



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA

Sistema de Universidad Abierta y Educación a Distancia

Manuscrito Recepcional

Programa de Profundización en Procesos en Psicología
clínica

Revisión Teórica del Proceso del Duelo por Muerte, desde el
Enfoque Cognitivo Conductual y la Tanatología

Reporte de Investigación Teórica

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A:

Angélica Monroy Alvarez

Director: Lic. Liliana Moreyra Jiménez

Dictaminador: Dr. David J. Enríquez Negrete

Los Reyes Iztacala Tlalnepantla, Estado de México, Junio de 2017





Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADECIMIENTOS

A Dios y seres de Luz

Toda la gratitud y amor a mi creador, por lo que me brinda cada día, por la generosidad de conservar mi vida, salud y familia, por las experiencias que me harán comprender la complejidad de la vida y la muerte, a los arcángeles y mi ángel en especial, por estar a mi lado y ayudarme en épocas de crisis, toma de decisiones y reflexión, una vez más gracias.

Haziel

A mi esposo

Que logró comprender mi necesidad de evolución, por los veintiún años de ser mi pareja tolerando parte de mi dualidad en mi personalidad, por brindarme calor en las noches después de desvelos, por el apoyo en muchos ámbitos, te agradezco tu permanencia a mi lado y nuestras hijas, espero un día poder compensar muchas cosas, te amo.

Javier

A mis hijas:

Por la fortaleza que en mí despertaron, porque ellas fueron el principal impulso para seguir preparándome, por sus enseñanzas, por su apoyo, por el tiempo que les robé para estudiar en búsqueda de esta meta, no seré quizá el mejor ejemplo en su vida, pero intentaré serlo para ustedes, siempre las apoyaré y estaré a su lado, las amo profundamente.

Diana y Jaqueline

A mis padres, hermanos y familiares extensos.

En especial a mi mamá porque siempre sentí su apoyo y aprobación eso significó mucho al inicio de esta licenciatura, comprendí realmente que una madre pocas veces te defraudara, a mi padre el cual ha intentado resarcir algunos daños estando a nuestro lado, a mis hermanos tan distintos todos, pero sé que cuento con su cariño y apoyo en épocas que pueden ser difíciles y que sepan que cuando me necesiten ahí estaré también para ustedes, y a familiares que saben quién son y me otorgaron palabras de confianza, gracias.

Margarita, Jesús, Alejandro, Patricia, Adrian y Daniel.

A mis maestros

Los cuales respeto por su trabajo y docencia compleja en los retos de la educación a distancia, cada uno deo buenas impresiones personales, la generosidad y simpatía de la tutora de Neurociencias; la comprensión, compromiso, jovialidad y hermandad de las tutoras en psicología teórica; la disciplina de alguna de ellas en metodológicos que me hizo desarrollar tolerancia; la sabiduría, pasión y generosidad en la enseñanza de prácticas clínicas de mi tutor y dictaminador; así como el apoyo indudable de mi tutora, en este último paso del manuscrito de quien tuvo la inteligencia rápida y oportuna, para guiarme y apoyarme en una área que me apasiona, sin ella yo no llegaría al final de mi licenciatura a todos y cada uno de ellos gracias y deseándoles lo mejor de la vida.

Gaby, Aby, Lupita, Anabel, Griselda, David y Liliana Moreyra.

A mis amigos y compañeros

A cada uno de ellos en especial a los que han estado y permanecido a lo largo de todo este capítulo en la psicología, de la primera persona aprendí la enseñanza, la generosidad y el apoyo incondicional no solo en lo académico, sino también en las relaciones interpersonales; a la segunda, la lucha y perseverancia; y al tercero la escucha empática y comprensión; a todos los demás y que no menciono sus nombre por no cometer la falta de olvidar a algunos de ellos, pero los llevó presentes en mí memoria, por su ímpetu, alegría, sabiduría, deseos de superación y miedos, todos ellos dejaron huella en mí; a uno en especial le agradezco el impulso que me motivo a cambiar de perspectiva de vida, me apoyo, creyó en mí, ha sido importante como influencia hacia el aprendizaje y la vida misma, le deseo su salud.

Angel, Lucyralia y Fernando.

A la UNAM y Sistema SUAyED

Gracias a todos las personas que trabajan para la existencia de la máxima casa de estudios, y que algunos mexicanos tengamos la oportunidad de seguir preparándonos, soy fiel a esta institución desde 1989, hoy me da la oportunidad de mi segundo título, este último obtenido en un sistema innovador que me permitió conocer y desarrollar mis habilidades, fortalezas, deficiencias y trabajarlas, porque el estudio a distancia me hace autodidacta, disciplinada, pero sobre todo me devuelve la confianza como profesionista y recordar que el ser humano tiene necesidad de aprendizaje, así pasen los años, que el estudio a distancia merece respeto y que es eficiente de acuerdo al compromiso personal, como en cualquier sistema por eso y mucho más... **GOYA-GOYA...**

INDICE

RESUMEN.....	6
INTRODUCCIÓN	7
I. Vida y Muerte	8
1.1 Vida y Muerte	8
1.2 Características de la Muerte	9
1.3 Tipos de Muerte	10
1.3.1 Muerte Biológica	10
1.3.2 Muerte Psicológica.....	13
1.3.3 Muerte social	14
II. Duelo por muerte.....	15
2.1 Concepto de Duelo	15
2.2 Formas de Duelo.....	17
2.2.1Duelo Normativo.....	17
2.2.2Duelo Complicado.....	18
2.3 Tipos de duelo.....	23
2.4 Fases del duelo.....	28
2.4.1 Fases del duelo de Acuerdo a Kübler-Ross.....	28
2.4.2. Fases del Duelo de acuerdo a Parkes y Bowlby.....	32
2.5 Proceso de duelo normal o adaptativo	34
III. Enfoques Terapéuticos para Intervenir el Proceso de Duelo.....	36
3.1 Tanatología	36
3.1.1 Modelos teóricos aplicados en la Tanatología	37
3.1.2 Evaluación en la tanatología.....	41
3.1.3 Técnicas de Intervención en tanatología	42
3.2 Enfoque Cognitivo Conductual.....	54
3.2.1 Visión del Duelo como Proceso Cognitivo Conductual.	55
3.2.2 ¿Cuándo debe iniciarse una evaluación psicológica?	57
3.2.3 Evaluación e Instrumentos en psicología cognitivo conductual	60

3.2.4 Técnicas de Intervención desde el enfoque Cognitivo Conductual. **¡Error!
Marcador no definido.**

IV Discusión.....	78
Referencias.....	84
Apéndices.....	90

RESUMEN.

El proceso de duelo por muerte inicia, en el momento en que la persona se entera que algunas personas significativa para ellos ha perdido la vida.

Esta investigación da a conocer que es la vida y como sucede la muerte en el ser humano; el duelo y sus formas normativas o complicadas, signos y factores que lo pueden complicar; tipos de duelo y fases de este; y tiempo normativo.

Se presentan dos enfoques de evaluación e intervención en el duelo, el primero la disciplina de Tanatología, campo relativamente nuevo en el estudio de la muerte y sus procesos, sus modelos teóricos, evaluación y técnicas utilizadas; el segundo la psicología cognitiva conductual, cuya formación científica nos brinda varios recursos en la evaluación del duelo, así como técnicas de intervención.

Por ultimo conclusiones y reflexiones del duelo y de ambos enfoques pues es una necesidad académica para los estudiantes de psicología y psicólogos clínicos.

ABSTRAC.

The process of grieving for death begins, the moment the person learns that some people meaningful to them has lost their lives.

This research reveals that it is life and how death happens in the human being; Mourning and its normative or complicated forms, signs and factors that can complicate it; Types of mourning and phases of this; And normative time.

There are two approaches to evaluation and intervention in mourning, the first being the discipline of Tanatology, a relatively new field in the study of death and its processes, its theoretical models, evaluation and techniques used; The second cognitive behavioral psychology, whose scientific training provides us with several resources in the evaluation of grief, as well as intervention techniques.

Finally conclusions and reflections of mourning and both approaches as it is an academic need for students of psychology and clinical psychologists.

INTRODUCCIÓN

Actualmente la sociedad ha sufrido cambios constantes en la transición de las pérdidas, ya que la forma de morir es cada vez menos percibida como un proceso natural-fisiológico, es decir, la muerte natural, las muertes hoy en día, son más violentas y prematuras, debido a múltiples factores sociales y culturales.

Al mismo tiempo, unos de los principales problemas que presentan los recién egresados en psicología es saber cómo proceder en la práctica clínica cuando llega a consulta una persona que está atravesando por un proceso de duelo y es necesario tener un documento en el que se pueda consultar la forma de intervención para brindársela a los usuarios que están en búsqueda de algún apoyo psicológico.

El objetivo de este trabajo fue recopilar y analizar información sobre el proceso de duelo por muerte desde el enfoque cognitivo conductual y la tanatología, el manuscrito ofrece una revisión documental de las formas de evaluación e intervención psicológica.

En el capítulo uno se describe el concepto de vida y muerte, a fin de conocer la forma y tipo de muerte; En el capítulo dos se retoma el concepto de duelo, tipos de duelo y las fases de duelo; finalmente en el capítulo tres se menciona a la tanatología y enfoque cognitivo-conductual como enfoques de intervención terapéutica en el proceso de duelo, presentando el tipo de evaluación que se puede realizar así como las estrategias de intervención.

I Vida y Muerte

1.1 Vida y Muerte

Para comprender el proceso de duelo por fallecimiento debemos indagar que es la muerte y a partir de comprender su significado.

De acuerdo a Anaya (2010) el primer acercamiento a estos conceptos la tiene el ciudadano común, basado en el Diccionario de la Real Academia, en su vigésima segunda edición, observando que las acepciones más relacionadas a los pecto biológico de la vida y muerte son los siguientes:

Muerte (del latín *Mors, mortis*): 1) Cesación o terminó de la vida.

Vida (del latín *vita*): 1) Fuerza o actividad interna sustancial, mediante la que obra el ser que la posee, 2) Estado de actividad de los seres orgánicos, 3) Espacio de tiempo que transcurre desde el nacimiento de un animal o un vegetal hasta su muerte. (párr. 1)

De acuerdo a Pérez (2008), “la vida es un proceso que ocurre en sistemas complejos de macromoléculas organizadas en diferentes jerarquías, de patrones estructurales discontinuos, termodinámicamente poco probable, pero que se mantiene estable gracias a la inversión continua de energía”. (p12),

Sus tres características fundamentales de la vida son: a) recambio más o menos rápido de casi todos sus componentes, b) capacidad para autorregularse y c) capacidad para autorreplicarse.

Por lo tanto la muerte sucede a partir del **cese** de las tres actividades más sobresalientes de la vida las cuales son: el **proceso**, que ocurre en diferentes

niveles de **organización** y que requiere inversión de **energía**, por lo tanto la definición final es la siguiente:

La muerte es un proceso que ocurre en seres vivos, se inicia cuando los cambios son irreversibles, se caracteriza por la pérdida de la complejidad de su organización y la disminución en el contenido de energía, y termina cuando la diferencia de este contenido energético con el medio ambiente es cero. (Pérez, 2008, p. 13).

1.2 Características de la Muerte

De acuerdo a Leyla, (2010) la muerte tiene 8 características

1. Universal: Todas los seres vivos mueren.
2. Natural: Es un proceso vinculado con la vida por tiempo y espacio.
3. Necesaria: Contribuye al equilibrio de las especies y fin del ciclo de vida.
4. Cotidiana: Sucede diariamente.
5. Interminable: Es certera, pero se vive incertidumbre, no existe tiempo o edad.
6. Única: Solo se tendrá una muerte.
7. Definitiva: No es posible volver a la vida después de esta.
8. Radical: Muere toda la persona y sus capacidades.

1.3 Tipos de Muerte

1.3.1 Muerte Biológica

De acuerdo a Rivera (2015) “la muerte biológica se produce exclusivamente en los niveles físicos y químicos, que permitían el intercambio de energía, y que es a nivel celular, manifestándose la muerte clínica y cerebral” (pág.1).

a) Muerte celular

Es de cambios bioquímicos y morfológicos que provocan la desorganización interna, en donde la célula muerta ha perdido irreversiblemente su capacidad de mantener la composición específica de su medio intracelular y de adaptarse a su medio extracelular. Es posible identificar a una célula durante el proceso de la muerte, cuando todavía pueden detectarse y medirse las funciones remanentes; igualmente, se puede hacer tal identificación después de haber cesado todas las funciones fisiológicas, aunque las moléculas y estructuras por separado todavía pueden tener actividad. El deterioro progresivo de las funciones celulares, junto con los cambios estructurales, son las manifestaciones del proceso de la muerte, que termina con la extinción de toda actividad fisiológica (Pérez, 1987, p.24).

b) Muerte Clínica

De acuerdo Rebolledo (1999, como se citó en Rivera, 2015) la ciencia médica considera la muerte clínica cuando existe la demostración fehaciente de la ausencia de signos vitales. Determinada por la aplicación directa de lo sentido y sin ayuda de otro tipo de instrumentación, estos signos vitales mantiene la integridad de los aparatos y sistemas de control de vida como el neurológico, el respiratorio, el cardiocirculatorio, los demás se supeditan a la integridad de los anteriores

Definiendo entonces el diagnóstico médico legal de muerte, y que está determinada por criterios médicos donde hubo cese de toda actividad fisiológica

Sin embargo existen estados subclínicos como la congelación o estado de catalepsia, que requieren la comprobación de la muerte cerebral, sobre todo para lo donación de órganos.

c) Muerte cerebral

De acuerdo a Rivera (2015) la muerte cerebral es la ausencia absoluta de respuesta de las estructuras encefálicas a los estímulos correspondientes.

Esta se demuestra por medios clínicos, electrónicos y el encefalograma plano, que nos indica detención total de las funciones cerebrales, encefálicas o del tronco encefálico.

Según Navarro, Cervantes, Ruiz y Gómez (2015) el encéfalo cuya masa es de 1.500 gramos, coordina la totalidad de las funciones del ser humano, desde las primitivas hasta las más desarrolladas, es complejo definir su disfunción o muerte, pues por años se ha utilizado el término de muerte cerebral, haciendo alusión el cese solo de las funciones de los hemisferios cerebrales, hablar de muerte encefálica refiere a la pérdida irreversible de funciones cerebrales y las del tallo, es decir todas las estructuras cerebrales, que es lo más apropiado hoy en día para referir a una total inactividad cerebral (párr. 1).

Tabla 1**Tabla de muerte cerebral o encefálica.**

Signo	Demostración
Estado de conciencia	Perdida del estado de alerta, sin respuesta a los estímulos dolorosos (se debe hacer diagnóstico diferencial con el coma profundo)
Reflejos osteotendinosos	Traducen daño de la corteza cerebral (de neurona motora superior) demostrada por la rigidez con hiperextensión y pronación de las extremidades.
Reflejos pupilares	Las pupilas fijas y centrales con falta de respuestas a los estímulos luminosos, se encuentran dilatadas (midriáticas) , así como tono de los globos oculares inexistentes
Reflejos Vestibulares	Por medio de aguja fría en los conductos auriculares sin encontrar ninguna respuesta ocular (nistagmus)
Carga de atropina	Aplicación de esta sin encontrar respuesta cardiaca por electrocardiograma
Condición isoeleétrica	Se demuestra por electroencefalografía, la condición isoeleétrica (plana) del trazo en todas sus derivaciones.

Fuente: Rivera (2015)

De acuerdo a Aguilera (1992) y Rebolledo (1999) la muerte está determinada por los siguientes criterios.

- Pérdida de la función Cardíaca.
- Pérdida de la función Respiratoria.
- Pérdida total de las funciones cerebrales, encefálicas y del tronco encefálico.

En estos tres criterios debe de encontrarse los siguientes elementos comunes (Aguilera, 1992):

- Cesación de las funciones orgánicas, esto nos indica que la actividad de los órganos no se ejerce espontáneamente en su totalidad o parcialmente
- Irreversibilidad, es decir , que ya no se restablece su función espontánea a pesar de técnicas médicas empleadas: un ejemplo es el masaje cardiaco

1.3.2 Muerte Psicológica

Existe también la energía cognitiva o de consciencia, esta nos permite darnos cuenta de la existencia de nosotros mismos, surgiendo preguntas fundamentales de quienes somos, aplicamos acciones concretas de conductas de aprendizaje para adquirir información y transformación para la comprensión de la vida, surgiendo el orden psicológico. Esta consciencia de nosotros mismos nos despierta la necesidad de conocer y entender nuestros “determinantes existenciales” en cuanto al ser y al hacer de los individuos, dentro del orden psicológico es la toma de consciencia de nosotros mismos el cual viene apoyado de las estructuras biológicas cerebrales (Rebolledo 1999, como se citó en Rivera, 2015, p. 11).

Por lo tanto la muerte psicológica comprende la supresión de la energía consciencial mediante el cese de los fenómenos conductuales, es decir la consciencia de nuestra existencia, así como lo cognitivo, como en el estado de coma.

De acuerdo a Mishara y Riedel (2000) “La muerte psicológica es la falta de percepción de su propio cuerpo como entidad total, esté se refiere a los pacientes psicóticos, los cuales no tiene contacto con su propio cuerpo, están muertos desde un punto autoperceptivo” (p.192)

1.3.3 Muerte social

La sociedad humana se estructura como un ente integral a gran escala en donde se nace, se crece, se desarrolla, se reproduce y se muere también, es lo que se llama el clan y cuya célula principal es la familia, la escuela y el trabajo son estructuras secundarias las cuales nos permite relaciones interpersonales que nos retroalimentan y nos permite ocupar nuestro espacio y tiempo como individuos (Rebolledo 1999, como se citó en Rivera, 2015).

Que pasa entonces cuando nos excluimos de estos entornos como la familia, la escuela o el trabajo y el mundo exterior en general el cual nos brinda una personalidad dentro del clan, que nos permite tener consciencia del ser y de las expresiones personales, volviendo trascendental la existencia e incluso la inmortalidad social es decir que algunas personas por sus aportaciones al clan no se olvidan, ya que trascienden en el tiempo (Rebolledo 1999, como se citó en Rivera, 2015).

Según Mishara y Riedel (2000) todas las personas que no desempeñan un papel activo en la sociedad desarrollan sentimientos de anomia, sintiendo que no forman parte de su entorno; ejemplo es cuando los familiares cambian de domicilio y se alejan, cuando mueren los semejantes o desaparecen del entorno, careciendo de estructuras de apoyo, aislados.

Por lo que el concepto integral de muerte se quedaría de la siguiente manera:

La pérdida de las funciones orgánicas (vitales) que se acompañan de la pérdida de la relación cognitiva del individuo consigo mismo y su entorno provocando una ausencia que se prolonga en el tiempo y la consciencia colectiva, se denomina muerte Rebolledo (1999, como se citó en Rivera, 2015, p.16)

II. Duelo por muerte

2.1 Concepto de Duelo

De acuerdo a Centeno (2013)

Existen dos posibles etimologías de la palabra duelo

- Deviene del latín tardío (a.1140), **dolus**, “dolor” deriva del verbo doleré (doler, sufrir, penar).
- La segunda también del latín, **duellum**, significa “combate entre dos”, “desafío” y también “guerra”.

Así pues, la misma palabra indica que el dolor y el combate interno forman el núcleo en la elaboración del proceso del duelo. (p. 19)

Según Bucay, (n.d. como se citó en Centeno, 2013) “El duelo es el proceso normal de elaboración de una pérdida, tendiente a la adaptación y armonización de nuestra situación interna y externa frente a la nueva realidad” (p.21).

De acuerdo a Suarez y Franco (2012) “El duelo es una reacción natural ante la pérdida de una persona, objeto o evento. Incluye componentes físicos, psicológicos y sociales con una intensidad y duración proporcionales a la dimensión y significado de la persona” (p.11).

De acuerdo a Romero (2013) “El duelo se define como una serie de comportamientos, sentimientos y emociones que se manifiestan cuando se produce una pérdida de algo o alguien significativo” (pág. 2).

Según Sigmund Freud (n.d. como se citó en Suarez y Franco, 2012) definió el duelo como “La reacción frente a la pérdida de una persona amada o de una abstracción equivalente” (p.11)

Para Bowlby (1961, como se citó en Quintanar-Olguín y García-Reyes-Lira, 2010) en la teoría interpersonal del duelo, menciona que el apego y las relaciones

humanas, son dos fuertes componentes que interviene en el duelo, este apego proviene de una necesidad de **protección** y **seguridad** dándose también por la **proximidad** entre las personas; desarrollándose a una edad temprana y está dirigido a personas específicas y perduran a lo largo de la vida, estos apegos son considerados como una conducta normal en niños y adultos, sin este las personas sufren de estrés y ansiedad a esta falta de protección y de seguridad, de ahí que las personas afectadas en su edad temprana, que no tuvieron un apego seguro, en la la edad adulta demuestran más dificultades, temores y miedos a enfrentar nuevas situaciones y por ende más difícil será su proceso de adaptación y reestructuración emocional.

Pichot (1995) describe que en el manual DSM-IV se menciona que el duelo se presenta cuando el usuario tiene una reacción a la muerte de una persona querida y dentro de las reacciones presentan síntomas de depresión mayor como sentimientos de tristeza, insomnio, anorexia y pérdida de peso, el diagnostico de trastorno depresivo mayor no está indicado al menos que los síntomas se mantengan 2 meses después de la perdida y que hagan pensar en un duelo no normativo y cuyos síntomas son: 1-culpa por las cosas , más que por las acciones recibidas o no recibidas por el superviviente en el momento de morir de la persona, 2-pensamientos de muerte más que la voluntad de vivir, pensamientos que la persona también debería estar muerta junto con el fallecido, 3-preocupación mórbida con sentimientos de inutilidad, 4-enlentecimiento

psicomotor, 5-deterioro funcional acusado y prolongado, y 6-experiencias alucinatorias distintas auditivas o visuales de la persona fallecida (p. 700).

