



**UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA
IBEROAMERICANA S. C.**



**INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE MÉXICO**

CLAVE 8901-25

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**“DISEÑAR UN PROGRAMA DE INTERVENCIÓN EN
PROCESO DE DUELO, A FAMILIAS DIRECTAS DEL
FALLECIDO A CAUSA
DEL SARCOV- 2 COVID-19”.**

TESINA

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

PRESENTA:

MARIA DE LOS ANGELES GUTIÉRREZ BATALLA

ASESOR DE TESINA:

MTRA. SOILA GUTIÉRREZ ARIAS

XALATLACO, ESTADO DE MÉXICO. DICIEMBRE 2021



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

DEDICATORIAS

Dedico de manera especial a todas las personas que fallecieron a causa del contagio directo de Sars-cov2; de la misma manera a todas las familias que lucharon día con día para la recuperación de su familiar, que lamentablemente mucha gente falleció dejando en si un dolor ante la pérdida inexplicable que a cada uno de sus familiares que aún están viviendo.

A mis padres.

Cada instante de mi vida han sido participes dentro de mis logros, a ustedes mis queridos padres les dedico cada esfuerzo, cada nota, toda idea que yo realice, fue pensando en ustedes por mostrarme y enseñarme que ante cualquier circunstancia de la vida siempre hay un buen resultado.

A mis maestros

Cada uno con sus ideologías, sus aprendizajes, sus metas y sueños que se ven reflejados en mis conocimientos, al mismo tiempo en la aplicación de un mundo laboral; es ahí en ese preciso momento que recuerdo todo lo aprendido de cada uno de mis maestros.

Rene Bobadilla

Le dedico a usted cada letra de mi investigación, las mejores personas dejan huella en la mente y en el corazón de quien las aprende, el destino dio un giro repentino, pero sé que donde usted se encuentre está orgulloso de mi.

Ángeles Gutiérrez

Me dedico a mí misma, toda idea que fui plasmando en cada una de las hojas de mi tema de investigación, por el hecho que fui una de las sobrevivientes a causa de Sars-cov2. Dejando en mí una lección de vida, que el tiempo no regresa y las personas desaparecen en cualquier momento dejando una huella en nuestro corazón.

AGRADECIMIENTOS

Le agradezco infinitamente a Dios, por haberme permitido llegar a esta meta tan importante de mi vida, por colocar a personas extraordinarias en mi camino como estudiante y como ser humano, que me impulsaron a salir adelante.

A mis padres.

Les doy las gracias por haberme permitido estar aquí en este momento y haberlos conocido como lo que son mis padres. Por cuestiones de la vida te perdí papá, pero sé que muy en el fondo estas orgulloso de todos los logros que he conseguido, mamá te agradezco por haberme apoyado en los momentos más difíciles de mi vida en la etapa como estudiante, siempre estuviste segura que este momento llegaría y así es solo falta un pasito más; recuerda siempre que nunca dejes de confiar en mí.

Amor

Le agradezco a la vida por haberte encontrado en el transcurso del camino, para mí es importante que en este preciso momento me acompañes en esta nueva etapa, reconozco cada granito de apoyo que has tenido hacia mi persona. Te agradezco por tanto mi vida.

Licenciada Soila

Licenciada, le agradezco el infinito apoyo como estudiante y al mismo tiempo como asesor de tesina, cada conocimiento que usted me brindó lo tengo muy presente, el cual plasmaré de ahora en adelante.

Licenciada Perla

Le agradezco el apoyo que me brindó como estudiante, pero, sobre todo en el proceso de duelo en el que me encontraba al haber perdido a mi papá, cada plática, cada argumento los tengo muy presentes y son los que me impulsan día con día a salir adelante.

Rene Bobadilla

Todos los días tengo presente sus palabras de aliento que me brindo, cada consejo los aplico y sobre todo sus pláticas llenas de sabiduría; por brindarme su cariño como un padre para mí; el acontecimiento que presenciamos a causa de Sars-cov2 me impulso a retomarlo, a causa de las complicaciones falleció y ha dejado un dolor en cada persona cercana a usted.

INTRODUCCIÓN

La presente investigación es un amplio panorama de lo que se está viviendo hoy en día desde del mes de marzo del año 2020, dichas polémicas que ha traído consigo y la manera que afectado a todos los países.

La crisis sanitaria que ha traído consigo la llegada del virus causando una enfermedad respiratoria llamada (SARSCOV-2) como es conocido o, más bien como dicho nombre que fue otorgado, ha sido de gran impacto no solo en la manera de vivir sino la manera de afrontar la muerte de un ser querido.

Todas las familias que han presenciado dicho suceso, donde cada uno de los integrantes ha sido diagnosticado con SARSCOV-2, están expuestos a que en un momento determinado algún integrante de la familia no logre resistir y este fallezca, es en ese lapso donde la familia no está preparada ante el manejo y aceptación del duelo en la pérdida de su familiar.

Ante el sufrimiento de una pérdida, cada integrante de la familia reacciona de diferente manera, en cual influyen diversos aspectos por ejemplo la edad, personalidad, creencias religiosas, cultura y otros factores asociados.

Las circunstancias de la muerte de manera repentina o sobrevenida tras una larga enfermedad o de un determinado suceso; es un factor sobresaliente en ese momento el fallecimiento inesperado a causa de la pandemia, el cual impide la aceptación aumentando el dolor y sufrimiento que en ese lapso es presencial.

El proceso de duelo forma parte de la vida propia, el cual pasa por diferentes facetas, las diversas reacciones emocionales que se presentan no son estáticas, ya que en el manejo del duelo se van liberando diversas emociones para ir aliviando el dolor y sufrimiento para llegar al punto que se desea en este caso es la aceptación; haciendo hincapié que es un lapso, ya que no de un momento a otro se llega a la aceptación.

A continuación, se desarrollará una breve explicación del contenido que conforman la presente tesina.

En el primer capítulo describe el concepto de duelo, tomando en cuenta los antecedentes y el cómo los antepasados celebraban la pérdida de un familiar, posteriormente, se encuentran los tipos de duelo el cual las circunstancias el estado anímico del paciente puede provocar un duelo crónico enfocándolo en la actualidad ante la presencia de SARSCOV-2

El segundo capítulo enfatiza el concepto de “familia” dentro de las definiciones abarcándolas en dichas disciplinas, de la misma manera los tipos de familia lo cual es esencial conocer para describir la convivencia dentro del hogar familiar; tomando en ello las funciones que tienen consigo cada uno de los integrantes desarrollándose en su papel sin intervenir en otro dentro de la familia.

El tercer capítulo explica lo que se está viviendo en la actualidad SARCOV-2, la manera en cómo se propago para convertirse en pandemia, dando a conocer cuáles fueron los inicios donde se detectó el virus y a consecuencia de animales exóticos. De la misma manera se retoman los síntomas provocando neumonía como se consideraba antes de que se vieran afectados los pulmones en los pacientes provocando la falta de oxígeno hasta llegar a la muerte. Dentro del ámbito psicológico la pandemia, dejó un alto impacto dentro la pérdida del ser querido afectando el estado emocional dentro de las familias de los fallecidos por la muerte inesperada a causa de la pandemia.

El cuarto capítulo abarca la Teoría del proceso dual de Strobe, (1999) junto con algunos autores que colaboraron con la autora en modelo, se enfatiza que dicha teoría no es como los otros modelos psicológicos que dentro del proceso psicoterapéutico llevan un orden el cual puede ser tardío y complicado para el paciente a comparación de la Teoría del proceso dual, se enfatiza en la problemática principal que es trabajar sobre el duelo de la persona de manera cognitiva llegando a la aceptación como resultado.

En el capítulo cinco presenta el programa de intervención donde se plasmará las actividades que se llevaran consigo dentro de la aplicación a las familias que presentan duelo ante la pérdida del ser querido a causa de SARSCOV-2.

Por último, se encuentra la metodología de la investigación que se desarrolló en la presente tesina, el objetivo principal, los objetivos específicos, etcétera.

ÍNDICE

Dedicatorias

Agradecimientos

Introducción

CAPÍTULO I DUELO	12
1.1 Antecedentes del duelo.....	12
1.2 ¿Qué es el duelo?.....	14
1.3 Manifestaciones del duelo.....	16
1.4 Tipos de duelo.....	16
1.5 Etapas del duelo	18
1.6 Factores que influyen en el duelo	20
CAPÍTULO II LA FAMILIA	22
2.1 Definición de familia de diferentes autores/disciplinas	22
2.2 Tipos de familia	25
2.2.1 Familia nuclear.....	26
2.2.2 Familia extensa	26
2.2.3 Familia uniparental / monoparental	27
2.2.4 Familia homoparental.....	27
2.3 Funciones de la familia.	28
CAPÍTULO III SARSCOV-2	32
3.1 Antecedentes de SARSCOV-2.....	32
3.2 Definición de Pandemia	35

3.3 ¿Qué es el Coronavirus?	36
3.4 Síntomas de SARSCOV-2	37
3.5 Primera oleada de contagio.	39
3.5.1 Segunda oleada de contagio.	40
3.5.2 Tercera oleada de contagio	42
CAPÍTULO IV	45
TEORÍA DEL PROCESO DUAL (MARGARET STROBE)	45
4.1 ¿Qué es el proceso dual?	45
4.2 Modelo explicativo del duelo.	45
4.2.1 Modelo procesamiento dual del duelo.....	46
4.3 Características del tipo de muerte y su influencia del manejo del duelo.	47
4.3.1 Características sociales y culturales que influyen en el manejo del duelo. ...	48
4.4 Terapia de Aceptación y Compromiso.	48
CAPÍTULO V PROGRAMA DE INTERVENCIÓN	50
Introducción	50
Objetivo del programa.....	51
¿Qué es un programa?	51
Tipos de programa.....	52
Esquema del programa	55
Creando desesperanza.....	55
Creando desesperanza.....	57
Observación del flujo de la experiencia privada.....	58
Observación del flujo de la experiencia privada.....	60
Observación del flujo de la experiencia frente al recuerdo del fallecido.....	61

Observación del flujo de la experiencia frente al recuerdo del fallecido.....	62
Prevención de recaídas	64
Prevención de recaídas	65
Prevención de recaídas	66
Planteamiento del problema.....	68
Justificación del tema.....	69
Hipótesis	69
Variables	70
Objetivos	71
Teoría.....	71
Tipo de estudio	72
Técnica	72
Población	72
Muestra	72
Instrumentos	72
Glosario.....	105
Fuentes consultadas	107

CAPÍTULO I DUELO

“Cuando la campana suene (si suena en mi funeral), una oración al oírla, ¿Quién murmurará? Cuando mis pálidos restos oprima la tierra ya, sobre la olvidada fosa, ¿Quién? En fin, al otro día, cuando el sol vuelva a brilla, de que pasé por el mundo, ¿quién se acordará?”

G. A. Bécquer.

“El estado emocional en el duelo no es una progresión lineal, es más bien una adaptación constante de estados anímicos, que no tiene lógica ni temporalidad presentando avances y retrocesos; en el proceso de duelo la persona puede pasar por diferentes etapas con la finalidad de reintegración de intereses y rehacer una vida” (Barreto. y Soler, 2007).

Tomando en cuenta la perspectiva de los autores, el estado emocional no es de manera lineal debido a que la adaptación no conlleva una lógica y puede llegar a presenta avances y retrocesos.

La pérdida del ser querido en época de pandemia provoca un destallo emocional en la aceptación que dicho suceso fue a raíz de algo natural, no provocado, ni planeado, definiendo que el duelo no es un estado patológico, sino una etapa natural de la vida que todo ser humano lo va a presenciar de una manera diferente.

1.1 Antecedentes del duelo

“A un ser humano lo despedimos como a un ser perteneciente a nuestra cultura, como a un ser que ha vivido entre nosotros, como alguien que ha surcado nuestra tierra, y es enterrado o cremado, con su nombre y con el conocimiento de sus seres queridos”. (Smud,2016)

Retomando las ideas del autor, el ser humano al fallecer es desterrado de la tierra, en forma de polvo, dentro de la cultura el finado es enterrado/sepultado o cremado.

“Las guerras en el siglo XX han redefinido la idea del duelo, a partir de una fractura, los que fueron a la guerra eran hijos de dieciocho años, a quienes se mandaron a las primeras trincheras de batalla. A partir de estos hechos debemos cambiar la versión reconocida del duelo, de la versión de la muerte del padre debemos avizorar otra versión: la versión de la muerte del hijo” (Smud,2016).

“La dificultad de nombrar tiene un lugar en el duelo, esa dificultad de nombrar es duplicada en la versión de la muerte del hijo, y no en la versión de la muerte del padre. Si uno pierde al padre, es huérfano; si uno pierde a la esposa, es viudo. Si uno pierde al hijo, ¿qué palabra hay que nomine, que nombre esa situación?” (Vedia,2016).

Tomando en cuenta ambas ideas, la pérdida de un hijo a partir del siglo XX fue considerado algo trágico debido a los tiempos de guerra; los que participaban eran jóvenes de 18 años, el cual durante el combate perdían la vida, para los padres el dolor era catastrófico al no ver regresar a su hijo. Durante la pérdida del ser querido se han nombrado a esas pérdidas, como lo menciona el párrafo anterior; no hay respuesta o nombre al perder un hijo.

“La muerte en Occidente; el sujeto tiene amestrada su muerte, la tiene bajo su dominio, existía una tradición que le decía a cada uno, llegado a esta situación, lo que debía hacer. En este período existe una actitud acrónica, es decir, durante mil años no hubo cambios significativos. La muerte estaba amestrada, avisaba cuándo iba a actuar; el que iba a morir, llegado ese momento, era avisado de la proximidad de su muerte; se trataba del “aviso” (Smud,2016).

La autora aporta que, en el occidente, la muerte era considerada un previo aviso, la persona que fuera a fallecer presentaba diversas actitudes que nunca había realizado, de esta manera denotaban que la persona iba a morir pronto.

1.2 ¿Qué es el duelo?

“Duelo es el proceso que experimenta una persona a raíz de la pérdida de alguien o algo querido” (Moreno,2002).

La autora se refiere en cuanto al concepto de "duelo", como la pérdida o desaparición de cualquier objeto físico, por ejemplo, el robo de un vehículo, el incendio de un hogar o el fallecimiento de un ser querido con un significado importante en la vida.

“El duelo es una reacción normal, es un fenómeno natural e, incluso, necesario, que facilita la adaptación a los cambios que se producen en la vida, como consecuencia de la ausencia de una persona querida “(Mateos,2015).

De acuerdo con la perspectiva teórica de la autora (Mateos, 2015) el duelo es un fenómeno natural que todo individuo produce un cambio radical, llevando como resultado la adaptación ante la ausencia o pérdida del ser querido.

