulta*: aplicada por un especialista (psicólogo entrevistador) e incluye datos personales del paciente, familiograma, descripción del problema, estrategias de solución previamente puestas a prueba, áreas afectadas por el problema, problemas presentados en sesión así como las soluciones adoptadas.
- *Historia clínica*: aplicada también por un especialista (psicólogo entrevistador). En el caso de un menor se realiza con la persona responsable de éste, en el caso del adolescente se realiza directamente con él. La historia clínica tanto del niño como el adolescente incluye características de su desarrollo, datos sociodemográficos, antecedentes heredofamiliares así como una descripción detallada de sus diversas áreas como la social, familiar, sexual, escolar o laboral.

Una vez que cada paciente contó con su expediente clínico completo (Pre-consulta e Historia Clínica) se prosiguió por citar a cada uno de ellos para el inicio de su tratamiento.

A continuación se presenta el número de sesión, el tema, los objetivos, los materiales, los criterios de adquisición así como las tareas asignadas en cada una de las sesiones llevadas a cabo dentro de la “Intervención para el proceso de duelo en niños y adolescentes por muerte de un ser querido”. En algunas de las sesiones también se incluye una sección de *Notas importantes* que pueden servir como un buen complemento para el tratamiento. A partir de la sesión no. 3, es muy recomendable iniciar con el entrenamiento en respiración diafragmática y en las sesiones posteriores verificarla, pues a pesar de no haber destinado una sesión específicamente a este entrenamiento dentro del protocolo, fue a partir de la sesión no.3 en donde se comenzó a llevar a cabo.

Intervención para el proceso de duelo en niños y adolescentes por muerte de un ser querido

SESIÓN 1

Tema

Realización de historia clínica específica de duelo.

Objetivo

- Explorar e identificar:
 - ✓ Circunstancias de la pérdida: causa, lugar, modo, reacciones familiares y personales así como los ritos funerarios que se realizaron.
 - ✓ Historia de la relación que mantenía el paciente con la persona fallecida
 - ✓ Recursos personales del paciente: estado de salud a partir de la pérdida y habilidades de afrontamiento.

- ✓ Expectativas del tratamiento

Material

- Formato de historia clínica específica de duelo adaptado

Criterio de adquisición

En caso de los menores el responsable respondía en su totalidad el formato de historia clínica específica de duelo; en el de los adolescentes ellos respondían el mismo formato preferentemente en su totalidad, si se necesitaba de información complementaria se requería la información proporcionada por su responsable.

(No hay tarea para realizarse en casa)

SESIÓN 2

Tema

Primer encuentro con el paciente y Pre-evaluación.

Objetivos

- Conocer y establecer empatía con el paciente y crear un clima de confianza para la relación terapeuta-paciente.
- Identificar los niveles de ansiedad y depresión a partir de la aplicación de instrumentos.

Materiales

- Formatos de instrumentos a aplicar

En niños:

- ✓ Inventario de Depresión para Niños (CDI)
- ✓ Escala de Ansiedad Manifiesta en Niños-Revisada (CMAS-R)

En adolescentes:

- ✓ Inventario de depresión de Beck (BDI)
- ✓ Inventario de ansiedad de Beck(BAI)
- Registro de Adhesión Terapéutica
- Cuestionario**¿cómo voy afrontado la muerte de mi ser querido?**

Criterios de adquisición

Haber creado un clima de empatía y confianza con el paciente, identificado principales gustos e interés del mismo, así como haberle explicado el modo en que se trabajará a lo largo del tratamiento.

Que el paciente hubiera respondido a cada uno de los incisos de los instrumentos aplicados.

*Notas importantes:*podría construirse una lista de reforzadores para conocer principales gustos del paciente (actividades, caricaturas, películas, comida, elogios).

Tareas para casa

1. Al finalizar la sesión se le hacía entrega del Registro de Adhesión Terapéutica y se le explicaba al paciente cómo usarlo y que éste será utilizado el resto del tratamiento, que su entrega es semanal y que el responsable de su registro era sólo él.

SESIÓN 3

Tema

Identificación de emociones.

Objetivo y procedimiento

- Se explicaba al paciente el concepto de emoción así como la existencia de emociones positivas y negativas.
- Que el paciente identificara sus principales emociones en relación a la pérdida.

Material

- Presentación de Power Point sobre el tema “Las emociones”.
- Formatos impresos de “Mi plantilla de emociones” y “Los vasos de mis emociones” (en el caso de los niños)
- Formato impreso de “Identificando mis emociones” (en el caso de los adolescentes).
- Hojas blancas y bolígrafo

Criterio de adquisición

Que el paciente hubiera reconocido las principales emociones que experimenta a raíz de la pérdida, describiendo el porqué de cada una de ellas.

Tarea para casa

1. Realización de Registro de Adhesión Terapéutica.

SESIÓN 4

Tema

Identificación de emociones 2

Objetivos

- Que el paciente describa los principales aspectos de su vida que considere han cambiado a raíz de la muerte de su ser querido.
- Que el paciente identifique los aspectos positivos actuales de su vida.

Material

- Formato impreso del ejercicio “Comparando mi antes y mi ahora”
- Bolígrafo, lápices de colores, crayolas, plumines, plumas de colores.

Criterios de adquisición

A partir de sus respuestas, que el paciente hubiera identificado los principales puntos de apoyo que posee en su ambiente familiar, social y escolar.

Notas importantes: Debido a la carga emocional que posee la sesión, es una buena oportunidad para que el paciente pueda sentirse preparado para realizar su primera *carta* dirigida a la persona que murió. Es importante como terapeuta mostrarle confianza y libertad pues ayudará a que el paciente exprese de manera escrita o mediante dibujos sus principales emociones o y/o pensamientos hacia su ser querido fallecido. En el caso de los niños la carta puede “enviarse” a través de un globo inflado con helio, también puede dejarla en

un lugar de su casa que considere especial y esté relacionado con la persona fallecida, o incluso puede ir a la tumba de su ser querido y dejarla ahí. En el caso del adolescente podría recomendársele la opción de la tumba.

Tarea para casa

1. Realización del Registro de Adhesión Terapéutica

SESIONES 5 y 6

Tema

Psicoeducación sobre la pérdida y la muerte: situándose en el proceso de duelo.

Objetivos

- Que el paciente (niño y adolescente) comprenda lo que es una pérdida, los tipos de pérdida así como el concepto de muerte.
- Que el paciente (adolescente) conozca las etapas del proceso de duelo según Kübler Ross y logre identificarse en cada una de ellas describiendo la manera en la que las ha o está experimentando.

Materiales

- Presentación de “Powerpoint” sobre el concepto de pérdida, tipos de pérdida, concepto de muerte y proceso de duelo (éste último presentado sólo para adolescentes).
- Formato impreso de “Identificando las etapas de mi proceso de duelo” (para adolescentes)
- Cuentos: “Mi amigo el Sauce” y “Un lugar en el corazón” (en el caso de los niños)

- Hojas blancas y bolígrafo

Criterios de adquisición

A partir del trabajo con el material visual que se haya utilizado (según niños o adolescentes) el paciente debió haber adquirido conocimiento en relación a los conceptos de pérdida y muerte, considerando de éste último su universalidad, irreversibilidad, no funcionalidad, causalidad y continuación no corpórea. En el caso de los adolescentes, que el paciente haya narrado en el registro correspondiente su experiencia en cada una de las etapas del proceso de duelo según Kübler Ross: Negación, ira, pacto, depresión y aceptación.

Tarea para casa

1. Realización del Registro de Adhesión Terapéutica

Notas importantes: en el caso de los niños es de suma importancia que las 5 características de muerte (universalidad, irreversibilidad, no funcionalidad, causalidad y continuación no corpórea) hayan quedado claras, comprobándose mediante las verbalizaciones del niño como respuesta a las preguntas que se le planteen. El conocimiento y la comprensión de estas características disminuyen la probabilidad de que en un futuro sigan surgiendo preguntas como: ¿cuándo regresará mi papá? ¿Mi papá aún escribe?, ¿qué come?, si le escribo una carta ¿me la responderá?

SESIÓN 7

Tema

Comprensión de la causa de la muerte de mi ser querido

Objetivo

Que el paciente comprenda la causa de la muerte a partir del conocimiento de la enfermedad o padecimiento que su ser querido haya tenido.

Materiales

- Presentación de Power Point sobre psicoeducación en relación a la enfermedad o padecimiento previo a la muerte del ser querido (adecuada para niños y adolescentes).

Criterios de Adquisición

Que el paciente haya logrado comprender las características orgánicas y físicas de la enfermedad o el padecimiento de su ser querido fallecido.

Tarea para casa

1. Realización del Registro de Adhesión Terapéutica

Notas importantes: Las últimas dos sesiones en donde se ha utilizado la psicoeducación como herramienta principal representan una buena oportunidad para pedirle al paciente que escriba otra *carta* para su ser querido que ha muerto. Es importante que se consideren las mismas indicaciones que se mencionaron en la descripción del apartado "*Notas importantes*" de la sesión 4 (véase la *SESIÓN 4*).

SESIÓN 8

Tema

Pensamientos, emociones y comportamiento.

Objetivo

- Que el paciente comprenda la relación existente entre sus pensamientos, emociones y comportamiento, además de identificar éstos componentes en situaciones relacionadas con su pérdida.

Material

- Módulo 1: “Cambiando nuestro pensamiento” impreso del Juego del Optimismo (en el caso de la población infantil)
- Presentación Power Point sobre el modelo ABC (para adolescentes)
- Formato impreso ABC para niños
- Formato impreso ABC para adolescentes

Criterios de adquisición

Que el paciente haya conocido y comprendido el modelo A B C (A= situación, B= creencias, C= consecuencia), así como haber ejemplificado correctamente éstos componentes en relación a su pérdida.

Tarea para casa

1. Realización del Registro de Adhesión Terapéutica
2. Ejemplificar situaciones que se relacionen con la pérdida y registrarlas en su Formato ABC identificando y describiendo la situación, los pensamientos presentes y las consecuencias emocionales así como comportamentales.

Notas importantes: en relación a la segunda tarea es importante decirle al paciente que la ejemplificación y el registro de situaciones no sólo es por la semana en que se ha dejado la tarea, sino que puede ser de gran ayuda para el resto del tratamiento y que tiene la liber-

tad de hacer uso de su formato ABC cada vez que una situación provoque en él emociones negativas.

SESIONES 9 y 10

Estilos explicativos e ideas irracionales

Objetivos

- Que el paciente modifique sus estilos explicativos en relación a la pérdida.
- Que el paciente adolescente se dé cuenta de que ideas resultan ser irracionales en relación a su pérdida.
- Disminuir intensidad y/o eliminar presencia de emociones negativas en relación a su pérdida.

Material

- Módulo 2 “Cambiando nuestro estilo para explicar las cosas” del Juego del Optimismo (para el caso de los menores).
- Presentación en Power Point sobre estilos explicativos e ideas irracionales ante la muerte (para adolescentes)
- Hojas blancas y/o de color
- Bolígrafo y lápices de colores.

Criterios de adquisición

Que el paciente, ya sea verbalizando (en caso de los adolescentes) o basándose en los ejercicios gráficos(en el caso de los niños) haya identificado aquellas situaciones y pensamientos que le causen emociones negativas (culpa, arrepentimiento, enojo, etc.) en relación a su pérdida y haber cambiado sus estilos explicativos, modificandolos. Por ejemplo: un estilo explicativo global por uno específico, un estilo

explicativo permanente a uno temporal y/o un estilo explicativo interno por uno externo ante una situación determinada.

Tarea para casa

1. Realización del Registro de Adhesión Terapéutica

SESIÓN 11

Tema: Habilidades sociales

Objetivos

- Que el paciente sea capaz de expresar lo que piensa, siente y desea de forma asertiva, haciendo valer sus propios derechos y respetando los derechos de los demás en su contexto familiar, escolar y social.
- Resaltar la importancia de las expresiones faciales así como un tono de voz adecuado para una correcta comunicación.
- Que el paciente sea capaz de aceptar y expresar afecto sin sentirse culpable por encontrarse en una situación vulnerable a raíz de su pérdida y poder expresar su agradecimiento a las personas que le han brindado su apoyo.

Material

- Módulo 5“Habilidades sociales” del Juego del Optimismo” impreso(para el caso de los niños)
- Presentación de Power Point sobre habilidades sociales explicando qué es la comunicación asertiva, así como los componentes moleculares de la conducta interpersonal para una buena comunicación (para adolescentes).
- Bolígrafo, lápices de colores, plumas de colores.

Criterios de adquisición

Que el paciente a través de la información que recibió a través de la psicoeducación sobre habilidades sociales y la técnica de role playing se haya comunicado asertivamente, mostrando afecto y gratitud durante la dinámica.

Tareas para casa

1. Realización del Registro de Adhesión Terapéutica
2. Expresar y recibir afecto de familia, amigos y/o compañeros.
3. Practicar la comunicación asertiva.
4. Expresar de manera oral o escrita gratitud al menos a una persona que el paciente considere le haya ayudado en su proceso de duelo.

SESIONES 12 y 13

Tema

Solución de problemas

Objetivo

- Que el paciente identifique sus intereses y deseos ante un problema y pueda darle solución a partir del análisis de cada una de las opciones que considere pertinentes, eligiendo la mejor estrategia para resolverlo.

Material

- Módulo 4 “Solución de Problemas” del Juego del Optimismo (en el caso de los niños)
- Presentación Power Point sobre Proceso de solución de problemas (para adolescentes)

- Hojas blancas de papel
- Bolígrafo, plumas y lápices de colores

Criterios de adquisición

Que el paciente haya verbalizado al menos uno de sus problemas principales analizando su solución. En el caso de los niños el análisis se lleva a cabo a través de los 5 pasos que el Módulo 4 “Solución de problemas” propone: tomar las cosas con calma, ser empático, establecer una meta, elegir un camino y verificar el proceso. En el caso de los adolescentes a través de: la orientación hacia el problema, definición y formulación del problema, generalización de alternativas y puesta en práctica de la solución y verificación.

Tarea para casa

1. Realización del Registro de Adhesión Terapéutica
2. Realizar el proceso de solución de problemas de alguna situación que esté relacionada con compañeros de escuela, familia o amigos del paciente.

SESIÓN 14

Tema

Seamos resilientes

Objetivo

- Que el paciente comprenda el concepto de Resiliencia y sea capaz de identificar sus fortalezas.

Materiales

- Presentación de Power Point sobre Resiliencia
- Formatos impresos de las “Características de una persona resiliente”
- Lápices de colores, plumas de colores, crayolas, bolígrafos.

Criterios de adquisición

Que paciente haya podido verbalizar en voz alta además de escribir en primera persona, en presente y positivo, las afirmaciones que fomenten las cuatro características de la resiliencia: *yo soy, yo estoy, yo puedo.*

Tarea para casa

1. Realización del Registro de Adhesión Terapéutica
2. Pedirle al paciente que pegue en un lugar visible los formatos de “Características de una persona resiliente” ya hechos en un lugar visible de su habitación.

SESIÓN 15

Tema: “Recordando junto a mi familia a mi ser querido y despidiéndome de él”

Objetivo

- Que el paciente y su familia verbalicen una serie de eventos que consideren los mejores momentos vividos a lado de la persona fallecida.
- Que el paciente y su familia (supervivientes) se despidan simbólicamente de la persona fallecida.

Materiales

- Fotografías de la persona fallecida
- Formato impreso de *“La última carta y el funeral de despedida”*
- Hojas de colores
- Lápices de colores, plumas de colores, bolígrafo, plumines
- Caja de metal
- Flores que la familia y paciente hayan elegido
- Encendedor

Criterios de adquisición

Que se haya trabajado en un clima de tranquilidad y confianza para que el paciente así como los integrantes de su familia hayan verbalizado las mejores experiencias que consideren vivieron con la persona fallecida.

Que el paciente y su familia hayan sido capaces de escribir la carta de despedida a la persona fallecida además de haber participado en la dinámica “el funeral de despedida” con el objetivo de decirle adiós de manera simbólica a su ser querido.

Tarea para casa

1. Realización del Registro de Adhesión Terapéutica

SESIÓN 16

Tema

Post evaluación y fin de tratamiento

Objetivos

- Registrar los niveles de ansiedad y sintomatología depresiva del paciente.
- Dar por terminado el tratamiento.

Materiales

- Formatos de instrumentos a aplicar

En niños:

- ✓ Inventario de Depresión para Niños (CDI)
- ✓ Escala de Ansiedad Manifiesta en Niños-Revisada (CM-AS-R)

En adolescentes:

- ✓ Inventario de depresión de Beck (BDI)
- ✓ Inventario de ansiedad de Beck(BAI)
- Registro de Adhesión Terapéutica
- Cuestionario**¿cómo voy afrontado la muerte de mi ser querido?**

Criterios de adquisición

Que el paciente haya respondido a cada uno de los incisos de los instrumentos aplicados.

Tareas para casa

1. Poner en práctica en mayor de lo posible lo aprendido en el tratamiento.

RESULTADOS

Se trabajó con cuatro pacientes, incluyendo al paciente del estudio piloto. Un grupo conformado por dos niños (hombre y mujer) y el otro grupo constituido por dos adolescentes (hombre y mujer). Las edades de los participantes fueron 7, 10, 14 y 16 años. Tres de los participantes cursaban educación básica, dos en primaria y uno en secundaria, la cuarta participante se encontraba estudiando la educación media superior. Los cuatro participantes se ubicaron en un nivel socioeconómico bajo. En todos los casos el padre fue quien falleció y como cuidadora principal quedó la madre.

El objetivo general del presente trabajo consistió en determinar los alcances del *“Protocolo para la intervención de duelo en niños y adolescentes por la muerte de un ser querido”*, asimismo y en relación a los objetivos específicos planteados a continuación se presentan los resultados cuantitativos y cualitativos obtenidos a partir de la intervención realizada.