2.2 Formas de Duelo

2.2.1 Duelo Normativo

Este proceso de adaptación normal se manifiesta con tristeza, ansiedad y desolación, estas son las manifestaciones más comunes en las pérdidas; miedo a enfrentar la vida sin esa persona, sentimientos de culpa que pueden ser por creer que no se hizo lo suficiente por la persona; así como pensamientos y deseos de que la persona muriera, como es en las enfermedades prolongadas, por cansancio físico, o porque la persona ejercía algún tipo de control y violencia (Echeburúa & Herrán, 2007).

La intensidad de estos síntomas depende como lo hemos mencionado de la personalidad y hasta de las redes de apoyo existente, se menciona que la última fase, que es la aceptación se presenta alrededor de los **tres meses**, esta última fase aterriza el hecho concreto que el ser amado ya no volverá, aún que puede regresar a otra fase de nuevo, pero deben **ir cesando a los seis meses** aproximadamente, pero si la figura del fallecido era muy fuerte como el caso de los conyugues, hijos y padres, puede incluso durar hasta dos años, mientras que la persona que pasa por el duelo no se aísla y su vida sea funcional, sin signos de depresión clínica para que finalmente recuerde a la persona sin tanto dolor y llanto.

2.2.2 Duelo Complicado

De acuerdo a Gómez (2007) “el duelo patológico o de acuerdo a la Asociación Psiquiátrica Americana llamado “duelo complicado” se refiere a las reacciones anormales, intensas y desbordadas y que presenta conductas desadaptativas, permaneciendo inacabablemente en este estado sin avanzar en el proceso de duelo como tal para su resolución, llevándolo a repeticiones estereotipadas o interrupciones frecuentes de la curación” (p.147)

Debemos por lo tanto entender que lo patológico del duelo está relacionado con la **intensidad, duración, frecuencia y reacciones de las conductas** y no con la presencia o ausencia de estas mismas, así como el dolor moral prolongado en tiempo.

El duelo complicado es una combinación de síntomas de ansiedad, de separación y de emociones, cogniciones y comportamientos que se manifiestan después de la muerte de una persona significativa, que suelen **aparecer a los seis meses** de haberse producido el fallecimiento e interfieren en el funcionamiento social, laboral y otras áreas importantes de la persona. Estos síntomas están asociados a la aparición de problemas graves de salud, logrando generar depresión, hipertensión y problemas cardiacos, abuso de sustancias y drogas, reducción de la calidad de vida y aumento del riesgo de suicidio por lo que la literatura científica muestra evidencias de que **las intervenciones en duelo normal, pueden interferir en la elaboración del proceso, si se realizan justo después de producirse la pérdida.** (Prigerson, n.d. como se citó en Romero, 2013).

En la mayoría de las personas el proceso de duelo sigue un proceso normal, pero en algunos casos este proceso puede complicarse. Entre el 10 y el % de los dolientes según los diferentes estudios pasarán por un duelo complicado (Jacobs, Prigerson et. al., Worden, 1999, 2007, 1997; como se citó en Sánchez, 2015)

En el duelo complicado existe una dificultad extrema del proceso adaptativo manifestándose síntomas psicopatológicos que se exacerban y se prolongan,

afectándose la salud física y emocional, El Jawahri y Prigerson así como Maercker y Lalor (2006, 2012; como se citó en Ornelas, 2016) se menciona que los síntomas del duelo normativo y complicado son similares en los primeros seis meses, pero después de este lapso, se llega a una aceptación en los primeros mientras que los segundos se prolongan dos años o más. Este autor nos menciona que estas situaciones estresantes obran como detonadores de respuestas adaptativas situándolo de tal manera que son estrategias de afrontamiento que ayudan en los procesos cognitivos y conductuales que han desbordado los recursos individuales haciendo que el sujeto tenga un papel activo en resignificar las experiencias estresantes, por lo que el proceso de afrontamiento se torna dual, generando **mecanismos orientados hacia la pérdida y elaboración de la muerte** y los **mecanismos orientados a la restauración**, *se debe oscilar entre estos dos mecanismos* pues el duelo complicado pone su atención en la pérdida y los que ponen atención en el mecanismo de restauración pueden desarrollar duelos inhibido, ausente o pospuesto

De acuerdo a Freud (1917; como se citó en Sánchez, 2015,) en su texto “Duelo y melancolía”, fue el primero en identificar un estado diferente al duelo normal, en las personas que habían sufrido una pérdida, al que él denominó melancolía, definiéndola como:

Una desazón profundamente dolida,
una cancelación del interés por el mundo exterior, la
pérdida de la capacidad de amar, la inhibición de toda
productividad y una rebaja en el sentimiento de sí que
se exterioriza en autorreproches y autodenigraciones y
se extrema hasta una delirante expectativa de castigo.
(p. 62).

De acuerdo a Neimeyer (2002) el duelo complicado, es descrito por sus cuatro características, las cuales son: la **duración**, la **postergación**, la **intensidad** excesiva y **enmascaración**, por lo cual son los tipos de duelo: crónico, retrasado, exagerado y el enmascarado.

“Las complicaciones del duelo se dan fundamentalmente a tres niveles: físico, psicológico y social” (Díaz et al; 2014, como se citó en Sánchez, 2015, p. 51).

De acuerdo a Sánchez (2015) realizó un estudio con familiares de pacientes fallecidos, de un total de 951, solo 73 presentaron duelo complicado o patológico, cuyos desencadenantes habituales eran los siguientes:

1. **Dependencia:** El fallecido era tan indispensable en el día a día del doliente, que ahora no es capaz de seguir adelante sin su presencia.
2. **Soledad:** El sentimiento de soledad y tristeza es tan profundo, que impide que la persona pueda seguir adelante.
3. **Tensiones familiares:** Los problemas con su familia (enfermedades, mala relación, etc.), se suman al sentimiento de pérdida e impiden que la persona pueda elaborar normalmente el duelo.
4. **Afrontamiento ineficaz:** La persona es incapaz de dejar de pensar en (que ya no está, que no volverá, que se está perdiendo muchas cosas, que está en una caja, etc.) y estos pensamientos negativos la impiden superar su pérdida.

5. **Ruptura creencias:** La ruptura de su sistema de creencias y valores (cuanto ha luchado para nada, le quedaba tanto por hacer, la vida es injusta y desilusionante, etc.) le impiden retomar su vida.
6. **Recuerdos final:** Los recuerdos del final (no pudo despedirse, falleció de repente, sufrió sin sentido, etc.) impiden a la persona seguir adelante.
7. **Desánimo:** El desánimo unido a la falta de energía, impiden que la persona supere la pérdida.
8. **Enfado:** El enfado que siente (contra los profesionales que le trataron, contra el fallecido, contra la vida, etc.) le impiden volver a estar bien.
9. **Duelos previos:** La existencia de (duelos previos no bien elaborados, pérdidas simultáneas o recientes, ser la primera pérdida importante, etc.) le impiden elaborar normalmente su proceso de duelo.
10. **Personalidad ansiosa:** El nivel de ansiedad alto previo a la pérdida, se intensifica con esta e impide a la persona poder seguir adelante con su vida.
11. **Personalidad depresiva:** El estilo de personalidad depresivo previo al fallecimiento, se intensifica tras este e impide a la persona salir de la tristeza y poder continuar con su vida.
12. **Tensiones propias:** Las tensiones propias de la persona, en su situación actual (enfermedades, problemas propios no resueltos,

etc.) se suman al malestar por la pérdida, enganchándola en un duelo patológico.

13. **No red apoyo:** Carencia de red de apoyo social, que lleva a la persona a aislarse y quedar enganchada en un duelo patológico.
14. **Red ineficaz:** Cuando las personas del entorno, en lugar de ayudar, dificultan la elaboración normal del duelo (preguntando constantemente a la persona como esta, dando consejos inapropiados, forzándola a estar bien cuando aún no puede estarlo, etc.).
15. **No sentirlo:** El doliente no experimenta la sensación de presencia del fallecido, que esperaba sentir y esto le impide seguir adelante con su vida.
16. **Inactividad:** Tras la pérdida, el doliente entra en un estado de inactividad y aislamiento, que lo hunde cada vez más en la tristeza y el dolor.
17. **Culpa:** El doliente se siente culpable (por algo que dijo o hizo, por algo que no dijo o hizo, etc.) y este sentimiento le impide superar el dolor por la pérdida.
18. **Incredulidad:** El doliente es incapaz de asimilar y aceptar que el ser querido se ha ido y no volverá, quedado enganchado en un duelo patológico.
19. **Sentirse carga:** Tras el fallecimiento, la persona se siente una carga para todo el mundo y esto le impide superar la pérdida.

20. **Tensiones externas:** Existencia de tensiones externas (apertura de testamento, resolución de papeles, deudas, etc.) que impiden a la persona elaborar su duelo con normalidad.
21. **Deseo morir:** El dolor por la pérdida es tan intenso, que la persona prefiere morir a seguir viviendo sin su ser querido.
22. **Medicación ineficaz:** La medicación pautada al doliente, no tiene los efectos esperados, impidiendo a la persona elaborar su proceso de duelo con normalidad.
23. **Cuidados 24h:** Cuando la persona se vuelve incapaz de volver a llevar una vida normal, tras el hábito generado por el cuidado 24 horas al día, durante un periodo prolongado de tiempo, del ser querido.
24. **Miedo:** El doliente desarrolla un miedo irracional a (la enfermedad, los hospitales, caer en una depresión, que el fallecido desee dañarle, etc.) que le impide seguir adelante con su vida.

Duelo. (p. 60)

2.3 Tipos de duelo

De acuerdo a Neimayer (2002) y otros autores aquí señalados se tipifican por las diferentes **manifestaciones y características**.

a) Duelo Crónico.

“Manifestado por duración excesiva, no llegando a conclusión satisfactoria”
(Neimeyer 2002, pág. 25)

b) Duelo exagerado.

Neimeyer (2002, pág. 25) menciona que se manifiesta por la intensidad, con conductas desadaptativas, siendo incapacitantes, puede existir trastornos psiquiátricos mayores después de la pérdida, como depresión clínica, ansiedad con ataques de pánico, si la muerte fue de naturaleza catastrófica se puede desarrollar estrés pos traumático y consumo de sustancias.

c) Duelo enmascarado.

Manifestándose en las personas que no se permiten experimentar el duelo directamente, cambiando y presentando sintomatología relacionada a la enfermedad del fallecido, miedo a la situación en que se suscitó la muerte, y conductas como la delincuencia, para adaptación equivalente del duelo (Neimeyer 2002, p.25)

d) Duelo Retrasado, Diferido, Retardado, o Negado.

También “llamado inhibido, suprimido o pospuesto, el cual se caracteriza por no haber elaborado las emociones, en el momento de la muerte, manifestándolo más tarde (postergación) de forma intensa” (Neimeyer 2002, p. 25)

De acuerdo a Gómez (2007) la persona que en fases iniciales parece que tuviera el control sobre el suceso y no dan signos aparentes de sufrimiento, ya sea por ayudar a otros sobre su proceso, ejemplo sería el padre que ayuda a la esposa a vivir la muerte de su hijo, quedando él en “pausa”, pues se dedican a trámites o cuidado de la familia, pero que después de algún tiempo un recuerdo, imagen o situación desencadenará este duelo irresuelto pues siguió la vida como si nada hubiera ocurrido, agudizando posteriormente todas las fases. (pág. 188).

Aquí existe un ejemplo muy claro que mencionan Worden, Smud y Bernasconi (n.d. como se citó en Gómez, 2007) en el que Freud vivió un duelo retardado de su hija Shopie de 26 años, pensaba que el fallecimiento era una situación dolorosa pero que en nada cambiaba su manera de considerar la vida, decía: *“me he preparado para la pérdida de mis hijos varones, y ahora la que*

muere es mi hija” sin embargo menciona: *“el dulce hábito de vivir, harán el resto para que todo siga como de costumbre”*, sin embargo cuando muere su nieto, el hijo de Shopie escribe: *“La pérdida me ha afectado de una manera distinta, ha muerto algo en mí, hacía las veces de todos mis hijos y de todos mis nietos, algo murió en mí pero no obstante no lo puedo remplazar”* ya nada era lo mismo para Freud; su hija había dejado a su hijo, Freud podía retardar la muerte de su hija pues la remplazaba la vida de su propio nieto, pero el muere y no ha dejado a nadie que lo sustituya, mucho tiempo Freud retardo el duelo de su hija. (pág. 188).

e) Duelo Anticipado

Meza, García, Torres, Suárez y Martínez (2008) este tipo de duelo comenzó antes de la muerte, debido a un pronóstico médico de incurabilidad, el cual permite ir adaptándose al proceso de duelo de una forma inconsciente de la pérdida que llegará, permitiendo a las personas la oportunidad de compartir sus sentimientos y emociones, antes de la despedida.

f) Duelo ambiguo.

De acuerdo a Boss (2001) La pérdida ambigua es la que más ansiedad provoca ya que permanece sin aclarar. Existen dos tipos de pérdida ambigua. En el primero, los deudos **perciben** a determinada persona como **ausente físicamente**, y como la segundo es la **idea de incertidumbre psicológica** puesto que no es seguro si está viva o muerta, ya que no se ha localizado el cuerpo. Esta forma de duelo ambiguo aparece muy frecuentemente en catástrofes y desaparecidos por distinta índole.

g) Por Muerte Natural.

Tras la muerte de una persona que falleció por muerte natural, es decir concluyó un ciclo de vida por edad, la respuesta normal es de añoranza y aceptación del suceso, estas emociones desagradables disminuyen a los seis meses de la muerte de la persona y las respuestas adaptativas se ponen en

marcha, sin que los individuos pasen por sufrimiento intenso, ni prolongado y no pasan todas la etapas (Gómez, 2007).

h) Por Muerte súbita.

Son aquellas que se producen sin aviso y requieren una comprensión e intervención especial, porque “nadie piensa que se va a morir en el momento más inadecuado”, a pesar de que esto sucede todo el tiempo.

De acuerdo a Worden (n.d. como se citó en Gómez, 2007) se tiene una sensación de irrealidad, la cual puede permanecer mucho tiempo, produciendo insensibilidad, imágenes intrusivas, pesadillas; exacerbación en los sentimientos de culpa, asociada a deseos hostiles, cómo desear que se estén muerto otra persona, como reacción de mecanismo de defensa, redirección de la culpa de manera irracional a otra persona, hacia la pareja o hijos con frases como “no lo cuidaron adecuadamente” hacia la madre con frases “Como madre eres inepta y descuidada, es tu culpa” por poner algunos ejemplos; también surge implicación dirigida a las autoridades médicas y legales, en especial en los homicidios o accidentes, un ejemplo o frases son es ”el médico no tenía experiencia o/y si no lo hubieran llevarán a la delegación los policías para testificar antes de su muerte aun estaría vivo”; retardando y complicando la tarea del duelo por los aspectos médicos-legales, pues el proceso se distrae al no afrontar la muerte, este como mecanismo de negación; sensación de impotencia que va acompañada de rabia dirigida como en agresiones a otras personas; remordimiento por asuntos inconclusos con el fallecido y por ultimo una necesidad enorme de entender o investigar el por qué ocurrió, este interés fuerte pone en peligro la propia integridad del individuo pues se exponen a situaciones riesgosas en la búsqueda del culpable en lugares peligrosos y en horarios inadecuados.

i) Por suicidio.

De acuerdo a Gómez (2007) esta muerte suele ser extraordinariamente dramática, es el duelo más difícil, la elaboración es individual e intrafamiliar, el sentimiento de culpa es aún más acentuado lo cual provoca un autocastigo

interactuando de tal manera que alguien ejecute este, presentando conductas riesgosas como delincuencia y abuso de drogas; se asume la responsabilidad del suicida, detonando un sentimiento corrosivo de que había algo que ellos podían haber hecho para evitar la muerte y más si este aparece en el contexto de algún conflicto interpersonal entre el fallecido y los supervivientes, ejemplo sería el divorcio; otro sentimiento es la vergüenza, pues socialmente existe un estigma de que la sociedad también los culpe, estas reacciones y conductas de los otros complica el proceso de duelo, afectando los vínculos sociales y aislando aún más la familia; enfado y baja autoestima, pues frecuentemente se piensa que el suicida no pensó en ellos, viviendo esta situación como rechazo o poco amor y cariño a su persona, es una crítica severa a la valía personal de los supervivientes; también se presenta el miedo pues se teme un impulso autodestructivo, pues sienten una sensación de destino o predestinación a morir y ansiedad, idea de si en una familia existen varios suicidios se puede vivir como una transmisión genética, como pensamiento de tendencia.

El suicidio es una declaración de ira o depresión resultado del deseo de que alguien se culpe de no haber hecho hasta lo imposible para impedir el suicidio o de haberlo ocasionado, es una persona con falta de esperanza, es un depresivo, es alguien que pide ayuda a gritos, el suicida no se mata, lo matan, está lleno de culpa, la persona no quiere morirse quiere dejar de sufrir, no sabe vivir, el suicida vive el dolor de la desesperanza (Chavarría, 2011).

j) Por muerte perinatal.

De acuerdo a López (2011) es cuando se produce una pérdida durante el embarazo, así como a la muerte de un bebe inmediatamente posterior al nacimiento o pocas horas de este, es decir el mortinato, aunque la OMS el periodo perinatal inicia desde semana 22 de gestación y hasta una semana de vida, en la práctica y la literatura se amplía, prolongándose desde la concepción, hasta el final del primer año de vida, aquí existen problemas para elaborar esta pérdida pues socialmente no se reconoce y se incita a la pareja en especial a la madre que actúe como si nada hubiera pasado, en ocasiones no se ejecutan rituales como el

funeral, misas o ceremonias, no se dan condolencias y se niega al fallecido, viviéndose este en soledad, complicando este, por otro lado se vive culpa de la madre por no ser buena para dar vida y la sensaciones biológicas se recrudecen al ver salir de sus senos la leche que daría alimento a su hijo.

k) Duelo Colectivo

Los seres humanos también suelen sufrir por personas que no son parte de nuestra familia, amigos o amantes, pero que tiene un significado colectivo que influye en lo social y lo político, como puede ser un gran artista, representante político o la guerra en algún país, que toca nuestros pensamientos que provocan decepción en los sistemas y miedo ante la seguridad en la nación, por lo tanto nuestra integridad, existiendo una conmoción generalizada, viviéndose un luto masivo, ejemplo de ello es el presidente Kennedy, las muertes que produjo el atentado de las torres gemelas o los asesinatos de Medio Oriente (Gómez, 2007).

l) Por mascota

De acuerdo a Chavarría (2011) es la reacción afectiva, con cualquier tipo de mascota que se ha muerto, ya sea por lo que está aportó a la vida del dueño, como compañía, cariño y seguridad, que han sido parte importante dentro de la existencia de la persona.

2.4 Fases del duelo

Diversos autores han definido distintas fases o etapas que con algunos matices se pueden apreciar elementos comunes. Estas fases son un proceso y no secuencias o etapas fijas.

2.4.1 Fases del duelo de Acuerdo a Kübler-Ross

Kübler-Ross fue una psiquiatra reconocida en este ámbito de duelos y cuyos aportes fueron a partir de investigaciones con enfermos terminales en cuidados

paliativos, definió ciertas fases que observo en paciente y dolientes, pero no quiere decir que solo se refiere a la muerte propia, también sirve para indagar y conocer la fases en personas a las que le ha fallecido alguna persona amada.

De acuerdo a Kübler-Ross (2001) se define como fases de duelo a las etapas psicológicas que pasa el doliente después de una pérdida, es necesario que quede en claro que estas no siempre van en orden y que se puede regresar entre una y otra hasta llegar y asimilar finalmente la última.

- **Primera Fase**

Negación o Aislamiento. De acuerdo a Kübler-Ross (2001) esta etapa como bien se describe se caracteriza por una fase de negación es decir la persona no asimila que murió o se cuestiona porque a esa persona, esta negación funciona como amortiguador después de la noticia inesperada e impresionante, permitiendo al individuo recobrarse y con el tiempo movilizar otras defensas menos radicales, es finalmente una actitud defensiva a algo desagradable es una defensa provisional.

En esta fase la persona puede incluso pensar que la gente que le da la noticia se equivocó y continua con su vida, no habla con los familiares e incluso se aleja del procesos como el velorio, hablan brevemente de la realidad para después manifestar la incapacidad de hablar del proceso, esta conmoción temporal que se recupera gradualmente del estupor suelen utilizar palabras como “no debe ser él o ella”.

El shock puede generarse desordenes de extrañeza, incredulidad, impotencia y despersonalización, porque es obvio que las personas son incapaces de tolerar la verdad, incluso es necesario esta negación para mantenerse “cuerda”.

- **Segunda Fase**

Ira o Rabia. De acuerdo a Kübler-Ross (2001) cuando finalmente empezamos a “comprender” lo sucedido la negación es sustituida por una

emoción de enojo que muchas veces se dirige a figuras espirituales como Dios, algún familiar o amigo y al propio fallecido en cogniciones como “sino hubiera cruzado la avenida por abajo del puente”, “si hubiera tomado la medicina que le indico el médico” “fue tan necia y fue a la fiesta y ahora ya no está, me desobedeció”, la envidia puede surgir, es una emoción muy frecuente en los duelos por ejemplo en los que juzgan “ porque no se murió el marihuano de la esquina” o aquella persona que tuvo embarazo gemelar y que falleció uno de ellos, al ver a otra persona con gemelos piensa “hasta me los presume, que no sabe que me duele, es tan especial tener dos gemelos y yo, ya no soy una “mamá especial”, y así un sinnúmero de ejemplos, esta fase de ira es muy difícil de sobrellevar por lo demás pues sus conductas que pueden ir desde un simple grito, hasta tirar objetos o incluso golpear desconcierta a las personas pues no permite que se le consuele y los demás ven esta conducta como algo personal y reaccionan en consecuencia fomentando aún más al conducta hostil del individuo, es necesario una escucha empática y activa para que la persona no pase al aislamiento, desesperación, impotencia y depresión, este coraje incluso puede ser favorecedor pues la energía se canaliza de esta forma evita otros problemas conductuales e impulsa la vida, mucho parte de la frustración e impotencia, tenemos que ser tolerantes y no generar resentimientos futuros en el ambiente familiar.