Freud, (1988), el duelo es la reacción a la pérdida de un ser amado o de una abstracción equivalente, que hace que se presente una cesación del interés por el mundo en el que se vive; no hay capacidad para elegir nuevas emociones y actividades que despierten el interés”.

Desde esta perspectiva Freud, se presenta el duelo como la pérdida significativa de un objeto amado de forma directa con el “yo” el cual se destruye con la pérdida.

El duelo es una muerte inesperada, o precedida de mucha incertidumbre, que impide aceptarla, aumenta el dolor y el sufrimiento.

Retomando la ideología del artículo, el duelo enfocándolo dentro del contexto Covid-19, la muerte ha sido de manera inesperada, no planeada, no provocada, el cual impide aceptarla, aumentando el dolor y el sufrimiento tanto físico como emocional.

Freud, (1988), señala que es ante el cadáver de la persona amada donde nacen las ideas del alma, las ideas de inmortalidad, los sentimientos de culpabilidad de los hombres, los primeros sentimientos éticos, las ideas religiosas. La muerte puede tener un sentido trascendente según los ideales o creencias de las personas. Es a través de las pérdidas, de la enfermedad grave, del fin de la existencia de los otros y del proceso de duelo como, únicamente, nos acercamos a ella”.

La idea clara que comparte Freud es la diferencia entre el cuerpo y el alma, el cuerpo es solo lo material a diferencia del alma enfatiza como trasciende a la inmortalidad con sus creencias e ideales; el cual la ausencia de tal causa dolor durante el proceso de duelo.

“El duelo no es estático, es un proceso en movimiento que implica cambios en el estado físico, psicológico y social del doliente. Es normal que se experimenten altibajos, idas y venidas. En el duelo no se sufren recaídas, no se “va hacia atrás”, es un proceso dinámico donde estos cambios tienen su sentido y su porqué” (Loreto,2011).

La idea del autor enfatiza que el duelo es un proceso que no debe de ser estático sino en movimiento, en el transcurso de las etapas puede sufrir ciertas recaídas, retrocesos y al mismo tiempo un avance inesperado.

“El duelo y la muerte son aspectos universales de todo ser humano. Cuando las personas padecemos una pérdida, iniciamos lo que se denomina «proceso de duelo», que es la forma en que nuestra mente se sanará tras el dolor provocado” (Nomen,2007).

La autora enfatiza que el proceso de duelo, es universal perder a un ser querido; la mente se ve afectada tras el dolor, pero al mismo tiempo sana a través de la aceptación.

1.3 Manifestaciones del duelo.

Las manifestaciones del duelo se presentan de manera diferente, emocional, cognitivo, conductual, físico.

Clasificación del duelo según (Worden,2004).

1. Emocional: tristeza, angustia, empatía, enfado, ira, culpa, soledad, abandono, impotencia.

2. Sensaciones físicas: vacío en el estómago, boca seca o ambos, opresión en tórax/garganta, falta de aire, palpitaciones, hipersensibilidad al ruido.

3. Cognitivo: incredulidad, confusión, preocupación, rumiaciones, pensamientos e imágenes recurrentes, sentido de presencia, alucinaciones visuales, auditivas, dificultad de atención, concentración y memoria.

4. Conductual: alteraciones del sueño, o en la alimentación, conducta distraída, aislamiento social, llorar, suspirar, visitar lugares que frecuentaba el fallecido, llamar y hablar del difunto.

Worden, (2004) clasifica las diferentes maneras de manifestarse el proceso de duelo, teniendo en cuenta que cada persona es distinta y reacciona ante dicho acontecimiento de diferente manera.

1.4 Tipos de duelo

(Parkers y Weiss,1983), definen tres tipos de duelo complicado y patológico.

- **Síndrome de pérdida inesperada:** Es un prolongado estado de shock que impide una reacción emocional completa.

- **Síndrome de duelo ambivalente:** Se trata de una reacción ante la muerte en la que no se sabe muy bien si la persona se alegra o se entristece por la pérdida.

- **Duelo crónico:** Es el tipo de Duelo complicado más común. Se trata de un Duelo que evoluciona en apariencia normalmente, pero de duración muy prolongada.

La clasificación que realizaron los autores acerca de los tipos de duelo, compagina síntomas, signos, conductas, emociones en la reacción ante la pérdida del ser querido dando como resultado un duelo patológico o complicado.

(Horowitz, 1980), clasifica al duelo complicado aportando sus ideas.

“El duelo complicado como cuya intensificación llega al nivel en el que, la persona está desbordada, recurre a conductas desadaptativas o permanece inacabablemente en este estado sin avanzar en el proceso de duelo hacia su resolución” (Horowitz, 1980, citado por Vedia, 2016).

Duelo crónico: Aquel que tiene una duración excesiva, nunca llega a una conclusión satisfactoria, y la persona que lo sufre es muy consciente de que no consigue acabarlo.

Duelo retrasado: La persona tiene una reacción emocional insuficiente en el momento de la pérdida, que se puede deber a la falta de apoyo social, a la necesidad de ser fuerte por alguien más o por algo, o a sentirse abrumado por la cantidad de pérdidas.

Duelo exagerado: La persona experimenta la intensificación de un duelo normal, se siente desbordada y recurre a una conducta desadaptativa.

Duelo enmascarado: La persona experimenta síntomas y conductas que les causan dificultades, pero no se dan cuenta ni reconocen que están relacionados con la pérdida.

El autor define al duelo complicado, como el desorden en conductas recurrentes complicando el proceso de duelo, el paciente avanza y al mismo tiempo retrocede sin llegar a la aceptación. Todo paciente presenta ante su diagnóstico el avance y retroceso ante el duelo; por la manifestación de signos y síntomas que no están acorde al resultado esperado.

1.5 Etapas del duelo

“A diferencia de las teorías tradicionales sobre el duelo, que hacían hincapié en una serie de etapas más o menos universales, las publicaciones más recientes insisten en la consideración de la elaboración de la pérdida como un proceso activo, lleno de decisiones en las que la persona elige entre una serie de alternativas, siendo así cada duelo completamente diferente” (Moreno,2002).

La idea plasmada de la autora Moreno, en el párrafo anterior, explica que toda teoría consta de diversas etapas sobre el proceso del duelo, cada una tiene un lapso y el resultado diferente; aunque la idea remota del contenido es que las etapas del duelo sean de manera expés y el resultado sea más rápido.

(Kúbler,1969) clasifica las etapas del duelo de la siguiente manera.

1. Negación: El paciente niega el hecho de haber perdido al ser querido.
2. Rabia: Coraje ante el suceso no previsto.
3. Pacto: Hacer un cambio su vida por la de él difunto.
4. Depresión: Aislamiento ante la situación
5. Aceptación: después de un proceso largo, por fin llego la aceptación y el momento de dejarlo ir.

(Parkers,1970) clasificación de las etapas del duelo.

- Insensibilidad: Estados emocionales recurrentes de tristeza y desconsolación
- Anhelo y rabia: Enojo, ira, pero al mismo tiempo tristeza y deseos que regrese.
- Desorganización e inquietud: Pensamientos incongruentes, pero al mismo tiempo deseo de calmar el dolor.
- Reorganización de la conducta: Restructura de los signos y síntomas ante el duelo, llegando en si a la aceptación.

Ambos autores (Kúbler y Parkers, 1986) dan a conocer la clasificación enfocados al duelo, ambas ideologías están acorde al resultado que se quiere llegar es a la aceptación, tomando en cuenta que la 1ra clasificación es más largo el proceso y la segunda el proceso es más corto con la misma finalidad, en tiempos remotos los psicólogos se enfocaban en ambos autores para que el proceso de duelo fuera más rápido. De la misma manera durante el trance en duelo a causa de Covid-19, la presencia de manifestaciones se concentra en el transcurso del proceso, teniendo en cuenta que cada persona es diferente.

- **Fase de impacto:** dura de pocas horas a una semana después del deceso, que puede cursar tanto con embotamiento como con liberación emocional intensa, no siendo consciente de lo sucedido y mostrando una conducta semiautomática.

Los familiares del duelo que facilitan la resolución de esta fase. Desde el punto de vista psicopatológico, la ansiedad es la emoción predominante produciéndose igualmente un estrechamiento del campo de la conciencia.

- **Fase de "repliegue" o depresiva:** se prolonga a lo largo de varias semanas o meses, se inicia con sintomatología depresiva inhibida, seguida de episodios de protesta-irritación y aislamiento.

La persona se encuentra sola ante la realidad de la pérdida y frecuentemente con la exigencia social imperiosa de reincorporación inmediata a su vida habitual: retorno al trabajo, cuidado de los familiares a su cargo, etc.

- **Fase de "recuperación":** se produce al cabo de seis meses o un año.

Frecuentemente esta etapa coincide, con el primer aniversario del deceso produciéndose en este período una intensificación emocional en la línea de la nostalgia, tristeza, llanto, recuerdo doloroso, etc., que duran unos días y que finalmente marcan el final del duelo (Vargas, 2003).

1.6 Factores que influyen en el duelo

“Cuando la muerte del ser querido se desea afrontar, se sumerge en un inmenso dolor que conlleva al camino de la elaboración del duelo; sin embargo, cada duelo es personal y por lo tanto incomparable con la elaboración con las demás personas. Para poder desencadenar la duración del proceso, teniendo en cuenta los diversos factores que influyen” (S/A, 2012).

Haciendo énfasis al párrafo anterior, los factores determinantes del proceso de duelo son todos aquellos que intervienen en la evolución, las circunstancias que rodean la muerte y el proceso que se desencadena posteriormente.

Factores influyentes:

a) Características personales del doliente

La madurez emocional, es la manera en que el doliente procesa sus emociones, acoge, acepta y reconoce.

La salud física y mental del doliente se encuentra aquejado de una enfermedad física, o padecimiento emocional haciendo más complejo el proceso.

El autocuidado, el doliente aprende a reconocer lo que le hace sentir bien o mal, de manera física y emocional.

La resiliencia, se define como la capacidad para elaborar una situación traumática o dolorosa, transformándola en una oportunidad de crecimiento personal.

La espiritualidad, se involucran creencias, religión y cultura.

b) Características relacionadas con el fallecido

“Cuando el fallecido su edad es avanzada, el asimilar la pérdida es más fácil debido a que ya se tenía predestinado que en cualquier momento pasaría; no se vuelve un duelo patológico ha diferencia cuando el finado fue más apegado a los familiares y su muerte fue manera trágica el duelo es patológico ya que la resignación es más tardía” (Morín, 2003).

Que el fallecido no sea parte del parentesco, cuanto más íntimo sea el vínculo más evidente sea la ausencia. Participación en el cuidado del paciente, los procesos de enfermedad son muy largos y dolorosos, pero también brinda tranquilidad al haber estado con el paciente.

c) Características de la enfermedad o la muerte

El poder compartir el proceso con el enfermo ayuda a la familia a vivir con la enfermedad y la muerte.

d) Aspectos relacionales

Apoyo familiar y social, la comunicación los familiares y amigos más cercanos.

e) Otros factores que influyen

Tener experiencias de duelos previos resueltos y no tener antecedentes psicopatológicos constituye una fuente de recursos para afrontar el proceso (Morín, 2003).

La presencia de estos elementos no constituye garantía suficiente de que el duelo no vaya a complicarse. Cada proceso, cada vivencia es única y está llena de matices y excepciones. Pero conocer los factores protectores puede servir de guía tanto al doliente, como al profesional que acompaña este proceso.

CAPÍTULO II LA FAMILIA

"Gran parte de lo mejor que hay en nosotros está ligado a nuestro amor a la familia, que sigue siendo la medida de nuestra estabilidad porque mide nuestro sentido de la lealtad. Todos los otros pactos de amor o temor derivan de ella y se modelan sobre ella"

Haniel Long

2.1 Definición de familia de diferentes autores/disciplinas

“Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), podemos definir a la familia como el “conjunto de personas que conviven bajo el mismo techo, organizadas en roles fijos (padre, madre, hermanos, etc.) con vínculos sanguíneos o no, con un modo de existencia económico y social comunes, con sentimientos afectivos que los unen y aglutinan”.

De acuerdo con la OMS, la definición de familia es el conjunto de personas que viven bajo el mismo techo, cada integrante con un rol y actividad dentro del núcleo, aportando servicios y estabilidad económica para una mejor calidad de vida.

“La familia es la unidad interna de dos o más elementos del grupo humano -padres e hijos-, que se constituyen en comunidad a partir de la unidad de una pareja, siendo uno de los grupos sociales que requieren con prioridad de una atención especial” (Oliva, y Villa, 2014).

De acuerdo con los autores, el termino familia lo abarcan un grupo humano con el número de integrantes, cada uno con un rol en específico (papá, mamá e hijos), dentro del ámbito social.

Cada interdisciplinar define el termino familia, dando su punto de vista en específico, se plasma a continuación los conceptos.

“La familia funge un papel significativo en el desarrollo del yo de las personas, ya que, así como el individuo se diferencia de sus padres, éstos un día tuvieron que hacerlo con los suyos. Entonces, por obviedad, se espera que un sistema familiar bien diferenciado propicie una diferenciación apropiada en sus miembros; sin embargo, esto no siempre es así” (Vargas; Ibáñez, y Mares, 2016).

De acuerdo con los autores la familia es un papel significativo dentro de varias personas, se diferencia entre el papel de los padres e hijos dentro del núcleo familiar, dependiendo de sus ideales de cada uno de los integrantes de la familia el sistema toma la diferencia y propia su sistema entre cada familia.

Concepto biológico

La familia implica la vida en común de los individuos de la especie humana, de sexo distinto, unidos con el fin de reproducir, y por ende de conservar la especie a través del tiempo.

Concepto psicológico

Para la Psicología, la familia implica un cúmulo de relaciones familiares integradas en forma principalmente sistémica, por lo que es considerada un subsistema social que hace parte del macro sistema social denominado sociedad; esas relaciones son consideradas como un elemento fundamental en el proceso de desarrollo de la personalidad.

Concepto sociológico

Para la sociología, la Familia se constituye por una comunidad interhumana configurada al menos por tres miembros, “es un conjunto de personas que se encuentran unidos por lazos parentales.

Concepto económico

La Familia se estudia más claramente al considerarla como una “pequeña fábrica” constituye una institución que basa su existencia en la previsión de costos, gastos

monetarios y de ingresos, que llevan a sus miembros, por ejemplo, a considerar a cada hijo como bienes de consumo.