Por requisito de confidencialidad se identifica a cada uno de los participantes con un pseudónimo, con la siguiente nomenclatura de identificación:

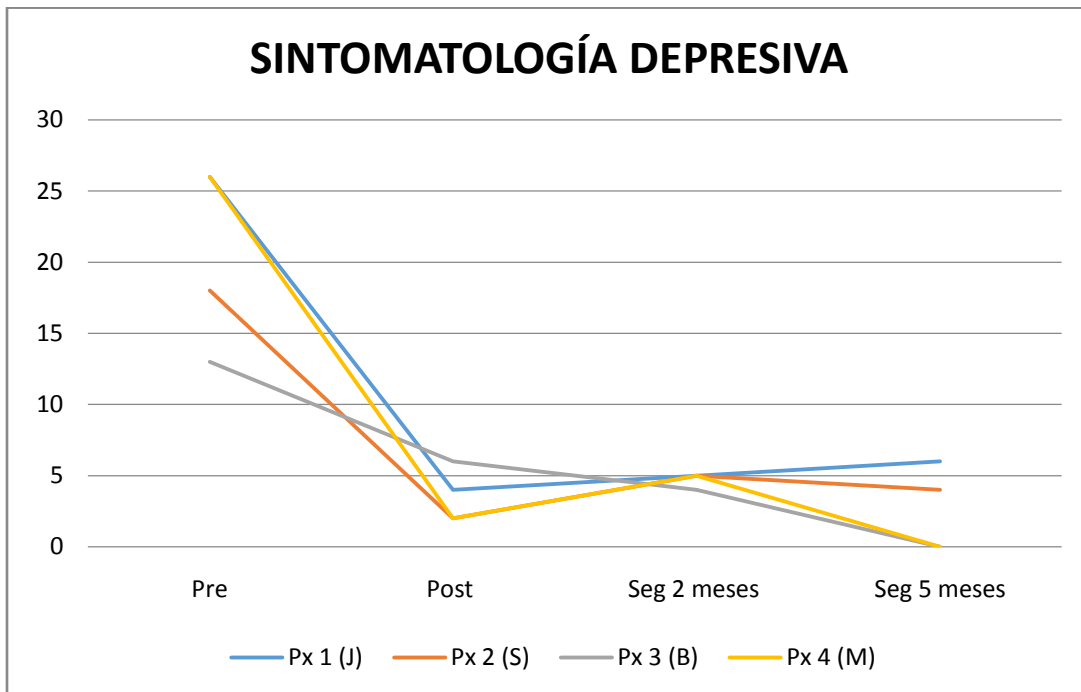
Paciente 1:**J**;

Paciente2:**S**;

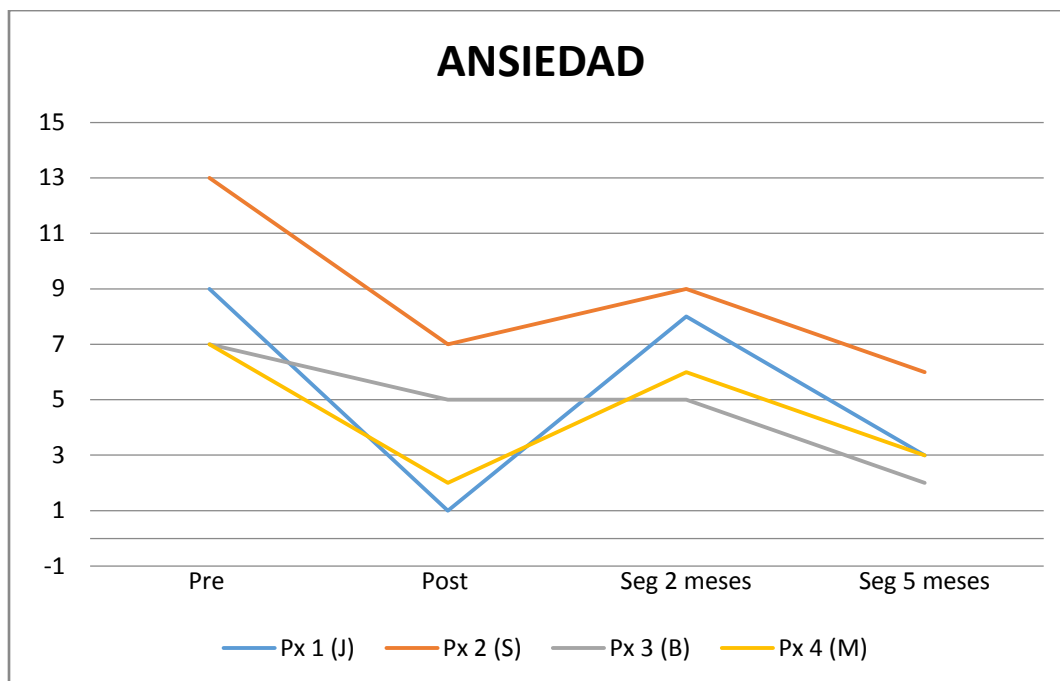
Paciente3:**B**;

Paciente 4: **M**

Se muestran a continuación los resultados generales de los 4 pacientes de sus niveles de sintomatología depresiva (*“depresión”*) y ansiedad (Gráfica 1 y Gráfica 2).



GRAFICA 1 Niveles de depresión de los 4 pacientes en Pre-evaluación, Post-evaluación, seguimiento de 2 meses y seguimiento de 5 meses



GRAFICA 2 Niveles de ansiedad de los 4 pacientes en Pre-evaluación, Post-evaluación, seguimiento de 2 meses y seguimiento de 5 meses

Presentación de los casos clínicos

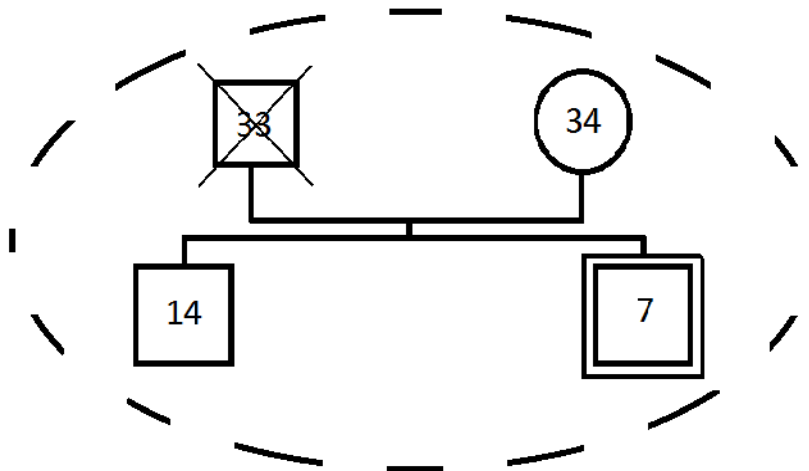
Para el mantenimiento de la confidencialidad de cada uno de los pacientes participantes se identificarán por los pseudónimos antes presentados.

➤ Paciente del Estudio Piloto - Px. 1 (J)

Ficha de identificación

- **Nombre:** Jorge
- **Edad:** 7 años
- **Edo. Civil:** Soltero
- **Sexo:** Masculino
- **Religión:** católica
- **Escolaridad:** 1º Primaria
- **Ocupación:** estudiante
- **Número de hermanos:**(un hermano de 14 años de edad).
- **Responsable o tutor:** madre
- **Tiempo transcurrido a raíz del fallecimiento al iniciar el tratamiento:** 1 año 9 mes.

Familiograma



Por cuestiones de confidencialidad se hará uso una vez más de pseudónimos para referirse a los familiares de Jorge. El papá será presentado como Roberto, la mamá como Marlen y el hermano mayor como Alexander.

Análisis del motivo de consulta

La mamá del paciente refirió un estado de ánimo triste a partir de la muerte de su padre. Comentó que Jorge al hablar de la muerte de su papá presentaba llanto y frecuentemente culpaba a su abuela paterna, a ella y a él mismo del acontecimiento. Así mismo, afirmó que el paciente evitaba cualquier situación y/o actividad que tuviese relación a lo que compartía y hacía con su padre (música, juegos, ver programas de televisión). En la escuela se observaba por momentos ausente sin embargo no se presentaba un decremento significativo en su rendimiento escolar.

En relación a las expectativas del tratamiento de la madre, ella expresó el deseo de que Jorge pudiese *“superar la muerte de su papá para poder tener una vida más relajada”*.

La causa del deceso del padre de Jorge fue *Infarto secundario a complicaciones pulmonares*.

Historia del problema

Jorge provino de un embarazo planeado. Se desarrolló en un ambiente familiar favorable, en el cual sus integrantes mantenían una relación estrecha y armoniosa. En relación al desarrollo de su infancia no se reporta alguna problemática significativa causante de cierto grado de desadaptación sino hasta el día de la muerte de su papá.

Roberto (papá del paciente) como trabajador de limpieza siempre fue el principal responsable del ingreso económico de la familia, Marlen (mamá del paciente) por su parte, alternaba su negocio independiente con el cuidado de sus hijos.

Roberto enfermó unos 3 meses aproximadamente antes de su fallecimiento. La relación entre él y el paciente resultaba ser muy estrecha, era precisamente Roberto quien recogía a Jorge a la hora de la salida en la escuela, compartía gustos musicales así como programas de televisión y frecuentemente salían al parque a jugar. Según refiere Marlen, vivían en un ambiente familiar muy armonioso.

El día en que Roberto murió, Jorge se encontraba solo con él en casa. Mientras Jorge dormía, Roberto le gritó desde su habitación que necesitaba una cubeta pues refirió sentir muchas náuseas, Jorge procede a levantarse y llevarle la cubeta, al ver la manera en que su papá vomitaba, Jorge decide llamar a su abuela paterna para informarle de la situación y pedir ayuda.

La abuela paterna a su vez se comunica con Marlen (quien aún se encontraba laborando) para llevar a Roberto lo antes posible a recibir atención médica. Marlen y su suegra se encargan de trasladar a Roberto al hospital, mientras Jorge se queda bajo el cuidado de una de sus tías. Alexander, hermano mayor de Jorge, aún se encontraba en la escuela cuando todo esto sucedía. A pocas horas de haber llegado al hospital y haber recibido atención médica, se le informa a Marlen y a su suegra que Roberto ha fallecido a causa de un infarto.

Alexander, quien ya se encontraba en casa con Jorge, es quien recibe vía telefónica la noticia de que su papá ha fallecido y es él también el responsable de comunicárselo a Jorge.

A Jorge se le involucra en las dinámicas relacionadas al ritual funerario, sin embargo aproximadamente al mes de la muerte de Roberto, Jorge comienza a presentar conducta aislada, irritabilidad y constantemente se le observa con estado de ánimo triste en su contexto familiar y escolar, además de expresar frecuentemente el deseo de que su padre estuviera con él.

La mamá del paciente acude al Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF) con el objetivo de encontrar algún tipo de ayuda para su hijo, y es ésta institución la que canaliza a Jorge al Centro de Servicios Psicológicos “Dr. Guillermo Dávila” por probable depresión a causa de la muerte de su padre.

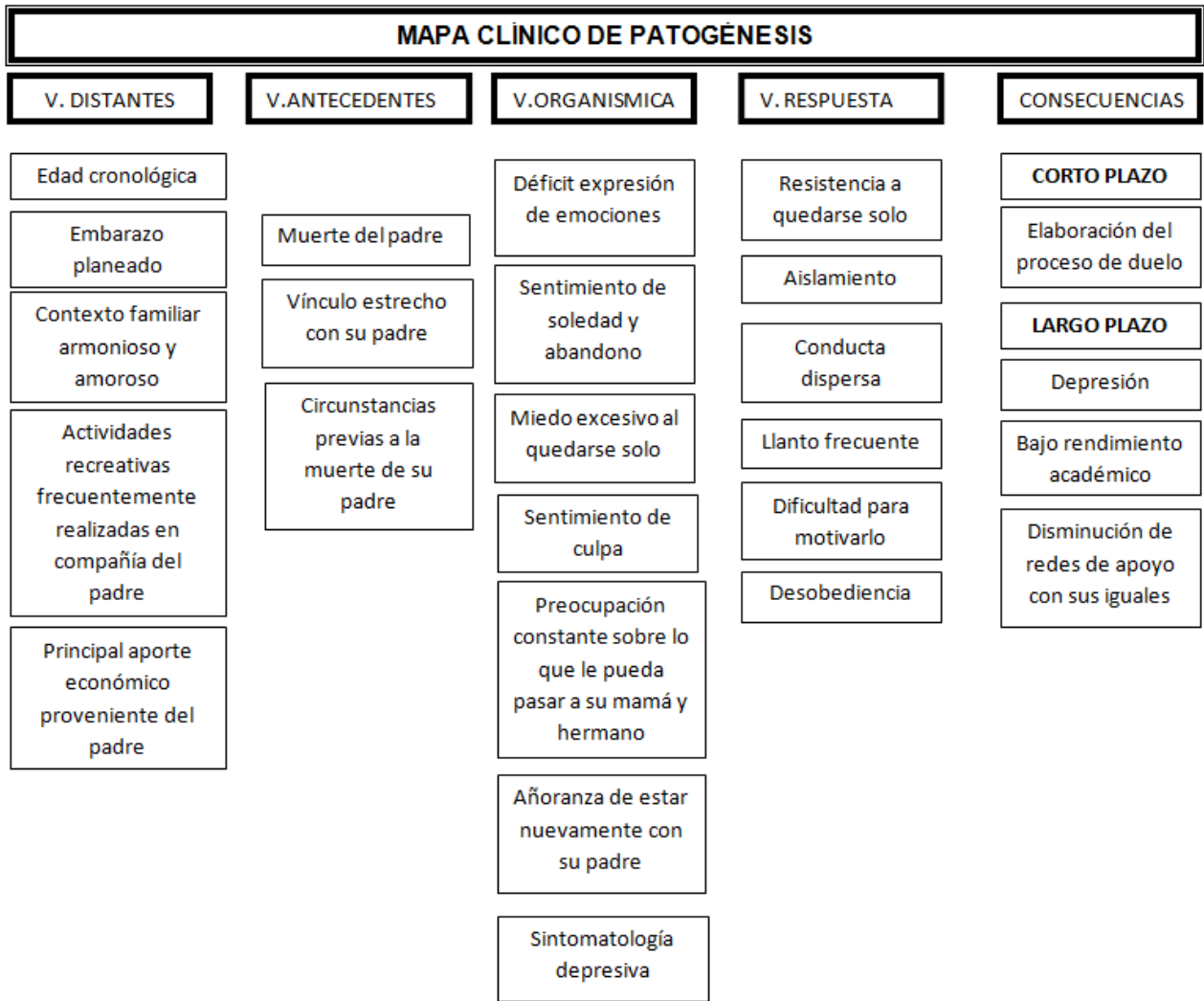
Análisis y descripción de las conductas problema

Dentro de las conductas problema que el paciente presentaba antes del iniciar el tratamiento se encontraron las siguientes:

1. *Duelo por la muerte de su padre no elaborado*: el paciente no poseía las suficientes herramientas para poder identificar y/o expresar en su totalidad las principales emociones que presentaba a raíz de la muerte de su papá. Se le observaba constantemente triste y resultaba ser evidente la pérdida de interés ante actividades placenteras como el jugar o ver la televisión. En ocasiones se mostraba aislado en su contexto familiar y escolar. La falta de información en relación a la causa de la muerte de su papá favorecía su sentimiento de culpa, no sólo a sí mismo sino con su madre y abuela paterna también.
2. *Preocupación constante por el futuro y miedo excesivo a quedarse solo*: desde el día del fallecimiento de su padre, Jorge no soportaba quedarse solo en casa, quedarse solo en la escuela le generaba sintomatología ansiosa como malestar estomacal y de cabeza así como sudoración, por lo que constantemente pedía permiso para salir al baño como estrategia para sentirse mejor. En tardes y noches cuando llovía, aún estando acompañado, presentaba llanto excesivo y en ocasiones sólo se aislaba y no cedía en entablar comunicación con alguien. Estando lejos de su madre y hermano mayor continuamente pensaba en que les podía ocurrir un accidente, incluso que podían morir.
3. *Comunicación no asertiva*: Jorge ante cualquier instrucción, comentario y/o advertencia por parte de su mamá, abuela paterna o

hermano mayor respondía de manera agresiva, levantando la voz y con gesticulaciones que expresaban su molestia e irritabilidad ante la situación. La conducta agresiva era más frecuente en el contexto familiar. Por parte de la escuela no se recibió ningún tipo de queja en relación a un comportamiento agresivo del paciente.

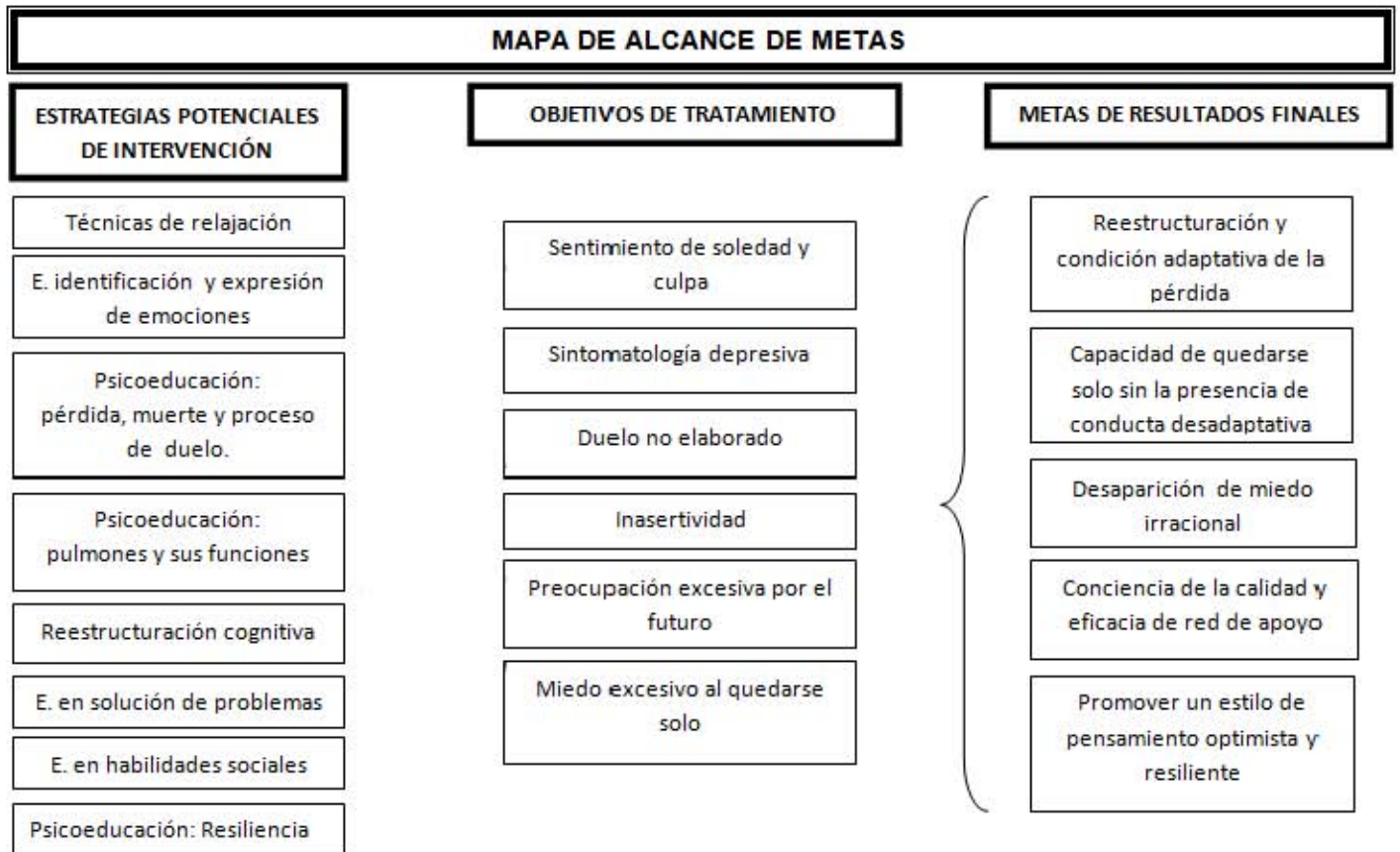
Para una mejor comprensión del problema, en la página siguiente se muestra el Mapa Clínico de Patogénesis del caso de Jorge, en este se incluyen las diferentes variables que interactúan en su motivo de consulta.



MAPA CLÍNICO DE PATOGÉNESIS: Explica el desarrollo de los problemas del paciente en su motivo de consulta.