- ***Tercera Fase***

Pacto o Negociación. Esta fase es menos conocida sin embargo es igual de importante conocerla para indagar sentimientos de culpa o miedo de que vuelva a suceder otra muerte, normalmente el pacto o la negociación se hace con un ser supremo, ya no se hace demandas, se pide la necesidad como un favor, es una actitud pasiva después de la etapa activa de la ira se necesita recobrar una homeostasis mental, para el cuerpo es un mecanismo de defensa, se puede como psicólogo trabajar mejor en ese estado en donde el paciente es activo al cambio, indagando culpas o deseos hostiles. (Kübler-Ross, 2001).

- **Cuarta Fase**

Depresión. Esta etapa se puede vivir con una profunda tristeza o una depresión clínica, ya sea leve, moderada o severa y es producida por el reconocimiento de la pérdida irreversible de la persona, hablarlo impacta profundamente a nivel cerebral, es la etapa de mayor duración, estas manifestaciones pueden ser conductuales como pérdida del apetito y dormir poco o mucho, afectivos y cognitivos como indiferencia, ansiedad, culpa o miedo y a nivel fisiológico producido en somatizaciones, que van desde “simples” gripas por depresión del sistema inmune o manifestaciones cardíacas, taquicardia, presión alta. Esta fase de acuerdo a Kübler se divide en 2 partes, la primera llamada depresión reactiva en donde se manifiestan asuntos inconclusos con el fallecido, así como como preocupación o tristeza que permite al terapeuta apoyar, animarlos y darles seguridad, la segunda parte es la llamada depresión preparatoria generalmente acompañada de culpa o vergüenza, pensar que no realice lo “suficiente” como es el caso de los cuidadores primarios esta se da en silencio, por lo que la indagación es necesaria para trabajar los supuestos “errores y fracasos” que podrían llevar al paciente a una depresión mayor. (Kübler-Ross, 2001)

- **Quinta Fase**

Aceptación. De acuerdo a Kübler-Ross (2001) Si el individuo ha tenido bastante tiempo para prepararse ante la pérdida, un ejemplo son los familiares de los pacientes oncológicos y se les ayuda a pasar por las anteriores fases llegara una fase final en donde su “destino” no le deprimirá ni enojé, incluso ya no existiría la envidia como en la fase de la ira.

Debido a que Kübler maneja un sentido humanista o fenomenológico de la muerte, la aceptación llega cuando las emociones se restablecen debido a que se tiene la certeza de que la muerte no existe, que el “ser” o espíritu está en otra dimensión; que vivía en esta vida en un cuerpo físico pero su existencia es permanente; no existe marcha atrás a lo acontecido, dándose una reestructuración cognitiva en donde se redefine roles, modificando habilidades personales para la

adaptación y puede vivir la vida sin sufrimiento innecesario, no se olvida la pérdida pero se aprende a vivir con este recuerdo, llorando al hacerlo, pero no paralizándonos en la vida cotidiana y encontrando un significado en ella.

2.4.2. Fases del Duelo de acuerdo a Parkes y Bowlby.

Colin Murray Parkes psiquiatra británico trabajó junto con el psicoanalista del mismo origen John Bowlby en sus teorías del apego y el proceso de comunicación humana, para la teoría interpersonal del duelo, por 13 años, juntos definieron las siguientes etapas (Bowlby, 1961 como se citó en Quintanar-Olguín y García-Reyes-Lira, 2010):

- ***Primera etapa.***

Impacto, entumecimiento y embotamiento. Es la fase temprana de intensa desesperación, es un estado de shock, no reactiva, en esta fase aparece fundamentalmente embotamiento afectivo, caracterizada por el aturdimiento, la negación, la cólera y la no aceptación, sentimientos de irrealidad (“no puede ser verdad”), incredulidad, etc. la cual puede durar un momento o varios días y la persona que experimenta el duelo, puede recaer en esta fase varias veces durante el proceso de duelo. Pueden semejarse a la negación antes descrita.

- ***Segunda etapa***

Anhelos y languidez. Es de intensa añoranza y de búsqueda de la persona fallecida caracterizada por inquietud física y pensamientos permanentes sobre el fallecido, dura varios meses o años, ya en una forma atenuada; son largos períodos de pena y anhelo intercalados con otros de ansiedad y tensión. Se pueden añadir a esta confusión emocional sentimientos de ira, auto reproches, baja autoestima y aturdimiento. La persona se puede sentir insegura y con la sensación de estar esperando cualquier desastre de un momento a otro.

- **Tercera etapa**

Desorganización y desesperación. Disminuye la intensidad emocional y aparecen amplios períodos de apatía y de desesperación. Todos los deseos se ven disminuidos y se prefiere no mirar al futuro. Puede aparecer aislamiento social y el doliente puede comportarse como si hubiese sido mutilado físicamente. En esta fase la realidad de la pérdida comienza a establecerse, la sensación de sentirse arrastrado por los acontecimientos es la dominante y la persona en duelo parece desarraigada e indiferente, suele padecer insomnio, experimentar la pérdida de peso y la sensación de que la vida ha perdido sentido. La persona en duelo revive continuamente los recuerdos del fallecido; la aceptación de que los recuerdos son sólo eso provocando una sensación de desconsuelo.

Parecido a la etapa de depresión citada por Kübler.

- **Cuarta Etapa.**

Reorganización y Recuperación. Es una etapa de reorganización en la que comienza a remitir los aspectos más dolorosamente agudos del duelo. El individuo empieza a experimentar la sensación de reincorporarse a la vida: La persona fallecida se recuerda ahora con una sensación combinada de alegría-tristeza, y se internaliza la imagen de la persona perdida. Primero se recupera el apetito por la comida. Los aniversarios suelen ser momentos de revivir el duelo, pero una vez pasan puede haber una mejora del humor y la energía. Aparecen otra vez, paulatinamente, las motivaciones, aquí podría ser de acuerdo a Kübler parte de la aceptación. (Parkes, como se citó en Tizón 2009).

2.5 Proceso de duelo normal o adaptativo

De acuerdo a O'Connor (2006, citado en Bustos 2013) el proceso de duelo normal o adaptativo puede darse en el siguiente tiempo:

1. Ruptura de hábitos (hasta 8 semanas)

En los cuales los dolientes se dedican a rituales y ceremonias. Los hábitos alimentarios y sueño se alteran. Hay dolor y miedo, intenso llanto, o confusión y negación. Idealización del ser querido fallecido.

2. Reconstrucción de la vida (2 a 12 meses).

Aunque difícil, hay nuevas rutinas, aprendiendo a vivir sin la presencia del ser querido, se lucha contra la recuperación. El dolor y llanto van disminuyendo pero hay crisis en fechas significativas.

3. Nuevos objetos de amor y amigos (transcurso del 2º. Año).

Como fase de resolución, en la que se toma conciencia de que su vida debe continuar, de que se es responsable de su felicidad. Aumenta la vida social, que se había alterado.

4. Terminación del reajuste (final del 2º. Año)

Aceptar lo pasado, vivir el presente y estar dispuesto a planear el futuro.
(pág. 8).

III. Enfoques Terapéuticos para Intervenir el Proceso de Duelo.

Uno de los principales motivos por los cuales se procedió a desarrollar este trabajo es debido a que los recién egresados en psicología y psicología a distancia no saben cómo proceder en la práctica clínica cuando llega a consulta una persona que está atravesando por un proceso de duelo y es necesario tener un documento en el que se pueda consultar la forma de intervención que pueden brindar a los usuarios que están en búsqueda de algún apoyo psicológico.

El objetivo de este trabajo fue recopilar y analizar información sobre el proceso de duelo por muerte desde el enfoque cognitivo conductual y la tanatología, el manuscrito ofrece una revisión documental de las formas de evaluación e intervención psicológica.

3.1 Tanatología

El Instituto Mexicano de Tanatología, (2008) “Define a la tanatología como el **estudio o tratado de la muerte**, se deriva de las raíces griegas *thánatos* que significa muerte y *logos* estudio o tratado” (pág. 14).

La tanatología estudia la muerte como el proceso de morir y la muerte misma. Este estudio interdisciplinario del moribundo y de la muerte en especial de las medidas para disminuir el sufrimiento físico y psicológico de los enfermos terminales, así como la aprensión y sentimientos de culpa y pérdida de los familiares.

De acuerdo a Bravo (2006) “la tanatología se define etimológicamente como la ciencia encargada de encontrar sentido al proceso de la muerte” (párr. 16), es decir dar razón a la esencia del fenómeno.

La tanatología ayuda a los pacientes terminales como a los familiares y allegados, desde el diagnóstico, en el proceso de enfermedad y posterior a la muerte. También se enfoca a cualquier pérdida significativa, siendo por ello un campo de acción muy amplio (Bravo 2006, pág. 10).

De acuerdo a Chavarría (2011)

Tanatología es una Ciencia y un Arte.

Es una ciencia:

Porque busca el conocimiento de las cosas por sus causas, basándose en la observación, descripción, investigación información y organización de todos los eventos que ocurren en una persona alrededor de su muerte.

Es un arte:

Ya que se requiere de creatividad y sensibilidad para identificar las necesidades del paciente terminal, del paciente moribundo y las de su familia. (pág. 15).

3.1.1 Modelos teóricos aplicados en la Tanatología

Debido a que el estudio tanatológico inicio con la muerte, el principal paradigma que se utilizaba era el bio-médico, sin embargo este fue en desuso debido a que no cubría la parte filosófica, metafísica y espiritual, que se encontraban vinculados con la enfermedad y la muerte, surgiendo paradigmas emergentes que cubrieran las necesidades bio-psico-sociales y emocionales, por lo que se iniciaron nuevos enfoques, los cuales utiliza actualmente la tanatología (Pino, n. d. cómo se citó en Morales, Quintero y Pérez, 2011).

a) Logoterapia

La tanatología en específico utiliza mucho la logoterapia de Viktor Frankl después de su experiencia en campos de concentración, preguntaba a sus compañeros sobre su sentir y estos afirmaban *“No nos gusta hablar de la experiencia, los que estuvieron dentro no necesitan de estas explicaciones y los demás no entenderían ni cómo nos sentimos entonces, ni cómo nos sentimos ahora”* (Morales, Quintero & Pérez 2011) a partir de ello este psiquiatra se da cuenta que mientras no se hable y se desconozca las experiencias desagradables, entre ellas la muerte, surge una neurosis noógena que es la incapacidad de las personas para encontrar significado y sentido de responsabilidad en la propia existencia, así sea muy difícil la experiencia que pasamos, se necesita valor para contar las experiencias desagradables, pero se necesita más valor entonces para resignificar.

De acuerdo a Chavarría (2011) La logoterapia es entonces una filosofía de vida la cual considera que la principal fuerza motivacional del ser humano es la búsqueda del sentido, esta psicoterapia que se utiliza en la tanatología incluye y reincorpora la dimensión esencial humana o espiritual, rehumanizando la intervención psicológica, ayudando a restablecer la salud mental integral de las personas a través de encontrar el sentido de la vida, por lo tanto ayuda a las personas que no quieren vivir, pero que no quieren morir y aquellas que han perdido al ser amado, porque se estudia el sentido de la vida y de la propia muerte. Esta relación de tanatología y logoterapia es fecunda

pues el sentido no se inventa si no que se descubre, y se trabaja con las dimensiones sanas del espíritu, de lo que no muere y se descubre a través del dolor (pág. 115)

De acuerdo a Chavarría (2011) el bien morir es *“estar dispuesto con humildad a despedirse de la vida, entregar la existencia que nos fue dada, sin rencores, ni arrepentimiento, sin culpa y sin dolor”* (pág. 122), en la vida encontramos el significado de la existencia y en la muerte hallamos el sentido de esta, el dolor del duelo por muerte fortalece finalmente si se trabaja desde este enfoque, no se opone a pasar por la rabia, solo así se sana, se puede superar con creatividad, pues si se pone resistencia a este llega el sufrimiento que puede durar largo tiempo porque es opcional hasta inconscientemente.

“A un hombre le pueden robar todo, menos una cosa: la elección de su actitud ante cualquier tipo de circunstancia”

Viktor Frankl.

b) Gestal

De acuerdo a Descalzo (2008) este modelo insertado al paradigma holístico, de la psicología humanista entiende al ser humano como un compendio de cinco grandes dimensiones: mental, física, emocional, relacional-social y espiritual, desde el respeto de comprensión de cada persona, en el caso de esta ultima las persona lo vinculan a la religión, para otras no y es necesario humanizar, ayudando a entender su entorno, que interaccione con el entorno de una manera viva, global, integradora, creativa, honesta, sensitiva y respetuosamente.

La aflicción y el dolor ante las pérdidas importantes, son erróneamente tratados, bloqueando el potencial de crecimiento en las personas y si se elabora bien un duelo incrementa las fortalezas de afrontamiento en el presente y futuro, es de este modo que la Gestal beneficia a las personas con duelo (Plaxats, 2001,

como se citó en Descalzo, 2008, pág. 30) uno de los temas que más se aborda son los asuntos inconclusos, no resolviendo emociones, haciendo del duelo una experiencia incompleta, que nos inhibe de la oportunidad de pasar a otras experiencias de vida. Dentro de los experimentos Gestálticos está facilitar el proceso del llanto y tratar los asuntos inconclusos, con la técnica más utilizada que es “la silla vacía”.

c) Humanismo

De acuerdo a Gutiérrez (2015) el humanismo tiene un agrupamiento ecléctico de psicólogos que defienden diferentes interpretaciones de la personalidad, uno de sus representantes es Carl Rogers con su terapia centrada en el cliente, plantea *“el individuo tiene la capacidad suficiente para manejar en forma constructiva todos los aspectos de su vida que potencialmente puedan ser reconocidos en la consciencia”* (pág. 1) en la cual el terapeuta no actúa como científico, ni médico, sino como una persona trata a otra persona, siendo comprensivo, tolerante, respetuoso y que acepte a su cliente desde su propia experiencia subjetiva en el duelo y a partir de eso que el propio ser humano reconstruya su experiencia, donde el matiz de la esperanza, la espiritualidad y la psicología, permitan pensar en la muerte como un cambio de forma, de energía que permita visualizar elementos positivos de esta experiencia, que el paciente reflexione, que cada persona procesa y vive de forma distinta, por lo que la terapia no es directiva, viviendo el aquí y el ahora, recuperando la experiencias desde la reflexión y actualización de sus conceptos de muerte, espiritualidad, análisis de sentimientos, pensamientos, emociones y evaluar los avances en el proceso.

Esto nos lleva entonces al otro enfoque que también se utiliza pero menos.

d) Constructivista

De acuerdo a Bustos (2013) este enfoque es muy valioso en la tanatología pues plantea que *“nuestro mundo es producto de la interacción humana con estímulos naturales y sociales, los cuales se procesan desde las operaciones mentales las cuales tiene función adaptativa y al servicio de la vida”* (pág. 9).

De acuerdo a Neimeyer, (n.d. como se citó Bustos 2013, p 41) *“La forma en que mantenemos relaciones con los vivos influirá en el proceso de muerte y duelo”*, este autor menciona no estar de acuerdo con las fases de los duelos, pues las técnicas que más sirven para afrontar el duelo serían:

- a) Dibujo del apego.
- b) Estilos de Afrontamiento.

3.1.2 Evaluación en la tanatología

De acuerdo a Suarez y Franco (2012) los instrumentos de evaluación que se utiliza en la tanatología es la siguiente.

- Entrevista libre, indagando estado emocional y físico
- Observación.
- Realizar Historial de pérdidas y relaciones desde las más tempranas hasta la actualidad.
- Índice de riesgo de duelo.
- Familiograma: que haga comprender la función social del fallecido.

De acuerdo con Frausto, Medina y González (2014) la estrategias de evaluación e intervención psicológica para niños y jóvenes debe iniciar desde informar sobre la pérdida, para permitir que estos conozcan y vivan el duelo, que no se les aíslen, es necesario conocer las edades de estos y la relación a la vivencia de la muerte. A continuación se describen algunas edades:

a) De uno hasta tres años. No se ha formado una idea o concepto de la muerte, normalmente entienden la muerte como algo reversible, temporal e impersonal.

b) De cinco y nueve años. La mayoría de los niños comienzan a darse cuenta de que la muerte es algo definitivo y que todos los seres vivos se mueren, pero todavía no perciben la muerte como algo personal.

c) **De ocho años a la adolescencia.** Los chicos comienzan a asimilar que la muerte es el final de la vida y es algo inevitable.

La **evaluación** inicia en los niños:

- Conociendo el auto concepto.
- Identificación de emociones
- Identificación y asimilación de pérdidas

3.1.3 Técnicas de Intervención en tanatología

Se revisaron cinco investigaciones, a fin de conocer las técnicas de intervención, que se utilizan en la actualidad en la tanatología.

Descripción de intervención de acuerdo al el Instituto Mexicano de Tanatología (2008)

Menciona que la labor tanatología se centra en el bien morir, es decir una muerte digna. Sus objetivos dependen de cada caso, es decir, de las necesidades del usuario y de las circunstancias en la que se encuentra. Comprende tres actividades principales que se mencionan a continuación, y que en ocasiones es difícil diferenciarlas en la práctica, pues se combinan y se apoyan unas con otras.

Apoyo: Consiste en la realización de actividades que propicien tranquilidad y bienestar físico y emocional del enfermo y a la familia este puede ser tan variado como las necesidades de la persona.

Acompañamiento: Esta actividad consiste en estar con el enfermo o la familia aun en las actitudes pasivas, quien realiza esta actividad está aportando al moribundo la tranquilidad de no estar solo.

Consejería: Proceso de corto tiempo donde el intercambio de ideas, experiencias y emociones entre dos o más personas despierte la consciencia, donde se escucha y se cuestiona al usuario a fin de que el mismo encuentre sus propias respuestas, para que acepte la perdida de la propia vida o la de un ser querido, aceptando y asumiendo un papel activo en el proceso de muerte y duelo. (p.17)

Por todo lo referido anteriormente podemos llegar a la conclusión que la terapia tanatológica puede intervenir no solo en personas antes de morir sino también en familiares, pero solo a partir de las tres actividades principales antes mencionadas, por lo que se concluye que es en duelos normativos, pues aquí no nos hablan de trastornos conductuales, neuróticos o psicóticos.

Por lo tanto la intervención puede iniciarse incluso antes del duelo por pérdida, como sería el duelo anticipado e inmediatamente después del deceso del ser querido.

Descripción de intervenciones de Suarez y Franco (2012).

Suarez y Franco (2012) mencionan que el “duelo por muerte inesperada” el trabajo tanatológico se puede conjugar efectivamente con el trabajo clínico, en beneficio de la restructuración psicoemocional de los paciente con proceso de duelo, pues en casos de las muertes inesperadas nos abstrae de la realidad, por lo que la intervención es compleja, esta debe tener un objetivo planeado,

dependerá de la previa evaluación; estos autores retoman la intervención desde los tres niveles ya antes mencionados:

Apoyo: el objetivo es realizar actividades que el paciente requiera.

Acompañamiento: se busca contener, escuchar y validar las emociones del paciente y empatizar.

Consejería: brindando información necesaria, elaborar alternativas de comportamiento, analizando sentimientos y emociones conflictivos para la persona, buscando alternativas, indagar la forma e historia de la pérdida, relación, sentimientos y emociones., es en ese nivel donde se interviene, donde todo lo trabajado es confidencial, ético y no directivo, con respeto y orientado al proceso personal del usuario. se abordan cuatro casos los cuales solo diferenciaremos la forma y tipo de duelo, el participante, los síntomas atendidos y resultados, ya que todos recibieron en otra forma las técnicas

A continuación se presentan tres **casos clínicos** que se describen en este artículo, como ejemplo de esta intervención tanatológica.

Caso 1. Suarez y Franco (2012).

Forma y tipo de duelo. Complicado, inesperado y postergado por muerte súbita del Padre, el cual cae del techo, el niño estaba presente en el accidente, cuando tenía cuatro años, él veía la muerte como reversible, a los siete años se da cuenta que es irreversible, iniciando con sintomatología, pues no estuvo presente en el funeral de su padre por lo que no se despide.

Participante. Hombre de 10 años de edad, estudiante de 4° año de primaria, vive con su madre, dos hermanas, dos sobrinos y un cuñado

Síntomas atendidos. Problemas de conducta, bajo rendimiento escolar, enuresis desde hace cuatro años, pesadillas, enojo, tristeza, llanto, miedo pensamiento de deseos de ver al padre.

Técnicas y estrategias.

- **Educación sobre muerte y duelo.** A fin que el infante comprendiera, la situación vivida.
- **Lenguaje evocador.** Es la utilización de las palabras correctas para afrontar la pérdida.
- **Elaboración de dibujos.** De la familia para indagar relación entre ellos y alguna otra situación que él quiera manifestar, sirve para indagar.
- **Lecturas y vídeos.** Estos materiales se pueden utilizar para que los paciente los utilicen en su casa, como actividad terapéutica, sobre el conocimiento del proceso de muerte y duelo, se dirige principalmente a los niños, sugerencias
- Libros: “Vuela, mariposa, vuela” Autor: Lydia Giménez Llort.
- Vídeo: “Quien movió mi queso” Autor. Spencer Jonhson.
- **Implementación de Rituales.** Que sirven para despedir a la persona fallecida, concretando el hecho de que murió.
- **Viaje imaginario.** Para que se reencontrara con la figura paterna y despedirse.
- **Duración de terapia.** 10 sesiones, entre 45-60 minutos.
- **Resultados.** Satisfactorios, con remisión de la mayoría de síntomas.

Caso 2. Suarez y Franco (2012)

Forma y Tipo de Duelo. Normal, inesperado a pesar de que su hermano tenía Cirrosis Hepática a causa de alcoholismo.