La aportación de los autores en la revista, aportando los diversos conceptos de “familia”, la enfocan en lo contextualizado a la sociedad, económico, psicológico; definiendo de esta manera que la familia implica la unión de dos personas, en matrimonio o concubinato; creciendo de manera biológica en el nacimiento de 1 o más hijos; que conlleva gastos, desfalcos, compras e ingresos por ambas partes paternas.

Enfocando el termino de familia, diversas teorías y autores aportan sus definiciones/conceptos.

Teoría Bowen (Sistemática)

“La familia es considerada como una unidad emocional que influye de manera significativa en los pensamientos, sentimientos y acciones del individuo. En dicha unidad, el comportamiento de cualquier miembro altera la conducta del resto, ya que cada familia mantiene un determinado nivel de interdependencia emocional” (S/A, 2016).

Para la teoría sistémica de (Bowen, 1989) menciona que el termino familia lo enfoca a un estado emocional que influyen varios aspectos de manera individual y familiar adaptándose a las conductas que presencien los demás integrantes de la familia.

“La teoría de (Bowen, 1989) de sistemas familiares es una teoría del comportamiento humano que busca describir las relaciones que se establecen dentro de la familia, pues desde esta perspectiva la familia es considerada como una unidad emocional que influye de manera significativa en los pensamientos, sentimientos y acciones del individuo”.

Bowen, (1989) describe que el sistema familiar dentro del comportamiento humano, describiendo las relaciones externas e internas dentro de la convivencia y perspectiva

en la unidad emocional en cada uno de los integrantes de la familia influyendo emociones, pensamientos y acciones de cada uno.

“La familia, dice Morgan, es el elemento activo; nunca permanece estacionada, sino que pasa de una forma inferior a una forma superior a medida que la sociedad evoluciona de un grado más bajo a otro más alto. Los sistemas de parentesco, por el contrario, son pasivos; sólo después de largos intervalos registran los progresos hechos por la familia y no sufren una modificación radical sino cuando se ha modificado radicalmente la familia” (Engels, 1963).

“Carlos Max dice que la familia sigue viviendo, el sistema de parentesco se osifica; y mientras éste continúa en pie por la fuerza de la costumbre, la familia rebasa su marco” (Engels, 1963).

Engels toma en cuenta dos autores Morgan y Carlos Max dentro de la aportación a la familia enfocándola dentro de la sociedad como un elemento superior que con lleva variedad de procesos en un sistema de costumbre, se han vuelto de manera progresivo, pasivos, pero al mismo tiempo activos.

2.2 Tipos de familia

Los avances que ha traído consigo el concepto de familia al igual los tipos de familia actuales que existen con una capacidad diferente al contexto en el que vivan, evolucionando de manera social y cultural.

La familia forma parte de la sociedad, a lo largo del tiempo la estructura cambia por diversas razones, comienzan a tener hijos, las responsabilidades aumentan, se presenta el distanciamiento entre los padres por cuestiones emocionales, económicas e incongruencia entre sus ideales.

2.2.1 Familia nuclear

“La familia nuclear es lo que conocemos como familia típica, es decir, la familia formada por un padre, una madre y sus hijos” (Vargas; Ibáñez, y Mares, 2016).

“Es la unidad familiar básica que se compone de esposo (padre), esposa (madre) e hijos. Estos últimos pueden ser la descendencia biológica de la pareja o miembros adoptados por la familia” (Engels, 1963).

“Presencia de hasta dos generaciones padres e hijos, matrimonio con hijos o sin ellos y hermanos solos. Si la pareja sufrió muerte, separación o divorcio de uno de los dos cónyuges y es nuclear, puede nominarse familia monoparental” (Valladares, 2008).

De acuerdo con los aportes, la familia nuclear está compuesta por los dos papás y los hijos cada uno cubriendo sus roles en específico.

2.2.2 Familia extensa

“La familia extensa está formada por varios miembros de la misma familia que conviven bajo el mismo techo. De este modo, pueden convivir padres, hijos y abuelos, o padres, hijos y tíos, etcétera” (Observatorio fiex de las familias y la infancia extra-madura, 2019).

“La familia extensa, se caracteriza porque la crianza de los hijos está a cargo de distintos familiares o viven varios miembros de la familia (padres, primos, abuelos, etc.) en la misma casa” (Vargas; Ibáñez, y Mares, 2016).

“Presencia de dos generaciones o más. Incluye hijos casados con descendencia o sin ella. Es válido aclarar que el término familia extensa también alude a los padres, hermanos y abuelos, a la familia de origen – que toda persona tiene – aunque se viva en una familia de estructura típica nuclear” (Valladares, 2008).

Son las familias que abarcan tres o más generaciones y están formadas por los abuelos, los tíos y los primos. Subsisten especialmente en ámbitos rurales, aunque van perdiendo progresivamente relevancia social en los contextos urbanos.

2.2.3 Familia uniparental / monoparental

“Fruto de encuentros casuales o accidentales entre varón y mujer”.

“Las familias monoparentales están formadas por un único adulto con hijos” (Observatorio fiex de las familias y la infancia extra-madura, 2019).

“Consiste en que solo uno de los padres se hace cargo de la unidad familiar, y, por tanto, en criar a los hijos. Suele ser la madre la que se queda con los niños, aunque también existen casos en que los niños se quedan con el padre” (Vargas; Ibáñez, y Mares, 2016).

Las familias monoparentales se originan después de ser una familia nuclear, debido a que sufrieron un divorcio oh una separación, donde los hijos se quedan ya sea con la madre oh con el padre.

2.2.4 Familia homoparental

“Las familias homoparentales son aquellas que están formadas por una pareja homosexual (de dos hombres o dos mujeres) con uno o más hijos. Aunque no es una familia nueva, su presencia en la sociedad ha aumentado significativamente en los últimos años” (Observatorio fiex de las familias y la infancia extra-madura, 2019).

“Se caracteriza por tener a dos padres oh madres que adoptan a un hijo. También puede haber familias homoparentales formadas por dos madres, obviamente” (Vargas; Ibáñez, y Mares, 2016).

En las familias homoparentales están compuestas por parejas homosexuales, obteniendo la patria potestad de uno o dos hijos, aunque para la sociedad aún no está bien visto, pero ya es legal ante la ley.

2.3 Funciones de la familia.

Cada integrante de la familia conlleva una función diferente, los padres se encargan de la manutención del hogar en este caso el padre de familia, pero en tiempos remotos la madre desempeña el mismo papel, manutención, hogar, educación a los hijos.

“La proyección familiar es una situación en donde los padres transmiten sus ansiedades y problemas emocionales a los hijos y como resultado los hijos presentan una gran necesidad de atención y aprobación, dificultades para afrontar las expectativas, sentimiento de responsabilizarse por los otros y culparse a sí mismos o a los demás ante situaciones inconvenientes” (Vargas y Ibáñez,2007).

Una de las funciones de la familia depende de lo padres que llegan a transmitir a sus propios hijos, de una manera logra beneficiar a cada uno de los integrantes proporcionando emociones y seguridades, pero al mismo tiempo se presenta la familia disfuncional donde los problemas, las inseguridades y emociones se transmiten a un largo plazo se repite dichos sucesos.

(Observatorio fiex de las familias y la infancia extra-madura, 2019), comparte las funciones de la familia están relacionadas con cubrir unas series de necesidades básicas:

- **Necesidad de tener:** refiriéndose a lo material, son los aspectos económicos y educativos necesarios para vivir
- **Necesidad de relación:** la familia enseña a socializarse, comunicarse con los demás, querer, sentirse querido, etcétera.
- **Necesidad de ser:** la familia debe proporcionar al individuo un sentido de identidad y autonomía de unos mismo.

Ya mencionado en el párrafo anterior, la función de la familia va de acuerdo a las necesidades básicas de manera grupal e individual, no obstante, el inculcar los valores y enseñanza para la relación con el mundo exterior; de la misma manera enfrentar y llevar a cabo la autonomía de cada integrante.

“La familia es sumamente importante en el desarrollo de los niños, pues es, posiblemente, el agente socializador que más va a influir en su crecimiento. De hecho, los niños necesitan de los adultos durante un largo periodo de tiempo, lo que ha provocado que todas las sociedades se organicen en torno a grupos de personas que generalmente conocemos como familia” (Vargas y Ibáñez, 2007).

Dentro de las funciones de la familia, como lo menciona en el párrafo anterior la familia se adentra en la educación de los más pequeños de casa, inculcando valores, socializar y respetar a las personas adultas, desde la infancia hasta la juventud.

La familia cubre las necesidades primordiales del ser humano como ser biológico, psicológico y social.

- **Función biológica:** Función de reproducción (necesidad de descendencia) se crean las condiciones para el desarrollo físico, psicológico y social de los miembros de la familia.
- **Función de apoyo y protección psicosocial:** Ejerce un efecto protector y estabilizador frente a los trastornos mentales, la familia facilita la adaptación de sus miembros a las nuevas circunstancias en consonancia con el entorno social.
- **Función económica:** Obtención y administración de los recursos tanto monetarios, como bienes de consumo, la satisfacción de las necesidades básicas, tareas domésticas que garantizan los servicios que se brinden en el hogar para la existencia, la conservación y el bienestar de la familia.

La familia cubre las necesidades fisiológicas, económicas y sociales; en las necesidades fisiológicas abarca lo que es la alimentación, vestimenta, hogar, etc. Dentro de la función psicosocial la familia se encarga de establecer una buena relación

y adaptación de los miembros ante diversas situaciones; en la función económica va en conjunto con las necesidades fisiológicas para poder llevarlas a cabo es necesario adaptarse a la economía para el bienestar de la familia.

(Valladares, 2008). Muestra enfoques relacionados con la función de la familia.

- **Función biológica:** Función de reproducción (necesidad de descendencia) se crean las condiciones para el desarrollo físico, psicológico y social de los miembros de la familia.

- **Función económica:** Obtención y administración de los recursos tanto monetarios, como bienes de consumo, la satisfacción de las necesidades básicas, tareas domésticas que garantizan los servicios que se brindan en el hogar para la existencia, la conservación y el bienestar de la familia.

- **Función educativo – cultural:** Influencia que ejerce la familia en sus miembros, todo el proceso de aprendizaje individual y en el propio desarrollo familiar. Se produce el proceso de transmisión de experiencia histórico – social en la vida cotidiana, la transmisión de valores ético – morales que se derivan de los principios, normas, regulaciones que se observan y aprenden en la familia y contribuye al proceso formativo del desarrollo de la personalidad individual y en general a la formación ideológica de las generaciones.

- **Función de crianza:** Aspectos que tienen como finalidad proporcionarle un cuidado mínimo que garantice su supervivencia, un aporte afectivo y un maternales y paternales adecuados.

- **Función de culturalización y socialización:** La familia constituye el vehículo transmisor de pautas culturales a través de varias generaciones lo que permite al mismo tiempo modificaciones de éstas.

- **Función de apoyo y protección psicosocial:** Ejerce un efecto protector y estabilizador frente a los trastornos mentales, la familia facilita la adaptación de sus miembros a las nuevas circunstancias en consonancia con el entorno social.

La idea proporcionada de la autora (Valladares,2008) la familia es el foco principal, de acuerdo a la cantidad de integrantes de esta se lleva a cabo la visualización de las necesidades básicas que estos requieren, es así que las funciones van acorde a cada integrante, no obstante que cada uno proporciona y se desempeña en la función correspondiente, por ejemplo: los padres inculcar valores, educación, cuidados y sobre todo el sustento “económico” ya que toda necesidad fisiológica requiere de este, cada integrante ejerce las ideas y principios que le proporcionen su familia.

CAPÍTULO III SARSCOV-2

Las enfermedades físicas y emocionales en las últimas décadas se han propagado de manera diferente, debido al estilo de vida del individuo a raíz que dichas enfermedades ya mencionadas traen consigo un descontrol emocional dando como resultado causas y consecuencias.

Las evoluciones de enfermedades patógenas llevan consigo afectar no solo un país, sino expandiéndose a nivel pandemia, dejando una proporcionalidad de personas afectadas debido al contagio en el transcurso de dicha enfermedad; pero no solo afecta de manera física, también al estado socioemocional a causa del desconocimiento de la enfermedad y las consecuencias que traigan consigo.

Adentrando el tema “SARSCOV-2” ha evolucionado de una manera inusual que no se tenía previsto, debido a que la sociedad no cumple con las indicaciones de la OMS ha persistido un descontrol emocional con el miedo e incertidumbre a contagiarse.

Esta emergencia sanitaria siembra un terreno en propagación con trastornos relacionados con la ansiedad y la depresión, esto debido a que es un evento difícil de procesar. Este suceso ha llegado a ser traumática por las consecuencias de amenaza de vida y muerte, dentro del núcleo familiar y diversas personas han presenciado directamente el fallecimiento de personas cercanas.

3.1 Antecedentes de SARSCOV-2

El Centro Nacional de Información de Ciencias Médicas de Cuba, hace énfasis acerca de la pandemia. SARSCOV-2 apareció desde el año 2019 en el mes de diciembre, ya que se registraron los primeros casos de contagio en la Ciudad de China Wuhan; se comprobó que dicha enfermedad sintomáticamente se debía a problemas respiratorios causando de un momento a otro la muerte.

“Estos virus se conocen desde mediados del siglo pasado, los cuales retomaron relevancia en 2002, cuando en China surgió el SARS-CoV, el MERS en el año 2012 en Arabia (cuyo principal mecanismo de transmisión identificado fue el contacto estrecho entre camellos y humanos), y ahora en 2019, nuevamente en China, el virus SARS-CoV2, que produce el coronavirus (por sus siglas en inglés), señaló la doctora Rocío Tirado Mendoza, profesora del Departamento de Microbiología y Parasitología” (Rubio, 2020).

El autor hace mención que desde tiempo atrás la existencia de SARS-COV en el año 2002, se han descubierto diversos coronavirus no solo causados por el contacto de camellos, sino también en la combinación de alimentos con los murciélagos el cual se debe el origen en China de estos virus, en la actualidad la presencia de SARS-COV2 se vio originario en el preciso lugar de existencia que los anteriores coronavirus.

“Diez años después, en el año 2012, emergió otro coronavirus altamente patógeno en países del medio este, identificado por primera vez en Arabia Saudita, el Coronavirus causante del Síndrome Respiratorio del Medio Este (MERS-CoV). Ambos, el SARS-CoV y MERS-CoV, fueron transmitidos de animales a humanos, desde una civeta y un camello dromedario respectivamente, pero se piensa que ambos virus fueron originados en murciélagos” (Marty, 2020).