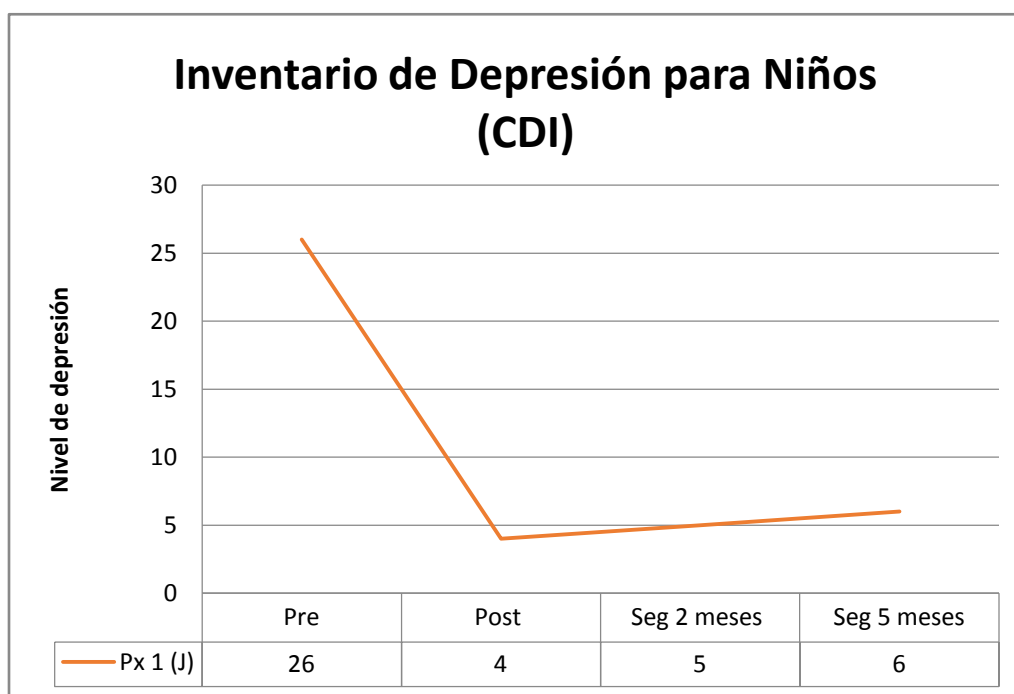
A continuación se presenta el mapa de alcance de metas correspondiente a Jorge, el cual presenta de una forma resumida las estrategias utilizadas y los resultados esperados al finalizar el tratamiento.

MAPA DE ALCANCE DE METAS: Muestra la estrategia diseñada por el terapeuta para ayudar al paciente a solucionar su motivo de consulta.



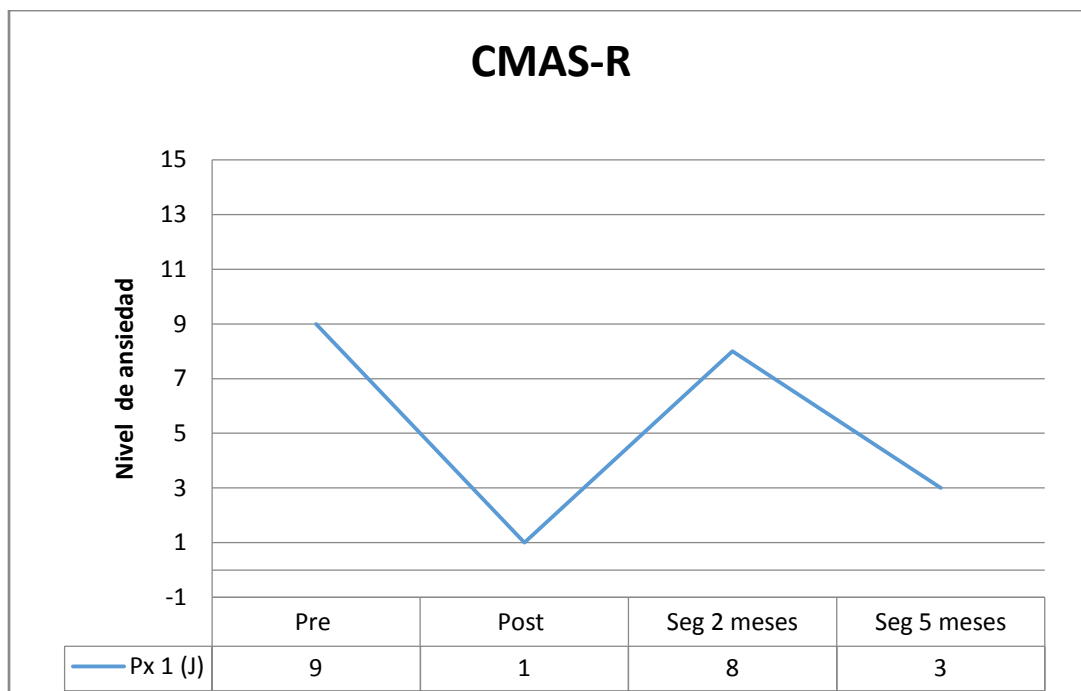
Resultados cuantitativos

El paciente al iniciar el tratamiento fue valorado con depresión moderada al obtener 26 puntos en el Inventario de Depresión para Niños (CDI). Finalizando la intervención su nivel de depresión disminuyó 22 puntos, puntuando con una calificación de 4, por lo que se le ubicó en la categoría de *mínima depresión*. En la fase de seguimiento se mantuvo la valoración de <Mínima depresión> al puntuar 5 y 6 a los dos meses y cinco meses respectivamente. La siguiente gráfica muestra la comparación de los puntajes obtenidos por Jorge en el Inventario de Depresión para Niños (CDI).



GRAFICA 3 Puntajes de depresión en Px1 (J) en Pre-evaluación, Post-evaluación, seguimiento de 2 meses y seguimiento de 5 meses

En el caso de la Escala de Ansiedad Manifiesta en Niños-Revisada (CMAS-R), el paciente en la pre-evaluación obtuvo un puntaje general de 9. Al final del tratamiento se observó en Jorge la disminución de sintomatología ansiosa pues logró obtener un puntaje general de 1, sin embargo en la fase de seguimiento correspondiente a los dos meses se le valoró con un puntaje de 8, calificación que se puede explicar por la detonación de una problemática específica en su contexto escolar. Finalmente en la fase de seguimiento de cinco meses, Jorge obtuvo una puntuación de 3. En la Gráfica 4 se muestra la comparación de las puntuaciones de Jorge en sus distintas evaluaciones.



GRAFICA 4 Puntajes de ansiedad en Px1 (J) en Pre-evaluación, Post-evaluación, seguimiento de 2 meses y seguimiento de 5 meses

Resultados cualitativos

En el ejercicio "*los vasos de mis emociones*" que se realizó dentro del desarrollo de la sesión no. 3, Jorge logró identificar tres emociones principales: el enojo, la tristeza y la felicidad. El sentimiento de enojo refirió experimentarlo por no poder estar físicamente con su papá, la tristeza argumentó sentirla porque en ocasiones soñaba con él además de sentirse solo frecuentemente, por último, el sentimiento de felicidad señaló experimentarlo porque ya no recibía regaños por parte de su papá. Al valorar sus emociones, en una escala donde 0 es *nada* y 100 es *mucho*, el paciente se otorgó las siguientes calificaciones: Enojo (10), tristeza (70) y felicidad (2).

Por otra parte, en el ejercicio "*la última carta y el funeral de despedida*" realizado dentro del desarrollo de la sesión no. 15, el paciente refirió haber experimentado sentimientos tanto de tristeza como de felicidad. La tristeza, señaló sentirla por el hecho de saber que su papá ya no estaba con él sin embargo el sentimiento de felicidad se relacionó con el recuerdo de *buenos momentos* vividos a lado de él. El paciente concluyó: "*ahora siempre que recuerdo a mi papá lo hago sin llorar*".

A continuación se muestra la tabla de preguntas y respuestas correspondientes al cuestionario "*¿cómo voy afrontando la muerte de mi ser querido?*" como parte de la realización de la pre y post evaluación de Jorge.

TABLA 2. CUESTIONARIO ¿CÓMO VOY AFRONTANDO LA MUERTE DE MI SER QUERIDO?

PRE-EVALUACIÓN Y POST - EVALUACIÓN DE LA Px. 1

Px 1 (j)	PRE EVALUACIÓN					POST EVALUACIÓN				
	NUNCA	CASI NUNCA	A VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE	NUNCA	CASI NUNCA	A VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
Identifico mis propios sentimientos en relación a la muerte de mi papá			X							X
Expreso mis sentimientos por la muerte de mi papá		X								X
Permito que los demás me ayuden cuando me siento triste, desesperanzado o solo		X								X
Me pregunto por qué murió la persona a quién quería			X				X			
Vienen a mi mente recuerdos de mi papá y sigo realizando mis actividades (tarea, jugar, deporte)		X								X
Disfruto la vida a pesar de que ya no esté mi papá			X						X	
Puedo hablar abiertamente acerca de la muerte de mi papá				X						X
Acepto la muerte de mi papá	X									X

➤ Casos con Tratamiento (“Experimentales”)

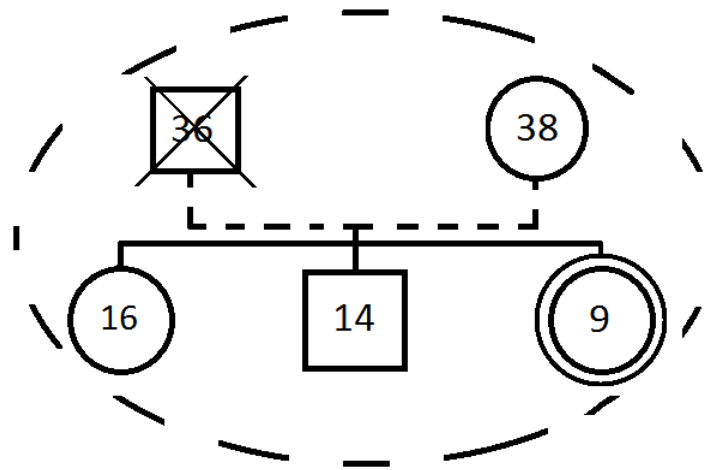
Para la presentación de los casos experimentales en el presente trabajo, es importante señalar que los tres participantes son hermanos por lo que la redacción del apartado *historia del problema* se ha centrado en la información resultante de la experiencia personal de cada uno de los pacientes sin embargo en cada una de las historias se presenta información complementaria que enriquece la historia familiar del problema. Es importante mencionar también, que el padre de los pacientes presentaba desde tiempo atrás (10 años aproximadamente) adicción a la cocaína y a la marihuana, en la descripción de la historia del problema de cada paciente se detallará más al respecto.

Por confidencialidad se usan una vez más de pseudónimos para referirse a los familiares de los pacientes. El papá será presentado como Mario, la mamá como Ellisa, la abuela paterna como Flor y cada uno de los pacientes será presentado con el mismo pseudónimo, Samara, Bruno y Meriza.

Ficha de identificación

- **Nombre:** Samara una hermana de 16 años de edad
- **Edad:** 10 años
- **Edo. Civil:** Soltera
- **Sexo:** Femenino
- **Religión:** católica
- **Escolaridad:** 4º Primaria
- **Ocupación:** estudiante
- **Número de hermanos:** 2 (un hermano de 14 años y
- **Responsable o tutor:** madre
- **Tiempo transcurrido a raíz del fallecimiento al iniciar el tratamiento:** 2 años 4 meses

Familiograma



Análisis del motivo de consulta

Por parte de la Dirección Ejecutiva de Apoyo a la Niñez del Sistema DIF-DF, el hermano de la paciente fue canalizado al Centro de Servicios Psicológicos "Dr. Guillermo Dávila" refiriendo conductas de rebeldía del adolescente y posible deserción escolar, problemática que se presentó a raíz del suicidio de su padre. Por tal motivo, la mamá de la paciente pidió atención psicológica no sólo para su hijo sino para sus dos hijas también.

A la paciente a partir de la muerte de su papá se le notaba ausente, su interacción social había disminuido considerablemente en el contexto escolar y en el familiar también, presentaba bajo rendimiento académico así como conductas de desobediencia y oposición con su familia nuclear.

Dentro de las expectativas del tratamiento que la mamá de la paciente refirió, se encontraba el deseo de que Samara confiara en sí misma para así poder resolver cualquier problema que se le presentara, aunado a

que pudiera recordar a su papá como una persona “buena” y no “mala”. La paciente en la entrevista correspondiente al complemento de historia clínica, ignoró la razón por la cual asistiría a tratamiento.

Historia del problema

Samara es producto de un embarazo no planeado y la hija menor de Ellisa y Mario. Desde que Samara tenía aproximadamente dos meses de edad, Ellisa tuvo que irse a trabajar a Estados Unidos debido a que Mario fue condenado a prisión por el delito de robo de vehículo con violencia, por tal motivo Ellisa deja a Samara y a sus hermanos mayores al cuidado de su abuela materna. Cuando Samara tiene alrededor de 2 años de edad, Ellisa regresa de Estados Unidos y consigue un empleo como trabajadora manual en México, entonces se queda al cuidado de su familia, alternando con el trabajo.

Desde que regresa Ellisa de Estados Unidos opta por presentarle fotografías a Samara de su papá, con la intención de que no sólo las visitas realizadas al reclusorio fueran las únicas oportunidades para que ella tuviese presente a su papá. Mientras se cumplía el plazo de la sentencia, no era común que Samara preguntara por su papá, pues en las visitas al reclusorio que se realizaban Mario frecuentemente afirmaba que no era hija suya y llegaba a verbalizar este hecho, sin embargo en ocasiones se mostraba arrepentido y por tanto ofrecía disculpas. Este hecho provoca el poco interés de Samara para irlo a visitar y sobre todo dificultaba el reconocimiento de Mario como una figura significativa.

Durante su educación preescolar no se reportó algún problema en relación a su rendimiento académico, Ellisa le apoyaba con las tareas escolares e incluso de sus hermanos llegaba a recibir también apoyo, sobre todo de su hermana mayor. La diferencia de edades complicaba una estrecha relación entre Samara y sus hermanos, a menudo tanto Bruno como Meriza mencionaban sentirse molestos por el comporta-

miento de Samara en relación a los beneficios que le otorgaba Ellisa por el sólo hecho de ser la hija menor. Ellisa por su parte trataba de solucionar los conflictos resultantes mediante el dialogo, explicándoles lo importante que resultaba ser cada uno de ellos para ella como madre.

Al salir del reclusorio, Mario comienza a estrechar la relación con Samara, sin embargo en los conflictos que se presentan a causa de su adicción, Samara es agredida verbalmente y en ocasiones físicamente por él. Dentro de estos conflictos, Mario verbaliza frases dirigidas a ella como: *“ya te dije que no eres mi hija”*, *“estás muy fea para ser mi hija”*, *“ojalá no hubieras nacido”*, por lo que Samara al escucharlo frecuentemente se encerraba en su cuarto y lloraba. Ellisa era quién después de discutir con Mario y expresarle su molestia al ver lo sucedido iba con su hija y la contenía.

Durante el año y medio en el cual Samaray su papá tuvieron la oportunidad de convivir, realizaron actividades tales como; ir de compras al supermercado, comer fuera de casa, jugar en el parque, realizar tareas e incluso en ocasiones Mario era quien la llevaba y la recogía de la escuela.

Una noche antes de la mañana en que Mario se suicidó, Samara y Bruno habían dormido en su casa, lo habían hecho en casa de Flor, su abuela paterna. En la mañana, los gritos aunados al llanto de Meriza y Ellisa terminaron por despertar a Samara y a Bruno al llegar a la casa de Flor, ambos se dan cuenta que su papá trató de agredir físicamente a su mamá y hermana. Junto a Flor, deciden esperar un tiempo para poder regresar a su casa y encontrar a Mario más *“tranquilo”*. Es Ellisa, Flor y Meriza quienes regresan a ver a Mario, Ellisa al abrir la puerta ve que Mario se ha colgado, Meriza intenta revivir a su padre y Flor es quién se ocupa de pedir ayuda dirigiéndose de nuevo a su casa, momento en el cual Samaray Bruno son informados de que Mario se ha

ahorcado. Posteriormente los paramédicos confirman la muerte de Mario y se da aviso a la familia. Ellisa involucra a Samara en cada uno de los rituales funerarios que se llevan a cabo.

Durante las primeras semanas posteriores a la muerte de Mario, a Samara se le notaba muy tranquila en su contexto familiar, aunque por lo general trataba de no hablar de lo sucedido con su papá con el resto de su familia, y cuando se llegaba a hablar de lo acontecido prefería aislarse. En la escuela se le notaba en ocasiones inatenta, sin embargo durante el ciclo escolar cursado su aprovechamiento académico reflejaban calificaciones muy similares a las presentadas antes de la muerte de su papá. Concluye el 2^{do} grado de primaria sin mayores dificultades. Al iniciar el tratamiento, Ellisa refiere que percibe a Samara poco motivada para realizar las tareas escolares y afirma que en ocasiones esta falta de motivación se ve reflejada en la disminución de sus calificaciones.

Es hasta su tercer año de primaria en donde es más evidente su inatención, su bajo rendimiento académico, su poca interacción social y la conducta de oposición hacia su madre y hermanos. Frecuentemente Samara expresaba el sentirse abandonada por su papá, comentaba que no sólo a ella la había abandonado sino a su mamá y hermanos, decía no comprender por qué lo había hecho

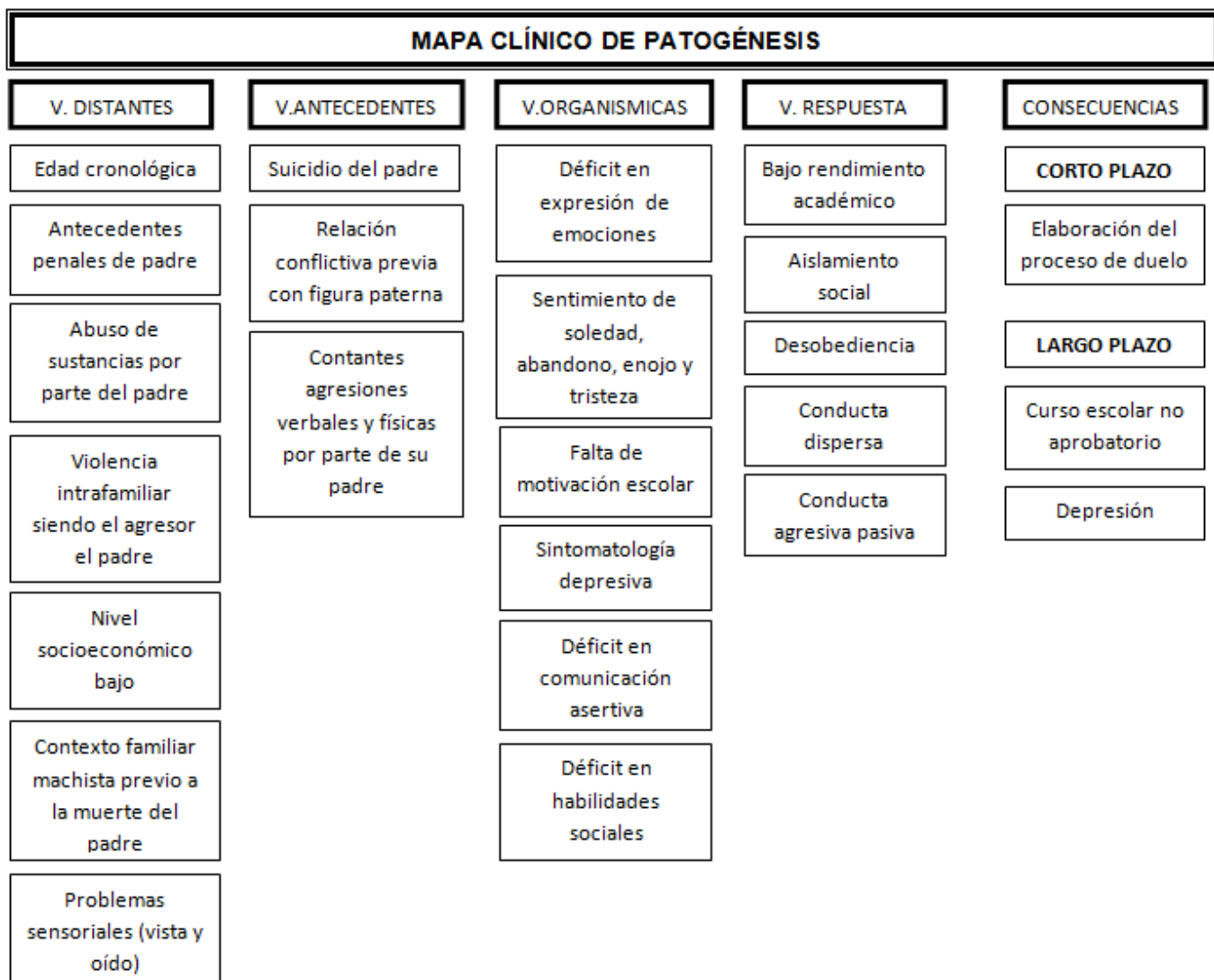
Análisis y descripción de las conductas problema

1. *Duelo por la muerte de su padre no elaborado*: la paciente identificaba sentimientos de tristeza, abandono, enojo y soledad a raíz de la muerte de su papá. Constantemente se preguntaba por qué había decidido morir y dejar a su mamá con la responsabilidad de cuidar de sus hermanos y de ella, cuestionamientos que incrementaban la probabilidad de la presencia de los sentimientos de abandono y culpa. Si bien, Samara estaba enterada del problema de drogadicción que presentaba su papá, ignoraba las consecuen-

cias físicas y psicológicas de las sustancias que consumía, hecho que favorecía e intensificaba los sentimientos de tristeza y enojo al pensar que la conducta agresiva de su papá era totalmente intencional. Muy pocas veces la paciente se atrevía a hablar y aceptar públicamente la muerte de su papá.