Participante. Mujer, de 26 años, Soltera, católica, trabajadora en taller de serigrafía, vive con una hermana, cuñado y tres sobrinos en la casa que su padre les dejó antes de morir, madre se muda con su actual pareja.

Síntomas atendidos. Nudo en la garganta, que le impide pasar saliva, gastritis, tristeza, llanto, sueños recurrentes donde el hermano regresa, culpa y enojo.

Técnicas y estrategias.

- **Educación sobre muerte y duelo y elaboración de sus propias fases.** A fin que comprendiera el proceso e identificará sus fases.
- **Utilización de libros.** Para sensibilizarla y que obtuviera una idea distinta a la preconcebida, no considerando a la muerte como final de la existencia
- **Video y libro:** “La muerte un amanecer” Autor: Elisabeth Kübler-Ross.
- **Reestructuración emocional.** Ayudar a la recuperación emocional y tener un enfoque distinto de la muerte.
- **Imaginación guiada.** De la persona fallecida, o evento a elaborar, con los ojos cerrados o abiertos, motivando a que exprese sus emociones y sentimientos, si el paciente teme entrar en crisis se suspende este, se inicia con alguna técnica de relajación respiratoria, el poder no viene de la imaginación, si no de estar en el presente hablando con la persona, en vez de hablar de esta.
- **Rituales:** A fin de conservar el luto como manifestación social, que puede reconfortar.

Duración de Terapia. 12 sesiones, de 45-60 minutos cada una.

Resultados: Satisfactorios.

Caso 3. Suarez y Franco (2012).

Forma y Tipo de Duelo. Normativo con indicios de iniciar a ser Complicado, e inesperado por muerte de su hijo por accidente de caída de una escalera, el

cual vivía con ella y su nuera, era el único apoyo con el que ella contaba, relación disfuncional con los otros hijos.

Participante. Mujer, de 56 años, divorciada, católica, bajos recursos, tres hijos vivos que viven aparte, ella vive sola.

Síntomas atendidos. Tristeza, llanto, enojo hacia el esposo por el pensamiento de : “tuvo la culpa, estaba con su hijo y no lo cuidó” “ rumiación de la idea de que: “quizás lo mataron para quedarse con la casa, “como murió quiero, comprender como sucedió todo”; enojo hacia el propio hijo que era arquitecto pensamientos de: “no te cuidaste”, “¿porque jugaste con tu vida?”; trastorno del sueño, regresión verbal de la infancia de su hijo, llamándole y refiriéndose a él en diminutivo; rencor, confusión en la percepción de la realidad, mezcla pasado, presente, futuro, culpa propia.

Técnicas y estrategias.

- **Narraciones en Diario personal:** Para que exprese sus emociones.
- **Utilización de Vídeo y libro.** Para sensibilizarla y que obtuviera una idea distinta a la preconcebida, no considerando a la muerte como final de la existencia
- **Video y libro:** “La muerte un amanecer” Autor: Elisabeth Kübler-Ross.
- **Técnicas de relajación.** Para controlar estrés post traumático

Duración de Terapia. No especifica.

Resultados: Insatisfactorios, no se avanza en la terapia.

Técnicas de tanatología recomendadas en este artículo

- **Lenguaje evocador.** Es la utilización de las palabras correctas para afrontar la pérdida, ejemplo evitar decir: “perdiste a tu hijo” decir: “tu hijo murió” a fin de generar consciencia de la realidad.

- **Uso de Símbolos.** Solicitar fotos u objetos que evoquen al fallecido y que permita no solo conocer a la persona, sino que facilite al paciente conectarse con emociones e ir reconociendo estas, incluso facilitan la expresión sobre el concepto del fallecido.
- **Escribir:** Se pueden realizar cartas, que permitan expresar sentimientos y emociones de lo que le quiera decir la persona y despedirse en el momento del cierre; los diarios sirven para ir conociendo la evolución diaria del paciente sus emociones, conductas y pensamientos,
- **Anecdotarios de Duelos.** Estos sirven para recordar sucesos de antiguos duelos, reconocer la existencia de las personas, su pérdida y como confrontar estas emociones reconociendo parte de las actuales.
- **Role Playing.** Esta sirve para recrear alguna situación conflictiva o que se teman y que necesiten ser afrontada para trabajarla, desarrollando habilidades de expresión y reconocer emociones.
- **Reestructuración cognitiva.** Detectar pensamientos encubiertos y contrastarlos con la realidad, para que pueda darse cuenta de las generalizaciones o pensamientos irracionales.
- **Libro de recuerdo.** Realizar historias sobre acontecimientos familiares con la persona fallecida, colocar fotografías, poemas, canciones representativas, dibujos, que ayudan a elaborar el duelo con una imagen real de la persona, puede realizarse en familia y esta sugerida como actividad que apoye a los niños y enseñar que podemos seguir “teniendo” lo que “hemos perdido” pero transformado en recuerdos, inspiración, influencia y significados incorporándolos a nuestra, vida como una relación transformada y perdurables de las personas significativas y la comprensión del concepto de la muerte.

Descripción de intervención de Pérez (2016)

La intervención en el duelo desde la psicoterapia humanista y tanatológica, en específico con logoterapia de Viktor Frank menciona que el sufrimiento refiriéndose al duelo como *“un aspecto de la vida que no puede erradicarse, como no pueden apartarse el destino o la muerte, sin ellos la vida no es completa”*(pág. 4), deja en claro que el dolor que se siente al perder un ser querido no puede evitarse, y que cada ser humano debe vivir el proceso, para crecer, pues experimentando todas las emociones del duelo, lo hará más fuerte y tendrá mayor capacidad de afrontamiento frente a nuevas experiencias, pues mediante el sufrimiento el ser humano adquiere la oportunidad de mejorar su vida, generando consciencia y responsabilidad de su propia vida y hacer algo por ella.

Caso 4. Pérez (2016).

Tipo de Duelo: Normal.

Participante. Recomendación para todas las personas, que están en procesos de duelo.

Síntomas atendidos. Todos los de la fase de duelo

Técnicas en tanatología

- **Clarificación.** Es necesaria para saber y entender que sucede, sobre todo en las primeras fases en donde reina la confusión, aquí el diálogo socrático que nos permite la expresión de lo sucedido de forma clara y sincera en donde el terapeuta escucha y agrega para esclarecer los acontecimientos, permite entender claramente las emociones y sentimientos de la persona, haciendo sentir a la persona la escucha y comprensión necesaria que llevar a trabajar prácticamente todos los temas, para dejar claro los sucesos se emplea:

- **Asignar el nombre a la vivencia.** Explica o invita a ponerle nombre a la crisis: es decir duelo, la cual es un proceso temporal, el cual generara un crecimiento personal.
- **Reflexión e Introspección.** El paciente debe comprender sus sentimientos para comprenderlos y generar nuevas posibilidades de abordar el sufrimiento.
- **Experimentar la soledad.** Se sugiere tener espacios para reflexionar, manteniendo redes de apoyo en caso de crisis.
- **Recursos del paciente.** Se potencializan los recursos, habilidades y talentos del paciente.
- **Focalización del presente.** Es necesario dejar sufrir las emociones y sentimientos del presente para que surja el proceso de aceptación.
- **Darse cuenta.** Tener en cuenta que en la vida se sufren pérdidas, son momentos dolorosos, pero se generan ganancias para la vida si se trabaja adecuadamente el proceso.
- **Para expresión y manejo de sentimientos.** Se utiliza diferentes técnicas para la avalancha de emociones surgidas y hasta desconocidas, esto sorprende y confunde a la persona, pues surge agobio y hasta despersonalización, temiendo perder la cordura, por eso es necesario desahogar el caos emocional, y que en ocasiones desde las creencias aprendidas en la familia y cultura nos reprime e interfieren en el proceso normal del duelo, no permitiendo el equilibrio emocional, por lo que las **técnicas** que permiten conocer estas emociones y trabajarlas son las siguientes:
 - **Lenguaje Evocativo.** El uso de palabras adecuadas que permitan evocar el sentimiento ayuda a procesar mejor el dolor causado por el fallecimiento.
 - **Uso de símbolos.** Fotos, cartas y audios permiten que se tenga claridad que quien fue el ser fallecido, haciendo que el paciente habló con él, en lugar de él.

- **Escritura.** El uso de palabras reconfortan y ayudan a resolver conflictos no concluidos.
- **Actuación.** Permite la expresión de situaciones, generando habilidades para comportarse ante eventos y concluir algunas tareas como escritura.
- **Uso de Metáforas.** Es utilizada para bajar el nivel de resistencia debido al dolor y confrontar directamente los sentimientos que rodean la muerte.
- Otra intervención humanista es la terapia Gestálica, comprende el duelo como proceso y que necesita ser elaborado para permitir pasar a otro asunto y cerrar situaciones inconclusas y continuar la vida, mediante estas técnicas:
- **Relación diagonal.** Empatía para afrontar la problemática.
- **Método Fenomenológico.** Permitir vivir al paciente experiencias de manera subjetiva.
- **Teoría paradójica del cambio.** Reconocer mecanismos de defensa como la negación, dónde se debe llevar al paciente a que se dé cuenta de la realidad, para un cambio.
- **Autorregulación Orgásmica.** Buscar el equilibrio que continuamente es perturbado por las necesidades.
- **Ajuste recreativo.** Invitar o buscar formas para retomar la relación del entorno, para mejorar sus condiciones de bienestar.
- **Experimentos gestálicos.** Como silla vacía para situaciones inconclusas.
- **Expresión de lo simbólico, intuitivo y no consciente.** Se puede incluir técnicas de expresiones artísticas, literarias, narrativas, corporales.
- **Relajación y entrenamiento asertivo.** Para mantener reguladas las emociones y adecuada comunicación en el entorno.

Duración de la Terapia y resultados: No especifican

Descripción de intervención de Espinosa (2011)

La intervención tanatológica en niños debe ser bastante clara y literal en los hechos que sucedieron si el niño solicita la información, ellos deben acudir al funeral e iniciar el conocimiento de la muerte, así como iniciar su propio duelo, para romper con los tabúes de la sociedad; no es sano aislar a los niños durante estos procesos e informarlos adecuadamente, pues en nuestra sociedad se les mal informa, lo cual solo causa poca concordancia en las respuestas que obtiene y las reacciones emocionales que ven en su familia, frente a la muerte.

Este estudio de caso en particular, todo el proceso de intervención tanatológica, parte únicamente de las propias experiencias del niño, por la necesidad de una “ciencia emergente” en donde existe la necesidad de nuevos temas que nos lleve a una comprensión del pensamiento del niño y que sea de corte cualitativo, por lo cual no se solicitaron las referencias de la madre a fin de saber cómo se vive desde la perspectiva infantil.

“El niño percibe el clima emocional y se da cuenta cuando la familia está en crisis; el niño necesita saber que aunque los adultos estén tristes ahora, esto pasará; necesita escuchar que los adultos seguirán con su cariño y su amor al niño durante los duelos, pues sus padres o cuidadores son su mundo inmediato. Estamos descubriendo que los niños son más capaces de soportar la tensión asociada con la muerte que la tensión asociada con el misterio y el abandono implicados en el resultante vacío silencioso.” (Fleming & Holland cómo se citó en Espinosa, 2009, pág. 20)

“La capacidad para reaccionar ante la pérdida de modo tal que con el correr del tiempo se puedan reanudar las relaciones personales se desarrolla con mucha lentitud durante la niñez y la adolescencia” (Bolby cómo se citó en Espinosa, 2009, p.13) Es decir es importante la intervención oportuna para que el proceso de duelo, tenga el tiempo suficiente de elaborarse y no impacte en el futuro del niño y en las relaciones interpersonales.

Caso 5. Espinosa (2011).

Tipo de Duelo: Normal, inesperado, de tía con fuerte vínculo, que fallece por accidente automovilístico, la niña ignora los hechos del accidente, pero participa en ritos funerarios, pero le impiden ver a su tía en el ataúd.

Participante: Mujer de 10 años, católica, estudiante de primaria,

Síntomas atendidos: Confusión del evento, enojo, tristeza y llanto

Técnica en Tanatología.

- **Relajación y entrenamiento asertivo.** Para mantener reguladas las emociones y adecuada comunicación en el entorno.
- **Lenguaje evocador.** Para dejar en claro el fallecimiento de su familiar.
- **Uso de Dibujo.** Sin corte riguroso de los test psicométricos, solo para indagar sucesos representativos que el niño quiera mostrar, y dará significado, como enojo, en el caso de que se les mintiera y ocultaran hechos, o importancia familiar.
- **Películas.** Con la finalidad de comprender el proceso de muerte y significados, simbolismos y manifestar creencias que permitan evolucionar el duelo.

Película "El Viaje de Chihiro Director: Hayao Miyazaki.

Duración de la Terapia. Siete sesiones, tiempo no menciona.

Resultados: Inconclusos, porque sigue el proceso normal del duelo, pues se inició tempranamente la intervención.

3.2 Enfoque Cognitivo Conductual

De acuerdo a Ruiz y Villalobos (2012) la terapia cognitivo conductual ha ido cambiando a lo largo de las décadas y se ha ido enriqueciendo con técnicas basadas principalmente en la psicología cognitiva y conductista, el papel relevante que tiene el aprendizaje social y sobre todo hoy en el valor de las emociones que de no ser objetivas causan en el individuo un sentido de infelicidad.

La terapia cognitivo conductual evalúa el sistema de creencias asociado en cuanto a lo trascendental del ser humano, clasificándolo de la siguiente manera: ideología o conceptual, valorativos, motivacionales, superiores y constructivos en el esquema superior es necesario la evaluación durante los duelos y más cuando existe evidencia de cuestionamientos existenciales muy presente en las pérdidas físicas pues se cuestiona todo el sistema de creencias en cuanto a la vida y la muerte desde sus valores hasta su fe, por lo tanto el indagar sobre el pensamiento nos llevará a establecer las causas de la conducta de las personas durante este proceso (Riso n.d. como se citó en Carmona, 2009, párr.5)

Se necesitan por lo tanto la integración de técnicas para la modificación de la conducta basada principalmente en el cambio cognitivo de cada individuo, operando entonces en la conducta, los pensamientos, las emociones y las respuestas fisiológicas del usuario.

Las terapia cognitivo conductual posee estudios científicos que avalan los resultados tanto en los procesos de adaptación normal como en crisis, así como el tratamiento efectivo en la prevención e intervención de trastornos mentales, podemos referir y aseverar que la terapia cognitivo conductual puede intervenir si es requerida tanto en duelos normativos, como en los duelos patológicos o complicados.

3.2.1 Visión del Duelo como proceso Cognitivo Conductual.

De acuerdo a Centeno (2013) desde la terapia Cognitivo conductual este proceso, es un conjunto de representaciones mentales (cognitivas y emocionales) y de conductas vinculadas a la pérdida afectiva, en donde se aplican todas las experiencias psicológicas y psicosociales para afrontar la elaboración de pérdida, que no es otra cosa que el proceso del duelo. Este proceso evolutivo, es una respuesta emocional desestabilizadora de adaptación natural que permitirá al final reencontrar el equilibrio que se ha roto por la pérdida.

Según Carmona (2001) “Desde el punto de vista conductual el duelo consiste en un patrón de respuestas psicológicas y fisiológicas que continúan luego de vivir la pérdida de un objeto o sujeto con alto valor afectivo y funcional” (p. 4)

De acuerdo con Riso (2006, como se citó en Carmona 2001) *“La Terapia Cognitivo Conductual (TCC), contempla la necesidad de evaluar el sistema de creencias asociado a la dimensión trascendente del ser humano”*. Los cuales son: ideológicos o conceptuales, valorativos, motivacionales superiores y constructivos.

El duelo se complementaría, por tanto, cuando ya somos capaces de recordar lo perdido sintiendo poco o ningún dolor (Bucay, como se citó en Centeno, 2013).

Tabla 2

Tabla de Características del duelo de acuerdo con Centeno (2013).

Característica	Descripción
Es un proceso	Es un proceso que evoluciona a través del tiempo y del espacio, aunque cuando una persona vive la pérdida, tiene la sensación de que el mundo se paraliza y que siempre se quedara así.
Es normal	Es algo que se vive a lo largo de su vida, como reacción de una pérdida significativa, aunque la forma de afrontarlo puede ser diferente.

Es dinámico	La persona experimenta el cambio a lo largo del tiempo como oscilaciones en el cambio de humor, como malestar y bienestar, es decir situaciones nada estable, sin que esto suponga que se hace retroceso o avance en el duelo.
Depende del reconocimiento social	Cuando existe una muerte tanto la persona como su entorno reciben el impacto, iniciando un proceso individual y colectivo, requiriendo por lo tanto el reconocimiento social explícito para elaborar el proceso de duelo con normatividad.
Es íntimo	El componente individual que se desencadena en la situación de pérdida posibilita el desarrollar reacciones propias y diferentes de las otras personas que han vivido situaciones parecidas, de manera que lo que se ha aprendido a lo largo de la vida y las propias creencias ante la muerte u otra pérdida influye directamente en la elaboración del proceso.
Es social	Las pérdidas se manifiestan socialmente a través de rituales establecidos en cada cultura, por lo tanto sentirse acompañado en estos actos es una forma de recibir de los otros el soporte y la estima, lo cual ayuda a la elaboración del duelo, pues la presión que ejerza el entorno puede dificultarlo, pues en ocasiones se empuja a la persona hacia la rápida aceptación de la nueva situación y se retome lo más pronto posible las actividades propuestas por esta situación de pérdida.
Es activo:	La persona tiene un papel activo en la elaboración de la pérdida, porque ha de tomar decisiones que le permitan otorgar el significado de esta con todo lo que implica: la renuncia para ir reconduciendo el vacío que ha dejado la pérdida y seguir viviendo.

Fuente: (Herrero y Poch, 2003 como se citó en Centeno, 2013, p. 58)

La muerte de una persona se vive entonces de manera diferente, no sólo por las diferencias individuales, sino también por la forma de muerte, como puede ser el suicidio, tipo de apego con el fallecido, ciclo de vida en que estaba, el factor de

enfermedades y roles sociales, por eso la reacción en cada persona es distinta en cada pérdida.

3.2.2 ¿Cuándo debe iniciarse una evaluación psicológica?

De acuerdo a las recomendaciones citadas en Fauré (n.d. como se citó en Gómez, 2007).

1. No debe ser antes de los tres meses, pues debe ser un proceso adaptativo.
2. Cuando persistan los trastornos de sueño y alimentación después de seis meses o antes si ponen en riesgo la vida del paciente.
3. Cuando la persona tenga la necesidad de hacer esta gestión
4. Invalidación del sujeto a su vida diaria.
5. Preocupación de la rememorización del muerto.
6. Aislamiento y disfuncionalidad social.
7. Apatía intensa.
8. Sentimientos globales y persistentes de culpa.
9. Tristeza o melancolía intensa que pueda darnos datos de inicio de depresión clínica.
10. Pensamientos e ideas suicidas.

11. Algún cuadro psicótico que se desencadeno a raíz del duelo.
12. Cambios radicales en la vida del usuario y actividades asociadas al fallecido.
13. Falsa euforia.
14. Dolor intenso recuerdo de la persona cuando han pasado meses o años.
15. Cuando la persona piensa que no ha tenido asistencia durante este proceso, existiendo evidencia contra eso: asistencia médica, familiar, etc.
16. Problemas en la salud física, como en la presión arterial, dolor en el pecho, úlceras o estrés.
17. Medicación por trastorno del sueño o inicio de trastorno de ansiedad posterior al duelo sin comorbilidad previa y sin autorización médica.
18. Aumento en el consumo de alcohol y drogas.
19. Compulsión por imitar a la persona fallecida.

20. Reacciones emocionales intensas ante situaciones poco relevantes: miedo, gritos, llanto, etc.
21. No querer desprenderse de ningún objeto de la persona, después de un largo tiempo.
22. No permitir cambios en los objetos de la vivienda y recamara de la persona fallecida (Debe continuar tal y como las dejaron).
23. Impulsos destructivos como autolesiones.
24. Desarrollo de síntomas físicos de la persona fallecida sobre todo en los aniversarios de algún evento significativo que compartía o eran del fallecido.
25. Fobia respecto a ciertas enfermedades en relación a la muerte de la persona que falleció como ataques al corazón, cáncer etc.
26. Conductas de los usuarios relacionadas a la persona fallecida como si aún viviera. Llamarle, planchar su ropa etc. (p. 151).

3.2.3 Evaluación e Instrumentos en psicología cognitivo conductual

De acuerdo a Barreto, De la Torre y Pérez (2012) la evaluación deben contener los siguientes elementos.

- **Entrevista libre**
 - a) Indagar en los factores de la historia familiar y personal
 - b) Indagar sobre factores psicosociales
 - c) Vínculos y significados de la persona fallecida
 - d) Historia de pérdidas o duelos por muerte previos que puedan darnos hasta indicios de duelos no resueltos o retardados y que quizás tengan que ver con el estado actual del paciente.
 - e) Indagar el Estado físico y emocional.
 - f) Recursos personales de afrontamiento y adaptación en crisis.
 - g) Redes de Apoyo.
 - h) Sociedad, cultura, religión y espiritualidad.
- **Genograma.**
- **Observaciones**
- **Autoinformes**
- **Aplicación de Instrumentos e Inventarios seleccionados**

Instrumentos de Evaluación

Se realizó la investigación de los siguientes seis artículos a fin de conocer los instrumentos, que se utilizan en la actualidad en el ámbito clínico, con validez y confiabilidad, algunos son estandarizados y adaptados a la población mexicana.