De acuerdo con las ideas del autor se detectó que en el transcurso del tiempo comprobaron que, durante el año 2012, emergía la presencia un nuevo coronavirus afectando de la misma manera el sistema respiratorio. Los síntomas que se presenciaron en ese año se han reflejado en la actualidad con la presencia de SARS-COV2, todo ha sido a raíz de la presencia y contacto con animales principalmente murciélagos y camellos.

“En diciembre del 2019 en la ciudad de Hubei en Wuhan “China”, se convirtió en el epicentro de un brote de neumonías que desconocían por qué hay pacientes que presentaban el mismo cuadro clínico en síntomas (fiebre, vómito, diarrea, temperatura arriba de 40°, problemas respiratorios). Los investigadores junto con los médicos

consideraban que el brote se debía a causa de moluscos, pescados, entre otros animales del mar debido al exceso de contaminación que se presenta” (Díaz y Toro, 2020).

En la nota anterior retomamos que la presencia de casos de SARS-COV-2, el síntoma principal era neumonía, hasta que las investigaciones descartaron que no se debía a los moluscos, sino al contacto de alimento del murciélago.

“El gran crecimiento económico de las regiones del sur de China, llevó a una alta demanda de proteína animal, incluyendo animales exóticos, como culebras, civetas, pangolines y murciélagos. Las deficientes medidas de bioseguridad en los mercados de alimentos, han permitido que los virus se transmitan entre animales y desde animales a humanos” (Cheng, 2020).

De acuerdo con el autor en las regiones del sur de China se extiende un mercado donde la gente compra animales exóticos para ser consumidos en forma alimenticia, los altos índices de la población enmarcan como síntomas neumonía. El día 18 de diciembre en China se reportan más de 5 personas infectadas con problemas respiratorios, bajando su nivel del Sistema Inmunológico empeorando su salud, a consecuencia hubo una persona que falleció como alternativas optaron por cerrar el mercado exótico de la Ciudad de China, pero todo se salió de las manos y se propagó la enfermedad a nivel mundial convirtiéndose en pandemia.

Al pasar los meses, la (OMS, 2020) declara el primer contagiado en el mes de Marzo de SARS-COV2, poniendo en alerta a todo el país, restringiendo actividades que tuvieran que ver con la aglomeración de gente, desde entonces México se considera foco rojo de contagios y defunciones por no cumplir con las indicaciones de prevención.

3.2 Definición de Pandemia

Etimológicamente el vocablo “pandemia” procede de la expresión griega pandêmonnosêma, traducida como “enfermedad del pueblo entero” (Kaffure, 2009).

La autora enfatiza que la palabra “pandemia” es la afectación de una enfermedad de personas a lo largo de un área geográficamente extensa, propagándose de un lugar a otro.

La (Organización Mundial de la Salud, 2020), menciona que las investigaciones se deberán de cumplir 6 fases comenzando de la fase 0, para llegar a cumplir con la presencia como su nombre lo dice “pandemia”.

1) Fase 0: Reconocida como período Inter pandémico, se define por no haber sido informado ningún nuevo tipo de virus, y se subdivide en tres niveles de preparación: en el primero una nueva cepa de virus ha sido confirmada en un caso humano, en el segundo la infección ha sido confirmada en dos o más casos, y en el tercero la transmisión humana a humano.

2) Fase 1: Se confirma el comienzo de una pandemia y establece los criterios del concepto: una pandemia ocurre cuando una nueva cepa del virus, capaz de infectar a los humanos, se transmite eficientemente, genera varios brotes en por lo menos un país y se propaga a otros países con patrones de enfermedad que indican que la morbilidad y la mortalidad pueden ser graves.

3) Fase 2: “Epidemias regionales y multirregionales” se caracteriza por la presencia de brotes y epidemias que ocurren en múltiples países y que, región por región, se propagan por todo el mundo.

4) Fase 3: “Fin de la primera onda pandémica” la actividad de los brotes en los países inicialmente afectados se detiene o revierte, aunque ocurren brotes en nuevos territorios.

5) Fase 4: Una onda secundaria de brotes ocurre en muchos países, entre tres y nueve meses después de la epidemia inicia.

6) Fase 5: Se declara el fin de la pandemia y se regresa a la fase 0, tras dos o tres años de actividad.

7) Fase 6: Se regresa al Inter pandémico.

En base a la clasificación de las fases pandémico de la OMS, la evolución de SARSCOV-2 está considerado como pandemia, comenzó el brote de la enfermedad en un lugar específico “China” de ahí se propago el contagio afectando a todos los países. En el proceso de incubación de la enfermedad se han tenido presentes las fases indicando que la morbilidad y la mortalidad siguen siendo graves en el transcurso del tiempo, de acuerdo con el cuidado físico y psicológico podría dar como resultado regresar al inter pandémico nivel bajo de pandemia en complicación.

3.3 ¿Qué es el Coronavirus?

A través de los años el avance científico ha demostrado que todo ser humano está en contacto con una variedad extensa de virus, se originan con el contacto entre animales de diversa especie oh también contacto con animales y humanos. No obstante, se debe de reconocer que no todos los animales se pueden consumir, por ejemplo, el contacto con camellos, murciélagos con el humano se propagaron diferentes tipos de coronavirus.

“Los coronavirus son una extensa familia de virus que pueden causar enfermedades tanto en animales como en humanos. En los humanos, se sabe que varios coronavirus causan infecciones respiratorias que pueden ir desde el resfriado común hasta enfermedades más graves como el síndrome respiratorio de Oriente Medio (MERS) y el síndrome respiratorio agudo severo (SRAS). El coronavirus que se ha descubierto más recientemente causa la enfermedad por coronavirus” (Salud Coahuila, 2019).

La Secretaria de Salud de Coahuila comparte información relevante acerca de la familia extensa de coronavirus, ya antes mencionado se debe al contacto directo de animales con humanos, causando problemas en el sistema respiratorio, fiebres y gripes que en su momento se desconocen la variedad de síntomas que pueden llegar a causar la presencia de estos virus en el organismo del ser humano. Dentro del índice bajo de la clasificación de coronavirus, se encuentra la presencia de enfermedades como asma, alergias debido al contacto con los animales domésticos.

3.4 Síntomas de SARSCOV-2

Cada organismo reacciona de diferente manera a cualquier enfermedad y síntomas que este se presente, así mismo pasa con Covid-19 hay personas que presencian los síntomas llegando a complicarse la enfermedad a raíz del bajo nivel del Sistema Inmunológico, pero también hay personas que son asintomáticos, pero al realizar la prueba de detección de Covid-19 sale positivo, hacen mención que no presentan ningún cuadro sintomático.

Los síntomas de SARSCOV-2 son:

1. Fiebre
2. Temperatura arriba de 38°
3. Saturación sanguínea por debajo de 70
4. Vomito
5. Diarrea
6. Dolor de cabeza
7. Dolor de espalda
8. Falta de oxígeno

(OMS, 2019) “Persisten 3 facetas no todas las personas se encuentran en la 3ra fase, esto se debe a la complicación de las enfermedades crónicas que presente el paciente y la atención medica rápida para no llegar a complicarse esta enfermedad”.

Las fases son las siguientes:

1) **Inoculación y establecimiento de la enfermedad**, las personas contagiadas empiezan a incubar el virus presentando un cuadro de síntomas leves, el proceso de recuperación es de 7 días.

2) **Multiplicación viral y la inflamación localizada en el pulmón**, los pacientes que llegan hasta esta etapa desarrollan una neumonía viral, con tos, fiebre y probablemente hipoxia, el proceso de recuperación es de 21 días.

3) La enfermedad pasa a ser grave y produce hiperinflación sistémica, "se pueden detectar shock, vasoplejia, insuficiencia respiratoria e incluso colapso cardiopulmonar", tal y como relatan los expertos. Además, si hay algún órgano sistémico afectado, se manifestaría en este periodo. El proceso de recuperación en esta tercera fase es de 40 días o el fallecimiento del paciente.

Dicha enfermedad conlleva un proceso donde el virus empieza a incubarse y expandirse, cada organismo es diferente de manera física y psicológicamente depende de cada persona como llegue afectar la presencia del contagio directo de SARSCOV-2, si el estado inmunológico comienza a bajar acompañado del estado emocional que el enfermo tenga ante el diagnostico positivo, de esa manera se complica llegando a la tercera fase provocando el suceso de la persona contagiada.

3.5 Primera oleada de contagio.

“La salud pública en México y el mundo enfrenta un reto histórico. Covid-19 representa un riesgo enorme para la población que evidencia las carencias históricas del sistema social y de salud mexicano. Esta crisis, además, ha llevado a cuestionar la definición de prioridades sanitarias y de investigación” (Barrientos, 2020).

De acuerdo al artículo, todo el mundo se enfrentaba a un nuevo reto que la población desconocía en cuanto a sus síntomas y la forma de contagio; solo comenzaba una crisis emocional, económica y social.

“Su primer caso fue identificado en diciembre de 2019 en la ciudad de Wuhan, capital de la provincia de Hubei, en la República Popular China, al reportarse casos de un grupo de personas enfermas con un tipo de neumonía desconocida” (Barrientos, 2020).

Desconocían el virus que provocaba un tipo de neumonía, se reportaron índice de personas que radicalmente presentaban problemas respiratorios provocando la muerte.

Realizaron investigaciones en un laboratorio de Wuhan China tomando como muestra uno de los contagiados que desgraciadamente perdió la vida, realizaron la autopsia y lograron identificar que el virus se derivaba por contagio directo con una especie de murciélago; de esta manera el virus se propago en todo el mundo desconociendo los síntomas que este provocaba solo tomando como factor principal la presencia de neumonía.

“La (Organización Mundial de la Salud, 2020), dio a conocer que el virus se propago el 11 de marzo del 2020, con la cifra de 118,000 de personas contagiadas y 4291 muertos en 114 países. De esta manera en México se dio a presentar el veredicto que a partir del 20 de marzo todo lugar público que condujera aglomeración quedaba suspendido hasta nuevo aviso”.

De acuerdo con la OMS, virus de propago de manera radical llevando como nombre dentro de la epidemiología “pandemia” por el exceso de contagios alrededor de todo el mundo; México tomo medidas preventivas cerrando lugares públicos por 40 días.

México reporto este 31 de diciembre del 2020, 12,159 nuevos contagios de covid-19 por lo que cerrara el año con un acumulado de un millón 426,094 casos de esta enfermedad en decesos 422, 925 únicamente en el territorio mexicano. Las personas fallecidas de acuerdo al rango de edad aproximadamente fueron de 50 a 70 años en adelante; tomando en cuenta la presencia de enfermedades degenerativas y en obesidad.

“A la fecha de este reporte (31 de julio de 2020) se han diagnosticado 17,3 millones de casos en el mundo, con 668.445 fallecidos. Los casos confirmados acumulados a nivel nacional a la misma fecha son 355.594, un 71,9% de los cuales corresponde a la Región Metropolitana (RM)” (Guell y Angulo, 2021).

3.5.1 Segunda oleada de contagio.

Al dar por terminado la primera oleada de Sarcov-2 Covid 19, la gente comenzó a confiarse, saliendo de casa sin cubre bocas, sin las medidas preventivas que se establecieron para evitar el contagio; la segunda comenzó en el mes de diciembre del 2020.

“Ciudad de México y parte de varios países volvieron en alerta roja a mediados de diciembre, pero la segunda ola de la pandemia no está siendo una copia simétrica del pico de mayo. La presión sobre la capacidad hospitalaria es ahora mayor -en vísperas de Navidad comenzó a acercarse el 90%- y el mapa de las zonas más afectadas también ha cambiado” (Guell y Angulo, 2021).

“Los fechas navideñas, como era de esperar, han provocado un repunte. De comienzos de diciembre a comienzos de enero las hospitalizaciones prácticamente se doblaron hasta superar los 6.000 pacientes ingresados. Durante las últimas semanas, los datos de ocupación que ofrece el Gobierno de la ciudad se han mantenido en máximos: el 23 de diciembre, un día antes de Nochebuena, la ocupación hospitalaria era del 78%; el 2 de enero había subido al 85%. El primer fin de semana del año se estabilizó en el entorno del 87%, donde se sostiene” (Suarez, 2021).

El punto rojo de contagio directo se originó en fechas navideñas, las familias no tomaron en cuenta que de acuerdo a las indicaciones por la OMS no debía de haber reuniones con aglomeración, a consecuencia incremento el índice de contagios y mortalidad en el país mexicano junto con otros países.

Las cifras obtenidas dentro de las fechas navideñas, duplicando los porcentajes aproximadamente el 70% fueron ingresados a hospitales por contagio, continuando a finales del mes de diciembre el 87% contagios.

“Sobre las consecuencias para la salud física, lo más frecuente ha sido que aquellos profesionales con una infección por coronavirus desarrollen fiebre (75,9 %), tos (47,9 %), mialgias o dolores musculares (43,6 %), escalofríos (42,3 %), fatiga (41,2 %), dolores de cabeza (34,6 %), disnea o dificultad respiratoria (31,2 %), dolor de garganta (25,3 %), náuseas o vómitos (22,2 %) y diarrea (18,8 %)” (Salazar et al; 2020).

La salud física en la segunda ola determino los porcentajes de acuerdo a los síntomas que más se presentaron, teniendo en cuenta que cada organismo es diferente y la reacción del cuerpo ante una nueva enfermedad puede presentar síntomas variados; el síntoma que mayor predominio en este caso es la “fiebre” confundiendo a Sarcov-2 a una gripa común.

“A nivel psicológico, las personas y profesionistas han estado expuestos a una gran cantidad de estrés y eso ha llevado a problemas psicológicos importantes. “Entre ellos, más de un tercio han tenido problemas de insomnio y burnout –trabajador quemado o

agotado—. Más de uno de cada cuatro han tenido síntomas depresivos o de ansiedad” (Salazar et al; 2020).

La gente no solo puede presentar síntomas físicos, ante la adversidad de la pandemia la salud mental está al borde, el miedo, el estrés, la ansiedad acompañan a que el virus se propague de manera rápida debido que el sistema inmunológico no solo se basa en la estabilidad alimenticia sino en la estabilidad emocional. Cada persona se enfrenta a situaciones emocionales, donde el estrés y la ansiedad ante el contagio provoca miedo que en cualquier momento se llegue a complicar oh el tratamiento no haga efecto y pueda fallecer. De la misma manera pasa con los profesionistas que están enfocados a la salud, el estrés al ver tanta gente contagiada, complicándose la enfermedad provocando la muerte y el querer hacer entender a la gente que debe de llevar a cabo las indicaciones de higiene para evitar dichos sucesos.

“México acumula 1 millón de casos 455,219 contagios y 127,757 muertes por COVID-19 luego de más de 10 meses con la pandemia por SARSCOV-2, de acuerdo con el último reporte de la Secretaría de Salud. El informe publicado dado a conocer la noche de este lunes indica que en las últimas 24 horas se confirmaron 6,464 casos y 544 decesos de personas infectadas con el virus SARS-CoV-2” (Augusto, 2021).