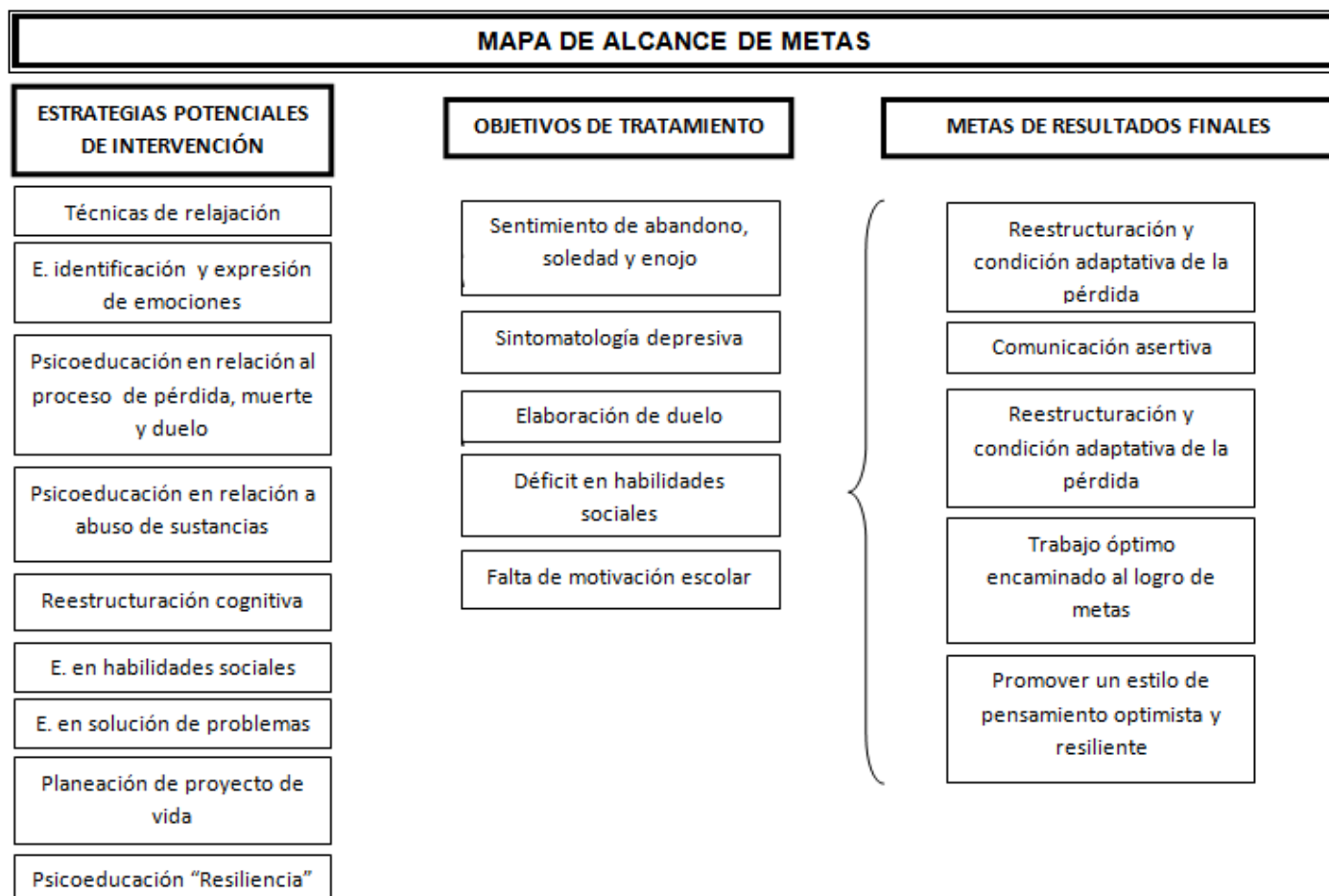
2. *Falta de motivación escolar:* a raíz de la muerte de su papá, Samara reconocía que en ocasiones no ponía atención a sus clases por estar pensando en cómo había muerto su papá y en el daño que les había hecho cuando vivía con ellos. Sin embargo, en otras ocasiones pensaba también en los días en que salía con él y se divertían juntos, lo que causaba en ella el sentimiento de extrañamiento y dificultaba su plena concentración a la clase o actividad académica a realizar.
3. *Déficit en habilidades sociales:* Samara presentaba dificultad para comunicarse asertivamente con su familia nuclear. Generalmente, ante instrucciones dadas por parte de su mamá, la paciente hacía caso omiso a la instrucción, o bien, optaba por responder con un tono elevado de voz. En relación a la convivencia con sus hermanos mayores, Samara muy a menudo mostraba una conducta de desobediencia y oposición. En su contexto escolar, su conducta así como su comunicación resultaban ser pasivas.

Para una mejor comprensión del problema, en la página siguiente se muestra el mapa clínico de patogénesis del caso de Jorge, en éste se incluyen las diferentes variables que interactúan en su motivo de consulta.



MAPA CLÍNICO DE PATOGÉNESIS: Explica el desarrollo de los problemas del paciente en su motivo de consulta.

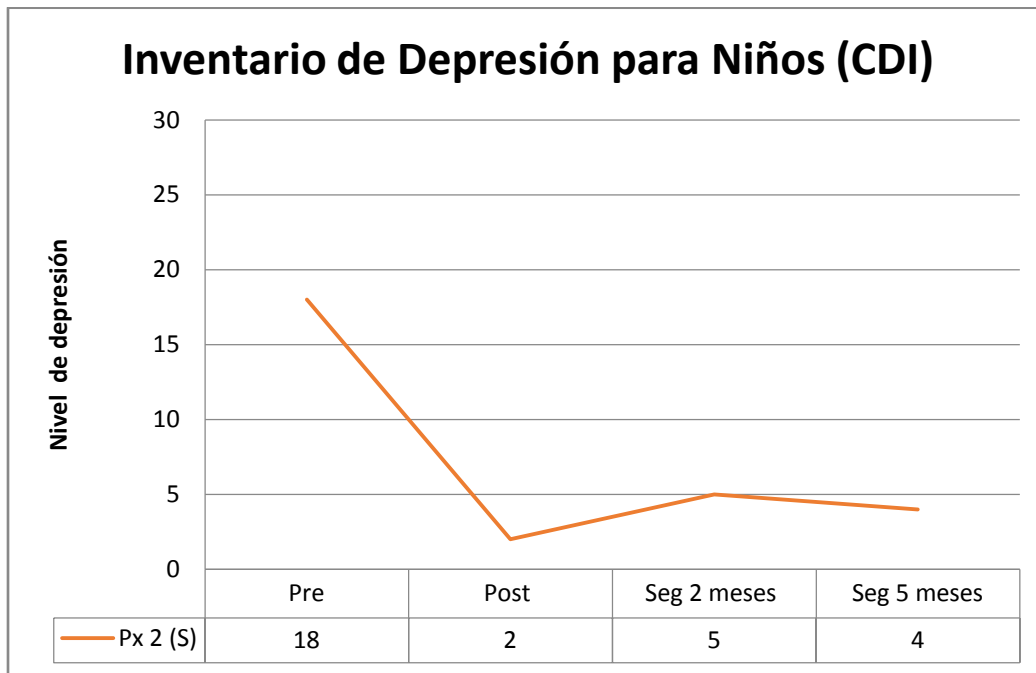
A continuación se presenta el mapa de alcance de metas correspondiente a Samara, el cual presenta de una forma resumida las estrategias utilizadas y los resultados esperados al finalizar el tratamiento.



MAPA DE ALCANCE DE METAS: Muestra la estrategia diseñada por el terapeuta para ayudar al paciente a solucionar su motivo de consulta

Resultados cuantitativos

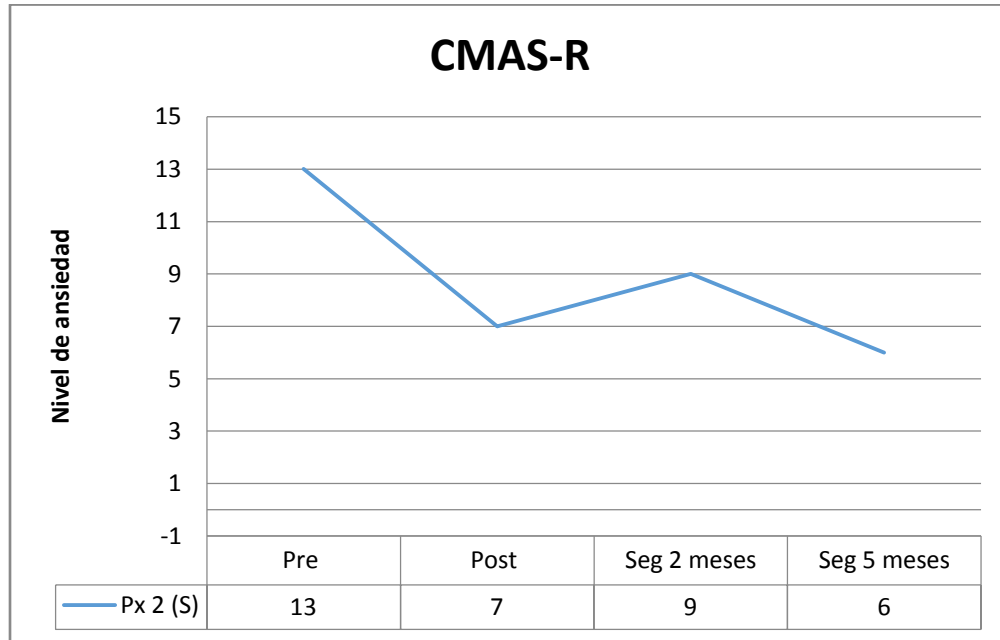
A la paciente al inicio del tratamiento se le valoró con depresión leve al obtener 18 puntos en el Inventario de Depresión para Niños (CDI). Al final la intervención su nivel de depresión disminuyó 16 puntos, puntuando con una calificación de 2, por lo que se le ubicó como en la clasificación de *mínima depresión*. En la fase de seguimiento se mantuvo la valoración de <Mínima depresión> al puntuar 5 y 4 a los dos meses y cinco meses respectivamente. La Gráfica 5 muestra las puntuaciones de Samara en sus evaluaciones.



GRAFICA 5 Puntajes de depresión en Px2 (S) en Pre-evaluación, Post-evaluación, seguimiento de 2 meses y seguimiento de 5 meses

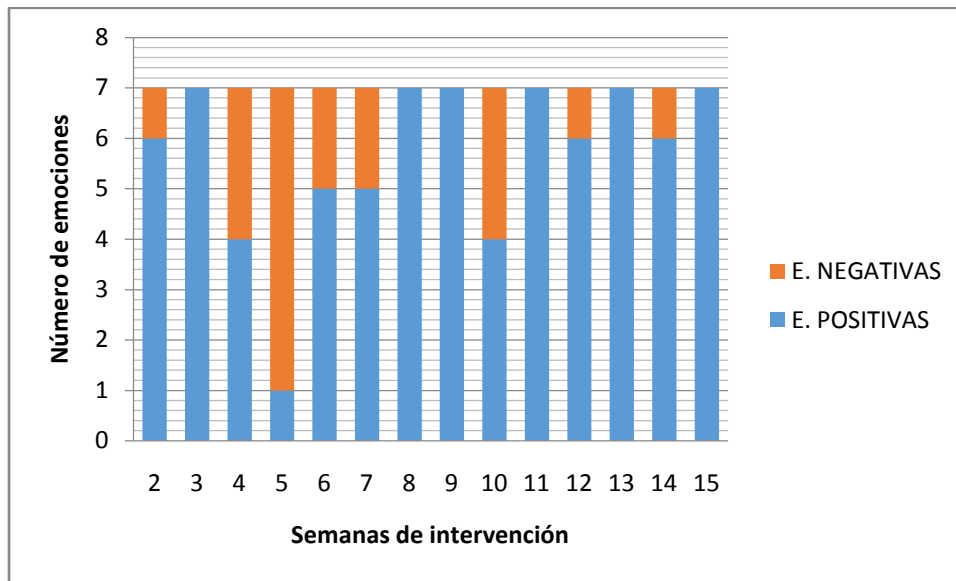
En el caso de la Escala de Ansiedad Manifiesta en Niños-Revisada (CMAS-R), la paciente en la pre-evaluación obtuvo un puntaje general de 13. Al final del tratamiento se observó en Samara la disminución de su sintomatología ansiosa al obtener un puntaje general de 7. En la fase

de seguimiento a los dos y cinco meses obtuvo un puntaje general de 9 y 6 respectivamente. La Gráfica 6 muestra la comparación de los puntajes de sus evaluaciones.



GRAFICA 6 Puntajes de ansiedad en Px2 (S) en Pre-evaluación, Post-evaluación, seguimiento de 2 meses y seguimiento de 5 meses

La Gráfica 7 muestra la evaluación subjetiva con la que Samara evaluó su estado de ánimo durante la intervención. Se presenta el número de emociones positivas y negativas reportadas en el Registro de Adhesión Terapéutica desde la semana 2 hasta la semana número 15.



GRAFICA 7 Evaluación subjetiva del estado de ánimo durante las semanas de intervención en Px2 (S)

Resultados Cualitativos

En el ejercicio **los vasos de mis emociones** que se realizó dentro del desarrollo de la sesión no. 3, Samara logró identificar 2 emociones principales: la tristeza y la felicidad. La tristeza refirió sentirla no sólo por la muerte de su papá, sino por la muerte de su abuelo materno, perro y gata. Respecto a la emoción de felicidad la paciente escribió: *“a veces siento felicidad porque ya no nos pega y menos nos grita”*. Al valorar sus emociones, en una escala donde 0 es *nada* y 100 es *mucho*, la paciente le otorgó las siguientes calificaciones: tristeza (30) y felicidad (60).

En el ejercicio **la última carta y el funeral de despedida** realizado dentro del desarrollo de la sesión no. 15, la paciente afirmó haber sentido tristeza en la realización del ejercicio pues recordó *“cosas tristes y buenas”* de su papá, finalizando la sesión argumentó sentirse bien y más tranquila al haberse despedido de su papá.

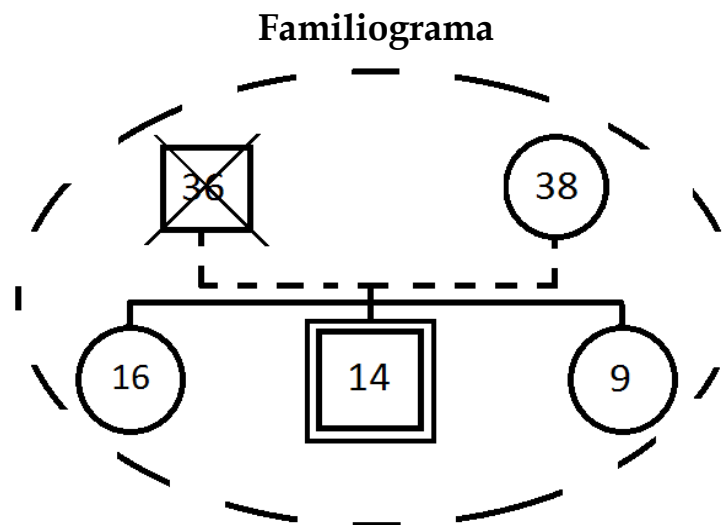
En la Tabla 3 se muestra la información correspondiente a las respuestas de Samara en el cuestionario**¿cómo voy afrontado la muerte de mi ser querido?**, como parte de la realización de su pre y post evaluación.

TABLA 3. CUESTIONARIO *¿CÓMO VOY AFRONTANDO LA MUERTE DE MI SER QUERIDO?*
PRE-EVALUACIÓN Y POST - EVALUACIÓN DE LA Px. 2

Px 2 (S)	PRE EVALUACIÓN					POST EVALUACIÓN				
	NUNCA	CASI NUNCA	A VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE	NUNCA	CASI NUNCA	A VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
Identifico mis propios sentimientos en relación a la muerte de mi papá					X					X
Expreso mis sentimientos por la muerte de mi papá	X								X	
Permito que los demás me ayuden cuando me siento triste, desesperanzado o solo					X					X
Me pregunto por qué murió la persona a quién quería					X					X
Vienen a mi mente recuerdos de mi papá y sigo realizando mis actividades (tarea, jugar, deporte)					X					X
Disfruto la vida a pesar de que ya no esté mi papá					X					X
Puedo hablar abiertamente acerca de la muerte de mi papá	X								X	
Acepto la muerte de mi papá		X								X

Ficha de identificación

- **Nombre:** Bruno
 - **Edad:** 14 años
 - **Edo. Civil:** Soltero
 - **Sexo:** Masculino
 - **Religión:** católica
 - **Escolaridad:** 2º Secundaria
 - **Ocupación:** estudiante
 - **Número de hermanos:** 2
- (una hermana de 10 años y otra de 16 años de edad).
- **Responsable o tutor:** madre
 - **Tiempo transcurrido a raíz del fallecimiento al iniciar el tratamiento:** 2 años 4 meses



Análisis del motivo de consulta

Por parte de la Dirección Ejecutiva de Apoyo a la Niñez del Sistema DIF -DF, el paciente fue canalizado al Centro de Servicios Psicológicos “Dr. Guillermo Dávila”, según el informe recibido la razón de atención referida fue *conductas de rebeldía del adolescente y posible deserción escolar*.

La mamá del paciente refirió que Bruno desde el suicidio de su padre había disminuido considerablemente su rendimiento académico, afirmó también que frecuentemente presentaba conductas de oposición con figuras de autoridad tanto en su contexto escolar como en el familiar.