Descripción de Evaluación de Ornelas (2016)

De acuerdo a Ornelas (2016) en el Duelo complicado existe una dificultad extrema al proceso adaptativo manifestándose síntomas psicopatológicos que se

exacerban y se prolongan, afectándose la salud física y emocional, como se cita en esta investigación, mencionan que los **síntomas del duelo normativo y complicado son similares en los primeros seis meses**, pero después de este lapso, se llega a una aceptación en los primeros mientras que los segundos se prolongan dos años o más. (El Jawahri y Prigerson, 2006; Maercker y Lalor 2012)

Este autor nos menciona que estas situaciones estresantes obran como detonadores de respuestas adaptativas situándolo de tal manera que son estrategias de afrontamiento que ayudan en los procesos cognitivos y conductuales que han desbordado los recursos individuales haciendo que el sujeto tenga un papel activo en resignificar las experiencias estresantes, por lo que el proceso de afrontamiento se torna dual, generando mecanismos orientados hacia la pérdida y elaboración de la muerte y los orientados a la restauración, se debe oscilar entre estos dos mecanismos pues el duelo complicado pone su atención en la pérdida y los que ponen atención en el mecanismo de restauración pueden desarrollar duelos inhibido, ausente o pospuesto es por eso que el propone evaluar con:

- **Cuestionario de Estrategias de Afrontamiento.**

En cuanto a la resiliencia la definen como la *“capacidad de las personas para desarrollarse psicológicamente sanas y exitosas, a pesar de estar expuestas a situaciones adversas que amenazan su integridad”* (Rutter, 1993, pág. 627) mencionado en esta investigación, es también entendida como ausencia de distrés emocional y fortaleza psíquica, por lo tanto se considera también importante indagar en este rubro proponiéndose evaluar mediante el instrumento:

- **Escala de Resiliencia para Mexicanos (RE-SI-M)**

Por ultimo este artículo propone evaluar el duelo como tal con el instrumento de:

- **Inventario de Duelo Complicado- revisado (IDC-R)**

Descripción de Evaluación de Limonero, Lacasta, García, Maté y Prigerson, (2009)

De acuerdo a Romero (2013) Prigerson ha sido una de los autores que ha liderado un amplio estudio dirigido a la validación de criterios fiables en los procedimientos de evaluación. Una de sus aportaciones más relevantes destaca, la elaboración del Inventario de Duelo Complicado (IDC) que ha sido ampliamente utilizado como herramienta de evaluación. Su trabajo ha ido dirigido hacia la descripción y conocimiento de los criterios de riesgo que pueden presentarse, al estudio de su naturaleza y etiología, así como de las consecuencias físicas y emocionales que pueden desencadenar la complicación del proceso de duelo este autor propone la terapias con orientación cognitivo-conductual pues algunos estudios sugieren que los usuarios con criterio de alto riesgo de “dolor traumático” se beneficiaban más de la efectividad de esos tratamientos.

Prigerson, Limonero, y Lacasta (2009) realizaron una investigación con su propio Inventario; esta artículo menciona que el duelo se puede prolongar y complicar en el tiempo añadiendo aún más sufrimiento por lo que es necesaria la evaluación psicológica adecuada con instrumentos prácticos y sencillos adaptados al castellano que sean fáciles de administrar en la práctica clínica diaria, el objetivo de este investigación no fue solo adaptar el instrumento que más se utiliza en esta área el cual arroja adecuadas propiedades psicométricas similares al original, con adecuada consistencia interna y estabilidad temporal, si no que permite indagar y distinguir las reacciones normales de duelos complicados, facilitando la planificación de las intervenciones de los deudos en este proceso. El punto de corte para un duelo patológico es a partir de los 25 puntos. Este autor actualiza al castellano este inventario, aplicándolo a personas después de un mes de su pérdida, mayores de 18 años y que fueran sus cónyuges, en este estudio utiliza:

- **Inventario de Duelo Complicado (IDC) adaptado al castellano.**

También hacen uso de un inventario para depresión

- **El Inventario de Depresión de Beck.**

Utilizando un tercer instrumento que permita comparar resultados y confirmen aún más la forma de duelo de estos viudos (as).

- **El Inventario de Ansiedad de Beck.**

Descripción de Evaluación de Barreto, De la torre y Pérez-Marín (2012)

Según Barreto et. al (2012) es importante conocer, evaluar e identificar lo más pronto posible los indicadores de un duelo patológico, por lo que recopilar los instrumentos de evaluación más significativos es el trabajo principal de estos autores para validar este diagnóstico clínico con tan peculiar identidad en favor de la recuperación emocional de los dolientes, que permitan una intervención rápida y eficaz, para que comiencen una nueva vida reubicando la figura de esa persona en el recuerdo, dándole un nuevo sentido a su existencia.

Los principales instrumentos revisados y validados en esta investigación fueron.

- Inventario de Experiencias de Duelo (IED) adaptado al castellano
- Inventario de Texas revisado de Duelo (ITRD)
- Inventario de Duelo Complicado (IDC)
- Cuestionario de Riesgo de Duelo Complicado (CRDC)
- Valoración del riesgo de Complicaciones en la resolución del Duelo (VR-CRD)
- Escala Motivacional de caras (EEC)
- Grief Reaction Checklist (GRC) consta de 7 ítems dirigidos a evaluar la aceptación, el encierro y la reintegración social.
- Grief Experience Questionnaire (GEQ) creado para evaluar duelo por suicidio.
- Hogan Sibling Inventory of Bereavement (HSIB).

- Perinatal Grief Scale (PGS) dirigido a mujeres en duelo por una muerte perinatal o neonatal

Descripción de Evaluación de Mota, Calleja, Aldana, Gómez, y Sánchez (2011)

En la Ciudad de México, se realizó evaluaciones en duelos perinatales, estas se enfocaron en los abortos, la población fueron 200 mujeres de entre 17 y 48 años, que experimentaron una o más pérdidas perinatales a lo largo de su vida reproductiva, nivel de estudio mínimo de educación primaria, que no estuvieran embarazadas al momento del estudio y que no contaran con un diagnóstico psiquiátrico, su pérdida en la mayoría había ocurrido 12 meses antes, en esta investigación se adaptó el instrumento La Perinatal Grief Scale (PGS) (Escala de duelo perinatal, PGS) para la comprensión de la población mexicana, consta de 33 ítems, con tres subescalas de 11 reactivos cada una donde se indaga lo siguiente:

- Duelo activo, que corresponde a las reacciones normales del duelo.
- Dificultad para afrontar la pérdida, que describe el estado de salud mental, incluyendo síntomas depresivos, sentimientos de culpa, falta de apoyo social y problemas en la relación de pareja.
- Desesperanza, que indica síntomas que perduran en el tiempo y que dependen, entre otras cosas, de los recursos de afrontamiento de las mujeres que experimentan el duelo.

De acuerdo a la experiencia de los psicólogos que atienden a pacientes con pérdidas perinatales, se agregaron tres reactivos:

- Dos en relación con la aceptación de la pérdida, la cual no está suficientemente explorada en el instrumento.
- Uno más referente al dolor de haber experimentado la muerte del bebé.

Finalmente la Escala de Duelo Perinatal, traducida al español y adaptada a la población mexicana, resulto adecuada, por lo que su nombre final fue:

- **Escala de Duelo Perinatal revisada y adaptada en población mexicana**

La cual es la que se utiliza actualmente en las instituciones mexicanas.

Descripción de Evaluación de Echeverría (2004)

Según este autor las experiencias y reacciones conductuales de duelo en viudas de policías se encontraron hallazgos importantes en cuanto a las reacciones, encontrando diferencias significativas en cuanto al enfado, hostilidad, somatizaciones, alteraciones de sueño y el apetito y pérdida de la energía, y por otro lado no se encuentran diferencias significativas en la intensidad del duelo, recordando que por el tipo de trabajo de sus ex parejas la forma de muerte aunado al estrés es una manera de muertes trágicas en donde existió homicidios, accidentes, muerte repentina natural y suicidio, estas formas de muertes violentas producen en las viudas una gran intensidad en sus múltiples manifestaciones indicando presencia de duelo agudo, el cual puede complicarse en cualquier momento, la investigación fue a 48 vidas en donde la perdida había ocurrido entre 2 y 3 años y la forma de muerte de sus parejas fue del 74.46% por asesinato, el 17.02% por accidente, el 6.38% por muerte natural repentina y el 2.12% por suicidio, en este investigación se utilizó el:

- **Inventario de Experiencias de Duelo (IED)**

Después de la intervención se intervendría a estas viudas.

Descripción de Evaluación de Según Chaurand (2010),

Este autor finalmente elabora un Inventario por la necesidad de evaluar de una forma más metodológica la historia de pérdidas en las personas, debido a que

el duelo ha mostrado mayores complicaciones, por lo que la indagación de los antecedentes de duelo es necesaria para la comprensión del actual episodio de los pacientes sobre todo la relación entre duelo y depresión que permitan llevar a cabo evaluaciones más complejas y personalizadas, para detectar factores de riesgo o de complicación en el duelo y conocer la percepción que el paciente tiene tanto en la superación de su pérdida como en sintomatología depresiva, permitiendo detectar por medio de la evaluación clínica y otros test especializados, lograr un diagnóstico adecuado, para planificar una adecuada intervención.

Este Inventario breve, solicita al sujeto que haga una lista de las pérdidas más significativas que ha vivido a lo largo de la vida, preguntando el tiempo transcurrido desde la última pérdida, la forma en que sucedió, si considera haberla superado y finalmente se le pide que conteste afirmativamente o negativamente si cree que alguna de ellas es el origen de sintomatología depresiva o no presenta este síntoma.

- **Inventario de Historias de pérdidas (IHP)**

Este es de gran utilidad para indagar y dejar más claro el proceso de pérdidas previas, se recomienda su utilización a fin de promoverlo.

Recopilación de todos los instrumentos antes descritos

Para concluir este capítulo está es la lista final de los instrumentos que se investigaron, esperando sirva de consulta, se encuentran en el Apéndice.

- Inventario de Experiencias de Duelo (IED) Barreto, et. al. (2012)
(Apéndice 1)
- Inventario de Duelo Complicado- revisado (IDC-R) Limonero, et.al. (2009)
(Apéndice 2)
- Inventario de Texas Revisado de Duelo (ITRD) Barreto, et. al (2012)
(Apéndice 3)
- Cuestionario de riesgo de duelo complicado Barreto, et. al (2012)
(Apéndice 4)
- Escala de Resiliencia para Mexicanos (RE-SI-M) Ornelas (2016)
(Apéndice 5)
- Cuestionario de Estrategias de Afrontamiento (CEA) Ornelas (2016)
(Apéndice 6)
- Perinatal Grief Scale (PGS, Escala de duelo perinatal) Mota, et. al. (2011)
(Apéndice 7)
- Inventario de Depresión de Beck (BDI) Prigerson, et.al. (2009)
(Apéndice 8)
- Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) Prigerson, et.al. (2009)
(Apéndice 9)
- Inventario de Historias de pérdidas (IHP) Chaurand (2010).
(Apéndice 10)

3.2.4 Técnicas de Intervención desde el enfoque Cognitivo Conductual

De acuerdo a Echeburúa, Salaberría, De Corral y Polo (2010) la terapia psicológica no solo aplica técnicas, sino que requiere previamente de habilidades para establecer una relación que sirva para aliviar el sufrimiento, así como de destrezas para obtener información, ordenarla y devolverla al paciente (**análisis funcional**), permitiendo la comprensión de las causas y del mantenimiento de sus problemas. Sólo posteriormente se puede pasar a la aplicación de técnicas que conduzcan a la modificación de pautas de comportamiento, cognitivas y emocionales. Por lo tanto, lo terapéutico o no es sólo la técnica, sino también la relación, el modo de evaluar, el modo de explicar los problemas y el modo de realizar nuevos aprendizaje.

Artículos y tesis Investigadas para la Intervención

Para obtener la información de los cinco Artículos científicos y Tesis Doctorales se emplearon buscadores en línea.

- www.scholar.google.es/
- www.redalyc.org/
- www.scielo.org.mx/
- www.bibliotecas.unam.mx/

Descripción de Intervención del artículo Sánchez (2015)

Tipo de Duelo. Complicado (patológico) protocolo de investigación dirigido y aplicado a la intervención y seguimiento de este proceso.

Participante. Familiares que iniciaron como duelos anticipados, en la unidad de cuidados paliativos en Salamanca, cerca de 1000 personas, que finalmente pierden a su familiar, culminando algunos como duelos patológicos, derivados al hospital de psiquiatría de Zamora y otros que ya estaban insertados; fue una investigación de 5 años; fueron de 102 pacientes, 23 hombres y 79 mujeres; la paciente más joven fue de 20 años y la mayor de 84, resultando en una media de 84 años; por el tipo vínculo familiar 41 eran por esposos, los demás por familiares diversos; pertenecientes a todos los estratos sociales.

Síntomas Atendidos: Depresión, ansiedad, crisis de angustia, estrés post-traumático al deceso abuso de sustancias, eventos cardiacos con probabilidad de muerte, sensaciones físicas de lo enfermedad de su familiar, agotamiento, ahogo, indefensión, fobias, pensamientos obsesivos, trastorno de sueño y alimentación, llanto incontrolado, excesiva irritabilidad, falta de aire, debilidad muscular, sensación de despersonalización, pensamiento de no sentirse apoyado, pensamientos intrusivos, añoranza y anhelo, sentimientos de soledad, búsqueda del fallecido, aislamiento social, baja autoestima, reproches, problemas cardiovasculares, falta de metas, falta y/o ausencia de respuesta emocional, tener alterada la manera de ver e interpretar el mundo e intentos de suicidio, manteniendo estos síntomas e incrementándolos (pág. 51-62)

Tareas Básicas. Son cuatro: Aceptación de la realidad, Identificar y expresión de sentimientos, Adaptación a vivir en un mundo en el que el otro ya no está, Facilitar la recolocación emocional del ser querido y seguir viviendo.

Técnicas Cognitivo-Conductuales y modelo integral: Protocolo de intervención

- **Psicoeducación.** Se repasan emociones surgidas durante todo el proceso hasta la actualidad, educando al paciente sobre fases del duelo, analizando sus emociones, desmontando pensamientos y conductas disfuncionales que interfieran en la elaboración del duelo.
- **Condicionamiento clásico y operante.** Para aumentar satisfacciones del doliente para equilibrar y balancear las vivencias de emociones dolorosas, a través de programa de contingencia y control de estímulos.
- **Desensibilización sistemática.** Con exposición en imaginación y /o en vivo para facilitar expresión de emociones y acercamiento a sucesos de evitación.
- **Reestructuración Cognitiva y ensayos conductuales.** Para trabajar con creencias disfuncionales e irracionales, reconstruyendo nuevos significados.
- **Constructivismo.** Escritura de biografías, dibujo e imágenes metafóricas. Libro de recuerdo..., estimulando la aparición de un nuevo sentido.
- **Resolución de problemas.** Con técnica adecuada para favorecer la gestión de incidencias cotidianas, ayudando a tomar decisiones.
- **Entrenamiento en habilidades sociales y asertividad.** Para favorecer adecuada comunicación con seres queridos y expresión de necesidades.
- **Exposición repetida y gradual.** Dirigida a estímulos evitados para revivir experiencia, en pacientes con evitación de experiencia, pues aislarse de estas le impide el progreso y proceso de no vivir la realidad.
- **Realización de rituales.** Para despedir adecuadamente a la imagen del fallecido y resignificarla.
- **Juegos de rol.** Con auto instrucciones, parada de pensamiento y ventilación de emociones.
- **Toma de Decisiones.** Para afrontar sin culpa la recuperación.

- **Imaginación guiada.** Para estimular recuerdos y emociones tanto positivas como negativas, reconciliación y despedida.
- **Auto instrucciones Positivas.** Mensajes dirigidos al doliente para facilitar el enfrentamiento a situaciones difíciles.
- **Reforzamiento de conductas.** Dirigido a las adaptativas para extinción de las desadaptativas y auto refuerzo para adquisición de habilidades.
- **Técnicas de relajación.** Facilitando en manejo de ansiedad y trastorno de sueño.
- **Biblioterapia.** Utilizando lecturas relacionadas con la pérdida ofrecen formas de afrontamiento. (pág. 76-91).

Duración de la Terapia: Siete sesiones semanales, con seguimiento a los tres meses, pero en los 102 se tuvo que prolongar las sesiones hasta desmontar el duelo patológico.

Resultados. Se aplicó cuestionarios de satisfacción del tratamiento con solo dos preguntas. **A** satisfacción con el tratamiento recibido (nada 1, un poco 2, bastante/mucho-3) **B** ¿considera que el tratamiento le ha mejorado? (nada 1, un poco 2, bastante/mucho-3); el cual demostró ser efectivo en las cuatro áreas, síntomas somáticos, ansiedad e insomnio, disfunción social y depresión, siendo ausencia en cada síntoma medido donde 4 es la puntuación máxima a 5 después de la intervención.

Descripción de Intervención del artículo Carmona (2001)

Tipo de Duelo. Complicado, por muerte súbita violenta en asalto con arma blanca dirigida a su esposo, con el cual compartía 35 años de matrimonio funcional, el cual prometió cuidarla y protegerla siempre, era posesivo y celoso.

Participante. Mujer, de 57 años, originaria de Bogotá, con personalidad dependiente, con tipo de Afrontamiento evitativo, de parálisis e Indefensión.

Síntomas Atendidos. Tristeza, llanto, trastorno de sueño, presión en el pecho, temor a la soledad, temor a la noche, anhedonia, desconfianza, culpa, percepciones auditivas de la voz de su esposo, percepción de la figura corporal de su esposo, pensamientos: “Mi vida ya no tiene sentido”, “Necesito protección” “No me puedo defender sola”, “Injusta la muerte de su esposo”, “Debería de haber estado ahí para defenderlo”, “Soy incapaz de hacer las cosas sola”.

Técnicas Cognitivo-Conductuales: Intervino con lo siguiente

- Elaboración y aceptación de la muerte, con historias y fotografías.
- Entrenamiento y juego de roles.
- Reestructuración cognitiva y de creencias.
- Detección, refutación y discriminación del pensamiento.
- Entrenamiento en habilidades sociales, reactivando vida social.
- Diálogos socráticos
- Imaginación racional emotiva y refutación de ideas

Duración de la Terapia: No especifica.

Resultados. La terapia resulto exitosa en términos de la idea central “soy incapaz” y la reactivación de un estilo de vida que mantenía este sistema de creencias, además de un aumento en el nivel de bienestar del paciente.

Descripción de Intervención del artículo Valencia y Dávila (2010)

Tipo de Duelo. Anticipado, el padre finalmente fallece en la tercera sesión, por alcoholismo crónico degenerativo.

Participante. Diada Madre-Hijo, ella de 40 años de edad, la cual acude según refiere con síntomas de depresión y ansiedad, él varón 9 años de edad

Síntomas Atendidos. Madre: depresión, ansiedad, somatizaciones, agotamiento, miedo a la muerte de su esposo que finalmente culmina en tal,

sistema de creencias irracionales, pensamientos pesimistas, déficit en el control de enojo, aislamiento social, conductas evitativas (horarios de trabajo excesivo).

Hijo: agresión hacia la madre, ansiedad, alteraciones conductuales, trastornos del sueño, pensamientos pesimistas, regresión, tristeza, ansiedad por la separación, llanto y conductas de evitación (juegos en vídeo sin interacción).

Técnicas Cognitivo-Conductuales:

- **Técnicas psicoeducativas.** En la madre. Para conocer y comprender el proceso normal del duelo.
- **Técnicas Narrativas.** Elaborando del “libro del adiós” abordando concepto de muerte y despedir al padre.
- **Técnicas Restructuración cognitiva**
- **Entrenamiento en habilidades sociales.**
- **Entrenamiento en comunicación asertiva.**
- **Entrenamiento en solución de problemas.**
- **Entrenamiento en seguimiento instruccional**
- **Establecimiento de límites.** En la madre
- **Entrenamiento de control de enojo.** En el hijo
- **Ensayo conductuales.** Para comunicación asertiva.
- **Ejercicios de Plan de vida** A corto y largo plazo.
- **Establecimiento de compromisos y negociación.** Diada Madre-Hijo.
- **Reforzamientos positivos en las conductas asertivas.** Diada Madre-Hijo a fin de seguir estableciendo la restructuración cognitiva-conductual

Duración de la Terapia. No específica

Resultados. Cambios significativos en la interacción de la diada, y elaboración del duelo. Mejorando en sintomatología.

Descripción de Intervención del artículo Loebach (2012)

Tipo de Duelo. Complicado, (Terapia de duelo complicado, CGT), enfoque nuevo, basado en terapia cognitivo conductual y teoría del apego de la terapia interpersonal. Fallecimiento repentino del conyugue, por paro cardiaco, de 4 años de evolución

Participante. Mujer de 52 años, la cual tenía una relación satisfactoria con marido, descrito como “alma gemela” desde los 30 años de edad, con problemas financieros desde su la pérdida, con cambios significativos en la vida.

Síntomas Atendidos. Estado de ánimo depresivo persistente por las noches con llanto, trastorno del sueño, aislamiento social, sentimientos de envidia y resentimiento al ver otras relaciones, pensamientos recurrentes con su esposo (recordar), problemas laborales, pesadillas y flashbacks acerca de despertar para descubrir el cuerpo de su marido en su cama, episodios de rabia por percepción de negligencia y atención médica, no imagina el futuro sin su esposo.

Técnicas Cognitivo-Conductuales:

Basada en enfoque cognitivo-conductual que inicia con fases y técnicas referidas, así como centrarse en objetivos personales y relacionales.

Se divide en tres fases.

- a) Fase introductoria, Durante las tres primeras sesiones, los objetivos son establecer alianza terapéutica, obtener historia de relaciones interpersonales del cliente, proporcionar psicoeducación y describir los elementos del tratamiento.

- b) Fase Intermedia. Entre la cuarta y novena sesión, realizando una serie de ejercicios dentro y fuera de la sesión diseñados para aceptar la pérdida y restauración de la capacidad de alegría y satisfacción en la vida
- c) Fase final. Entre la décima y décimo sexta, el terapeuta y el cliente revisan el progreso y deciden como utilizar estas sesiones finales, para completar el trabajo y consolidar ganancias del tratamiento.