Se tomaron en cuenta las cifras de la segunda oleada de la pandemia, de acuerdo a los resultados son más altos que en la primera fase, aun teniendo en cuenta los sucesos que desencadenaron al principio de la pandemia; no obstante, esto se debe a la necesidad de la gente al llevar a cabo las indicaciones sanitarias.

3.5.2 Tercera oleada de contagio

“La tercera ola del coronavirus en México fue confirmada por la Organización Panamericana de la Salud ante el brote de 8 mil casos nuevos de SARS-CoV-2 (con tendencia a incrementar) reportados por las autoridades sanitarias de nuestro país, sobre todo en los estados de la península de Yucatán, Baja California Sur y la Ciudad de

México. Ante este caso, la OPS alertó el rol activo en la transmisión del virus por parte de los adultos jóvenes, grupo que todavía no ha sido vacunado en la República Mexicana, pues es el sector de edad que se encontraba en último turno (18 a 29 años) para recibir la dosis” (Marca Claro, 2021).

De acuerdo con la OPS, México entro nuevamente a semáforo rojo convirtiendo una tercera ola donde aproximadamente ya existían 8 mil contagiados, a pesar que estos ya tuvieran las vacunas completas oh la primera dosis. No obstante, es alarmante dijo la OPS que jóvenes y niños no cuentan con las vacunas y el contagio puede atacar pronto por cuestiones de contacto con las personas que se encuentren contagiadas dentro de sus hogares.

“La tercera ola de SARS-CoV-2 en México significa el alza de contagios confirmados que se han suscitado en fechas recientes. Esta ola fue confirmada por la Organización Panamericana de Salud tras el brote de ocho mil nuevos casos de SARS-CoV-2 en territorio mexicano” (Marca Claro, 2021).

En México el alza de contagios ha sido de manera progresivo debido a la baja de cuidados, de un momento a otro la aglomeración en lugares públicos aumento de manera radical donde niños también asistían.

“El Gobierno federal ha reconocido este martes que México vive su tercer repunte de casos de la covid-19, el primero en este año. El subsecretario de Salud, Hugo López, (2019) ha dado a conocer que hay un aumento del 22% por ciento en la curva epidémica en el país al pasar de 24.825 a 30.369 casos en solo siete días. Sin embargo, ha señalado que, en esta oleada, a diferencia de las anteriores, se observa que la velocidad de hospitalizaciones y mortalidad es menor” (Suarez, 2021).

El subsecretario de salud López, (2019) muestra cifras específicas donde el aumento epidemiológico presentado en siete días aproximadamente 30 mil casos de contagio; las personas contagiadas en esta tercera etapa llegan más pronto a la hospitalización no obstante que se han limitado las difusiones.

“En Ciudad de México los casos han aumentado un 40% casos de la covid-19 respecto a la semana previa al pasar de 6.308 a 8.827 en solo siete días, según las cifras oficiales. La semana pasada las autoridades capitalinas informaron de que las personas de 18 a 29 años son los que más se están enfermando de coronavirus. Los ingresos hospitalarios diarios en la capital pasaron en las últimas semanas de 48 a 89 registros y en el acumulado ya suma más de 692.000 contagiados y 44.000 fallecidos. Pese a la escalada de cifras, la capital permanece en semáforo amarillo” (Suarez, 2021).

En la Ciudad de México los casos han aumentado más de la mitad en solo siete días, las autoridades capitalinas informaron que las personas contagiadas se encuentran en el rango de edad entre 18 a 29, tomando en cuenta que la probabilidad de contagio se ha derivado por falta de la vacuna como algunos expertos lo mencionan.

CAPÍTULO IV

TEORÍA DEL PROCESO DUAL (MARGARET STROBE)

“Hay momentos en los que miras y no sabes que sucedido oh simplemente sabes que desde que ocurrió; nada volvió a ser igual.”

Jorge Bucay

4.1 ¿Qué es el proceso dual?

“El proceso dual está orientado a la pérdida se centra en afrontar el duelo, la pérdida en sí, reconocerla y aceptarla. En este proceso, una persona expresará sentimientos de dolor con todas las pérdidas que se producen por perder a su ser querido. Habrá muchos cambios del trabajo a la familia y las amistades. También puede haber cambios demográficos e incluso económicos. Durante este tiempo, las personas reconocen estos cambios de frente o reflexionan sobre sentimientos de pérdida que pueden conducir a un duelo distorsionado, complicado o prolongado. Modelo de proceso dual de afrontamiento” (Stroebe y Schut, 2001).

El proceso dual de Strobe, se enfoca en la orientación ante el afrontamiento del duelo, llevando consigo diversas etapas en conjunto para expresar sentimientos que en su momento fueron guardados ante la pérdida del ser querido.

4.2 Modelo explicativo del duelo.

Las primeras clasificaciones sobre las diferencias individuales del duelo se basaron en la observación clínica o en bases de datos integradas de pacientes psiquiátricos (Lindemann, 1944; Parkes, 1965), y se enfocaron principalmente en clasificar las reacciones de duelo entre dos categorías “normales” y “patológicas”, describiendo en

detalle su curso a partir de etapas (Bowlby, 1980; Kübler Ross, 1969), fases (Ramsay, 1979; Sanders, 1989) y estadios (Rubin, 1997), centrando su intervención en el trabajo de duelo, el cual deriva de una serie de etapas que la persona necesita pasar para hacer frente a su pérdida.

El modelo explicativo frente a diversas perspectivas de autores, denotan que el duelo lo clasifican de manera normal o patológico de acuerdo a la presencia de signos y síntomas afectando de manera emocional al paciente.

Los mecanismos orientados hacia la pérdida, se caracteriza por focalizar la atención con la confrontación de la experiencia y vivir la experiencia del duelo.

4.2.1 Modelo procesamiento dual del duelo.

(Stroebe y Schut, 2001), por su parte, plantean el modelo de procesamiento dual del duelo, el cual integra una taxonomía que describe las maneras en que la gente llega a un “acuerdo” con la pérdida del ser querido, explicando cómo los dolientes están orientando de modo constante y alternado su atención hacia la pérdida (p. ej., vivir la experiencia de duelo) o hacia la restauración (p. ej., adaptarse a su nuevo contexto).

De acuerdo con los autores, en el segundo modelo del procesamiento del duelo se enfoca en la orientación y seguimiento del tratamiento psicoterapéutico conjunto a la adaptación de un nuevo contexto ante la pérdida del ser querido.

“Este modelo, además, ayuda a contextualizar de una manera más “genuina” cómo funciona el duelo en la vida cotidiana del individuo, ya que no necesariamente se transita por determinadas etapas de forma lineal para afrontar la pérdida, sino que se está oscilando de forma constante entre sentir y recordar hechos específicos de la pérdida o enfocándose en situaciones inherentes a la vida, como buscar actividades y relaciones nuevas para contrarrestar las sensaciones de anhelo y vacío que dejó la

pérdida del ser querido o simplemente para evitar el dolor que esta pérdida conlleva” (Rynearson, Schut y Stroebe, 2013).

Las ideas plasmadas en el párrafo anterior, hace mención que el proceso de duelo no es precisamente que lleve un seguimiento enfocadas en las etapas; sino que se focaliza en actividades de acuerdo a la situación que se está presentando ante el duelo.

4.3 Características del tipo de muerte y su influencia del manejo del duelo.

Existen diversos factores asociados al duelo, entre ellos la causa de muerte, la cual ha sido dividida para su estudio en muertes violentas y no violentas. Entre las muertes violentas se encuentran las que resultan de accidentes, suicidio y homicidio.

Los actores determinan que el manejo de duelo es diferente ante el tipo de muerte que haya presenciado el finado; de esa manera determinan las características de cada muerte.

“Por lo común, las muertes violentas son repentinas y tienen mayor probabilidad de provocar complicaciones en el duelo, puesto que las personas apegadas a la víctima se encuentran vulnerables no sólo a los niveles de ansiedad característicos de las muertes no violentas, sino a los pensamientos de remordimiento, venganza y miedo recurrente relacionados con la muerte violenta ocurrida” (Rynearson, Schut y Stroebe, 2013).

El proceso de duelo ante familiares que perdieron la vida de manera repentina, es tardío debido a los remordimientos y del por qué suscito dicho suceso y el por qué dentro de su familia, a diferencia de la muerte natural causada por enfermedad los familiares están conscientes que dicho suceso en cualquier momento podría pasar y el proceso terapéutico es constante.

4.3.1 Características sociales y culturales que influyen en el manejo del duelo.

“La cultura influye de forma importante en cómo se conceptualiza la muerte y, por tanto, en cómo se lidia con ella. La duración y la expresión del duelo “normal” varían considerablemente entre distintos grupos culturales. Cada cultura tiene su propio enfoque para lidiar con la pérdida, y aunque éste puede estar más o menos estandarizado, la mayoría involucra un núcleo de entendimientos, creencias espirituales, rituales, expectativas y etiquetas. El llanto, miedo y enojo son tan comunes que se consideran casi universales y la mayoría de culturas aprueba la expresión de estas emociones a través de ritos funerarios y costumbres de luto; sin embargo, existen algunas culturas occidentales que tienden a desalentar la expresión abierta de emociones” (Rosenblat, Walsh y Jackson, 1976).

En el párrafo anterior hace mención que la cultura está ligada con la muerte, debido a que en diferentes lugares es el punto esencial para la despedida de sus seres queridos, realizando rituales religiosos entre ellos la expresión de emociones, aunque en diversos lugares no son tan expresivos ante el dolor.

4.4 Terapia de Aceptación y Compromiso.

“La terapia de aceptación y compromiso (ACT) es una de las terapias de conducta de tercera generación sensibles al contexto y a las funciones de los fenómenos psicológicos. ACT aplica procesos de aceptación y “conciencia”, así como el compromiso y procesos de cambio conductual para facilitar la flexibilidad psicológica. Dicha flexibilidad psicológica permite la aceptación del sufrimiento psicológico tal cual es, por lo que es posible aprender de él y cambiar el centro de atención hacia los comportamientos que realzan y dan sentido a la vida” (Hayes, 1999).

De acuerdo con el autor (ACT) se enfoca en las funciones primordiales en la aceptación y conciencia como flexibilidad dentro de la aceptación en la pérdida del ser

querido, tomando como 2 vertientes el aprendizaje y el cambio radical de una nueva vida ausente de su familiar.

“El modelo de la ACT considera la mente como un complejo conjunto de procesos cognitivos relacionados, que dependen del lenguaje y actúan sobre los sujetos desde fuentes internas y externas. Esta mente o cognición puede ser tanto una bendición como una maldición, ya que, por sí misma, tiene la capacidad de producir emociones y recuerdos dolorosos, así como predecir futuros inciertos; sin embargo, como refieren” (Wilson y Luciano 2002).

El modelo (ACT) toma como punto esencial durante el proceso de duelo el trabajo dentro los procesos cognitivos, el cual se enfoca el traer recuerdos dolorosos, pero al mismo tiempo muestra que el producir dichas emociones trae consigo el llegar al punto exacto donde dicha terapia se enfoca.

Los modelos psicológicos vigentes basados en el “trabajo de duelo” no son muy descriptivos, no toman en cuenta las diferencias individuales de los dolientes y carecen de evidencias científicas que los respalden, de modo que ofrecen poca orientación al terapeuta respecto a la intervención (Stroebe y Schut, 2010; Walker, 2013)

Los autores toman en cuenta y hacen la comparación de los modelos psicológicos existentes que el trabajar el proceso de duelo ciertas teorías demoran y el resultado puede ser trágico o simplemente no se logra el resultado esperado por el hecho que el paciente puede llegar a tener un retroceso.

CAPÍTULO V PROGRAMA DE INTERVENCIÓN

“Si tienes el valor de estar junto a un moribundo y respetas su silencio, entonces el moribundo te está enseñando lo que es la vida y lo que es la muerte. Es más, te estará preparando para tu propia muerte y ese será el regalo de despedida para ti”.

Elizabeth Kübler Ross

INTRODUCCIÓN

El duelo es un proceso amplio, donde puede haber retrocesos, pero al mismo tiempo logros de los cuales se benefician al paciente que está viviendo ese trance de su vida no obstante es importante conocer cada detalle, síntoma y signos para aplicar un tratamiento eficaz.

La siguiente propuesta dentro del programa de intervención psicológica en el proceso de duelo, para la familia directa de personas que fallecieron a causa del sarcov- 2, se llevará a cabo diversas estrategias enfocadas a la Teoría del Proceso Dual.

Al recabar la información se tomará la entrevista por familia, enfocada en la problemática principal de Sarcov-2; se tomará como muestra 10 familias del municipio de Santa Cruz Atizapán, no obstante, se aplicará la historia clínica para recapitular información. Ante la presencia del virus trajo consigo el perder a uno o más de 2 integrantes por familia, se aplicará el inventario de Duelo Complicado Revisado (IDC-RECEP), este instrumento brinda información indispensable para entender la manera en que la persona conceptualiza su pérdida. En el proceso de duelo se presentan una variedad de síntomas, el cual no todos los síntomas en los pacientes suelen ser los mismos, para aclarar dicha circunstancia se aplicará el inventario de síntomas scl-90-r de I. derogatis.

Tomando en cuenta cada dato arrojado es momento de plantear el programa de intervención esto quiere decir toda estrategia que se aplicara dentro de la terapia de manera grupal e individual.

OBJETIVO DEL PROGRAMA

Ejecutar el programa de intervención psicológico en el proceso de duelo.

OBJETIVO GENERAL

Operar el programa de intervención psicológico en el proceso de duelo, para la familia directa de personas que fallecieron a causa de Sarcov-2.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Explicar y profundizar el proceso de duelo, para la familia directa de personas que fallecieron a causa de Sarcov-2.
- Comparar emociones, ideas, síntomas en cada una de las familias respecto a la pérdida de su familiar
- Concluir con la aplicación del programa de intervención en el proceso de duelo.

¿Qué es un programa?

Consiste en la aplicación de principios y técnicas psicológicos por parte de un profesional acreditado con el fin de ayudar a otras personas a comprender sus problemas, a reducir o superar estos, a prevenir la ocurrencia de los mismos y/o a mejorar las capacidades personales o relaciones de las personas aun en ausencia de problemas.

Tipos de programa

Diferencias en cuanto a la patología:

Modelo psicodinámico: Los síntomas son el resultado de conflictos inconscientes intrapsíquicos y/o interpersonales, de la rigidez de los mecanismos de defensa y de la fijación y regresión a etapas anteriores del desarrollo.