Bruno, por su parte, en la entrevista realizada como complemento de su historia clínica mencionó *“no tener problemas tan graves”*, se notó desinteresado y se limitó a afirmar que él asistía a la atención sólo porque la escuela se lo exigía.

Historia del problema

Bruno es producto de un embarazo no planeado, desde su nacimiento creció en un ambiente familiar bastante conflictivo, en el cual su padre fungía como principal agresor. Dentro de las problemáticas que se presentaron en el transcurso de la infancia de Bruno y en relación a la conducta de su padre, se puede encontrar violencia física y verbal, el abuso de sustancias e incluso, intento de abuso sexual hacia su hermana mayor Meriza.

Durante la infancia de Bruno, aproximadamente a los 4 ½ años de edad, Mario fue arrestado y acusado del delito de robo de vehículo con violencia, para el cual pagó una condena de 6 años en prisión. En el tiempo en que su papá estuvo encarcelado, Bruno se queda al cuidado de su abuela materna pues Ellisa, siendo el único ingreso económico de la familia, se va a trabajar a Estados Unidos. Alrededor de los 6 ½ años

de Bruno, Ellisa regresa de Estados Unidos y se queda al cuidado de su familia, alternando con el trabajo (trabajadora manual). Mientras Mario se encuentra preso, Bruno acude a visitarlo de 1 a 2 veces por mes. En estas visitas, Bruno refería sentirse feliz y tranquilo por el hecho de ver a su papá y hablar con él.

Cuando Bruno tiene aproximadamente 10 años (casi 11), Mario sale de prisión y regresa a vivir con su familia. Hasta este momento no se reporta ningún problema en relación al contexto escolar de Bruno, es decir, durante su educación preescolar así como en su educación primaria presentó un buen desempeño académico, sin problemas de conducta ni dificultades con figuras de autoridad.

Cuando Mario sale de prisión, comienza a involucrarlo en la dinámica de cada robo que realizaba (vehículos y bolsas), la función de Bruno consistía en vigilar la zona y cuidar de la no presencia de autoridades que pudieran estar alrededor. Es importante mencionar que Mario se refería con la palabra "*trabajar*" a la acción de hurtar, de tal manera que cada vez que hurtaba les decía a Bruno y al resto de su familia que él iba a trabajar. Bruno nunca se mostró inconforme con las actividades delictivas de su padre, sin embargo Ellisa sí mostraba molestia e inconformidad con esta situación, no obstante la misma dinámica familiar, la violencia que se presentaba en ésta, y sobre todo la falta de comunicación asertiva le impedía comentar algo al respecto.

Mario además de delinquir, era adicto a la cocaína y marihuana, en ocasiones también consumía inhaladores. Generalmente consumía estas sustancias cuando se encontraba solo en casa, mientras Ellisa trabajaba y sus hijos estaban en la escuela.

Una noche antes de que Mario se suicidara, Bruno y su hermana menor Samarase quedaron a dormir en casa de Flor (abuela paterna). A la mañana siguiente, Meriza y Ellisa llegaron a casa de Flor pidiendo

ayuda pues Mario había intentado agredirlas con un cuchillo, Bruno al escuchar ésta información, creyó que era una “pelea” más entre sus padres. Posteriormente, Ellisa, Meriza y Flor esperaron alrededor de una hora para regresar a casa, tiempo que dejaron transcurrir esperando a que Mario se encontrara “más tranquilo”. Al regresar Ellisa es quién se da cuenta de que Mario se ha ahorcado, Meriza intenta revivir a su padre y Flor es quién se ocupa de pedir ayuda dirigiéndose de nuevo a su casa, momento en el cual Bruno y Samara son informados de que su papá se ha ahorcado. Posteriormente los paramédicos confirman la muerte de Mario y se le da aviso a la familia. Ellisa involucra a Bruno, a Meriza y a Samara en cada uno de los rituales funerarios.

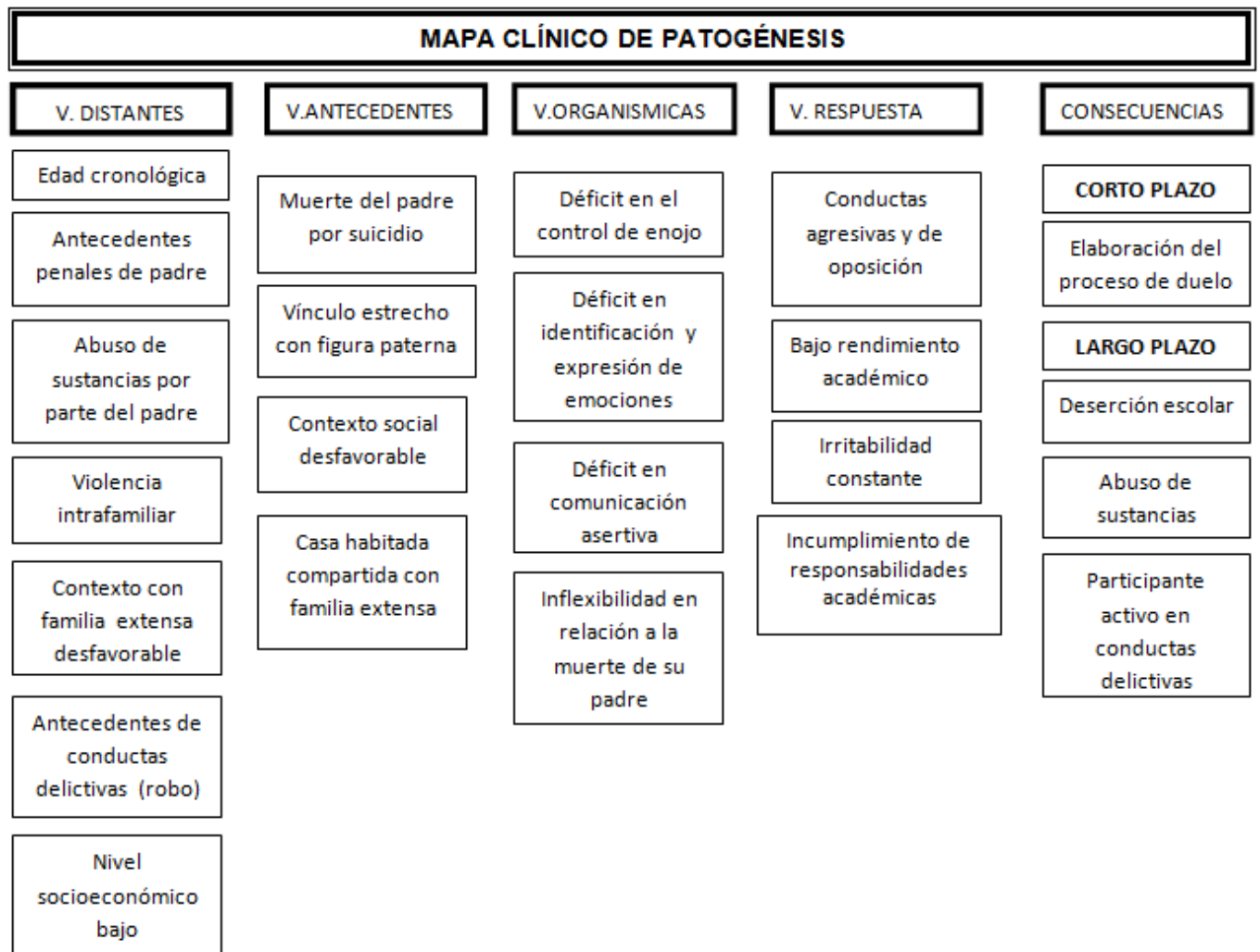
Mario muere cuando Bruno estaba a un mes de cumplir 12 años y cursaba el 1º de secundaria. En las semanas posteriores al fallecimiento de Mario, Bruno comienza a presentar una conducta de oposición con figuras de autoridad, sobre todo en el contexto escolar (docentes y prefectos), y aunque menos frecuentes, también se presentaba éste tipo de problemática con su familia extensa, tíos y primos. Ellisa observa que Bruno comienza una búsqueda de independencia personal, más no económica, a partir de la muerte de Mario. Su rendimiento académico se ve reflejado en calificaciones no muy altas, sin embargo logra aprobar todas las materias del 1º grado de secundaria. En el 2º grado es cuando sus calificaciones comienzan a bajar considerablemente, y es en éste momento cuando no aprueba la materia de matemáticas ni la de ciencias, por lo que tiene que presentar un examen extraordinario para cada una de ellas como oportunidad para poderlas aprobar, sin embargo no logra aprobar ninguna y recursa el grado.

Bruno al iniciar el tratamiento se encuentra nuevamente en 2º grado de secundaria aún con bajo rendimiento académico y problemas con figuras de autoridad en contexto escolar y familiar.

Análisis y descripción de las conductas problema

1. *Duelo por la muerte de su padre no elaborado*: el paciente presentaba gran dificultad para poder reconocer y expresar sus emociones en relación a la muerte de su papá. Por lo general, evitaba hablar del tema en su contexto social- escolar, resultaba ser evidente su inflexibilidad emocional en este caso. Bruno reconocía la falta que le hacía su papá para la realización de sus actividades escolares y no escolares, argumentaba que era su mejor amigo. El paciente se sentía responsable por el cuidado y la protección de su mamá y hermanas al ser el único hombre de su familia, este sentimiento de responsabilidad en muchas ocasiones lo orillaba a presentarse irritable la mayor parte del tiempo.
2. *Falta de motivación escolar y bajo rendimiento académico*: el sentirse responsable de su familia a raíz de la muerte de su papá favorecía la creencia de que era mejor trabajar que estudiar. Bruno afirmaba que para él lo mejor era dejar de ser estudiante pues siéndolo no tenía la posibilidad de ganar dinero y por tanto no existía la posibilidad de ayudarlo económicamente a su mamá, creía conveniente dejar la escuela y dedicarse a trabajar, por lo que toda actividad relacionada con el aspecto académico le resultaba ser muy poco atractiva y productiva.
3. *Déficit en habilidades sociales*: el paciente al sentirse la mayor parte del tiempo irritable se le facilitaba más comunicarse en su contexto familiar y escolar de manera agresiva, anteponiendo y resaltando conductas de oposición.

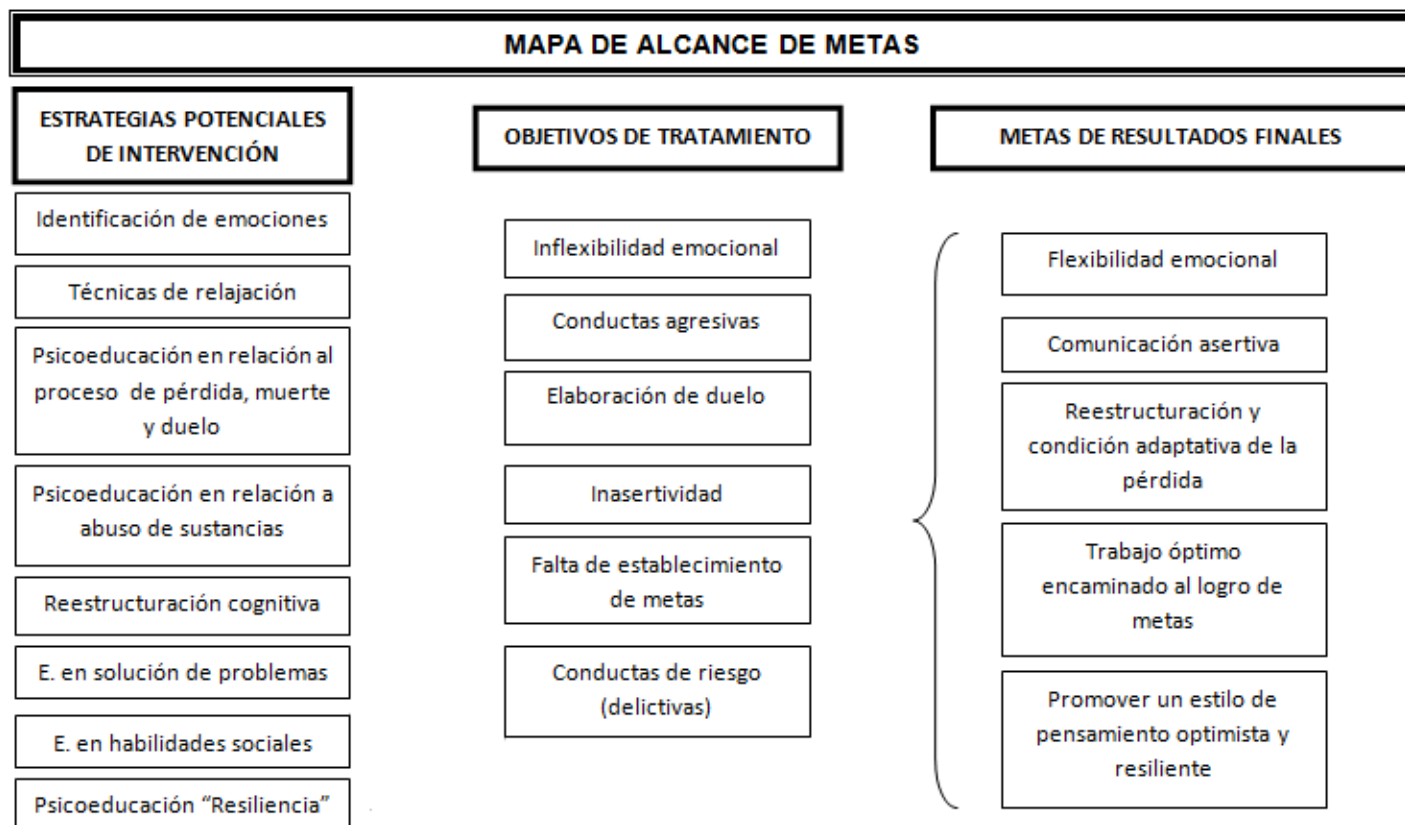
Para una mejor comprensión del problema, en la página siguiente se muestra el mapa clínico de patogénesis del caso de Bruno, en éste se incluyen las diferentes variables que interactúan en su motivo de consulta.



MAPA CLÍNICO DE PATOGÉNESIS: Explica el desarrollo de los problemas del paciente en su motivo de consulta.

A continuación se presenta el mapa de alcance de metas correspondiente a Bruno, el cual presenta de una forma resumida las estrategias utilizadas y los resultados esperados al finalizar el tratamiento.

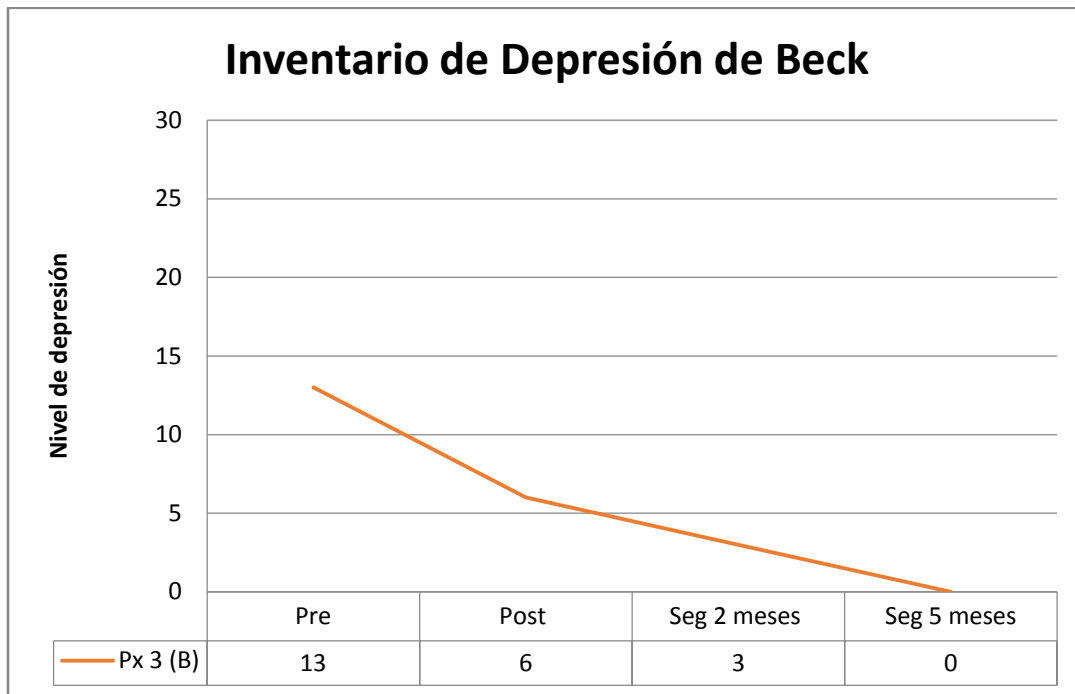
MAPA DE ALCANCE DE METAS: Muestra la estrategia diseñada por el terapeuta para ayudar al paciente



a solucionar su motivo de consulta

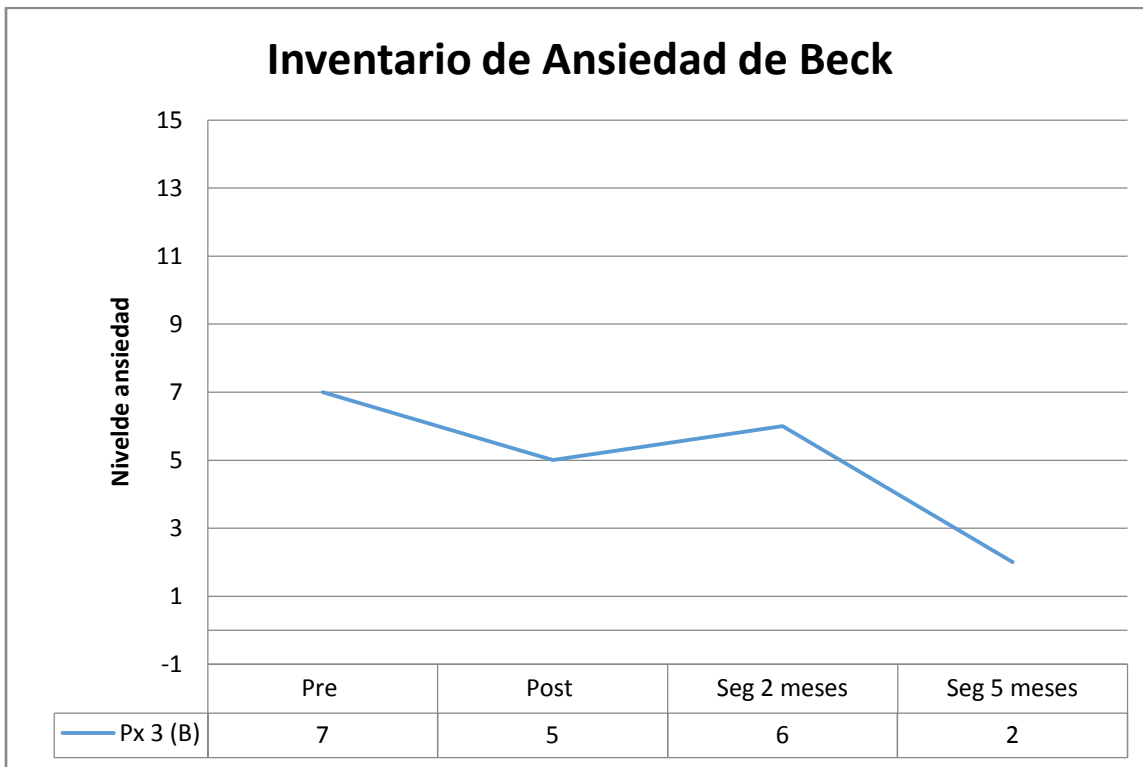
Resultados cuantitativos

La Gráfica 8 muestra la comparación de los puntajes obtenidos por Bruno en el Inventario de Depresión de Beck en su pre evaluación, post evaluación y fase de seguimiento de dos y cinco meses. Bruno en su pre-evaluación obtiene un puntaje de 13, el cual lo ubica como en la categoría de *mínima depresión*, siguiendo con su post-evaluación se observa una disminución de 7 puntos y puntúa con 6, manteniéndolo en la clasificación de *no depresión*. En la fase de seguimiento se mantuvo la valoración de *<mínima depresión>* al puntuar 3 y 0 a los dos meses y cinco meses respectivamente.