Técnicas específicas

- **Trabajo con imágenes - visualizaciones:** Objetivo poner la historia del evento lejos, disminuyendo la angustia.
- **Entrenamiento de habilidades sociales:** Reintegrarla socialmente e insertarla en actividades gratificantes.
- **Reestructuración Cognitiva.** Refutando el pensamiento irracional.
- **Entrenamiento en toma de decisiones:** Para salir y retomar su vida

Duración de la Terapia. 16 sesiones, con una entre 45-60 minutos

Resultados. Positivos.

Descripción de Intervención del artículo Calvache (2008)

Tipo de Duelo. Colectivo.

Participante. Surge de la necesidad de atención psicológica de emergencia, después de los atentados del 11 de marzo de 2004 en Madrid, con seguimiento de un caso.

Síntomas Atendidos. Físicas: sofocos, mareos, cansancio, agotamiento, tensión muscular, palpitaciones, dificultad para respirar, dolores de cabeza; **Cognitivas:** confusión, problemas de concentración, pérdida de memoria, dificultad para tomar decisiones; **Emocionales:** desesperación, indefensión, revivir el suceso, enfado, culpa, vergüenza, tristeza, entumecimiento, miedo, ansiedad, decepción; **Conductuales:** gritos, llanto, Trastorno del sueño, cambios

alimenticios, pérdida de interés sexual, aislamiento de los demás, conductas inusuales, silencios excesivos, evitación.

Acciones y Técnicas Cognitivo-Conductuales.

- **Intervención en crisis.** Poner en acto acciones que puedan interrumpir la espiral descendente de manera hábil y rápida, de tal manera que la víctima pueda retornar a un nivel adecuado de afrontamiento.
- **Debriefings.** Es realizar intervenciones breves con grupos de personas afectadas, aliviando el estrés sufrido, mitigando las consecuencias indeseables de la exposición al evento traumático, apoyo grupal, discriminar a personas que necesitan apoyo adicional.
- **Ayudar a restableces la sensación de control.** Mejora la seguridad y la reducción y activación fisiológica que impactaría en salud física.
- **Escucha activa.** Que permita reducir estrés y enfocarse a lo sucedido, sin juzgar
- **Motivar recursos de Afrontamiento.** Para activar la participación en los sucesos, reduciendo la ansiedad, mejorando el equilibrio emocional.
- **Psicoeducación de duelo.** Ayuda a que las personas conozcan el proceso de este y lo puedan asociar a sus síntomas
- **Proporcionar información.** Mejorando a nivel cognoscitivo de los sucesos, evitando confusión.
- **Confrontación de lo sucedido.** Evitando la conducta de evitación, que si bien es un recurso de protección, pero que distorsiona la realidad, dejando al tiempo dudas.
- **Proporcionar algún juego,** En caso de que existan niños para control emocional, reduciendo actividad fisiológica

Duración de la Terapia. Durante el evento y en posibles sesiones clínicas, en donde se intervendrá de acuerdo a la sintomatología de cada paciente, con técnicas cognitivo conductuales.

Resultados. No se reporta.

IV. Discusión

El duelo no es un trastorno mental como ya revisamos es un proceso adaptativo, de acuerdo con Sánchez (2015) en la actualidad no existe un consenso diagnóstico en lo que se refiere a duelo patológico, por lo que no está incluido como categoría diagnóstica ni en el CIE-10, ni en el DSM-5, dando pie a confundirlo con una depresión mayor.

Análisis de la Tanatología y Enfoque Cognitivo-Conductual, en intervención del proceso de duelo por fallecimiento/muerte.

De acuerdo a la revisión teórica algunos autores, describe a la tanatología como una ciencia, (Bravo, 2006; Chavarría, 2011); Mientras el (Instituto Mexicano de la tanatología, 2008) define a esta como “el estudio o tratado de la muerte” (pág. 14).

De acuerdo a Ockham (n.d. como se citó en Garrido 1980) en el siglo XIV, la comunidad científica, se rige a la explicación de una teoría o fenómeno, por el principio de “criterio de parsimonia”, el cual indica, que no se deben hacer suposiciones más que las mínimas necesarias, este pensamiento rige a los científicos y filósofos, pues es útil para elaborar modelos explicativos. Por lo que el positivismo explica: “La ciencia es la única actividad humana que garantiza la verdad, la exactitud, la certeza sobre esa realidad” (pág. 4). Esta a su vez cuenta con factores básicos: La epistemología, encargada de dejar en claro, que campo se quiere aumentar el conocimiento y la utilización del Método científico, que investiga por medio de observaciones empíricas y mediciones de un fenómeno el cual resulta confiable y válido.

Revisado lo anterior coincidimos en las ideas de Vázquez y Nieto (n.d. como se citó en Quintanar-Olguín y García-Reyes-Lira, 2010) que la tanatología enfrenta el reto de sustentarse en la actividad científica, ello implica que dichas evidencias se ven conectadas con las herramientas de decodificación de la realidad que tiene

la ciencia además, también se necesitan reflexiones filosóficas acerca de lo que es científico o no lo es dadas las creencias y opiniones acerca de la muerte y sus implicaciones.

De acuerdo a Quintanar-Olguín y García-Reyes-Lira (2010) La terapia Gestalt es criticada por no contar con un adecuado sustento de investigación ni delineamiento de la teoría y su eficacia, y aun con todo, este enfoque ha sido muy solicitado por los interesados en la tanatología en los últimos años.

Respecto a la Psicología profesional Cognitiva Conductual, en Covarrubias (2009) describe que esta sea ha ido conformando por diversas posiciones epistemológicas para explicar los fenómenos psicológicos, materializándose como enfoques dominantes en la literatura que sirven de marco de referencia temporal en planes de estudio, marcando estilos y estrategias de formación profesional, se ha influenciado del positivismo en las formas de la construcción del conocimiento científico y de la psicología como ciencia

Por lo que después de lo argumentado podemos analizar que la psicología cuenta con factores básicos: La epistemología, encargada de dejar en claro, en que campo se quiere aumentar el conocimiento, el cual son los procesos mentales y la utilización del Método científico, que investiga por medio de observaciones empíricas y mediciones de un fenómeno el cual resulta confiable y válido, es una ciencia porque hace investigación y arroja datos en cuanto a la efectividad de las intervenciones, basada en la remisión de sintomatología, situación que no sustenta el estudio tanatológico.

Para finalizar esta conclusión diremos que ambas coinciden en un punto: el cuál es el de lograr una intervención. La tanatología por sus actividades que son el apoyo, acompañamiento y consejería, esta puede intervenir en varios ámbitos, desde el hospitalario, en la vivienda de la propia persona, funerarias, e incluso como consejeros en psicoterapia por el uso diverso de modelos teóricos como la logoterapia (Morales et al, 2011; Chavarría, 2001), modelo Gestal (Descalzos, 2008) y el modelo humanista (Gutiérrez, 2015).

En la intervención psicológica profesional con enfoque cognitivo-conductual, el principal ejercicio profesional es en el ámbito clínico en psicoterapia en el consultorio (Carmona, 2001), ya que de acuerdo a lo antes revisado esta interviene en duelos normativos y complicados; pero también puede intervenir en situación de crisis grupal –individual pues existen protocolos como el propuesto por Calvache (2008) donde ocurre un evento estresante.

Análisis de los instrumentos de evaluación en la Tanatología y en el enfoque Cognitivo-Conductual.

De acuerdo a Suarez y Franco (2012) en la tanatología la evaluación está fundamentada en la entrevista libre, la observación, realización de historia de pérdidas e índice de duelo, no especificado, elaboración de lista de duelo, para saber formas de afrontamiento y conocer edades en caso de niños y adolescentes (Frausto, et. al 2014), por lo tanto, podríamos mencionar que en la tanatología no se realiza evaluación con instrumentos confiables, ni válidos; sino con una medición cualitativa.

Respecto a la Evaluación cognitivo conductual Fauré (n.d. como se citó en Gómez, 2007) recomienda que inicie esta después de cumplir ciertos criterios ya antes mencionados, pues debe dejar que el proceso adaptativo curse de una manera normal.

De acuerdo a Barreto et. al. (2012), para evaluar se utiliza la entrevista libre y estructurada, genogramas, observación, autoinformes e instrumentos de medición, que tengan adecuadas propiedades psicométricas, con consistencia interna y estabilidad temporal

Por su por formación científica utiliza el método observacional, empírico y estadístico, ya que esta utiliza instrumentos de medición (Romero, 2013).

La investigación realizada, nos permite la utilización de varios instrumentos aquí referidos en el apéndice, Prigerson et. al (2009); Ornelas (2016); Barreto et.

al. (2012); Mota et. al (2011) y Echeverría (2004) que dejan enriquecido el uso de cuestionarios y escalas que permitan evaluar y diagnosticar correctamente al paciente en duelo en procesos normales y complicados.

Análisis de las Técnicas de intervención en la Tanatología y en el enfoque Cognitivo-Conductual.

La intervención en tanatología parte del apoyo, acompañamiento y consejería, esta formación no pide alguna carrera específica, solo perfil del tanatólogo, como se refiere en Suarez y Franco (2102), pero sí necesitan el interés y la comprensión en el estudio de los procesos de la vida, como ciclos de esta, algunos términos psicológicos, los sistemas del cuerpo humano, conceptos de la enfermedad, muerte y duelo, que le permitan tener un profundo conocimiento de la tanatología (Chavarría, 2011; Rivera, 2015). Partiendo de esto, muchas son las formas de intervención pues la ejecuta desde un psicólogo hasta alguien que solo estudie el diplomado de dos años que lo capacita para intervenir.

Las técnicas de intervención son diversas, por la gama de modelos que la ejecutan, depende también del estilo terapéutico del tanatólogo, sin embargo al no llevarla como ciencia y no reportar evidencia que la sustente, no existen resultados contundentes o exitosos, dejan dudas sobre su efectividad, pero también deja en claro que sigue vigente por preferencia de la población y de hospitales de tercer nivel desde los años 50.

Por lo que se recomienda de acuerdo a Quintanar-Olguín y García-Reyes-Lira (2010) que los profesionales dedicados a la tanatología deben revisar sus propuestas y técnicas de intervención y hacer un mayor esfuerzo para realizar más investigación metodológicamente controlada, es decir Pruebas Basadas en la Evidencia, que puede llevar a una tanatología que brinde garantías en la pertinencia de calidad y calidez de la atención.

En cuanto a la intervención del duelo normal o complicado por parte de los Psicólogos profesionales con enfoque cognitivo conductual, la evidencia de la intervención es irrefutable, puesto que está orientada al presente, sin desatender el pasado, sus técnicas diversas permiten modificar la respuesta conductual, fisiológica y cognitiva, sobre todo por la utilización de la Restructuración cognitiva de Ellis, de ideas irracionales o ideas automáticas, remplazándolas por pensamientos más positivos, que lleven a conductas saludables (Gálvez, 2009).

De acuerdo con Gálvez (2009) el uso de técnicas de distracción, relajación, programas de actividades, uso de la auto observación, ensayos conductuales, role playing, ensayo cognitivo, identificación y registro de pensamientos disfuncionales, trabajo con imágenes, búsqueda de soluciones alternativas, resolución de problemas, trabajo con imágenes y biblioterapia, entre otras dejan en claro la diversidad de técnicas para una atención eficaz, debido al grado máximo de evidencia.

Retomo palabras de Velásquez (2009) el cual nos invita a los psicoterapeutas y personal de salud, que tienen contacto con pacientes y familiares que asisten a consulta afectados por el dolor, el sufrimiento, la desesperación y la pérdida del sentido de su vida, que se comprometan a brindar lo mejor de sí mismos. Para que comprendan que los modelo psicoterapéutico deben regirse con principios y técnicas aplicados con idoneidad, porque todas las personas merecen ser acogidas como seres humanos dignos de respeto, tratados con calidez, con afecto, con ética y con un profundo sentido de humanidad.

Finalmente como psicólogos clínicos tenemos el deber de conocer varios tipo de intervención, si bien como científicos tenemos que hacer uso de la psicología basada en la evidencia, con bases metodológicas, no podemos dejar de ver y reconocer las diferencias individuales, y quien pretenda ejercer en el proceso de duelo , debe respetar los usos, costumbres y creencias de cada persona, por eso la invitación es conocer otros enfoques, para enriquecer nuestro conocimiento, pues nuestro objetivo es ayudar con nuestras intervenciones a disminuir en

medida de lo posible el sufrimiento, en este caso el duelo y contribuir en el equilibrio bio-psico-social, emocional y espiritual de nuestros usuarios.

Referencias

- Aguilera, P. (1992). En la frontera vida y muerte/ problemas bioéticos. Santiago de Chile: Editorial universitaria.
- Anaya, V.F. (2010). Conceptos y definiciones de la vida y la muerte celular. Universidad de Guanajuato. Acta Universitaria. Recuperado de: www.actauniversitaria.ugto.mx/index.php/acta/article/download/45/32
- Barreto, M. P. y Soler, S. M. C. (2008). Muerte y duelo. Madrid: Síntesis.
- Barreto, P; Dela torre, O. y Pérez-Marín, M. (2012). Detección de duelo complicado. Universidad de Valencia. Recuperado de: <http://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/viewFile/40902/39159>
- Bauab, de D.A. (2001). Los tiempos del duelo. Argentina: Homo Sapiens.
- Boss P. (2001) La pérdida ambigua. Barcelona: Gedisa 2001
- Bravo, M. M. (2006). ¿Qué e la tanatología? .Revista Digital Universitaria. Recuperado de: http://www.revista.unam.mx/vol.7/num8/art62/ago_art62.pdf
- Bustos, V. M. M (2013). El duelo. Tesina para acreditación del diplomado en tanatología. Asociación Mexicana de Tanatología. Recuperado de: <http://www.tanatologia-amtac.com/descargas/tesinas/216%20duelo.pdf>
- Calvache, R. L. (2013). Intervención psicológica en situaciones de duelo y catástrofes. Recuperado de: <https://www.isep.es/tesina/intervencion-psicologica-en-situaciones-de-duelo-y-catastrofes/>
- Carmona, P.C.I. (2009). Análisis de un caso de un duelo patológico desde la terapia Cognitivo-conductual. Revista de Psicología da IMED. Recuperado de: <https://seer.imed.edu.br/index.php/revistapsico/article/view/32>
- Carro, de F. y Sanz, B. R. (2015). Intervención cognitivo conductual en un caso de distimia con componentes de ansiedad de evaluación: análisis de un caso clínico. Universidad de Complutense: Madrid. Recuperado de: http://www.casosclnicosensaludmental.es/files/definitivo_distimia_y_ansiedad_1_2_015.pdf
- Centeno, S. C. (2013). Gestión del duelo y las pérdidas. España: Formación Alcalá.
- Chaurand, A. (2010). El inventario de Historias de pérdidas (IHP): presentación y utilidad clínica. Universidad de Barcelona. Recuperado de: <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/65387/1/600533.pdf>

- Chavarría, Á. A. M. (2011). Términos básicos de la Tanatología. Tesina para obtener el diplomado en tanatología. Recuperado de: <http://www.tanatologia-amtac.com/descargas/tesinas/37%20Terminos%20basicos%20de%20la%20Tanatologia.pdf>
- Covarrubias, P.P. (2009). El carácter científico de la psicología: un estudio sobre las representaciones de sus estudiantes. Revista Latinoamericana de Estudios Educativos (México), XXXIX () 65-103. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=27015065004>
- Descalzo, M. (2008). Material de consulta del taller: Duelos. Instituto de terapia Gestalt. Recuperado de: <http://www.itgestalt.com/cms/system/files/private/Duelos.pdf>
- Echeburúa, E; Salaberría, K; De Corral. P. y Polo, L. R. (2010). Terapias psicológicas basadas en la evidencia: limitaciones y retos de futuro. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=281921798006>
- Echeburúa, O. E. y Herrán, B. A. (2007). ¿Cuándo el duelo es patológico y cómo hay que tratarlo?, Análisis y modificación de conducta, ISSN-e 0211-7339, Vol. 33, N°. 147, 2007, págs. 31-50
- Echeverría, R. M. (2004). Experiencias de duelo en viudas de policías. Revista Latinoamericana de Psicología. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/805/80536104.pdf>
- Espinosa, B.T.B (2011). De duelo...un viaje. Estudio de caso. Tesina para obtener Tesina para obtener el diplomado en Tanatología. Recuperado de: <http://www.tanatologia-amtac.com/descargas/tesinas/50%20Del%20Duelo%20Un%20viaje.pdf>
- Frausto, C. L; Medina, P. I. V. y González, R.C.L. (2014) Manual de tanatología: Intervención psicológica para pacientes con discapacidad crónica degenerativa. Revista Electrónica de Psicología Iztacala. Recuperado de: <http://www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin/vol17num2/Vol17No2Art6.pdf>
- Gálvez, G. J. J (2009). Revisión de evidencias científicas de la terapia cognitivo conductual. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/2867904.pdf>
- Garrido, J. (1980) ¿Qué es la Ciencia? Compilación de varios autores, Blog. Recuperado de: <http://juliangarrido.blogspot.mx/2008/10/qu-es-la-ciencia.html>
- Gómez, S. M. (2007). La pérdida de un ser querido, el duelo y el luto. Madrid: Arán.

- Gutiérrez. C.A. (2015). Enfoque centrado en la persona y el proceso del Duelo. Colegio de Trabajo Social Recuperado de: www.trabajosocial.or.cr/common/web/ojs/index.php/revista/article/download/.../101
- Instituto Mexicano de Tanatología. (2008) ¿Cómo enfrentar la muerte? Tanatología. México: Trillas.
- Kübler, R. (2001). Sobre la muerte y los moribundos. España: Grijalbo_Mondadori. Recuperado de: <http://bibliotecaparalapersona-epimeleia.com/greenstone/collect/libros1/index/assoc/HASH07f6.dir/doc.pdf>
- Leyla, N. (2007). El duelo y la muerte. El tratamiento de la pérdida. España: Ediciones Pirámide.
- Limonero, G. J.T; Lacasta, R.M; García, G. J. A; Maté, M. J. y Prigerson, H.G. (2009). Adaptación al castellano del inventario de duelo complicado. Recuperado de: https://www.researchgate.net/publication/234101905_Adaptacion_al_castellano_d_el_inventario_de_duelo_complicado
- Loebach, W. J. (2012). Terapia de duelo Complicado como un nuevo enfoque de tratamiento. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3384444/>
- López, G. de M. A P. (2011). Duelo perinatal: un secreto dentro de un misterio. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, Recuperado de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352011000100005
- Meza, D.E; García, S; Torres, G; Suárez, S.S. y Martínez, S.B. (2008). El proceso del duelo. Un mecanismo humano para el manejo de las pérdidas emocionales. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/473/47316103007.pdf>
- Millán, G. R; Solano, M. N. (2010). Duelo, duelo patológico y terapia interpersonal. Revista Colombiana de Psiquiatría, 39() 375-388. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80615447011>
- Mishara, L.B. y Riedel, G.R. (2000). El proceso de envejecimiento. Madrid: Morata. Recuperado de: <https://books.google.com.mx/books?id=P1WSN0NT-hoC&pg=PA192&dq=muerte+psicologica+Mishara&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwj0pl2nhfvTAhVP5mMKHXeHAI4Q6AEIJjAA#v=onepage&q=muerte%20psicologica%20Mishara&f=false>
- Mota, G. C; Calleja, B., N; Aldana, C. E; Gómez, L. M. E. y Sánchez, P. M. A. (2011). Escala de duelo perinatal: validación en mujeres mexicanas con pérdida

gestacional. Revista Latinoamericana de Psicología. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/comocitar.oa?id=80522599002>

Navarro, B.J; Cervantes, G. A.L; Ruiz, S. J.L. y Gómez. A. J. L. (2015). Muerte encefálica. Elementos clínicos y métodos auxiliares para su diagnóstico. Archivo de neurociencias. México. Recuperado de: <http://www.medigraphic.com/pdfs/arcneu/ane-2015/ane152g.pdf>

Neimeyer, R.A. (2002). Aprender de la pérdida. Una guía para afrontar el duelo. Recuperado de: http://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/36917571/Neimeyer_Aprender_de_la_Perdida_el_duelo.pdf?AWSAccessKeyId=AKIAIWOWYYGZ2Y53UL3A&Expires=1495071486&Signature=0TYTvCC0zhlg%2FFd4x8x99X%2Bc1f0%3D&response-content-disposition=inline%3B%20filename%3DAPRENDER_DE_LA_PERDIDA._Una_guia_para_af.pdf

O.M.S (1992). CIE-10. Trastornos Mentales y del Comportamiento. Décima Revisión de la Clasificación Internacional de la Enfermedades, Descripciones Clínicas y pautas para el diagnóstico. Ginebra. Recuperado de: https://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/normalizacion/CIE10/UT_MANUAL_DIAG_2016_prov1.pdf

Ornelas, T. P. E. (2016). Estrategias de afrontamiento y resiliencia en cuidadores primarios con duelo. Recuperado de: <http://docplayer.es/37579858-Estrategias-de-afrontamiento-y-resiliencia-en-cuidadores-primarios-con-duelo.html>

Pérez, U. A. D. (2016). La comprensión del duelo desde la psicoterapia humanista. Revista electrónica PSICONEX, Medellín. Colombia, Recuperado de: <https://aprendeenlinea.udea.edu.co/revistas/index.php/Psyconex/article/viewFile/326982/20784208>

Pérez. T. R. (1987). Introducción a la patología. Segunda Edición. Ed. Médica Panamericana, México. pp. 125-192.

Pérez. T. R. (2008). El final de la vida. Letras libres. Recuperado de: http://cdn.letraslibres.com/sites/default/files/files6/files/pdfs_articulos/pdf_art_12603_11723.pdf

Pichot, P. (1995). DSM-IV: Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales. Barcelona: Masson, S.A.

Quintanar-Olguín, F. y García-Reyes-Lira, C. J. (2010). Intervención tanatológica para población anciana: hacia una psicotanatología basada en la evidencia. Journal of

Behavior, Health & Social Issues. Recuperado de:
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=28222172000>

Real Academia Española. (2001). Diccionario de la lengua española (22.a ed.). Consultado en <http://www.rae.es/rae.html>

Rebolledo, F. (1999). Aprender a morir. México: Imprefin.