Modelo fenomenológico: Los síntomas son consecuencia de la no autorrealización, de la incongruencia entre el sí mismo real y el sí mismo tal como es moldeado por los otros, y/o del funcionamiento desordenado del sistema de constructos.

Modelo sistémico: Los síntomas del paciente identificado son el resultado de disfunciones en la estructura y comunicación del sistema familiar. IPCS - 35 - Modelo conductual y cognitivo-conductual: Los síntomas son problemas derivados del aprendizaje (clásico, operante, observacional) o falta de aprendizaje de respuestas motoras, cognitivas, autónomas y emocionales.

El modelo cognitivo-conductual: enfatiza el papel de los pensamientos automáticos, distorsiones cognitivas y creencias desadaptativas.

Diferencias en cuanto a la evaluación:

Modelo psicodinámico: Se centra en la estructura del yo (límites, sentido de la realidad, funciones integradoras, sintéticas y organizadoras), mecanismos de defensa, estructura del superyó, situación del ello y de los impulsos sexuales y agresivos, ansiedad y emociones básicas, y relaciones objétales.

Modelo fenomenológico: Posibles aspectos de interés son el nivel de congruencia entre el sí mismo real y la forma en que uno siente, percibe y actúa, el proyecto existencial, los constructos personales, la percepción subjetiva del mundo y de uno mismo, el nivel de conciencia y aceptación de los propios deseos y necesidades, la integración de estas.

Modelo sistémico: Evalúa las pautas de comunicación disfuncionales, los límites entre subsistemas, las coaliciones, las interpretaciones de las secuencias de hechos, las interacciones familiares, el sistema de poder, la adaptación a los cambios. Métodos: Entrevistas, observación, cuestionarios.

Modelo conductual y cognitivo-conductual: Especifica y cuantifica las conductas motoras, cognitivas, autónomas y emocionales implicadas en los problemas, e identifica las variables antecedentes, consecuentes y características personales estables funcionalmente relacionadas con las mismas. Métodos: Entrevistas (al cliente y a otros), cuestionarios, autorregistros, observación, registros psicofisiológicos.

Diferencias en cuanto a los objetivos terapéuticos:

Modelo psicodinámico: Resolución de la transferencia y de los conflictos intrapsíquicos, disminución de los impulsos y manejo de estos, uso de defensas flexibles, insight intelectual y emocional, desaparición del síntoma, reestructuración de la personalidad.

Modelo fenomenológico: Congruencia entre el sí mismo real y la forma en que uno siente, percibe y actúa, autorrealización, conciencia e integración de los propios deseos y necesidades.

Modelo sistémico: Desaparición o reducción del problema, modificación de pautas disfuncionales de comunicación e interacción en la familia, cambios en la estructura de esta.

Modelo conductual y cognitivo-conductual: Desaparición o reducción de los problemas y adquisición de habilidades para afrontar la vida.

Diferencias en cuanto a las técnicas de tratamiento:

Modelo psicodinámico: Atención vigilante, asociación libre, confrontación, clarificación, interpretación, trabajo elaborativo, análisis de los sueños, análisis de las

resistencias, análisis de la transferencia y otras técnicas (catarsis o abreacción, apoyo emocional, sugestión, persuasión, in- IPCS - 36 formación objetiva).

Modelo fenomenológico: Las actitudes del terapeuta (empatía, aceptación positiva incondicional, autenticidad) se consideran fundamentales. Además, pueden emplearse técnicas como centrarse en el aquí y ahora, fantasía (trabajo con sueños o imágenes), dramatización (psicodrama, técnica de la silla vacía y de las dos sillas), análisis de la vida, masaje y expresión corporal.

Modelo sistémico: Técnicas de exploración y participación en el sistema (rastreo, acomodación, mimetismo, validación), reformulación, técnicas paradójicas (intención paradójica, restricción, posicionamiento, utilización), prescripción de tareas, ilusión de alternativas, uso de analogías, cuestionamiento circular y preguntas trídicas.

Modelo conductual y cognitivo-conductual: Técnicas de respiración y relajación, técnicas de exposición, modelado, entrenamiento en habilidades sociales, técnicas operantes (reforzamiento, moldeamiento, costo de respuesta, economía de fichas, contratos, control de estímulos), biorretroalimentación, resolución de problemas, reestructuración cognitiva, entrenamiento auto instruccional, técnicas de activación conductual y técnicas de distracción. Son comunes las actividades entre sesiones.



UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA
IBEROAMERICANA S. C.



INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE MÉXICO

CLAVE 8901-25

ESQUEMA DEL PROGRAMA

Sesión 1

CREANDO DESESPERANZA.

Tema: Establecimiento del contrato terapéutico

Objetivos específicos:

- Describir de manera explícita los principios de la terapia.
- Establecer el rol de los pacientes y del terapeuta dentro del tratamiento.

Material:

- Establecimiento cómodo

Distribución del tiempo:

- Ejercicios de respiración y relajación..... 15 minutos
- Inicio de la primera sesión del programa de intervención, dentro de la sesión se tornará el tema del duelo.....1 hora y 15 minutos
- 1 hora y 30 minutos.

Procedimiento:

Se dará la bienvenida a los integrantes de cada una de las familias, explicar de manera breve de las sesiones dentro del proceso terapéutico grupal. Puede que esta terapia les resulte distinta a lo que han vivido con otros terapeutas. La terapia de duelo de manera grupal está enfocada a la terapia dentro de un grupo de alcoholicos anónimos; el cual cada uno de ustedes compartirá su sentir y las emociones que traen consigo ante la pérdida de su familiar.

Una de las primeras preguntas será ¿Qué entienden acerca del duelo? De acuerdo a las respuestas, se hablará que el duelo es un proceso de adaptación ante la pérdida de un familiar, objeto o circunstancia; el duelo no es solo ante la muerte de una persona al separase una pareja o perder una extremidad del cuerpo se tiene que llevar a cabo el proceso de duelo, pero no a todos les afecta de la misma manera.

La terapia de duelo se basa en aceptar aquello que no se puede cambiar; en su caso la muerte de su esposo, esposa, hijo, hermano, etc. Deberán de adquirir el compromiso hacia lo que es importante en su vida, de cada uno de ustedes como participes de la familia que integran sin perder el rol que llevan dentro de sus hogares. Para que esto pueda funcionar deberán de estar comprometidos en ser constantes en estar presentes en cada una de las sesiones, es de esperarse que en el camino nos topemos con altibajos y queramos renunciar a seguir con el proceso terapéutico; recuerden que es parte de lo que están viviendo.

Se implementará un diario en actividad extra, como primer punto se cuestionará ¿Qué es un diario? ¿Qué se escribe en el diario? Participaran compartiendo sus respuestas; se llevará a cabo un diario, si lo quieren decorar lo pueden hacer, el cual deberán de escribir en casa como se sintieron, que hicieron, que pensamientos surgieron durante la sesión y conque se quedan de la sesión.

Cierre:

Al finalizar las familias deberán de comprometerse al contrato terapéutico.

Sesión 2

CREANDO DESESPERANZA

Tema: Historia de vida

Objetivos específicos:

- Compartir momentos que subsistieron con el fallecido.

Material:

- Establecimiento cómodo
- Hoja "historia de vida"

Distribución del tiempo

- Ejercicio de respiración y relajación..... 15 minutos
- Platica corta sobre los diferentes tipos de duelo..... 25 minutos
- Ejercicio "historia de vida" 50 minutos
- Retroalimentación..... 10 minutos

Procedimiento:

Dar la bienvenida a cada integrante del grupo, se realizará un breve ejercicio de relajación y respiración para calmar su nivel emocional. Para dar comienzo a la 2da sesión del proceso terapéutico, se planteará una frase el cual se reflexionará acerca de ella.

Plantear el tema del duelo, el cual esta ocasión nos enfocaremos a las etapas que pasa cada doliente en el proceso terapéutico; sobre sacando lo más relevante al tema; dando a si continuidad a la técnica "historia de vida" la indicación será la siguiente cada

uno compartirá la historia de vida que construyeron con su familiar; compartirán el momento de desesperación y angustia que vivieron durante el contagio.

Sesión 3

OBSERVACIÓN DEL FLUJO DE LA EXPERIENCIA PRIVADA.

Tema: Cuando las soluciones no son soluciones

Objetivos específicos:

- Identificar las conductas públicas y privadas con la que han venido luchando.

Material:

- Espacio cómodo
- Mantras de relajación

Distribución del tiempo:

- Ejercicios de relajación.....10 minutos
- Introducción a la sesión..... 5 minutos
- Desarrollo de las actividades / sesión.....40 minutos
- 1 hora y 30 minutos.

Procedimiento

Dar inicio a la tercera sesión, realizando diversas preguntas ¿Cómo se sienten el día de hoy? ¿Qué actividad realizaron durante el día?, entre otras. Con ayuda del mantra se ejecutará un ejercicio de relajación para estabilizar la mente, emociones, pensamientos negativos, convertirlos a positivos; al término se escogerá al azar a 3 integrantes el cual compartirá como se sentía al momento de llegar al grupo y después de la relajación que fue lo que cambio.

Al comienzo de la estrategia ya planeada, para poder comenzar un integrante por familia pasaran al centro formando media luna, ya si la colaboración de los integrantes suele ser retraída se elegirá a los integrantes; los demás estarán atentos y respetaran la participación de las personas que están al frente compartiendo su sentir ante la actividad.

Cuestionar a los participantes.

Cuéntanos sobre lo que has estado viviendo a partir de la muerte de_____, incluyendo cuánto tiempo has estado luchando con esto.

¿Cómo han interferido estos síntomas y la lucha con ellos para que puedas continuar con tu vida?

¿Qué barreras te han impedido mejorar?

Además de dolor, ¿cuáles son los problemas más grandes con los que has estado luchando?

¿Qué impedimentos para lidiar con estos problemas puedes identificar?

¿Cómo te sientes al recordar los momentos agradables, que compartiste con esa persona?

¿Qué cosas has dejado de hacer?

¿Cuál es tu primer pensamiento que al levantarte se te viene a la mente?

¿Qué notas en ti que cambio después de que viviste la perdida de ese ser querido?

¿Cómo te gustaría que fuera tu vida dentro de cinco años?

Sesión 4

OBSERVACIÓN DEL FLUJO DE LA EXPERIENCIA PRIVADA.

Tema: Que hubiera sido si.....

Objetivos específicos:

- Encontrar el sentido o significado de lo que ha pasado.

Material

- Espacio libre
- Mantra de relajación

Distribución del tiempo:

- Actividad de relajación..... 15 minutos
- Frase para dar inicio a la sesión..... 15 minutos
- Técnica a implementar..... 1 hora
- 1 hora y 30 minutos

Procedimiento

Dar la bienvenida a cada uno de los integrantes de las familias, comenzar con la técnica de relajación acompañada de un mantra,

Cuestionamiento ¿Qué les quiere decir esta frase? ¿Cómo se sintieron al vivir una pérdida? ¿Qué pensaban después de haber perdido a su familiar? Compartirán sus respuestas, pero no se reflexionará hasta el final.

Un integrante por familia pasara al frente, los demás se acomodarán en media luna dando como indicación el respeto a los que están participando, silenciar sus teléfonos y no murmurar.

“Piensen cuando vieron en las noticias que había un brote pandémico de un virus que todos desconocíamos, ¿Qué fue lo que pensaron al ver la noticia? Al seguir pasando los meses el virus ya se había propagado en nuestro país y la mortalidad incrementaba al igual que los contagios ¿Cuál fue su pensamiento negativo ante dicha noticia? Cuando menos se dieron cuenta el virus ya había entrado a su hogar y el desconocimiento a los síntomas provocó que nuestra salud empeorara, ¿Se imaginaron que se iban a contagiar? Ante el contagio desafortunadamente perdieron un ser querido oh más de uno. Meditaran su respuesta la siguiente pregunta ¿Qué hubiera sido si ese hecho que ya vivieron no hubiera ocurrido?, ¿Qué hubiera pasado si ustedes hubieran conocido más sobre los síntomas exactos del virus? Piensen para que creen que la vida o el destino o ellos o Dios si son creyentes, hicieron o permitieron ese hecho que les pasó ¿para desafiarlos?, ¿para castigarlos?, ¿para hacerlos crecer?, ¿para qué ocurrió ese hecho?, ¿Qué sentido tiene? Por último ¿Cuál puede ser el sentido que le dio a su vida el hecho que sucedió?

Sesión 5

OBSERVACIÓN DEL FLUJO DE LA EXPERIENCIA FRENTE AL RECUERDO DEL FALLECIDO.

Tema: El relato de la muerte

Objetivos específicos:

- Direccionar al paciente a que tome conciencia de la realidad de su pérdida.

Material

- Espacio libre
- Mantra de relajación

Distribución del tiempo:

- Bienvenida/actividad de relajación..... 15 minutos

- Explicación de la técnica “el relato de la muerte” 1 hora
- Reflexión..... 15 minutos

Procedimiento

Dar la bienvenida a cada uno de los integrantes de la familia, se ejecutará actividad de relajación y al culmino se reflexionará una frase.

Esta tecina se trabajará por familia completa la técnica del relato de la muerte consiste en que cada uno de ustedes compartan con todos nosotros; cómo fue que vivieron las últimas horas, días a lado del finado el relato lo realizaran de tiempo presente para que la conexión con las emociones sea de manera más directa.

Ustedes vivirán como fue el proceso de muerte, donde se encontraba la persona antes de fallecer, sus últimas palabras hacia ustedes y sino las hubo explicaran donde se encontraban ustedes, como fue que se despidieron de su familiar para terminar si el velorio fue como estaban acostumbrados o no hubo y el sepelio.

Sesión 6 y 7

OBSERVACIÓN DEL FLUJO DE LA EXPERIENCIA FRENTE AL RECUERDO DEL FALLECIDO.

Tema: La fotografía

Objetivos específicos:

- Conectar al paciente con las experiencias y vivencias compartidas con la persona de la que se despide.

Material

- Espacio libre y cómodo
- Música
- Fotografías

Distribución de tiempo

- Dinámica “el viento y el árbol” 20 minutos
- Ejercicio de relajación..... 10 minutos
- Sesión 1 “la fotografía” 1 hora
- 2 días

Procedimiento

El inicio de la 6ta sesión, de manera breve esta técnica se empleará en 2 sesiones para que no sea tediosa y se desarrolle de la mejor manera, hoy comenzaremos con la sesión 1. Para comenzar da gusto que cada uno de ustedes el avance que ha tenido ha sido favorable, recuerden que no todos avanzan de la misma manera, pero lo importante que ustedes colaboraron para mejorar su bienestar mental y emocional. Llevar a cabo la dinámica “el viento y el árbol” todos en círculo pasaran al frente 5 personas, se mostrará estático como un árbol y el resto de ustedes harán el papel del viento; deberán de mover a sus cinco compañeros de un lado a otro, dando como objetivo principal que se sienta en confianza que ante cualquier obstáculo siempre deberá de continuar donde el viento lo pueda guiar beneficiando su estabilidad; para culminar compartirán su experiencia durante la actividad. Ejercicio de relajación.