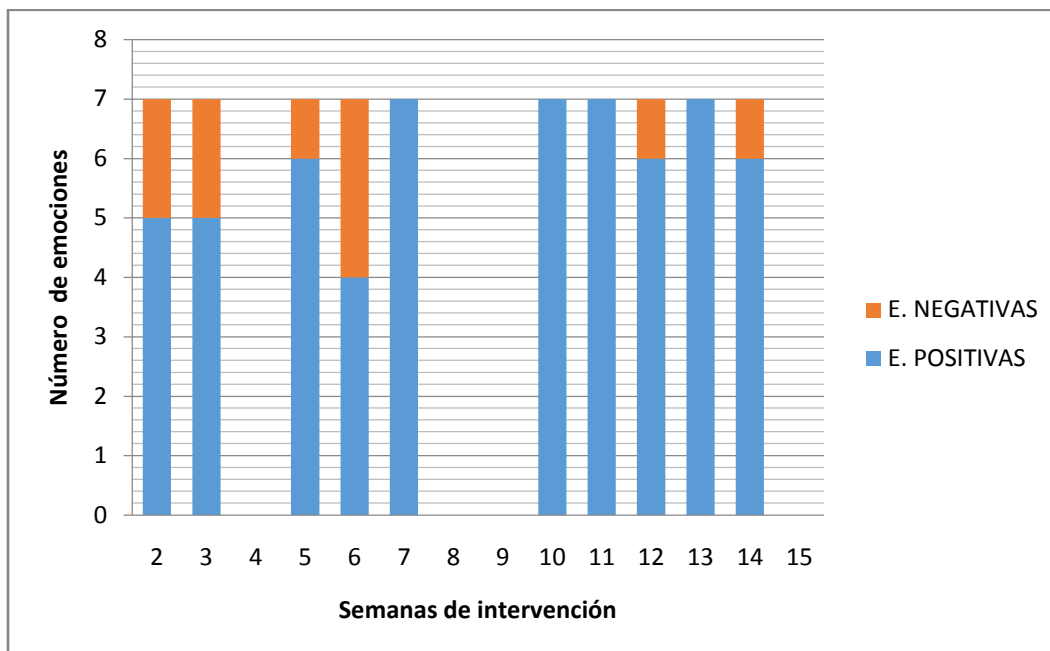
GRAFICA 8 Puntajes de depresión en Px3 (B) en Pre-evaluación, Post-evaluación, seguimiento de 2 meses y seguimiento de 5 meses

En la Gráfica 9 se presenta la comparación de las puntuaciones obtenidas en la pre-evaluación, post-evaluación y fase de seguimiento de Bruno correspondientes al Inventario de Ansiedad de Beck. Se puede observar que desde la pre-evaluación el paciente presenta puntuaciones muy bajas, por lo que se le ubica en la categoría de *mínima ansiedad* y se mantiene en ella aún en la fase de seguimiento.



GRAFICA 9 Puntajes de ansiedad en Px3 (B) en Pre-evaluación, Post-evaluación, seguimiento de 2 meses y seguimiento de 5 meses

En la Gráfica 10 se puede observar la evaluación subjetiva con la que Bruno evaluó su estado de ánimo durante la intervención. Se presenta el número de emociones positivas y negativas reportadas en el Registro de Adhesión Terapéutica desde la semana 2 hasta la semana número 15. Los espacios correspondientes a la semana 4, 8, 9 y 15 no han sido presentados por falta de información pues el paciente no entregó los Registros de Adhesión correspondientes a éstas semanas.



GRAFICA 10 Evaluación subjetiva del estado de ánimo durante las semanas de intervención en Px3 (B)

Resultados Cualitativos

En relación al ejercicio **Identificando mis emociones** que se llevó a cabo en el desarrollo de la sesión no. 3, Bruno afirmó experimentar sólo la tristeza y refirió sentirla porque extrañaba a su papá.

En el ejercicio **Identificando las etapas de mi proceso de duelo** realizado en las sesiones no. 5 y no. 6, el paciente describió su vivencia en cada una de las etapas de duelo propuestas por Kübler-Ross. A continuación se presenta la información textual con la que Bruno respondió.

- **Negación** *Lo experimenté el mismo día, pensé que no era mi papá.*
- **Irasentía** *impotencia aún a los 5 meses.*
- **Pacto** *Empecé rezando y después mi mamá me llevó a misa casi a la fuerza, después me di cuenta que ahí encontré la solución de por qué se había muerto mi papá.*

- **Depresión** *sentí deprimirme como al mes, al principio solo no creí que fuera cierto.*
- **Aceptación** *venir al psicólogo me ayudó a aceptar que mi papá estaba muerto y todo eso.*

En el ejercicio **la última carta y el funeral de despedida** realizado dentro del desarrollo de la sesión no. 15, el paciente afirmó haber sentido tristeza durante su realización, sin embargo consideró que la dinámica le ayudó a su proceso de duelo pues lo hizo “sentir un poquito mejor”.

En la Tabla 4 se muestra la información correspondiente a las respuestas de Bruno en el cuestionario **¿cómo voy afrontado la muerte de mi ser querido?**, como parte de su pre y post evaluación.

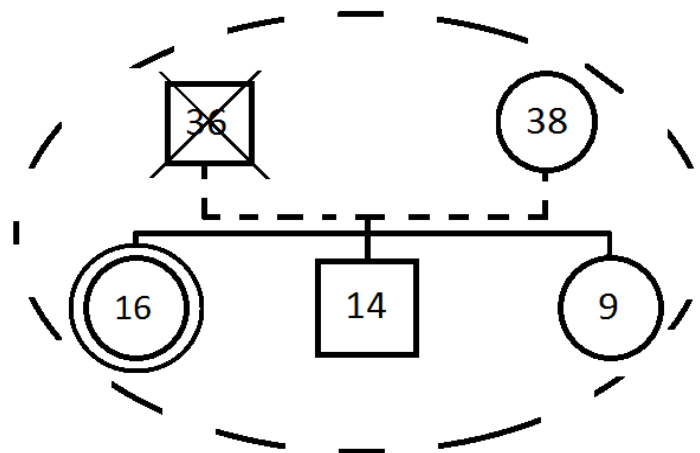
TABLA 4. CUESTIONARIO ¿CÓMO VOY AFRONTANDO LA MUERTE DE MI SER QUERIDO?
PRE-EVALUACIÓN Y POST - EVALUACIÓN DE LA Px. 3

Px. 3 (B)	PRE EVALUACIÓN					POST EVALUACIÓN				
	NUNCA	CASI NUNCA	A VECES	CASI SIEMPRE	SIEMRPE	NUNCA	CASI NUNCA	A VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
Identifico mis propios sentimientos en relación a la muerte de mi papá		X							X	
Expreso mis sentimientos por la muerte de mi papá		X						X		
Permito que los demás me ayuden cuando me siento triste, desesperanzado o solo			X					X		
Me pregunto por qué murió la persona a quién quería					X			X		
Vienen a mi mente recuerdos de mi papá y sigo realizando mis actividades (tarea, jugar, deporte)				X						X
Disfruto la vida a pesar de que ya no esté mi papá					X					X
Puedo hablar abiertamente acerca de la muerte de mi papá				X						X
Acepto la muerte de mi papá					X					X

Ficha de identificación

- **Nombre:** Meriza
- **Edad:** 16 años
- **Edo. Civil:** Soltera
- **Sexo:** Femenino
- **Religión:** católica
- **Escolaridad:** 4º Semestre de bachillerato
- **Ocupación:** estudiante
- **Número de hermanos:** 2
(un hermano de 14 años y una hermana de 16 años de edad)
- **Responsable o tutor:** madre
- **Tiempo transcurrido a raíz del fallecimiento al iniciar el tratamiento:** 2 años 4 meses

Familiograma



Análisis del motivo de consulta

Por parte de la Dirección Ejecutiva de Apoyo a la Niñez del Sistema DIF-DF, el hermano de la paciente fue canalizado al Centro de Servicios Psicológicos "*Dr. Guillermo Dávila*" refiriendo conductas de rebeldía del adolescente y posible deserción escolar, problemática que se presentó a raíz del suicidio de su padre. Por tal motivo, la mamá de la paciente pidió atención psicológica no sólo para su hijo Bruno, sino para sus dos hijas también, Samara y Meriza.

Meriza es quien junto a su madre y abuela materna encuentra a su papá ahorcado colgando de un barrrote de su casa, por lo que se apresura a cortar la cuerda e intenta auxiliarlo mediante insuflación de boca a boca (respiración de boca a boca), percibiendo un olor fétido del cuerpo.

La paciente refirió haber disminuido la ingesta de alimentos a raíz de intentar reanimar a su papá, en ocasiones el hecho de tan sólo ver y oler la comida resultaba ser bastante aversivo, pues le causaba náuseas.

Además de la problemática en relación a su alimentación, la paciente afirmó sentirse triste la mayor parte del tiempo, perdiendo el interés en la realización de sus actividades, y reconociendo emociones de enojo y vergüenza en relación a la muerte de su papá. Afirmó también, pensar constantemente en el momento en el cual intentó reanimar a su padre.

Cabe mencionar que Meriza ya había asistido a atención psicológica aproximadamente año y medio antes de recibir el tratamiento, sin embargo no asistió más que a 3 sesiones pues comentó no sentirse a gusto con su terapeuta.

Historia del problema

Meriza al igual que sus hermanos fue producto de un embarazo no deseado y la primera hija de Mario y Ellisa. Durante los primeros años de su primera infancia fue testigo de la adicción de Mario y sus consecuencias, de tal manera que presenciaba la violencia física y verbal que él ejercía sobre su madre. Cuando tenía aproximadamente 6 ½ años, Mario es sentenciado a prisión por el delito de robo de vehículo con violencia y se le otorga una condena de seis años, en este momento Ellisa se va a Estados Unidos a trabajar por lo que Meriza queda bajo el cuidado de su abuela materna junto a sus dos hermanos menores.

Después de trabajar 2 años en Estados Unidos, Ellisa regresa a México y se hace responsable del cuidado de sus tres hijos. En este momento comienzan a alternarse Meriza, Bruno y Samara para las visitas al reclusorio con la intención de convivir con su papá. En los días que le corresponde asistir a Meriza, cuando ella tiene aproximadamente 10 años, Mario comienza a mostrar una conducta seductora al dirigirse hacia ella, el acercamiento físico resulta ser excesivo y verbaliza frases como: *“qué bonita estás”, “qué hermosa te estás poniendo”, “ningún hombre te puede tocar más que yo”*. Después de observar el comportamiento de su papá, Meriza se limita a comentarle a su mamá que a ella no le gusta ir a visitar a Mario, sin embargo sigue asistiendo a las visitas pero disminuye la frecuencia de estas.

Meriza tiene 12 ½ años cuando Mario sale de prisión y regresa a vivir con su familia. Desde el momento en que Mario se reintegra a su familia, regresa a su adicción y se siguen presentando los acercamientos físicos excesivos así como comentarios insinuantes en relación al cuerpo de Meriza. Incluso, en alguna ocasión estando bañando se da cuenta de que Mario ha abierto la puerta para poderla

observar, sin embargo ella comienza a gritar y Ellisa se percata de la situación, lo que la obliga a amenazar a Mario con denunciarlo por acoso sexual, a pesar de todo termina no haciéndolo y opta por no dejarlos solos en casa.

Meriza afirma haber sido testigo frecuentemente de este comportamiento por parte de su padre, sin decirle en muchas ocasiones a su mamá para evitar conflictos, ella comenta haberse defendido expresándole su molestia mediante frases tales como: *“me das asco, eres mi padre y ve lo que me dices”*, *“te odio, ojalá te murieras y nos dejaras en paz”*, *“no te soporto, me da asco verte”*.

Cabe mencionar que durante su educación secundaria, aproximadamente a los 13 años de edad, Meriza llega a consumir en 5 ocasiones marihuana, sin embargo deja de hacerlo al pensar que le puede dañar su salud física.

En los momentos en los cuales Mario agredía física y verbalmente a Ellisa, Meriza era quien se involucraba en el conflicto y se aliaba con su mamá para defenderse de las agresiones de su padre.

Una noche antes de que Mario falleciera se presentó con conducta muy agresiva al llegar a casa y al encontrarse con Ellisa y Meriza, Mario afirmaba no estar satisfecho con su vida así como también el deseo de ya no seguir viviendo. La discusión finaliza cuando Mario sale de su casa, por lo que Ellisa y Meriza deciden dormir.

Casi al amanecer, mientras Meriza y Ellisa se encontraban aún dormidas, Mario regresa a su casa y se acerca con un cuchillo a la cama en donde se encontraba Ellisa y le menciona nuevamente que ya no tiene ganas de seguir viviendo, que es mejor acabar con todo, y dentro de todo, es acabar también con cada uno de su familia. Ellisa

intenta contenerlo mediante el diálogo y abrazándolo lo consigue, en éste momento Mario comienza a llorar y no pasa mucho tiempo para que se quede dormido. Ellisa aprovecha éste momento para levantarse, quitarle el cuchillo y despertar a Meriza, ambas buscan y esconden todos los cuchillos de la casa y tratan de salir, sin embargo cuando abren la puerta Mario despierta y una vez más con conducta violenta intenta retenerlas, no obstante Ellisa y Meriza logran salir de casa e irse a la casa de Flor (mamá de Mario) con el objetivo de informarle de la conducta de Mario. Deciden esperar un tiempo para regresar a casa y encontrar a Mario más “tranquilo”. Cuando regresan, Ellisa es quién se da cuenta de que Mario se ha ahorcado, Meriza se apresura a cortar la cuerda e intenta auxiliarlo mediante insuflación de boca a boca (respiración de boca a boca), recibiendo un olor fétido del cuerpo de su padre. Según la información del cuerpo médico que asistió el caso, ya había fallecido Mario en el momento en que Meriza intenta revivirlo.

A partir de este hecho, Meriza disminuye su ingesta de alimentos al recordar el olor y sabor que percibió del cuerpo de su padre. La relación con sus amigos se ve afectada debido a la vergüenza que Meriza siente al platicar del tipo de la muerte de su padre, por lo que en su red de apoyo sólo se reconoce a su mamá, sus hermanos y su novio. Frecuentemente mencionaba sentir mucho enojo con su padre pues no entendía el por qué los había dejado. Aproximadamente a los 6 meses de la fecha en la que falleció Mario, Meriza asiste a atención psicológica sin embargo no termina el tratamiento y deja de asistir a partir de la tercera sesión.

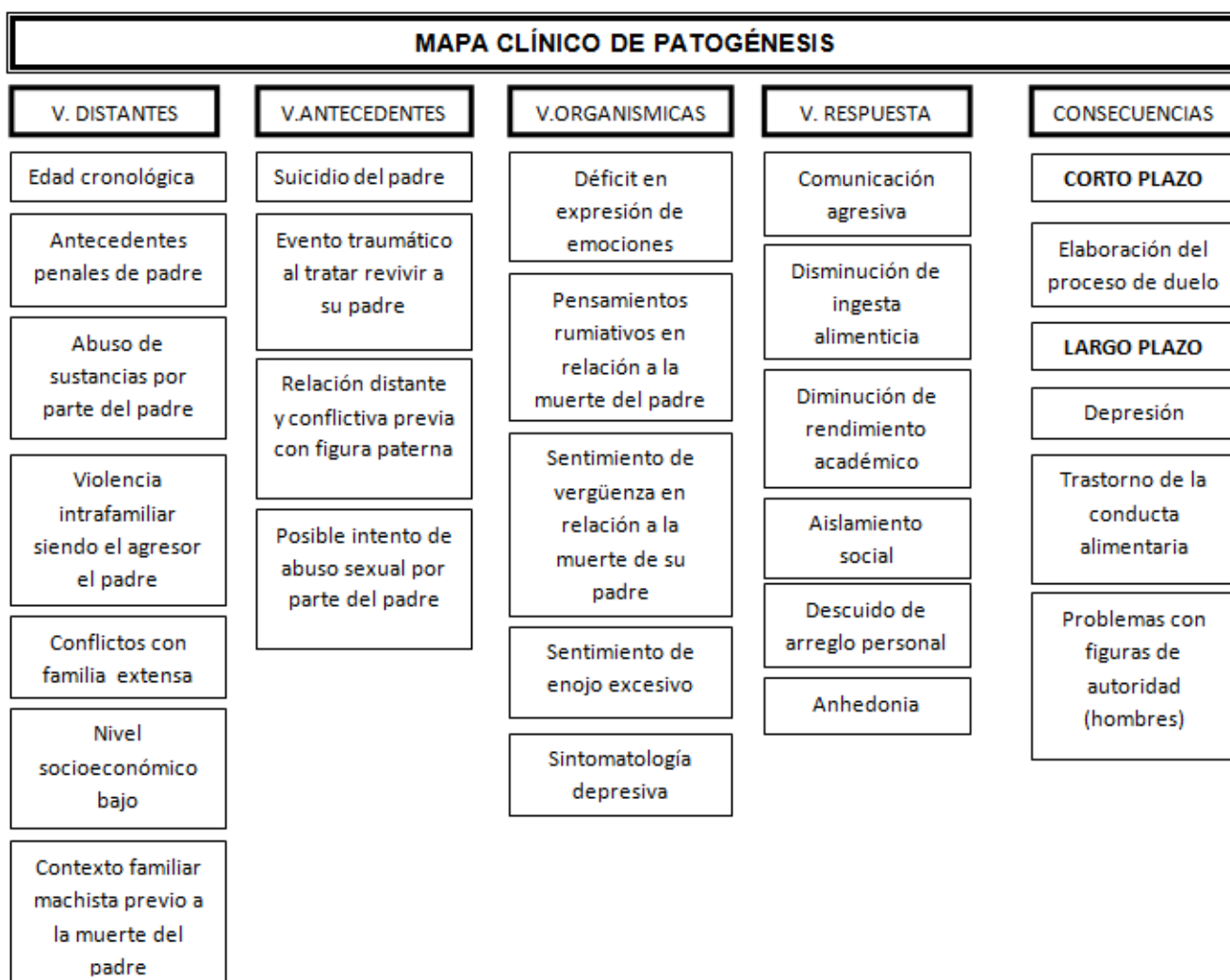
Análisis y descripción de las conductas problema

1. *Duelono elaborado por la muerte de su padre:* a partir del fallecimiento de su papá, Meriza comienza a disminuir considerablemente su interacción social pues creía que sus amigos y conocidos le harían preguntas acerca de la muerte de su papá, hecho que evitar narrar la mayor parte del tiempo. Sólo a su novio y a una de sus amigas más cercas fueron a quienes les relató su experiencia.

El miedo a ser cuestionada llevaba a Meriza en ocasiones a no querer asistir a la escuela y por tanto su rendimiento académico se vió afectado.