Rivera, O. R. (2015). Diplomado en tanatología, módulo 3, Muerte y duelo- aspectos generales sobre la muerte. FESC-UNAM. Edo. De México.

Rodríguez, U. A.K. (2013). Actitud ante la muerte en adultos maduros entre 40 y 65 años con impresión diagnóstica de trastorno de ansiedad generalizada que asisten por primera vez a la clínica de salud mental de Coatzacoalcos Veracruz. Tesis para obtener el título de licenciada en psicología. Facultad de psicología

Romero, V. (2013). Tratamiento del duelo: exploración y perspectivas. Asociación Española Contra el Cáncer, Junta Provincial de Granada. España. Recuperado de: <https://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/viewFile/43456/41105>

Romero, R. M. A. (2010). Elaboración del proceso de duelo mediante terapia cognitivo conductual. Tesis para obtener el grado de Licenciatura en Psicología. Facultad de Psicología Ciudad Universitaria Cd. México.

Ruiz, M. A., Díaz, M. I.; y Villalobos, A. (2012). Manual de Técnicas de Intervención Cognitivo Conductuales. Bilbao: Desclée de Brouwer.

Sánchez, F. J. M. (2015). Eficacia de un protocolo de Intervención psicológica en procesos de duelo patológico. (Tesis para obtener el título de Doctorado). Universidad de Salamanca. Recuperado de: <https://gredos.usal.es/jspui/handle/10366/128812>

Suarez, E. B. y Franco, G.M. (2012). Duelo por muerte inesperada. Tesina para obtener el diplomado en Tanatología. Recuperado de: <http://www.tanatologia-amtac.com/descargas/tesinas/62%20Duelo%20por%20muerte%20inesperada.pdf>

Tizón, J.L. (2009). Pérdida, pena, duelo, vivencias, investigación y asistencia. Barcelona: Paidós.

Valencia, O. A. I; y Dávila, V. Y. (2010). Intervención cognitivo-conductual para la elaboración del duelo en la diada madre-hijo. Facultad de Psicología UNAM y Servicios Psicológicos Integrales de México (SEPIMEX) Revista de psicología. Recuperado de: https://issuu.com/beny7/docs/tcc_duelo_en_ni_os

Velásquez, C. L. F. (2009). Logoterapia con personas que experimentan dolor, sufrimiento y pérdida del sentido de la vida. CES Psicología, 2() 95-105. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=423539413008>

Apéndices Instrumentos e Inventarios

Apéndice 1 Inventario de Experiencias de Duelo (IED)

Ficha técnica

Nombre: (IED) Inventario de Experiencias de Duelo.

Autores: Catherine M. Sanders, Paul A. Mauer & Paschal, N. Strong Jr.

Duración: Aproximadamente, unos veinte minutos.

Aplicación: A partir de los 16 años, con un nivel cultural suficiente para comprender las instrucciones y poder ejecutar la tarea que se le exige.

Significación: El IDE tiene 135 ítems de respuestas dicotómicas que exploran las áreas somáticas, emocionales y relacionales del doliente a través de 18 escalas.

- 3 De validez (Negación, respuestas atípicas y Deseabilidad Social).
- 9 Clínicas (Desesperanza, enfado, culpa, aislamiento social, pérdida de control, rumiación, despersonalización, somatización y ansiedad ante la muerte).
- 6 Experimentales (Alteraciones del sueño, pérdida del apetito, pérdida de energía, síntomas físicos, optimismo/desesperanza y dependencia).

Elaboración del inventario: Algunos de estos ítems puntúan a 2 y 3 escalas a la vez y así, aunque son 135, sumando las máximas puntuaciones posibles de cada escala salen 187 (145 a verdadero y 42 a falso), (Gómez, 2007, p.156).

Inventario de Experiencias de Duelo (IED)

De acuerdo a Gómez (2007).

Instrucciones:

- Este cuestionario tiene que ver con lo que siente cuando muere un ser querido.
- Las frases incluidas en el mismo representan pensamientos y sentimientos comúnmente expresadas por las personas que han perdido a un pariente o amigo íntimo.
- Por favor lea atentamente cada frase y a continuación intente determinar si coincide o no con lo que usted experimentó o experimenta en la actualidad.
- Si en lo que a usted se refiere la frase es verdadera en su mayor parte, rodee con un círculo la V de “verdadero”.
- Si la frase es falsa o falsa en su mayor parte, rodee con un círculo la F de “falso”.
- Si la frase no es aplicable a su caso, déjela en blanco.

1 Inmediatamente después de su muerte me sentí agotado/a	1	V	F
2 Tiendo a estar más irritable con los demás	2	V	F
3 Estoy obsesionado/a con su imagen	3	V	F
4 Con frecuencia me siento enfadado/a	4	V	F
5 Sigo manteniendo relaciones sociales con mis amistades sin dificultad	5	V	F
6 Siento pesadez en los brazos y en las piernas	6	V	F
7 Me fijo más de lo normal en todas las cosas relacionadas con la muerte	7	V	F
8 Me parece que podría haber hecho más por él/ella	8	V	F
9 Mostré poco mis emociones en el funeral	9	V	F
10 Después del fallecimiento sentí una gran necesidad de mantener el ánimo de los demás	10	V	F

11 Me siento apartado/a o aislado/a	11	V	F
12 Rara vez toma aspirinas	12	V	F
13 Tengo pocas ganas de asistir a reuniones sociales	13	V	F
14 Cuando me comunicaron su muerte no pude llorar	14	V	F
15 Me siento culpable porque yo estoy vivo/a y él/ella no	15	V	F
16 Tengo más necesidad de estar cerca de otras personas	16	V	F
17 A menudo me siento confuso/a	17	V	F
18 Me siento perdido/a y desamparado/a	18	V	F
19 Me consuela pensar que él/ella está en el cielo	19	V	F
20 Desde su muerte he tenido frecuentemente dolores de cabeza	20	V	F
21 Me resultó difícil deshacerme de su ropa y del resto de sus cosas	21	V	F
22 Después de su muerte necesité tomar pastillas para dormir	22	V	F
23 La/le echo de menos tanto en falta que a veces siento un dolor en el pecho	23	V	F
24 Lloro con facilidad	24	V	F
25 Desde que murió tomo tranquilizantes	25	V	F
26 Tengo la boca y la garganta secas	26	V	F
27 Me siento intranquilo/a	27	V	F
28 Al enterarme de su muerte me quedé como una coa tonta	28	V	F
29 Me resulta difícil concentrarme	29	V	F
30 Siento que ya nada me interesa	30	V	F
31 Cuando murió sentí la sensación de que "algo moría dentro de mí"	31	V	F
32 Apenas tengo achaques	32	V	F
33 Noto que me enfado a menudo con los demás	33	V	F
34 No pude llorar hasta después del funeral	34	V	F
35 Siento que, de alguna manera, he podido contribuir a su muerte	35	V	F
36 Me sorprende a mí mismo/a haciendo cosas parecidas a las que él/ella hacía	36	V	F

37 Yo me encargué de los preparativos del funeral	37	V	F
38 Me faltan fuerzas para disfrutar el ejercicio físico	38	V	F
39 Pocas veces me siento ilusionado/a	39	V	F
40 Creo que el sufrimiento me ha envejecido	40	V	F
41 Nunca he soñado con él/ella como si todavía estuviera vivo/a	41	V	F
42 Con frecuencia me pregunto “¿por qué tuvo que morir de esa manera?”	42	V	F
43 A veces me cuesta creer que esté muerto/a de verdad	43	V	F
44 Tengo ganas de terminar algunas cosas que él/ella empezó y dejó sin acabar	44	V	F
45 Muchas veces he soñado con momentos en los que él/ella estaba vivo/a	45	V	F
46 A menudo estoy de mal humor	46	V	F
47 He tenido sueños en la que él/ella estaba muerto/a	47	V	F
48 Me siento tremendamente ansioso/a e intranquilo/a	48	V	F
49 Siento tensión en el cuello y en los hombros	49	V	F
50 A veces siento muchas ganas de gritar	50	V	F
51 Estoy tan ocupado/a que casi no tengo tiempo de llorar su muerte	51	V	F
52 Estoy enfadado/a con Dios	52	V	F
53 Cuando me entran ganas de llorar siento el deseo de encogerme como un ovillo	53	V	F
54 Siento la necesidad de pasar mucho tiempo a solas	54	V	F
55 No suelo pensar en mi propia muerte	55	V	F
56 Me resulta difícil llorar	56	V	F
57 Me resulta demasiado doloroso mirar sus fotografías	57	F	V
58 Para mí la vida no tiene sentido	58	F	V
59 No tengo problemas digestivos	59	F	V
60 He pasado por momentos en que realmente me sentía enfadado/a porque me abandono	60	F	V
61 No tengo problemas para dormir desde su fallecimiento	61	F	V
62 Tengo buen apetito	62	F	V

63 Me siento sano/a	63	V	F
64 Me consuela hablar con otras personas que han sufrido una pérdida parecida	64	V	F
65 La/le echo de menos	65	V	F
66 Rara vez me siento deprimido	66	V	F
67 Tengo la sensación de que me veo pasar por la vida sin vivirla realmente	67	V	F
68 La vida me parece vacía y sin sentido	68	V	F
69 Hay momentos en que tengo la sensación de que él/ella está presente	69	V	F
70 A menudo tomo tranquilizantes	70	V	F
71 Tengo frecuentemente cambios de humor	71	V	F
72 Algunas personas hacen cosas que me ofenden	72	V	F
73 No es fácil herir mis sentimientos	73	V	F
74 Estoy perdiendo peso	74	V	F
75 Me agobio por cualquier cosa	75	V	F
76 A veces me siento culpable por ser capaz de divertirme	76	V	F
77 Tengo diarreas con frecuencia	77	V	F
78 A menudo desearía haber muerto yo en su lugar	78	V	F
79 He perdido el apetito	79	V	F
80 A veces hablo con su foto	80	V	F
81 No me interesa tener sexo	81	V	F
82 Algunas veces quisiera estar muerto/a	82	V	F
83 Me cuesta trabajo mantener mi fe religiosa en el dolor y el sufrimiento que causo su muerte	83	V	F
84 Es como si hubiera perdido mis energías	84	V	F
85 Me horroriza ver un cadáver en el velatorio	85	V	F
86 Me doy cuenta que estoy idealizando al difunto/a	86	V	F
87 Tengo problemas de estreñimiento	87	V	F
88 Con frecuencia doy largos paseos en solitario	88	V	F

89 Evito encontrarme con amigos de siempre	89	V	F
90 Siento una necesidad especial de tener a alguien con quien hablar	90	V	F
91 A menudo siento como si tuviera un nudo en la garganta	91	V	F
92 A veces me veo que, sin darme cuenta, la /él estoy buscando entre la gente	92	V	F
93 Me parece haber perdido la confianza en mí mismo/a	93	V	F
94 Bebo más alcohol ahora que antes de su muerte	94	V	F
95 Cuando me anunciaron su muerte pensé "Esto no me puede estar pasando a mí"	95	V	F
96 Tengo pesadillas	96	V	F
97 Rara vez pienso en la muerte	97	V	F
98 Nunca me he preocupado tener una enfermedad dolorosa	98	V	F
99 Los funerales a veces me afectan mucho	99	V	F
100 No me sentiría incómodo/a visitando a alguien que estuviera muriendo	100	V	F
101 Con frecuencia me preocupa lo rápido que pasa el tiempo	101	V	F
102 No tengo miedo al fracaso	102	V	F
103 Me relaciono estrechamente sólo con pocas personas	103	V	F
104 Me horroriza ver a una persona muerta	104	V	F
105 Siempre sé que decirle a una persona que ha perdido a un ser amado	105	V	F
106 A menudo pido consejos a otras personas	106	V	F
107 No me molesta que la gente hable de la muerte	107	V	F
108 No puedo recordar ninguna ocasión en que mis padres estuvieran enfadados conmigo	108	V	F
109 No creo que la gente sepa hoy en día comportarse	109	V	F
110 Nunca me emociono en los funerales	110	V	F
111 A menudo pienso en lo corta que es la vida	111	V	F
112 No tengo miedo a morir de cáncer	112	V	F
113 No me importa ir al médico a hacerme chequeos	113	V	F
114 Tiemblo al pensar en una guerra nuclear	114	V	F

115 La idea de morir me da miedo	115 V F
116 Nunca pierdo los estribos	116 V F
117 Siempre he estado totalmente seguro/a de que tendría éxito cuando intentara algo	117 V F
118 No suelo ser feliz	118 V F
119 Creo que hay pocas cosas en el futuro ante las que pueda sentir miedo	119 V F
120 No recuerdo haberme sentido nunca incómodo/a en una situación social	120 V F
121 Me doy cuenta que ahora suspiro más que antes que muriera	121 V F
122 Pasaba mucho tiempo con él/ella antes de su muerte	122 V F
123 Siento que consolar a los demás me ayuda	123 V F
124 Me siento más unido/a mi familia	124 V F
125 Siento que hice todo lo que pude hacer por él/ella	125 V F
126 Mi fe religiosa es una fuerza de fe interior y de consuelo	126 V F
127 Ahora fumo más	127 V F
128 No soy una persona realista	128 V F
129 Paso casi toda la noche despierto/a	129 V F
130 Cuando voy a la casa estoy agotado/a pero tardo varias en dormirme	130 V F
131 Las preocupaciones me hacen perder el sueño	131 V F
132 Con frecuencia me despierto a mitad de la noche y no puedo volver a dormir	132 V F
133 Duermo la mayoría de las noches	133 V F
134 Cuando me despierto en mitad de la noche las cosas me parecen más negras	134 V F
135 Puedo dormir durante el día pero no por la noche	135 V F

Apéndice 2 Inventario de Duelo Complicado- revisado (IDC-R)

Ficha técnica

Nombre: (IDC-R) Inventario de Duelo Complicado-Revisado.

Autores: Prigerson (1995), en su adaptación al español por Olmeda y García (2006).

Duración: Aproximadamente, unos diez minutos.

Aplicación: A partir de los 18 años, para la comprensión de las instrucciones y poder ejecutar la tarea que se le exige.

Significación: tiene 19 ítems con cinco categorías de respuesta (tipo Likert): “nunca”, “raramente”, “algunas veces”, “a menudo” y “siempre”, que valoran la frecuencia del síntoma explorado (emocional, cognitivo o conductual) y cuya puntuación va desde 0 para “nunca” hasta 4 para “siempre”. Para su corrección se suman los puntos de cada ítem. De esta manera, las posibles puntuaciones totales fluctúan entre 0 y 76, correspondiendo las puntuaciones más altas a una mayor probabilidad de padecer duelo complicado, (Prigerson, Limonero & Lacasta, 2009).

Inventario de duelo complicado

Instrucciones: Por favor lea atentamente cada frase y conteste de acuerdo a su forma de pensar.

Pregunta.	Nunca	Raras veces	Algunas veces	A menudo	Siempre
1. Pienso tanto en la persona que ha fallecido que me resulta difícil hacer las cosas como las hacía normalmente	0	1	2	3	4
2. Los recuerdos de la persona que murió me trastornan.	0	1	2	3	4

4. Anhelo a la persona que murió.	0	1	2	3	4
5. Me siento atraído por los lugares y las cosas relacionadas con la persona fallecida	0	1	2	3	4
6. No puedo evitar sentirme enfadado con su muerte.	0	1	2	3	4
7. No me puedo creer que haya sucedido	0	1	2	3	4
8. Me siento aturdido por lo sucedido.	0	1	2	3	4
9. Desde que él/ella murió me resulta difícil confiar en la gente	0	1	2	3	4
10. Desde que él/ella murió me siento como si hubiera perdido la capacidad de preocuparme de la gente o me siento distante de las personas que me preocupaban	0	1	2	3	4
11. Me siento solo/a la mayor parte del tiempo desde que él/ella falleció.	0	1	2	3	4
12. Siento dolores en la misma zona del cuerpo o tengo alguno de los síntomas que sufría la persona que murió.	0	1	2	3	4
13. Me tomo la molestia de desviarme de mi camino para evitar los recuerdos de la persona que murió.	0	1	2	3	4
14. Siento que la vida está vacía sin la persona que murió	0	1	2	3	4
15. Escucho la voz de la persona fallecida hablándome	0	1	2	3	4
16. Veo a la persona que murió de pie delante de mí.	0	1	2	3	4
17. Siento que es injusto que yo viva mientras que él/ella ha muerto.	0	1	2	3	4
18. Siento amargura por la muerte de esa persona.	0	1	2	3	4
19. Siento envidia de otras personas que no han perdido a nadie cercano.	0	1	2	3	4

Gracias por contestar

Apéndice 3 Inventario Texas Revisado de Duelo (ITRD)

De acuerdo a Gómez (2007)

Ficha Técnica

Nombre: (ITRD) Inventario Texas Revisado de Duelo

Autores: García G.J; Landa Petralanda, V; Trigueros M. M; Gaminde Inda, I.

Duración: Aproximadamente, Unos 10 minutos aproximadamente

Aplicación: A partir de los 14 cuyo cónyuge cuyo cónyuge haya fallecido hace más de 3 meses y menos de 3 años. Los criterios de exclusión son enfermedad mental grave, alcoholismo y uso de drogas. Auto administrado.

Significación: Consta de 21 ítems con 5 categorías de respuesta tipo Likert. No tiene puntos de corte. A mayor puntuación, mayor intensidad del duelo.

Instrumento: Inventario de Texas Revisado de Duelo (ITRD)

Parte I: Comportamiento en el pasado.

Instrucciones: Por favor, sitúese mentalmente en la época en que el fallecido murió y responda a las siguientes cuestiones sobre sus sentimientos y su forma de actuar durante ese tiempo.	Completamente verdadera	Verdadera en su mayor parte	Ni verdadera ni falsa	Falsa en su mayor parte	Completamente falsa
1. Tras su muerte me costaba relacionarme con algunas personas					
2. Tras su muerte me costaba concentrarme en mi trabajo					
3. Tras su muerte perdí el interés en mi familia, amigos y actividades fuera de casa					
4. Tenía la necesidad					

d de hacer las cosas que él/ella había querido hacer					
5. Después de su muerte estaba más irritable de lo norma					
6. En los tres primeros meses después de su muerte me sentía incapaz de realizar mis actividades habituales					
7. Me sentía furioso/a porque me había abandonad					
8. Tras su muerte me costaba trabajo dormir					

Parte II: Sentimientos actuales

Instrucciones: Por favor, sitúese mentalmente en la época en que el fallecido murió y responda a las siguientes cuestiones sobre sus sentimientos y su forma de actuar durante ese tiempo.	Completamente verdadera	Verdadera en su mayor parte	Ni verdadera ni falsa	Falsa en su mayor parte	Completamente falsa
1. Todavía tengo ganas de llorar cuando pienso en él/ella					
2. Todavía me pongo triste cuando pienso en él/ella					
3. No puedo aceptar su muerte					
4. A veces la/le echo mucho de menos					
5. Todavía me resulta doloroso traer a la memoria su recuerdo					
6. A menudo me quedo ensimismado pensando en él/ella					

7. Llora a escondidas cuando pienso en él/ella					
8. Nadie podrá ocupar jamás el lugar que él/ella ha dejado en mi vida					
9. No puedo dejar de pensar en él/ella					
10. Creo que no es justo que haya muerto					
11. Las cosas y las personas que me rodean todavía me hacen recordarla/le					
12. Soy incapaz de aceptar su muerte					
13. A veces me invade la necesidad de que él/ella esté conmigo					

Gracias por contestar

Apéndice 4 Cuestionario de riesgo de duelo complicado

De acuerdo a Barreto et. al. (2012)

Ficha Técnica

Nombre: (RDC) Cuestionario de riesgo de duelo complicado

Autores: Parkes C. y Weiss R. y adaptada al español por García García J., Landa V., Grandes G., Mauriz A. Y Andollo I. en 2001

Duración: Aproximadamente, unos diez minutos.

Aplicación: A partir de los 18 años, para la comprensión de las instrucciones y poder ejecutar la tarea que se le exige.

Significación: consta de 8 preguntas con 5 o 6 posibles respuestas tipo Likert puntuadas entre 0-6 puntos dependiendo de la pregunta . El punto de corte, se ha establecido en los 15 puntos. En su versión original presentó una fiabilidad obtenida mediante alfa de Cronbach de 0,74 y la validez estaba representada por: el 94% en cuanto a sensibilidad y el 45% en cuanto a especificidad, se le definen como "un instrumento sencillo que nos permite hacernos una idea del riesgo de complicaciones en duelo" a pesar de que también exponen la necesidad de nuevos estudios de fiabilidad y validez de esta versión adaptada al español, (Granado, 2013, p.19).

Cuestionario de Riesgo de Duelo Complicado

De acuerdo a Barreto, et. al. (2012).

1. ¿Hay niños menores de 14 años en su casa?

- Ninguno.
- Uno.
- Dos.
- Tres.
- Cuatro.
- Cinco o más.

2. ¿Cuál era/es la clase social/ocupación* de la persona que más ingresos aportaba/aporta a la familia?

- Profesional liberal o ejecutivo (carreras superiores).
- Profesional semiliberal (carreras medias).
- Oficinista o personal administrativo (trabajo en oficinas en general).
- Obrero cualificado ("tener un oficio", oficial o maestro industrial,...).
- Obrero semicualificado (peón especialista).

Obrero no cualificado (peón).

3. ¿Qué clase de empleo tiene?

- A tiempo completo.
- A tiempo parcial.
- Jubilado.
- Solamente trabaja en casa.
- Parado

4. ¿Se aferra a su familiar y/o se consume pensando en si él volviera?

- Nunca.
- Raramente.
- Moderadamente.
- Frecuentemente.
- Constantemente.
- Constante e intensamente.

5. ¿Enfado?

- No (o lo normal).
- Leve irritabilidad.
- Moderada irritabilidad: arrebatos ocasionales.
- Severa: ha echado a perder sus relaciones.
- Extrema: siempre amargada.

6. ¿Culpas / Autorreproches?