La técnica lleva como nombre “la fotografía” el grupo se dividirá en 2, la mitad el día de hoy realizara la actividad y la otra mitad en la siguiente sesión; el resto del grupo deben de respetar su sentir a la hora exponer sus argumentos con ayuda de la fotografía no interrumpir y mucho menos estar murmurando, silenciaran sus teléfonos.

Cada integrante deberá mostrar su fotografía al resto de los miembros explicará lo que sucedía en esa época en su relación, como era, como se sentía, los recuerdos agradables y desagradables que le trae al mirar de nuevo esa fotografía. En todo momento se guiará al paciente hacia su mundo emocional realizando diversas preguntas ¿Qué siente al recordar cada experiencia? ¿Cómo se sentía cuando estaba

con esa persona? ¿Por qué elegiste esa fotografía? ¿Qué es lo que más te gusto de ese momento agradable? La última pregunta será ¿Conque te quedas de la persona? Al termino de las preguntas miren fijamente las fotografías y revivan ese momento, que no se abstenga ante la presencia de sus emociones.

Sesión 8

PREVENCIÓN DE RECAÍDAS

Tema: Carta de despedida

Objetivos específicos:

- Describir de manera escrita la despedida hacia el finado.

Material

- Espacio libre
- Ejercicio de relajación
- Mantra
- Hoja blanca, sobre, lapicero

Distribución de tiempo

- Bienvenida..... 10 minutos
- Ejercicio de relajación..... 15 minutos
- Técnica “la carta de despedida..... 1 hora y 15 minutos

Procedimiento

Dar la bienvenida a los miembros del grupo, cuestionando ¿Cómo se han sentido en el avance del proceso terapéutico? Después de haber retroalimentado la pregunta se efectuará ejercicios de relajación con ayuda de un mantra.

La técnica de la sesión de hoy, está enfocada principalmente en realizar la carta de despedida donde plasmaran lo más importante que vivieron con esa persona y se despedirán al termino la guardaran en su sobre con la dedicatoria a esa persona.

Sesión 9

PREVENCIÓN DE RECAÍDAS

Tema: Ritual de despedida

Objetivos específicos:

- Realizar un ritual de despedida hacia lo material.

Material

- Caja de zapatos de color blanca
- La carta de despedida
- Diario
- Objetos pequeños personales del finado
- Listón rojo
- Lugar (cerro, campo)

Distribución del tiempo

- Bienvenida..... 10 minutos
- Relajación..... 10 minutos
- Inicio de la sesión..... 30 minutos
- Desarrollo y cierre..... 40 minutos

Procedimiento

Brindar a cada uno de los miembros de las familias la bienvenida, la sesión se llevará a cabo en un lugar lleno de árboles lejos de 4 paredes, brindar breve explicación de la técnica. Se ejecutará el ritual de despedida, en la caja que traen consigo y los demás artefactos serán depositados en esa caja el cual harán de cuenta que es su ser querido, están ya a punto de depositarlo bajo tierra, despídanse de él, lloren, griten, la enterraran en el punto que ustedes más elijan tengan presente que es un adiós definitivo; es su momento y exprésense como ustedes gusten.

Sesión 10

PREVENCIÓN DE RECAÍDAS

Tema: retroalimentación y vida después de la terapia

Objetivos específicos:

Describir su impresión sobre todo el proceso, que ha cambiado desde el inicio hasta ahora y cuáles son las habilidades que adquirieron para que las pueda seguir utilizando.

Material

- Sin material

Distribución del tiempo

- Bienvenida..... 10 minutos
- Documentación de resultados..... 1 hora

Procedimiento

Después de un lapso de tiempo de 3 meses, se reunirá al grupo en el lugar específico de la terapia, dando la bienvenida y reforzando con un ejercicio de relajación. La última sesión después de 3 meses el cual cada integrante de la familia pasará al centro y compartirá ¿cómo se ha sentido después de haber culminado el

proceso de sanación de duelo? ¿Cuál es la enseñanza que adquirió y se queda con ella? Así sucesivamente.

Conclusión

Agradecer a las familias por haber permitido colaborar y brindar un apoyo a su propia vida emocional, mejorando su duelo a una estabilidad; previniendo ante una recaída la recomendación de utilizar cada una de las actividades de las sesiones. Brindando como obsequio la entrega de un mensaje a cada uno de los integrantes de las familias para que al leer sus emociones se fortalezcan más.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cómo se lleva a cabo el proceso de duelo familiar, para llegar a la aceptación ante la pérdida del ser querido ante EL SARCOV-2?

En la actualidad el tema referente a Covid-19 y las grandes consecuencias que ha traído consigo, en particular una de las más importantes los altos índices de defunciones de personas que fueron diagnosticadas con dicha enfermedad.

El óbito de manera repentina dentro del contexto familiar ha sido un detonante difícil de asimilarlo para cada uno de los integrantes, es en ese preciso momento donde los lineamientos de sanidad impiden el poder despedirse de esa persona por última vez.

El proceso del duelo puede llegar a ser de manera natural, donde cierto acontecimiento se tenía predestinado en que en un momento determinado podría llegar a suceder; una pérdida traumática o complicada en ese lapso el cual no te llega a la mente la asimilación de que el individuo ha perdido la vida a pesar de que tenía el cuidado y tratamiento sugerido o de una forma inesperada. En ese instante donde el cerebro hace un bloqueo en vez de avanzar hay un retroceso en cada una de las etapas, dificultando así llegar a la etapa principal que es la aceptación.

A mediados del año 2020 el cambio fue de manera radical, las creencias y costumbres que tenía la gente cuando un familiar fallecido, realizaban rituales espirituales para poder despedirse, actualmente dichas costumbres fueron descartadas por el contagio directo, ahora bien, las personas ya no logran acercarse o despedirse del óbito. A raíz de dicho acontecimiento las personas que sufren la pérdida del ser querido aun suelen ser más drásticas por la falta de interés al tema y es en ese preciso instante que las personas entran en shock a causa de la muerte repentina del

ser querido. La muerte de un ser querido confronta irremediablemente ante el misterio de la vida. Se impone silencio; y el silencio vacío; y el vacío, reflexión inevitable.

JUSTIFICACIÓN DEL TEMA

Actualmente la presencia del Sars-cov2 ha traído consigo dolor, desempleo, desfalco económico y junto con ello la pérdida gradual de individuos de una manera inesperada.

Por prevención sanitaria se les pidió a los familiares del enfermo que cumplan con el desalojamiento de este, para evitar propagarse dicho contagio afectando a los demás integrantes, con la velocidad de los acontecimientos impide que los familiares del finado conlleven un proceso, les es imposible que se despidan del como suelen llevar a cabo sus rituales y sus costumbres.

La prohibición de celebrar funerales y velatorios puede suponer un duelo complicado para los familiares de las personas fallecidas, que suponga un daño emocional superior a la propia pérdida. Por lo que es importante ofrecer apoyo y establecer una red que permita a las personas sostener y compartir el dolor.

En ese lapso de tiempo que se presencian una bomba de emociones que buscan la salida para calmar el dolor que hay en la persona, pero el estado de consciencia no permite que se llegue a la aceptación por las diversas negaciones de ver la realidad; por ejemplo (victimismo) se da a menudo ya que suele pensar el ser humano que esto le sucede por medio de castigo y que él no merecía vivir ese dolor, (tristeza y abatimiento) no soportan la ausencia de la presencia de ese ser querido que por costumbre convivían todos los días y que de un momento a otro esa rutina cambia en si rabia, impotencia, culpa... por no haber hecho más por esa persona para poder salvarle la vida.

Es una carga inmensa de emociones y más cuando se juntan en cada uno de los integrantes de la familia, por más que lo intenten les cuesta trabajo el aceptar que “la perdida” es parte de la vida.

Para radicar dichas emociones y modificar la manera de pensar en cada uno de los integrantes, llevar a cabo el proceso de duelo acompañado de un profesional

HIPÓTESIS

Hi

A mayor proceso de duelo, mayor es la aceptación de la MUERTE del ser QUERIDO POR EL SARS-COV2.

Ho

A mayor proceso de duelo ANTE LA MUERTE DEL SER QUERIDO, no aumenta la aceptación de la pérdida del ser querido ante EL SARS-COV2.

Ha

A mayor sea el proceso de duelo, menos es la aceptación de la pérdida del ser querido ante EL SARS-COV2.

VARIABLES

Variable Independiente: duelo

Variable Dependiente: SARS-COV2

DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE DUELO

(Bucay: 2002:85) El duelo es un proceso natural de “elaboración de una pérdida, tendiente a la adaptación y armonización de nuestra situación interna y externa frente a una nueva realidad”.

Definición Operacional de Duelo

Referente al proceso de duelo, se aplicará el Inventario de Duelo Complicado Revisado (IDC-RECEP) el cual evalúa el significado de la persona sobre el duelo. De acuerdo con el análisis del Instrumento (IDC-RECEP) se dará a conocer los resultados arrojados de manera general, apuntando en los datos considerados como focos rojos. De esta manera a través del avance en cuanto al proceso del duelo, se volverá aplicar un re-teste para ver en que mejoro sus respuestas.

DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE SARS-COV2

(OMS 2019) Es la enfermedad infecciosa causada por el coronavirus que se ha descubierto más recientemente. Tanto este nuevo virus como la enfermedad que

provoca eran desconocidos antes de que estallara el brote en Wuhan (China) en diciembre de 2019.

Definición Operacional de Sars-cov2

Se aplicará un cuestionario referente al Sars-cov2 donde se plantearán preguntas referentes al covid-19. De la misma manera para recabar dicha información se aplicará el Instrumento Psicométrico SCL-90-R se evaluará diversos signos y síntomas patológicos que se vivió durante el confinamiento dentro del ámbito familiar con pacientes detectados.

Se recabarán los resultados del cuestionario haciendo una comparación sobre las respuestas de los encuestados. De esta manera se dará el resultado del Instrumento Psicométrico presentando los niveles de los signos y síntomas patológicos que se presenciaron durante dicha adversidad.

OBJETIVOS

Objetivo General:

Diseñar un programa de intervención psicológica en el proceso de duelo, para la familia directa de personas que fallecieron a causa del Sars-cov2.

Objetivo Específico:

- Identificar emociones, pensamientos y conductas ante la pérdida del ser querido, en cada uno de los integrantes de la familia.
- Abordar de forma grupal el proceso de duelo, llevando a cabo la intervención de la Terapia de Aceptación y Compromiso (TAC)
- Implementar diversas estrategias para modificar pensamientos, emociones y conductas negativas en cada uno de los integrantes de la familia.

TEORÍA

Teoría del Proceso Dual (Margaret Strobe)

DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

Mixto (cualitativo y cuantitativo)

TIPO DE ESTUDIO

No Experimental

TÉCNICA

En primera instancia se llevará a cabo la observación incluyendo una breve entrevista a cada uno de los integrantes de la familia. Continuando así con el proceso terapéutico de manera grupal.

POBLACIÓN

Familias/ habitantes de la Cabecera Municipal de Santa Cruz Atizapán.

CRITERIOS DE INCLUSION

Familiares de personas que han fallecido a causa de Sars-Cov2.

CRITERIOS DE EXCLUSION

Personas que no estén pasando un proceso de duelo a causa de la pérdida de una familiar por Sars-Cov2.

Personas que no se hayan contagiado de Sars-Cov2.

MUESTRA

10 familias de personas que fallecieron por Sars-cov2

INSTRUMENTOS

- **Inventario de Duelo Complicado Revisado (IDC-RECEP).** Evalúa la manera en como la persona conceptualiza el duelo.
- **Inventario de síntomas scl-90-r de I. Derogatis.** Evalúa los diversos síntomas en el duelo.

ANEXOS

INVENTARIO DE DUELO COMPLICADO - REVISADO
Entrevista Clínica Estructurada para el Profesional (IDC-R-ECEP)

Holly Prigerson, Stanislav Kasl & Selby Jacobs.

(Autores de la versión original en inglés, 2001)

Jesus A García-García, Víctor Landa, Holly Prigerson, Margarita Echeverría, Gonzalo
Grandes, Amaia Mauriz & Izaskun Andollo.

(Autores de la versión adaptada al
español, 2001)

Instrucciones:

- **Los espacios en blanco y subrayados son para poner el nombre de la persona fallecida.**

- **Explicar al doliente que en el cuestionario hay principalmente dos tipos de respuestas:**

1) unas que se refieren a la frecuencia con que aparece el sentimiento, emoción, pensamiento, conducta, síntoma, etc.

- Casi nunca q 1 = menos de una vez al mes o nunca.
- Pocas veces q 2 = una vez al mes o más, pero menos que una vez a la semana.
- Algunas veces q 3 = una vez a la semana o más, pero menos que una vez al día.
- Muchas veces q 4 = una vez cada día.
- Siempre q 5 = varias veces cada día.
- NC/NS q 6 = no sabe / no contesta

2) y otras que se refieren a la intensidad de su aparición,

No o nada 1 =

Un poco 2 = ■

Algo 3 = ■■■

Mucho 4 = ■■■■

Muchísimo 5 = ■■■■■

NC/NS

6 = no sabe / no contesta

▪ **Situar al doliente en el tiempo que nos interesa explorar, con la siguiente frase:**

Por favor, cuando conteste a las siguientes preguntas piense en cómo se ha sentido desde la muerte de _____ hasta ahora, pero más especialmente durante el último mes.

CRITERIO A:

ESTRÉS POR LA SEPARACIÓN QUE CONLLEVA LA MUERTE

A1. ¿Ha fallecido recientemente alguien significativo para usted?

Si 1

No 2

NS/NC 6

A2.1. ¿En algún momento ha notado que desea con todas sus fuerzas que _____ esté con usted, y que el recuerdo de su ausencia le provoca una enorme y profunda tristeza?

Casi nunca (menos de una vez al mes) 1

Pocas veces (cada mes) 2

Algunas veces (cada semana) 3

Muchas veces (cada día) 4

Siempre (varias veces al día) 5

NS/NC 6

A2.2. ¿En algún momento se ha sentido atraído/a por los lugares y las cosas relacionadas con _____?