2. *Disminución de la ingesta alimenticia:*el recuerdo del olor y sabor que Meriza experimentó al intentar reanimar a su papá bastaba para que la paciente ya no quisiera ingerir alimento alguno. Cerca de un año después del fallecimiento de su papá, Meriza sólo llegaba a realizar máximo dos comidas al día, después de este tiempo era más frecuente que la paciente realizara 3 comidas al día, sin embargo aún existían semanas en las que resultaba sermuy evidente la disminución de su ingesta alimenticia.
3. *Comunicación agresiva:*la paciente en su contexto familiar solía responder con un tono elevado de voz al sentirse en desacuerdo, sobre todo en la insistencia con la que su mamá y hermanos le comentaban que era importante comer, la cual provoca un enojo excesivo en Meriza.
4. *Sintomatología depresiva:*la pacienterefería requerir de más esfuerzo para iniciar cualquier actividad, afirmaba cansarse muy fácilmente en la realización de alguna tarea y creía que su apariencia física no era buena al sentirse demasiado delgada.

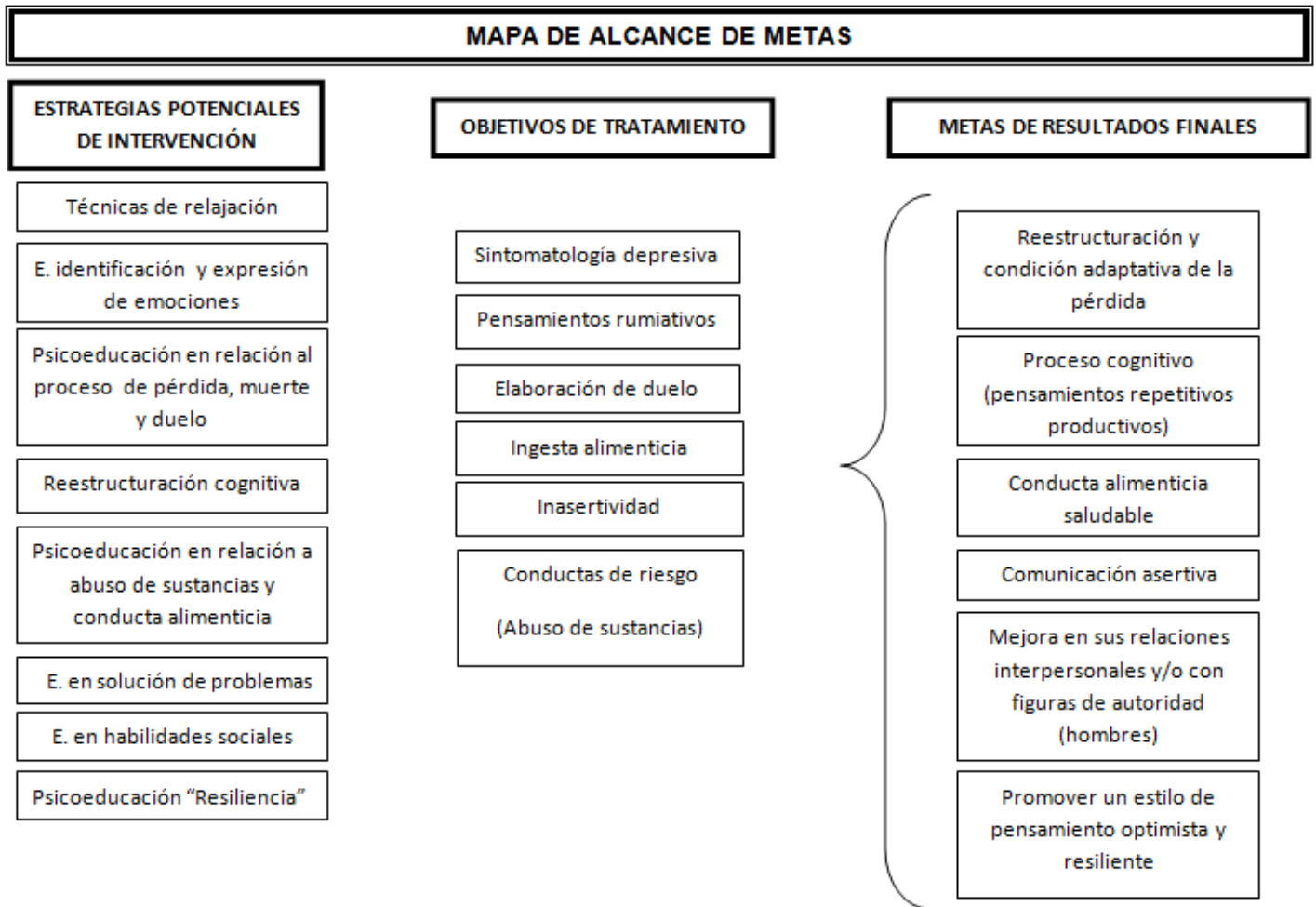
Para una mejor comprensión del problema, a continuación se muestra el mapa clínico de patogénesis del caso de Meriza, en éste se incluyen las diferentes variables que interactúan en su motivo de consulta.



MAPA CLÍNICO DE PATOGÉNESIS: Explica el desarrollo de los problemas del paciente en su motivo de consulta.

En seguida se presenta el mapa de alcance de metas correspondiente a Meriza, el cual presenta de una forma resumida las estrategias utilizadas y los resultados esperados al finalizar el tratamiento.

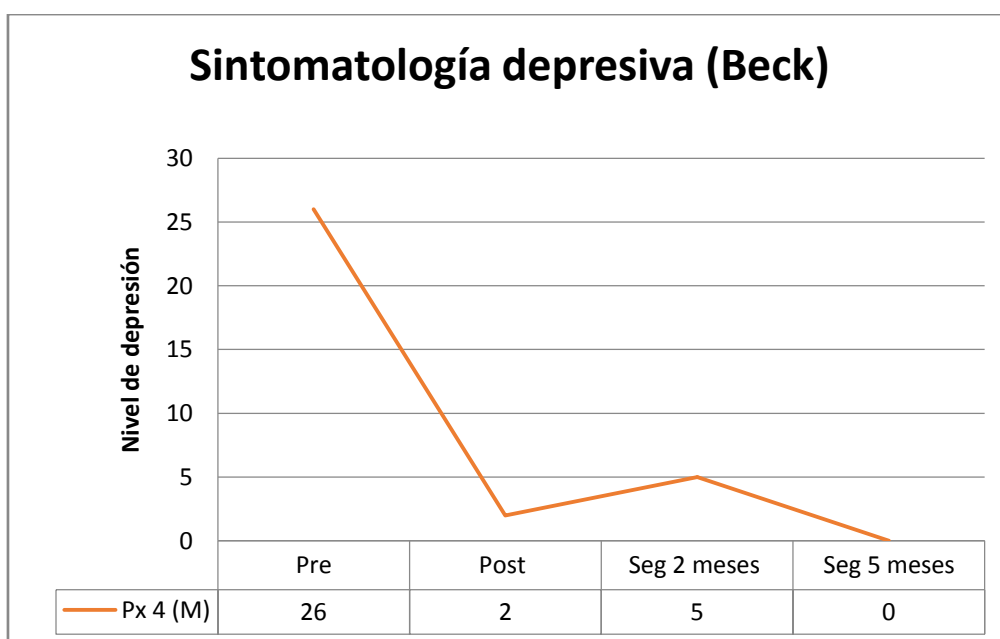
MAPA DE ALCANCE DE METAS: Muestra la estrategia diseñada por el terapeuta para ayudar al paciente a solucionar su motivo de consulta



Resultados Cuantitativos

En la gráfica número 11 se presenta la comparación de los puntajes obtenidos por Meriza en el Inventario de Depresión de Beck corres-

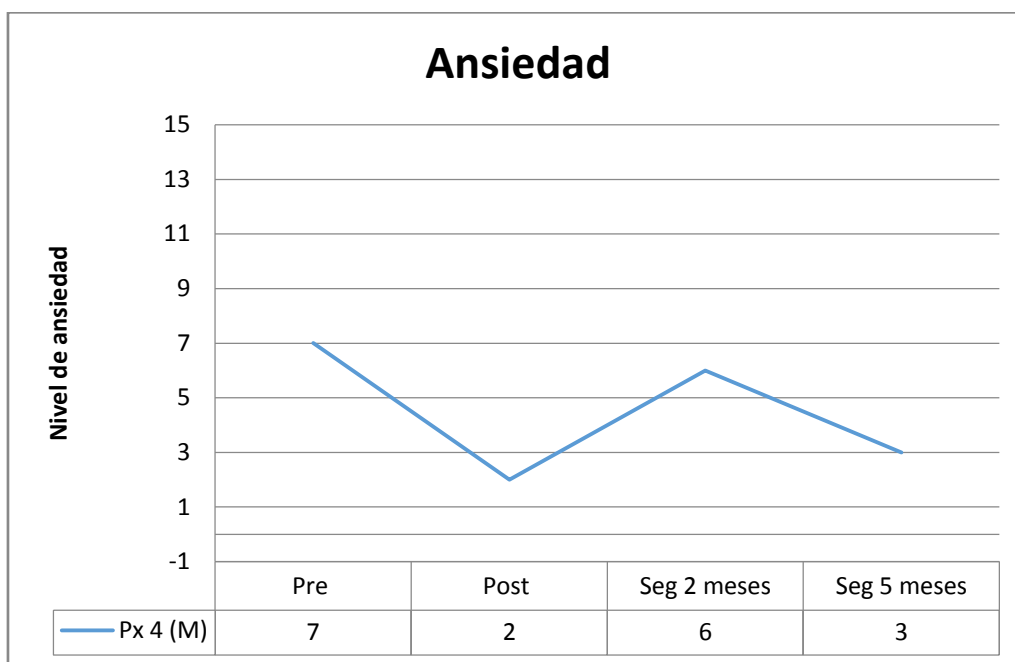
pondientes a su pre evaluación, post evaluación y fase de seguimiento de 2 y 5 meses. La paciente en su pre-evaluación obtiene un puntaje de 26, el cual la ubica en la clasificación de *depresión moderada*. Al finalizar el tratamiento, su post-evaluación indica una disminución de 24 puntos, obteniendo un puntaje de 2 por lo que se le clasifica dentro de la categoría *no depresión*. En la fase de seguimiento se mantuvo la valoración de *<No depresión>* al puntuar 5 y 0 a los dos meses y cinco meses respectivamente.



GRAFICA 11 Puntajes de depresión en Px4 (M) en Pre-evaluación, Post-evaluación, seguimiento de 2 meses y seguimiento de 5 meses

La gráfica número 12 muestra la comparación de las puntuaciones obtenidos en la pre-evaluación, post-evaluación y fase de seguimiento de 2 y 5 meses de Meriza en el Inventario de Ansiedad de Beck. En sus evaluaciones la paciente es ubicada en la categoría de *mínima ansiedad* al obtener puntajes muy bajos en su pre-evaluación en la cual puntúa con 7, en su post-evaluación disminuye a 2 puntos y se sigue manteniendo en la misma categoría, de igual manera en

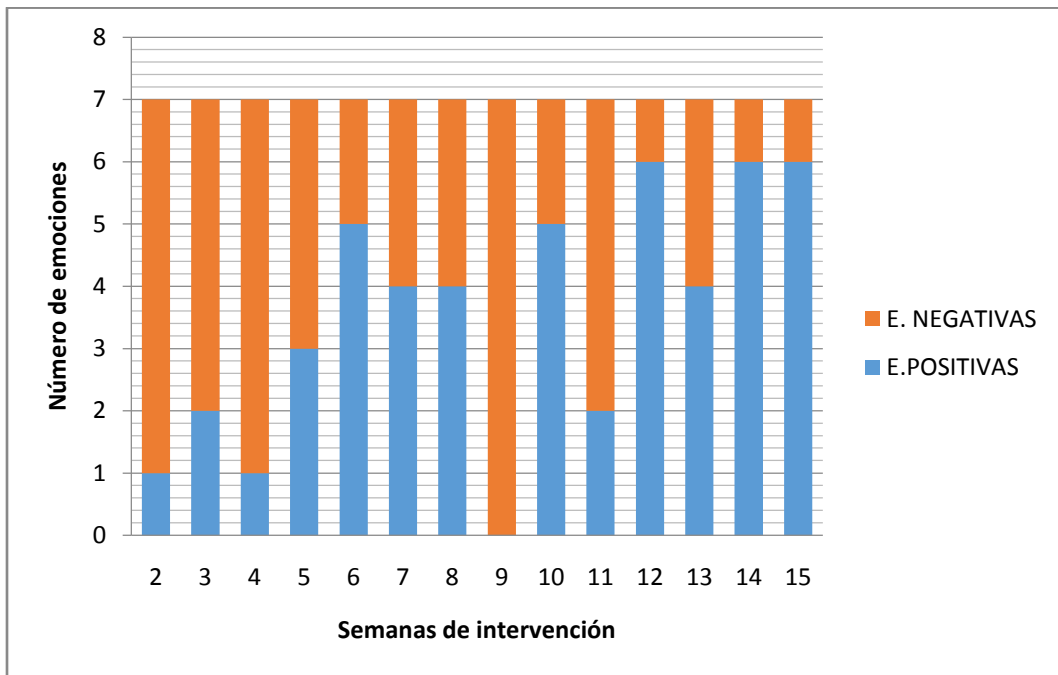
la fase de seguimiento de 2 y 5 meses se clasifica como *mínimamente ansiosa* obteniendo 6 y 3 puntos a los dos y cinco meses respectivamente.



GRAFICA 12 Puntajes de ansiedad en Px4 (M) en Pre-evaluación, Post-evaluación, seguimiento de 2 meses y seguimiento de 5 meses

La Gráfica 13 muestra la evaluación subjetiva con la que Meriza evaluó su estado de ánimo durante la intervención. Se presenta el número de emociones positivas y negativas reportadas en el Registro de Adhesión Terapéutica desde la semana 2 hasta la semana número 15.

La semana 9 destaca por la totalidad de emociones negativas que experimentó la paciente, sin embargo es importante mencionar que en esta semana Meriza presentó un problema de salud física el cual necesitó de total reposo.



GRAFICA 13 Evaluación subjetiva del estado de ánimo durante las semanas de intervención en Px4 (M)

Resultados Cualitativos

En relación al ejercicio **Identificando mis emociones** llevado a cabo en la sesión no. 3, Meriza identificó 4 emociones principales: la tristeza, el enojo, la culpa y la tranquilidad. La descripción textual de la paciente fue: *“tristeza porque sabía que ya no lo volvería a ver, coraje conmigo misma porque pensaba que había sido por mi culpa, tranquilidad porque ya no me molestaba, no había nadie más que me siguiera molestando”*.

En relación al ejercicio **Identificando las etapas de mi proceso de duelo** realizado en las sesiones no. 5 y no. 6, la paciente describió su experiencia en cada una de las etapas de duelo propuestas por Kübler-Ross. A continuación se presenta la información textual con la que la paciente respondió.

- **Negación**-Fue sorprendente cuando abrí la puerta de la casa y lo que vi fue a mi papá colgado, no lo podía creer porque yo lo había visto en la mañana como a las 8:30 am y cuando regresé a mi casa como a las 11:00 am él se había suicidado.
- **Ira**-Fue la impotencia y me quede con mi pregunta (¿por qué lo hizo?) sin ninguna respuesta, y pensé que era mi culpa en ese mismo día y en adelante hasta los 2 años.
- **Pacto**-A los 3 días comencé a rezar y le pedí a Dios que me ayudara a estar más tranquila y ver hacia adelante, cada 8 días iba a misa hasta la fecha lo sigo haciendo.
- **Depresión**-Me decaí y no quería salir a ningún lado ni siquiera con mi novio, no quería comer desde el día en que murió hasta febrero del 2010 aproximadamente.
- **Aceptación**-Mi mamá nos trajo a un psicólogo y conocimos a Claudia, ella me ayudó a superar la muerte de mi papá. Después de dos años logré aceptar su muerte.

Continuando con los resultados cualitativos, en el ejercicio **la última carta y el funeral de despedida** realizado dentro de la sesión no. 15, la paciente refirió sentirse tranquila y feliz al poder despedirse de su papá. Señaló: *“fue genial y siento que ya estoy en paz con mi corazón y con mi papá”, “pude entender muchas cosas y sé que puedo salir adelante porque mi papá ya está bien”*.

En la Tabla 5 se muestra la información correspondiente a las respuestas de Meriza en el cuestionario* *¿cómo voy afrontado la muerte de mi ser querido?**.

TABLA 5. CUESTIONARIO *¿CÓMO VOY AFRONTANDO LA MUERTE DE MI SER QUERIDO?*
PRE-EVALUACIÓN Y POST - EVALUACIÓN DE LA Px. 4

Px. 4 (M)	PRE EVALUACIÓN					POST EVALUACIÓN				
	NUNCA	CASI NUNCA	A VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE	NUNCA	CASI NUNCA	A VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
Identifico mis propios sentimientos en relación a la muerte de mi papá			X						X	
Expreso mis sentimientos por la muerte de mi papá			X						X	
Permito que los demás me ayuden cuando me siento triste, desesperanzado o solo			X					X		
Me pregunto por qué murió la persona a quién quería			X						X	
Vienen a mi mente recuerdos de mi papá y sigo realizando mis actividades (tarea, jugar, deporte)				X					X	
Disfruto la vida a pesar de que ya no esté mi papá		X								X
Puedo hablar abiertamente acerca de la muerte de mi papá	X									X
Acepto la muerte de mi papá	X									X

DISCUSIÓN

El objetivo general del presente trabajo consistió en determinar los alcances del “Tratamiento para la intervención de duelo en niños y adolescentes”, evaluando la sintomatología ansiosa y depresiva, y observando sistemáticamente las manifestaciones emocionales, cognitivas y comportamentales en cada participante.

De acuerdo con los resultados obtenidos y, en relación a la evaluación de la sintomatología ansiosa en los niños y adolescentes participantes, se observó la disminución de la misma al concluir la intervención con un puntaje correspondiente a la categoría de ansiedad *mínima* o *leve*. En el caso de los niños participantes, la ansiedad de tipo *fisiológica* (relacionada con dificultades de sueño y fatiga) así como la *inquietud e hipersensibilidad* (miedo a ser lastimado y/o preocupación obsesiva) mostraron la mayor mejoría. Es probable que el entrenamiento en respiración diafragmática y las sesiones de reestructuración cognitiva hayan tenido efecto en estos resultados, sobre todo en la px2 (S) quien al iniciar el tratamiento puntuó justo en el límite de ansiedad mínima con ansiedad moderada. En el caso de los adolescentes participantes cabe resaltar que en ninguno de los dos casos mostraron sintomatología ansiosa grave o moderada y permanecieron, desde el inicio del tratamiento en el nivel de *mínima ansiedad*, disminuyendo sólo algunos puntos al concluir el tratamiento.

En los cuatro casos se mantuvo la sintomatología ansiosa en la categoría de *leve*/o *mínima* en la primera y segunda fase del seguimiento, dos y cinco meses respectivamente.

En relación a la sintomatología depresiva de los niños, ésta se mantuvo en el nivel *demínima* al concluir el tratamiento. Sin embargo,

ambos pacientes inicialmente mostraron sintomatología depresiva *moderada* con altos niveles de *ánimo negativo* y *Anhedonia*, incluyendo miedo, culpa y enojo, además de una evidente pérdida de la capacidad de sentir placer en actividades que antes solían disfrutar. Los procedimientos de reestructuración cognitiva del tratamiento muy probablemente facilitaron el desarrollo de pensamientos más con-mesurados y equilibrados a partir de su análisis detenido (Soler y Barreto, 2004) y con ello la promoción de un pensamiento más op-timista en los pacientes, con la respectiva mejoría de su estado emo-cional y de comportamiento. Durante las fases de seguimiento se mantuvieron con sintomatología depresiva *mínima*.