- No.
- Leves: vagos y generales.
- Moderados: algún autorreproche claro.
- Severos: obsesionada con sus culpas.
- Extremos: es un problema fundamental.

7. ¿Relaciones actuales?

- Tiene una relación muy estrecha con otra persona.
- Tiene el afecto de su familia que le apoya y le permite expresar sus sentimientos.
- Tiene una familia que le apoya pero vive a distancia.
- Dudosas.
- Ninguna de las anteriores.

8. ¿Cómo piensas que se las arreglará?

- Bien: duelo normal y recuperación sin ayuda especial.
- Regular: pero probablemente se las arregle sin ayuda especial.
- Tengo mis dudas: puede que necesite ayuda especial.
- Malamente: requiere ayuda especial.
- Muy mal: requiere ayuda urge

Gracias por contestar

Apéndice 5 Escala de Resiliencia para Mexicanos (RE-SI-M)

De acuerdo a Ornelas (2016).

Ficha técnica

Nombre: Escala de Resiliencia para Mexicanos (RE-SI-M)

Autores: Palomar & Gómez 2010

Duración: Aproximadamente, unos veinte minutos.

Aplicación: A partir de los 18 años, para la comprensión de las instrucciones y poder ejecutar la tarea que se le exige

Significación: Este instrumento consta de 43 reactivos que se califican en una escala tipo Likert. En él, el sujeto elige su grado de acuerdo con cada afirmación (de 1 = totalmente en desacuerdo, a 4 = totalmente de acuerdo). Mide la fortaleza y confianza en sí mismo, la competencia social, el apoyo familiar y social y la estructura. La suma total de respuestas corresponde al puntaje total de resiliencia, que oscila entre 43 y 172 puntos posibles, coeficiente alfa de 0.93, es decir de confiabilidad de .93 y un total de varianza explicada de 43.60 %, (Camacho, 2016).

Instrumento de Escala de Resiliencia para mexicanos Ornelas (2016).

Instrucciones: Por favor lea atentamente cada frase y conteste de acuerdo a su forma de pensar.

PREGUNTA	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
Lo que me ha ocurrido en el pasado me hace sentir confianza para enfrentar nuevos retos.				
Sé dónde buscar ayuda				
Soy una persona fuerte.				
Sé muy bien lo que quiero.				
Tengo el control de mi vida.				
Me gustan los retos.				
Me esfuerzo por alcanzar mis metas				
Estoy orgulloso de mis logros.				
Sé que tengo habilidades				
Creer en mí mismo me ayuda a superar los momentos difíciles.				
Creo que voy a tener éxito.				
Sé cómo lograr mis objetivos.				
Pase lo que pase, siempre encontraré una solución				
Mi futuro pinta bien				
Sé que puedo resolver mis problemas personales				
Estoy satisfecho conmigo mismo.				
Tengo planes realistas para el futuro.				
Confío en mis decisiones				
Cuando no estoy bien, sé que vendrán tiempos mejores				
Me siento cómodo con otras personas.				
Me es fácil establecer contacto con otras personas.				
Me es fácil hacer nuevos amigos.				
Es fácil para mí tener un buen tema de conversación				
Fácilmente me adapto a situaciones nuevas				
Es fácil para mí hacer reír a				

otras personas.				
Disfruto estar con otras personas.				
Sé cómo comenzar una conversación.				
Tengo una buena relación con mi familia.				
Disfruto estar con mi familia				
En nuestra familia somos leales entre nosotros.				
En nuestra familia disfrutamos hacer actividades juntos				
Aun en momentos difíciles, nuestra familia tiene una actitud optimista hacia el futuro.				
En nuestra familia coincidimos en relación a lo que consideramos importante en la vida				
Tengo algunos amigos/familia que realmente se preocupan por mí				
Tengo algunos amigos/familia que me apoyan.				
Siempre tengo a alguien que puede ayudarme cuando lo necesito				
Tengo algunos amigos/familia que me alientan.				
Tengo algunos amigos/familia que valoran mis habilidades.				
Las reglas y la rutina hacen mi vida más fácil				
Mantengo mi rutina aun en momentos difíciles				
Prefiero planear mis actividades.				
Trabajo mejor cuando tengo metas				
Soy bueno para organizar mi tiempo.				

Gracias por contestar

Apéndice 6 Cuestionario de Estrategias de Afrontamiento

De acuerdo a Ornelas (2016).

Ficha técnica

Nombre: Cuestionario de Estrategias de Afrontamiento (CEA)

Autores: Sandín y Chorot (2003), validado para una muestra mexicana por González y Landero (2007)

Duración: Aproximadamente, unos veinte minutos.

Aplicación: A partir de los 18 años, para la comprensión de las instrucciones y poder ejecutar la tarea que se le exige

Significación: Este instrumento consta de 21 reactivos presentados en una escala tipo Likert cuya puntuación (de 0 = nunca a 4 = casi siempre) registra la frecuencia con que los participantes emplean siete formas de afrontamiento:

- 1) Búsqueda de apoyo, que incluye reactivos que se refieren a la búsqueda de consejo u orientación con parientes o amigos.
- 2) Expresión emocional abierta, que se refiere a la posibilidad de descargar el malhumor y desahogarse.
- 3) Religión que alude a la participación en ritos religiosos y la búsqueda de ayuda espiritual.
- 4) Solución de problemas que implica el análisis de las causas del problema, la reflexión y el desarrollo y seguimiento de un plan de acción.
- 5) Evitación, que se refiere a los esfuerzos por volcarse en el trabajo u otras actividades para evitar pensar en los problemas o realizar otras actividades para olvidarlos.
- 6) Autofocalización negativa, que incluye el culparse a sí mismo, resignarse, sentirse incapaz o indefenso para resolver la situación.
- 7) Reevaluación positiva, que implica el esfuerzo por ver los aspectos positivos de la situación, (Ornelas, 2016) y (González, T. M; & Landero, R. 2007).

Instrumento Cuestionario de Estrategias de Afrontamiento (CEA)

Ornelas (2016).

Instrucciones: Las formas de afrontamiento descritas no son ni buenas ni malas, ni tampoco unas son mejores o peores que otras. Simplemente ciertas personas utilizan unas formas más que otras. Para contestar debe leer con detenimiento cada una de las formas de afrontamiento y recordar en qué medida Ud. la ha utilizado recientemente cuando ha tenido que hacer frente a situaciones de estrés. Marque el número que mejor represente el grado en que empleó cada una de las formas de afrontamiento del estrés que se indican. 0 1 2 3 4 Nunca Pocas veces A veces Frecuentemente Casi siempre

ITEMS	0 Nunca	1 Pocas veces	2 A veces	3 Frecuent emente	4 Casi siempre
1. Traté de analizarlas causas del problema para poder hacerle frente					
2. Me convencí de que hiciese lo que hiciese las cosas siempre me saldrían mal					
3. Intenté centrarme en los aspectos positivos del problema					
4. Descarqué mi mal humor con los demás					
5. Cuando me venía a la cabeza el problema, trataba de concentrarme en otras cosas					
6. Le conté a familiares o amigos cómo me sentía					
7. Asistí a la Iglesia.					
8. Traté de solucionar el problema siguiendo unos pasos bien pensados					
9. No hice nada concreto puesto que las cosas suelen ser malas					
10. Intenté sacar algo positivo del problema					
11. Insulté a ciertas personas					
12. Me volqué en el trabajo o en otra actividad para olvidarme del problema					
13. Pedí consejo a algún pariente o amigo para afrontar mejor el problema					
14. Pedía ayuda espiritual a algún religioso (sacerdote, etc.)					
15. Establecí un plan de actuación y procuré llevarlo a cabo					
16. Comprendí que yo fui el principal causante del problema					
17. Descubrí que en la vida hay cosas buenas y gente que se preocupa por los demás					
18. Me comporté de forma hostil con los demás					
19. Salí al cine, a cenar, a «dar una vuelta», etc. para olvidarme del problema					
20. Pedí a parientes o amigos que me ayudaran a pensar acerca del problema.					
21. Acudí a la Iglesia para rogar que se solucionase el problema.					

Apéndice 7 Perinatal Grief Scale (PGS, Escala de duelo perinatal)

Mota, et. al. (2011).

Ficha técnica

Nombre: Perinatal Grief Scale (PGS)

Autores: Potvin, Lasker & Toedter (1991).

Duración: Aproximadamente, unos diez minutos.

Aplicación: Cualquier mujer con pérdida perinatal

Significación: Escala tipo Likert que consta de 33 afirmaciones con cinco opciones de respuesta. Los reactivos están distribuidos en tres subescalas, de 11 reactivos cada una:

- Duelo activo, que corresponde a las reacciones normales del duelo.
- Dificultad para afrontar la pérdida, que describe el estado de salud mental, incluye síntomas depresivos, sentimientos de culpa, falta de apoyo social y problemas en la relación de pareja.
- Desesperanza, que indica síntomas que perduran en el tiempo y que dependen, entre otras cosas, de los recursos de afrontamiento de las mujeres que experimentan el duelo.

Cada una de estas escalas tiene un puntaje mínimo de 11 y máximo de 55 y la suma de las tres oscila entre 33 y 165 puntos, en donde un puntaje mayor a 90 indica morbilidad psiquiátrica, (Mota, G. C; Calleja, B. N; Aldana, C. E; Gómez, L. M E. & Sánchez, P. M A. 2011, pág. 5).

Instrumento. Perinatal Grief Scale (PGS, Escala de duelo perinatal)

Pregunta	Nunca	Raras veces	Algunas veces	A menudo	Siempre
1 Me siento deprimida					
2 Se me hace difícil "llevarme bien con algunas personas"					
3 Tomo medicina para los "nervios"					
4 Me siento vacía					
5 No puedo realizar mis actividades cotidianas					
6 Me siento culpable cuando pienso en mi bebé					

7 Siento la necesidad de hablar de mi bebé					
8 He pensado en el suicidio desde que perdí a mi bebé					
9 Me siento enferma cuando pienso en mi bebé					
10 Me lamento por la pérdida de mi bebé					
11 Intento reír pero ya nada me parece gracioso.					
12 Me siento desprotegida en un mundo peligroso, desde que perdí a mi bebé					
13 Estoy asustada					
14 Siento que decepcione a la gente por la pérdida de mi bebé					
15 Siento que estoy retomando mi nueva vida					
16 Extraño mucho a mi bebé					
17 Necesito justificarme ante algunas personas por la pérdida de mi bebé					
18 La mejor parte de mí se perdió con mi bebé					
19 Es doloroso recordar la pérdida de mi bebé					
20 Siento que necesito ayuda profesional para que mi vida funcione otra vez					
21 Me siento culpable por la pérdida de mi bebé					
22 Me enojo cuando pienso en mi bebé					
23 me siento como muerta en vida					
24 Siento que no valgo nada desde que perdí a mi bebé					
25 Llora cuando pienso en mi bebé					
26 Me siento apartada y solo aunque esté con amigos					
27 Siento que es mejor no amar					
28 El tiempo pasa muy lentamente desde que perdí a mi bebé					
29 Desde que perdí a mi bebé se me hace difícil tomar decisiones.					
30 el futuro me preocupa					
31 Me siento muy sola desde que perdí a mi bebé					
32 Siento que me estoy adaptando bien a la pérdida de mi bebé					
33 Estoy aceptando la pérdida de mi bebé					

Gracias por contestar

Apéndice 8 Inventario de Depresión de Beck (BDI) Limonero (2009).

Ficha técnica

Nombre: Inventario de depresión de Beck.

Autores: Aaron T. Beck y Cols (1979), versión adaptada al castellano por Vázquez y Sanz (1991)

Duración: Entre 5 y 10 minutos.

Aplicación: Adolescentes y adultos, y con comprensión de las instrucciones y poder ejecutar la tarea que se le exige

Significación: Cuestionario autoaplicado de 21 ítems el cual evalúa un amplio aspecto de síntomas depresivos, cada pregunta contempla de 4 opciones de respuesta, ordenada de menor a mayor gravedad y la intensidad de estas.

Su contenido enfatiza más el componente cognitivo de la depresión, ya que los síntomas de esta esfera representan en torno al 50% de la puntuación total del cuestionario, siendo los síntomas de tipo somático/vegetativo el segundo bloque de mayor peso; de los 21 ítems, 15 hacen referencia a síntomas psicológicos-cognitivos, y los 6 restantes a síntomas somático-vegetativos. Los puntos de corte aceptados para graduar intensidad/severidad son los siguientes:

- No depresión: 0-9 puntos.
- Depresión Leve: 10-18 puntos.
- Depresión moderada: 19-29 puntos
- Depresión grave: < 30 puntos

Instrumento. Inventario de Depresión de Beck Limonero (2009).

En este cuestionario aparecen varios grupos de afirmaciones. Por favor lea con atención cada una. A continuación, señale cuál de las afirmaciones de cada grupo describe mejor cómo se ha sentido durante esta última semana, incluido el día de hoy. Si dentro de un mismo grupo, hay más de una afirmación que considere aplicable a su caso, márquela también. Asegúrese de leer todas las afirmaciones dentro de cada grupo antes de efectuar la elección.

1	<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> No me siento triste. <input type="radio"/> Me siento triste. <input type="radio"/> Me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo. <input type="radio"/> Me siento tan triste o tan desgraciado que no puedo soportarlo.
2	<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> No me siento especialmente desanimado respecto al futuro. <input type="radio"/> Me siento desanimado respecto al futuro. <input type="radio"/> Siento que no tengo que esperar nada. <input type="radio"/> Siento que el futuro es desesperanzador y las cosas no mejorarán.
3	<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> No me siento fracasado. <input type="radio"/> Creo que he fracasado más que la mayoría de las personas. <input type="radio"/> Cuando miro hacia atrás, sólo veo fracaso tras fracaso. <input type="radio"/> Me siento una persona totalmente fracasada.
4	<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Las cosas me satisfacen tanto como antes. <input type="radio"/> No disfruto de las cosas tanto como antes. <input type="radio"/> Ya no obtengo una satisfacción auténtica de las cosas. <input type="radio"/> Estoy insatisfecho o aburrido de todo.
5	<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> No me siento especialmente culpable. <input type="radio"/> Me siento culpable en bastantes ocasiones. <input type="radio"/> Me siento culpable en la mayoría de las ocasiones. <input type="radio"/> Me siento culpable constantemente.
6	<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> No creo que esté siendo castigado. <input type="radio"/> Me siento como si fuese a ser castigado <input type="radio"/> Espero ser castigado. <input type="radio"/> Siento que estoy siendo castigado.
7	<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> No estoy decepcionado de mí mismo. <input type="radio"/> Estoy decepcionado de mí mismo. <input type="radio"/> Me da vergüenza de mí mismo. <input type="radio"/> Me detesto.
8	<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> No me considero peor que cualquier otro. <input type="radio"/> Me auto critico por mis debilidades o por mis errores. <input type="radio"/> Continuamente me culpo por mis faltas. <input type="radio"/> Me culpo por todo lo malo que sucede.
9	<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> No tengo ningún pensamiento de suicidio. <input type="radio"/> A veces pienso en suicidarme, pero no lo cometería. <input type="radio"/> Desearía suicidarme. <input type="radio"/> Me suicidaría si tuviese la oportunidad.
10	<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> No lloro más de lo que solía. <input type="radio"/> Ahora lloro más que antes. <input type="radio"/> Lloro continuamente. <input type="radio"/> Antes era capaz de llorar, pero ahora no puedo, incluso aunque quiera.
11	<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> No estoy más irritado de lo normal en mí. <input type="radio"/> Me molesto o irrito más fácilmente que antes. <input type="radio"/> Me siento irritado continuamente. <input type="radio"/> No me irrito absolutamente nada por las cosas que antes solían irritarme.

12	<ul style="list-style-type: none"> ○ No he perdido el interés por los demás. ○ Estoy menos interesado en los demás que antes. ○ He perdido la mayor parte de mi interés por los demás. ○ He perdido todo el interés por los demás.
13	<ul style="list-style-type: none"> ○ Tomo decisiones más o menos como siempre he hecho. ○ Evito tomar decisiones más que antes. ○ Tomar decisiones me resulta mucho más difícil que antes. ○ Ya me es imposible tomar decisiones.
14	<ul style="list-style-type: none"> ○ No creo tener peor aspecto que antes. ○ Me temo que ahora parezco más viejo o poco atractivo. ○ Creo que se han producido cambios permanentes en mi aspecto que me hacen parecer poco atractivo ○ Creo que tengo un aspecto horrible.
15	<ul style="list-style-type: none"> ○ Trabajo igual que antes. ○ Me cuesta un esfuerzo extra comenzar a hacer algo. ○ Tengo que obligarme mucho para hacer algo. ○ No puedo hacer nada en absoluto.
16	<ul style="list-style-type: none"> ○ Duermo tan bien como siempre. ○ No duermo tan bien como antes. ○ Me despierto una o dos horas antes de lo habitual y me resulta difícil volver a dormir. ○ Me despierto varias horas antes de lo habitual y no puedo volverme a dormir.
17	<ul style="list-style-type: none"> ○ No me siento más cansado de lo normal. ○ Me canso más fácilmente que antes. ○ Me canso en cuanto hago cualquier cosa. ○ Estoy demasiado cansado para hacer nada.
18	<ul style="list-style-type: none"> ○ Mi apetito no ha disminuido. ○ No tengo tan buen apetito como antes. ○ Ahora tengo mucho menos apetito. ○ He perdido completamente el apetito.
19	<ul style="list-style-type: none"> ○ Últimamente he perdido poco peso o no he perdido nada. ○ He perdido más de 2 kilos y medio. ○ He perdido más de 4 kilos. ○ He perdido más de 7 kilos. <p style="text-align: center;">Estoy a dieta para adelgazar: SI O NO</p>
20	<ul style="list-style-type: none"> ○ No estoy preocupado por mi salud más de lo normal. ○ Estoy preocupado por problemas físicos como dolores, molestias, malestar de estómago o estreñimiento. ○ Estoy preocupado por mis problemas físicos y me resulta difícil pensar en algo más. ○ Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que soy incapaz de pensar en cualquier cosa.
21	<ul style="list-style-type: none"> ○ No he observado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo ○ Estoy menos interesado por el sexo que antes ○ Estoy mucho menos interesado por el sexo ○ He perdido totalmente mi interés por el sexo

Gracias por contestar

Apéndice 9 Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) Limonero (2009).Ficha técnica**Nombre:** Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)**Autores:** Aaron T. Beck y Robert A. Steer, adaptación al español por Jesús Sanz, Frédérique Vallar, Elena de la Guía & Ana Hernández (2011).**Duración:** Entre 5 y 10 minutos.**Aplicación:** Adolescentes desde los 17 años y adultos, y con comprensión de las instrucciones y poder ejecutar la tarea que se le exige**Significación:** El BAI se ha diseñado específicamente para medir “la ansiedad clínica”, el estado de “ansiedad prolongada” que en un entorno clínico es una evaluación muy relevante, los puntos de corte para clasificar el nivel de ansiedad son “mínima”, “leve”, “moderada” o “grave”, consta de 21 ítems, con 4 opciones de respuesta, describe los síntomas emocionales, fisiológicos y cognitivos de la ansiedad, siendo una prueba muy adecuada para discriminar la ansiedad de la depresión, la puntuación es la suma de las respuestas de la persona evaluada en una escala de 0 a 3. La puntuación de máxima ansiedad es de 63 puntos.

Una puntuación total entre 0 y 7 se interpreta como un

- Ansiedad mínima: 0-7 puntos
- Ansiedad leve: 8-15 puntos
- Ansiedad moderada: 16-25 puntos
- Ansiedad grave: 26-63 puntos

Inventario de Ansiedad de Beck Limonero (2009).

En el cuestionario hay una lista de síntomas comunes de la ansiedad, Lea cada uno de los ítems, e indique cuanto le ha afectado en la última semana incluyendo hoy.

SINTOMAS	En absoluto	Levemente	Moderadamente	Severamente
1 Torpe o entumecido				
2 Acalorado.				
3 Con temblor en las piernas.				
4 Incapaz de relajarse				
5 Con temor a que ocurra lo peor.				
6 Mareado, o que se le va la cabeza.				
7 Con latidos del corazón fuertes y acelerados.				
8 Inestable.				
9 Atemorizado o asustado.				
10 Nervioso.				
11 Con sensación de bloqueo.				
12 Con temblores en las manos.				
13 Inquieto, inseguro.				
14 Con miedo a perder el control.				
15 Con sensación de ahogo.				
16 Con temor a morir.				
17 Con miedo.				
18 Con problemas digestivos.				
19 Con desvanecimientos.				
20 Con rubor facial.				
21 Con sudores, fríos o calientes				

Gracias por contestar

Apéndice 10 Inventario de Historias de pérdidas (IHP) Chaurand (2010).

Nombre: Edad: Hombre o mujer

Situación personal: **Estudios:**

(Soltero, casado, viviendo en pareja. Etc.)

Con las siguientes preguntas se pretende de forma breve y detallada hacer un recuento sobre las pérdidas que la persona ha vivido a lo largo de su proceso vital.

1.- Asegúrese de leer con atención cada pregunta y responder de forma concreta. Es importante que **mencione solamente las pérdidas que considere significativas para usted** (no es necesario rellenar todos los espacios, ni tampoco limitarse a ellos).
Ejemplo: muertes o separaciones de seres queridos, mascotas, bienes materiales, partes corporales, salud, proyectos personales, etc.)

	Nombre o descripción de la pérdida	¿Hace cuánto sucedió? (Especificar en meses o años)	¿Cómo sucedió? (Por enfermedad, accidente, suicidio, de forma esperada o inesperada, etc.)	¿Considera usted haber superado esta pérdida?
a)				
b)				
c)				
d)				
e)				
f)				
g)				
h)				
i)				
j)				

2.- Si presenta usted alguna sintomatología depresiva en la actualidad: ¿Considera que ésta se presentó como resultado de alguna de las pérdidas mencionadas previamente? -Si -No - No considero que yo tenga síntomas depresivos.

3.- ¿De cuál(es)?