En el caso de la sintomatología depresiva en los pacientes adolescen-tes, cabe resaltar el caso de la px4 (M). Al iniciar el tratamiento su sintomatología depresiva era *moderada*, a sólo dos puntos de clasifi-carse como depresión grave. Al término de la intervención esta sin-tomatología se mantuvo en *mínima*, efecto que se mantuvo en las fa-ses de seguimiento. El px3 (B), al iniciar el tratamiento mostrósinto-matología depresiva *mínima*, a un punto de pasar a sintomatología depresiva leve. Al terminar el tratamiento y durante los seguimien-tos se mantuvo en la misma clasificación. Dado que varios estudios muestran que después de una pérdida se producen cambios cogni-tivos, negativos importantes (Fleming & Robinson, 2001; Janoff-Bulmman, 1992; Niemyer, 2002), se ha sugerido que las interven-ciones se centren en la identificación de los patrones de pensamiento irracional y las consecuencias emocionales no adaptativas así como la adopción del pensamiento racional. Esta sugerencia se implemen-tó en el presente estudio, por lo que es probable que esta reestructu-ración cognitiva haya surtido efecto en la mejora de la sintomatolo-

gía depresiva como se ha mostrado en otros estudios (Malkinson, 2010).

En relación a las emociones experimentadas y comenzando con las conductas saludables, se observó en los 3 pacientes experimentales la disminución progresiva de emociones negativas percibidas y el aumento de emociones positivas durante las 15 semanas de tratamiento. En el caso del px3 (B), la falta de registros de 3 semanas del tratamiento no permiten la evaluación completa de su percepción de estado de ánimo. Sin embargo según los registros que sí lograron realizarse muestran la misma tendencia hacia la mejoría consistente en la disminución de emociones negativas percibidas y el aumento de emociones positivas. Según Stallard (2002), la observación y el registro de las emociones más intensas o más frecuentes, puede ayudar a identificar los momentos, los lugares, las actividades y/o pensamientos asociados a las emociones. En el presente estudio los registros parecen haber resultado de bastante utilidad para que los pacientes pudieran observar gradualmente los cambios en la percepción del estado de ánimo que percibían en sí mismos durante el tratamiento.

Los pacientes identificaron sus principales emociones por el fallecimiento de su padre. El 100% de los pacientes refirió haber experimentado *tristeza*, el 50% *enojo*, el 25% *culpa*, el 50% *felicidad* y el 25% *tranquilidad*. Estos hallazgos coinciden con la literatura internacional de investigación en el sentido de que las emociones positivas coexisten con las negativas durante circunstancias muy estresantes y adversas (Folkman y Moskowitz, 2000). Es posible que en efecto exista un proceso social en el cual se muestra la tendencia general a sobreestimar la magnitud, a generalizar y a experimentar los sentimientos de los demás. Dicha tendencia podría explicarse por la victimización

al que se ven sometidas las personas que sufren experiencias traumáticas (Paton et al., 2000).

En el caso de las respuestas a *¿Cómo voy afrontando la muerte de mi ser querido?*, que sólo se utilizó como herramienta para la obtención de información cualitativa, al finalizar la intervención la mitad de los pacientes aseguró identificar sus propios sentimientos en relación a la muerte de su papá *siempre* y la otra mitad *casi siempre*. Una mitad también afirmó expresar sus sentimientos *siempre* por la muerte de su papá, el 75% aseguró *siempre* poder hablar abiertamente acerca de la muerte de su papá, el 75% refirió *siempre* disfrutar de la vida a pesar de la ausencia de su padre y el 100% de los pacientes aseguraron haber aceptado la muerte de su papá. La intervención realizada habría trabajado sobre las 4 tareas a realizar en el proceso de duelo que propone Worden (2004); a) la aceptación de la pérdida, b) el trabajo de emociones y el dolor de la pérdida, c) la adaptación a un medio en el que el fallecido está ausente y d) el recolocar emocionalmente al fallecido y seguir viviendo.

En cuanto a la incorporación a servicios hospitalarios de las estrategias examinadas en el presente estudio sería importante considerar el momento del duelo, como proceso, en el que se encuentre el doliente. Es decir: antes de la pérdida, durante el acompañamiento de la pérdida o después de ésta. La relevancia de esta ubicación se relaciona con el espectro de investigaciones en los problemas de salud mental y trastornos mentales de Mrazek y Haggerty (1994), y adaptado por Raphael y cols. (2001), dado que las intervenciones se categorizan en preventivas, terapéuticas y de mantenimiento. En este caso, el trabajo realizado con los pacientes podría situarse en las categorías de intervención terapéutica y de mantenimiento, puesto que el tipo de muerte en los 4 casos fue *no anticipada*, por lo

que una intervención de prevención no pudo haberse llevado a cabo. Sin embargo, en el caso de muertes anticipadas como es la muerte a causa de enfermedad crónica, la intervención de prevención en servicios hospitalarios resulta ser claramente útil para el niño y el adolescente que perderá a su padre o madre. La información sobre el desarrollo de la misma enfermedad (siempre considerando la edad del menor para su comprensión) favorece la realidad de la pérdida y ayuda a identificar y potenciar las estrategias de afrontamiento del niño y/o adolescente sin dejar de lado la expresión de emociones, además de fortalecer el mantenimiento de la salud y la promoción del autocuidado.

En el caso de muertes no anticipadas, como accidentes y el suicidio, la intervención en los servicios hospitalarios poco después de la pérdida se ajustaría a los objetivos de las principales intervenciones terapéuticas. Se inicia con una evaluación precisa de las conductas problemáticas (cognitivas, instrumentales y/o fisiológicas), con el fin de determinar el tratamiento más adecuado, en un marco relacional bien establecido (Soler, 2003). En el caso de que la intervención terapéutica no se haya podido dar o aun cuando se haya dado y que no resultara posible la recuperación completa, el servicio hospitalario podría optar por buscar mantener y aumentar la calidad de vida en el niño y/o adolescente en su entorno familiar, social y escolar disminuyendo las conductas desadaptativas mediante estrategias cognitivo-conductuales.

El *“Tratamiento para la intervención de duelo en niños y adolescentes”* se aplicó después de un año nueve meses del fallecimiento del padre en el caso del paciente “piloto” y dos años cuatro meses en los experimentales. La sintomatología que presentaba cada paciente al iniciar la intervención se acercaba más a un tipo de duelo no elaborado

por lo que efectivamente, el tratamiento contempló el trabajo en objetivos de una intervención terapéutica y de mantenimiento. Sin embargo, los resultados también pueden estar relacionados y favorecidos por el paso del tiempo, en relación a la intensidad y/o frecuencia de la sintomatología presentada, mediante un proceso de habituación.

El diseño del presente estudio permitió la descripción de los efectos de la intervención. No se hace hincapié en la formalidad taxonómica de la evaluación realizada. Estudios posteriores de tipo estudios de caso de *evaluación diagnóstica* podrían beneficiarse de los ejemplos de aplicación de instrumentos (estandarizados) que faciliten un diagnóstico más formal del duelo. En la investigación realizada no se encontró ningún instrumento con validez y confiabilidad para la evaluación de duelo en niños o adolescentes mexicanos. Así mismo se sugiere ampliar el número de pacientes para llevar a cabo la intervención e incluir participantes sin relación consanguínea, a fin de explorar interacciones más similares a las encontradas en instituciones donde el cuidado primario corre a cargo de personal profesional.

Referencias.

- Abramson, L. Y., Seligman, M.E.P. & Teasdale, J. (1978). Learned helplessness in humans: critique and reformulation. *Journal of Abnormal Psychology*, 87, 49-74.
- American Psychiatric Association (2002) *DSM-IV-TR. Breviario. Criterios diagnósticos*. Barcelona: Masson.
- American Academy of Pediatrics (1996). *The classification of child and adolescent mental diagnosis in primary care: Diagnosis and Statistical Manual for Primary Care (DSM-PC) Child and Adolescent. Version III*. Grove Village.
- Barret, T. W. & Scott, T. B. (1989). Development of the Grief Experience Questionnaire. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 19: 201-215.
- Barreto, M. P. & Soler, M. C. (2003). Psicología y fin de vida. *Psicooncología*, 0 (1) pp.135-146
- Barreto M. P. & Soler M. (2007) *Muerte y duelo*. Madrid: Síntesis
- Barreto, M., Molero, M. & Pérez M. (2000). Evaluación e intervención psicológica en familias de enfermos oncológicos. En Gil F, Editor. *Manual de psicooncología*. Madrid: Nova Sidonia Oncología.
- Beck, A. T. (1967). *Depression: Clinical, experimental, and theoretical aspects*. New York: Hoeber.
- Bonanno, G.A. (2004). Loss, trauma and human resilience: Have we underestimated the human capacity to thrive after extremely aversive events? *American Psychologist*, 59, 20-28.
- Bonanno, G.A. & Kaltman, S. (2001). The varieties of grief experience. *Clinical Psychology Review*, 21,705-734.
- Bonanno, G.A. & Keltner, D. (1997). Facial expressions of emotion and the course of conjugal bereavement. *Journal of Abnormal Psychology*. pp. 126-137.
- Bonanno, G.A., Wortman, C.B., Lehman, D.R., Tweed, R.G., Haring, M., Sonnega, J. et al. (2002). Resilience to loss and chronic grief: A prospective study from preloss to 18 months post-loss. *Journal of Personality and Social Psychology*, 83, 1150-1164
- Besedovsky H., Sirkin E. & Keller M. (1975). Hormonal changes during the immune response. *Biol Med*, pp. 466-470.
- Bowlby, J. (1997). *La pérdida afectiva: tristeza y depresión*. Barcelona: Paidós.
- Caballo V. E. (1991). El entrenamiento en habilidades sociales. En Caballo V.E. (Eds.) *Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta*. Madrid: Siglo XXI.
- Corless I., Germino B. & Pittman M. (2005). *Agonía, muerte y duelo*. Bogotá: Manual Moderno

- D'Zurilla, T.J. & Nezu, A. M. (1999). *Problem-solving therapy: a social approach to clinical intervention*. New York: Springer.
- Echeburúa, E. & Corral, P. (2001). El Duelo normal y patológico. En W. Astudillo, E. Clavé & E. Urdaneta (Eds.). *Necesidades psicosociales en la terminalidad*. San Sebastián. Sociedad Vasca de Cuidados Paliativos.
- Ellis, A. (1999). *Una terapia breve, más profunda y duradera: enfoque teórico de la terapia racional emotivo conductual*. México: Paidós .
- Everly, G. (1989). *A clinical guide to the treatment of the human stress response*. Plentum. Nueva York.
- Fernández -Montalvo, J. & Echeburúa, E. (1997). Tratamiento cognitivo- conductual de la pena mórbida en un caso de ruptura de pareja. *Análisis y modificación de conducta*, 23, 61-83.
- Fleming, S., & Robinson, P. (2001). Grief and cognitive-behavioral therapy. The reconstruction of meaning. En M.S. Stroebe, W. Stroebe, & R.O. Hansson (Eds.), *Handbook of bereavement* (pp.647-669). Cambridge: University Press.
- Folkman, S. & Moskowitz, J.T. (2000). Positive affect and the other side of coping. *American Psychologist*, Vol 55(6), 647-654
- Fredrickson, B. L. (2001). The role of positive emotion in positive psychology: The broaden and build theory of positive emotions. *Journal of American Psychological Association*, 54 (3), 218-226.
- Fredrickson, BL. & Tugade, MM. (2003). What Good are Positive Emotions in Crises? A Prospective Study of Resilience and Emotions Following the Terrorist Attacks on the USA on September 11th, 2001. *Journal of Personality and Social Psychology*, Vol 84(2), 365-376.
- Freud, S. (1917). *Duelo y melancolía*. Madrid: Paídos.
- 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 de Texas Revisado del Duelo.
- García -García J.a. , Landa V. Prigerson H., Echevarria M. & Grandes G. (2002). Adaptación al español del Inventario de duelo Complicado (IDC). *Medicina Paliativa*, 9. 10-1.
- García- García, J. A. et al. (1995). Adaptación a nuestro medio del Inventario Texas Revisado de Duelo. *Medicina Paliativa*, 2. 197-198.
- Grollman, E. (1977). Explaining death to children. *Journal of School Health*, pp. 336-339.
- Hall, M. & Irwin, M. (2001). Physiological indices of functioning in bereavement. En M.S. Stroebe et al. (Eds.). *Handbook of bereavement research: Consequences, coping, and care*. Washington: American Psychological Association.
- Janoff-Bulman, R. (1992). *Shattered Assumptions*. New York: The free Press.

- Jurado S., Villegas M E. , Méndez L. , Rodríguez F., Loperma V., & Varela R. (1998). La estandarización del Inventario de Depresión de Beck para los residents de la ciudad de México. *Salud Mental*. 21 (3) 26-31.
- Keltner, D. & Bonanno, G. A. (1997). A study of laughter and dissociation: distinct correlates of laughter and smiling during bereavement. *Journal of Personality and Social Psychology*, 35, 351-363.
- Klein, M. (1940). *El duelo y su relación con los estados maníaco-depresivos*. En obras completas vol. 2 (279-303). Barcelona: Paidós.
- Kroen, W. (2002). *Cómo ayudar a los niños a afrontar la pérdida de un ser querido*. Barcelona: Editorial Oniro.
- Kübler-Ross E. (1969). *Sobre la muerte y los moribundos*. Barcelona: Ediciones Grijalbo.
- Lamers, W. M. (1986). Helping the child to grieve. In G. H. Paterson (Ed.), *Children and death* (pp. 105-119). London: King's College.
- López Fernández, R. (1996). La relajación como una de las estrategias psicológicas de intervención más utilizadas en la práctica clínica actual: Parte II. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 12(4), 375-380.
- Malkinson, R. (2010). Cognitive behavioral grief therapy: the abc model of rational emotion behavior therapy. *Psychological Topics*, 8(2), 289-305.
- Mrazek P.J & Haggerty R.J. (1994). *Reduciendo los riesgos para trastornos mentales: fronteras para la investigación de intervención preventiva*. Washington, National Academy Press.
- Neimeyer, R.A. (2002): *Aprender de la pérdida. Una guía para afrontar el duelo*. Barcelona: Paidós.
- Nezu, A. M. (1987). A problem-solving formulation of depression: a literature review and proposal of a pluralistic model. *Clinical Psychology Review*, 7, 121-144.
- Nezu, A.M., Nezu, C.M. & Lombardo, E. (2006). *Formulación de casos y diseño de tratamientos cognitivo-conductuales. Un enfoque basado en problemas*. México: Manual Moderno.
- Nomen, L. (2007) *El duelo y la muerte: El tratamiento de la pérdida*. Madrid: Ediciones pirámide.
- O'Connor, N. (2007). *Déjalos ir con amor*. México: Trillas.
- Pangrazzi, A. (1993). *La pérdida de un ser querido. Un viaje dentro de la vida*. Madrid. Paulinas.
- Parkés, M.C. (1972). *Bereavement: studies of grief in adult life*. New York: International Universities Press.
- Parkés, M.C. (1983). *Recovery from bereavement across cultures*. Londres: Routledge

- Paton, D. G., Smith, L., Violanti, J.M. & Eräen, L. (2000). Work-related traumatic stress: Risk, vulnerability and resilience. En J.M. Violanti, D. Patton, y D. Dunning (Eds.), *Posttraumatic Stress Intervention: Challenges, Issues and Perspectives*. Springfield.
- Peterson, C., Seligman, M.E.P. & Vaillant, G. (1988). Pessimistic explanatory style as a risk factor for physical illness: A thirty-five year longitudinal study. *Journal of Personality and Social Psychology*, 55, 23-27.
- Ramos, R. (2010). *Las estrellas fugaces no conceden deseos*. España: La factoria ediciones.
- Rando, T. (1993): *Treatment of complicated mourning*. New York: Chapaing.
- Raphael, B. (1983). *The anatomy of bereavement*. New York. Basic Books.
- Raphael, B., Minkov, C., & Dobson, M. (2001). Psychotherapeutic and pharmacological intervention for bereaved persons. En: M.S. Strobe, R. O. Hansson, W. Strobe and H. Schut (eds) *Handbook of Bereavement Research* Washington, DC: American Psychological Association.
- Robles, R., Varela, R., Jurado, S. & Paéz, F. (2001). Versión mexicana del Inventario de Ansiedad de Beck: propiedades psicométricas. *Revista Mexicana de Psicología*, 18, 211-218.
- Rodríguez, P. (2013, 28 de abril). Huérfanos, 1.8 millones de niños mexicanos. Excelsior. Recuperado de <http://www.excelsior.com.mx/nacional/2013/04/28/896348>
- Santrock, J. W. (2006). *Psicología del Desarrollo: El ciclo vital* (10 Ed.). España: McGraw-Hill/Interamericana de España.
- Seligman, M. E. P. (1998). *Aprenda optimismo: haga de la vida una experiencia maravillosa*. Barcelona: Grijalbo.
- Sepúlveda, G. (2012) Psicoterapia cognitiva evolutiva con niños y adolescentes. Enfoque cognitivo constructivista. En Almonte, C. & Montt, M. E. (Eds.) *Psicopatología Infantil y de la Adolescencia* (pp 709-722). Santiago del Chile: Editorial Mediterraneo.
- Shoor, M., & Speed, M.H. (1963). Delinquency as a manifestation of mourning process. *Psychiatric Quarterly*, 37(3), 540-558
- Sipos G. L. & Solano S. C. (2002). El duelo en niños. Experiencia clínica en un Centro de Salud Mental. *Psiquiatría. com*. Vol 6, No. 5.
- Soler, M. C. et al (2002). Estudio sobre la implantación de la atención al duelo en el estado español. Construcción de un instrumento de evaluación y programa de intervención. *Memoria de investigación de la Escuela Valenciana de Estudios para la Salud*.

- Stallard, P. (2002). Cognitive behaviour therapy with children and young people: a selective review of key issues. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 30, 297-309.
- Terán, Rodríguez & Patiño. (2008). Elaboración del duelo: una aproximación desde el punto de vista infantil. *Pensando Psicología. Revista de la Facultad de Psicología Universidad Cooperativa de Colombia*. Volumen 4. Número 6-7. Enero-diciembre 2008.
- Tizón, J.L. (2004). *Pérdida, pena, duelo. Vivencias, investigación y asistencia*. Barcelona: Paidós-Fundación Vidal Barraquer.
- Vanistendael, S. & J. Lecomte (2002). *La felicidad es posible*. Barcelona: Gedisa.
- Vera, B. (2006). Psicología Positiva: Una nueva forma de entender la psicología. *Papeles del Psicólogo*, 27(1), 3-8.
- Vera, B. (2008). *Psicología positiva. Una nueva forma de entender la psicología*. Madrid: Calamar Ediciones.
- Vera, P.B., Baquero, B.C. & Jiménez, M. L. (2006). La experiencia traumática desde la psicología positiva: resiliencia y crecimiento postraumático. *Papeles del psicólogo*, Vol.27 (1).
- Worden, J. W. (1996). *Children and grief: when a parent dies*. New York: Guilford Press.
- Worden, J. W. (2004). *El tratamiento del duelo: asesoramiento psicológico y terapia*. Barcelona: Paidós.