Casi nunca (menos de una vez al mes) 1

Pocas veces (cada mes) 2

Algunas veces (cada semana) 3

Muchas veces (cada día) 4

Siempre (varias veces al día) 5

NS/NC 6

A2.3. ¿En algún momento se ha sentido solo/a durante el último mes?

- Casi nunca (menos de una vez al mes) 1
- Pocas veces (cada mes) 2
- Algunas veces (cada semana) 3
- Muchas veces (cada día) 4
- Siempre (varias veces al día) 5
- NS/NC 6

CRITERIO A: ¿Ha fallecido recientemente alguien significativo (responder “Sí” en A1) para la persona entrevistada, ¿y ha elegido las respuestas 4 ó 5 (“Muchas veces” o “Siempre”) en al menos 2 de las 3 preguntas A2?

Si 1

No 2

CRITERIO B

ESTRÉS POR EL TRAUMA QUE SUPONE LA MUERTE

B1. ¿Ha sido la pérdida traumática para usted?

No 1

Algo 2

Mucho 3

NS/NC 6

B2. ¿En algún momento ha tratado de evitar las cosas, personas, lugares... que le recuerdan que _____ está muerto?

Casi nunca (menos de una vez al mes) 1

Pocas veces (cada mes) 2

Algunas veces (cada semana) 3

Muchas veces (cada día) 4

Siempre (varias veces al día) 5

NS/NC

6

B3. ¿En algún momento ha tratado de evitar las cosas, personas, lugares... que le recuerdan a_____?

Casi nunca (menos de una vez al mes) 1

Pocas veces (cada mes) 2

Algunas veces (cada semana) 3

Muchas veces (cada día) 4

Siempre (varias veces al día) 5

NS/NC 6

B4a. ¿Hay cosas que antes de la muerte_____solía hacer y ahora no hace (o personas que solía ver y ahora no ve)?

Si 1

No 2

NS/NC 6

B4b. Si esto es así, ¿cuánto le afecta no hacer esas cosas que hacía antes, o no ver esas personas que solía ver?

Nada 1

Un poco 2

Algo 3

Mucho 4

Muchísimo 5

NS/NC 6

B5. ¿Cree que el futuro no tiene sentido, o que todo es inútil sin_____?

No 1

Un poco 2

Algo 3

- Mucho 4
- Muchísimo 5
- NS/NC 6

B6. ¿En algún momento, durante el último mes, se ha sentido distante de las personas que le importan, o ha tenido la sensación de haber perdido el interés por los demás?

- Casi nunca (menos de una vez al mes) 1
- Pocas veces (cada mes) 2
- Algunas veces (cada semana) 3
- Muchas veces (cada día) 4
- Siempre (varias veces al día) 5
- NS/NC 6

B7. ¿Durante la mayor parte del último mes se ha sentido fría e insensible, como que no sintiera nada, ni nada le conmoviera?

- No 1
- Un poco 2
- Algo 3
- Mucho 4
- Muchísimo 5
- NS/NC 6

B8. ¿En algún momento ha sentido que estuviera como “atontada”, aturdida o conmovida por la muerte de _____?

- Casi nunca (menos de una vez al mes) 1
- Pocas veces (cada mes) 2
- Algunas veces (cada semana) 3
- Muchas veces (cada día) 4
- Siempre (varias veces al día) 5
- NS/NC 6

B9. ¿En algún momento ha sentido que no se podía creer que _____ estuviera muerto?

- Casi nunca (menos de una vez al mes) 1
- Pocas veces (cada mes) 2
- Algunas veces (cada semana) 3
- Muchas veces (cada día) 4
- Siempre (varias veces al día) 5
- NS/NC 6

B10. ¿En algún momento ha tenido problemas para aceptar su muerte?

- Casi nunca (menos de una vez al mes) 1
- Pocas veces (cada mes) 2
- Algunas veces (cada semana) 3
- Muchas veces (cada día) 4
- Siempre (varias veces al día) 5
- NS/NC 6

B11. ¿Cree que la vida está vacía o que no tiene sentido sin _____?

- No θ_1
- Un poco θ_2
- Algo θ_3
- Mucho θ_4
- Muchísimo θ_5
- NS/NC θ_6

B12. ¿En algún momento ha sentido que no se podía imaginar una vida plena sin?

- Casi nunca (menos de una vez al mes) 1
- Pocas veces (cada mes) 2
- Algunas veces (cada semana) 3
- Muchas veces (cada día) 4
- Siempre (varias veces al día) 5
- NS/NC 6

B13. ¿En algún momento ha sentido que una parte de usted mismo/a se ha muerto con?

Casi nunca (menos de una vez al mes) 1

Pocas veces (cada mes) 2

Algunas veces (cada semana) 3

Muchas veces (cada día) 4

Siempre (varias veces al día) 5

NS/NC 6

B14. ¿Cree que la muerte de _____ ha cambiado su manera de ver y entender el mundo?

No 1

Un poco 2

Algo 3

Mucho 4

Muchísimo 5

NS/NC 6

B15. Sitúese en el último mes ¿ha sido difícil para usted confiar

No 1

Un poco 2

Algo 3

Mucho 4

Muchísimo 5

NS/NC 6

B16. Sitúese en el último mes ¿cree que ha perdido esa sensación de seguridad, o de estar a salvo, que tenía antes?

No 1

Un poco 2

Algo 3

Mucho 4

Muchísimo 5

NS/NC 6

B17. Sitúese en el último mes ¿cree que ha perdido esa sensación de control que tenía antes?

- No 1
- Un poco 2
- Algo 3
- Mucho 4
- Muchísimo 5
- NS/NC

B18. ¿En algún momento ha tenido los mismos dolores que _____ o alguno de sus síntomas, o ha asumido algo de su forma de ser o a veces se ha comportado como él/ella lo hacía?

- Casi nunca (menos de una vez al mes) 1
- Pocas veces (cada mes) 2
- Algunas veces (cada semana) 3

B19. ¿En algún momento ha sentido rabia o enfado por la muerte de _____?

- Casi nunca (menos de una vez al mes) 1
- Pocas veces (cada mes) 2
- Algunas veces (cada semana) 3
- Muchas veces (cada día) 4
- Siempre (varias veces al día) 5
- NS/NC 6

B20. ¿Hasta qué punto está amargado/a por la muerte de _____?

- Nada 1
- Un poco 2
- Algo 3
- Mucho 4
- Muchísimo 5
- NS/NC 6

B21. A veces, las personas que han perdido a un ser querido se sienten mal por seguir adelante con su vida. ¿Es difícil para usted seguir adelante con su vida, por ejemplo: hacer nuevos amigos o interesarse por cosas nuevas?

- Nada 1
- Un poco 2
- Algo 3
- Mucho 4
- Muchísimo 5
- NS/NC 6

B22. ¿Le cuesta o ha tenido en algún momento dificultades para hacer las cosas que hace normalmente, porque está pensando demasiado en _____?

- Casi nunca (menos de una vez al mes) 1
- Pocas veces (cada mes) 2
- Algunas veces (cada semana) 3
- Muchas veces (cada día) 4
- Siempre (varias veces al día) 5
- NS/NC

B23. ¿En algún momento le han afectado y trastornado los recuerdos de _____?

- Casi nunca (menos de una vez al mes) 1
- Pocas veces (cada mes) 2
- Algunas veces (cada semana) 3
- Muchas veces (cada día) 4
- Siempre (varias veces al día) 5
- NS/NC 6

B24. ¿En algún momento ha oído la voz de _____ que le habla?

- Casi nunca (menos de una vez al mes) 1
- Pocas veces (cada mes) 2
- Algunas veces (cada semana) 3
- Muchas veces (cada día) 4
- Siempre (varias veces al día) 5
- NS/NC 6

B25. ¿En algún momento ha visto a _____ como si lo tuviera delante?

- Casi nunca (menos de una vez al mes) 1
- Pocas veces (cada mes) 2
- Algunas veces (cada semana) 3
- Muchas veces (cada día) 4
- Siempre (varias veces al día) 5
- NS/NC 6

B26. Sitúese en el último mes ¿se ha sentido nervioso/a, irritable o asustadizo/a?

- No 1
- Un poco 2
- Algo 3
- Mucho 4
- Muchísimo 5
- NS/NC 6

B27. Sitúese en el último mes ¿qué tal ha dormido?

- Bien 1
- Un poco mal 2
- Algo mal 3
- Muy mal 4
- Fatal 5

NS/NC 6

B28. ¿Cree que es injusto seguir vivo/a, estando _____ muerto, o se siente culpable por ello?

No 1

Un poco 2

Algo 3

Mucho 4

Muchísimo 5

NS/NC 6

B29. ¿En algún momento ha sentido envidia de la gente que nunca ha perdido a un ser querido?

No 1

Un poco 2

Algo 3

Mucho 4

Muchísimo 5

NS/NC 6

CRITERIO B: ¿Ha sido la pérdida traumática (responder “Algo” o “Mucho” en la pregunta B1) para la persona entrevistada, y ha elegido las respuestas 4 ó 5 (“Muchas veces” o “Siempre”, “Mucho” o “Muchísimo”, ¿“Muy mal” o “Fatal”) en al menos 14 de las 28 preguntas B (no se incluye la B4a)?

Si 1

No 2

CRITERIO C

CRONOLOGÍA Y CURSO DEL PROCESO DE DUELO

C1. ¿Cuánto tiempo ha pasado desde la muerte de _____?

Meses _____

C2. ¿Al de cuánto tiempo después de su muerte, empezaron estos sentimientos de los que hemos estado hablando?

Meses _____

C3 ¿... y cuánto tiempo lleva notándolos?

Meses _____

C4. ¿Ha habido algún momento en el que estos sentimientos hayan desaparecido y luego han vuelto otra vez?

Si 1

No 2

NS/NC 6

C5. ¿Puede decir cómo han ido cambiando sus sentimientos desde la muerte de __ hasta ahora?

CRITERIO C: ¿La duración del trastorno (síntomas referidos en los criterios A y B) es de al menos 6 meses (C3 es mayor o igual a 6 meses)?

Si 1

- No 2
- NS/NC 6

CRITERIO D: DETERIORO

CRITERIO D: ¿Cree que, como consecuencia de su dolor, se han deteriorado de una manera importante sus relaciones sociales, su trabajo u otras actividades significativas de su vida?

- Si 1
- No 2
- NS/NC 6

DIAGNOSTICO DE DUELO COMPLICADO

¿Cumple los criterios A, B, C y D?

- Si 1
- No 2

EVALUACIÓN SUBJETIVA DEL ENTREVISTADO

Después de realizar la entrevista y a su juicio, ¿cree Vd. que esta persona está aquejada de un diagnóstico de duelo complicado clínicamente significativo?

- Si 1
- No 2

OBSERVACIONES:

EL INVENTARIO DE SÍNTOMAS SCL-90-R de L. Derogatis

María Martina Casullo. Marcelo

Pérez.

(2008)

Este inventario ha sido desarrollado para evaluar patrones de síntomas presentes en individuos y puede ser utilizado tanto en tareas comunitarias como de diagnóstico clínico.

Cada uno de los 90 ítems que lo integran se responde sobre la base de una escala de cinco puntos (0-4). Se lo evalúa e interpreta en función de nueve dimensiones primarias y tres índices globales de malestar psicológico:

- 1) Somatizaciones (SOM)
 - 2) Obsesiones y compulsiones (OBS)
 - 3) Sensibilidad interpersonal (SI)
 - 4) Depresión (DEP)
 - 5) Ansiedad (ANS)
 - 6) Hostilidad (HOS)
 - 7) Ansiedad fóbica (FOB)
 - 8) Ideación paranoide (PAR)
 - 9) Psicoticismo (PSIC).
- 1) Índice global de severidad (IGS)
 - 2) Total, de síntomas positivos (TSP)
- Índice Malestar Sintomático Positivo (IMSP)

Estos tres indicadores reflejan aspectos diferenciales de los trastornos a ser evaluados.

En términos generales una persona que ha completado su escolaridad primaria lo puede responder sin mayores dificultades. En caso de que el sujeto evidencie dificultades lectoras es aconsejable que el examinador le lea cada uno de los ítems en voz alta.

En circunstancias normales su administración no requiere más de quince minutos. Se le pide a la persona que está siendo evaluada que responda en función de cómo se ha sentido durante los últimos siete días, incluyendo el día de hoy (el de la administración del inventario). Los pacientes con retraso mental, ideas delirantes o trastorno psicótico son malos candidatos para responder el SCL-90. Es aplicable a personas entre 13 y 65 años de edad.

LAS NUEVE DIMENSIONES DE SÍNTOMAS.

Estas dimensiones se definieron sobre la base de criterios clínicos, racionales y empíricos.

SOMATIZACIONES

Evalúa la presencia de malestares que la persona percibe relacionados con diferentes disfunciones corporales (cardiovasculares, gastrointestinales, respiratorios).

OBSESIONES Y COMPULSIONES

Incluye síntomas que se identifican con el síndrome clínico del mismo nombre:

Pensamientos, acciones e impulsos que son vivenciados como imposibles de evitar o no deseados.

SENSITIVIDAD INTERPERSONAL

Se focaliza en detectar la presencia de sentimientos de inferioridad e inadecuación, en especial cuando la persona se compara con sus semejantes

DEPRESIÓN

Los ítems que integran esta sub-escala representan una muestra representativa de las principales manifestaciones clínicas de un trastorno de tipo depresivo: estado de ánimo disfórico, falta de motivación, poca energía vital, sentimientos de desesperanza, ideaciones suicidas.

ANSIEDAD

Evalúa la presencia de signos generales de ansiedad tales como nerviosismo, tensión, ataques de pánico, miedos.

HOSTILIDAD

Esta dimensión hace referencia a pensamientos, sentimientos y acciones característicos de la presencia de afectos negativos de enojo.

ANSIEDAD FÓBICA

Este malestar alude a una respuesta persistente de miedo (a personas específicas, lugares, objetos, situaciones) que es en sí misma irracional y desproporcionada en relación con el estímulo que la provoca.

IDEACIÓN PARANOIDE

Evalúa comportamientos paranoides fundamentalmente en tanto desórdenes del pensamiento: pensamiento proyectivo, suspicacia, temor a la pérdida de autonomía.

PSICOTICISMO

Esta dimensión se ha construido con la intención que represente el constructo en tanto dimensión continua de la experiencia humana. Incluye síntomas referidos a estados de soledad, estilo de vida esquizoide, alucinaciones y control del pensamiento.

ITEMES ADICIONALES.

El SCL-90-R incluye siete ítems que no se incorporan a las nueve dimensiones ya mencionadas pero que tienen relevancia clínica:

19: Poco apetito

44: Problemas para dormir

59: Pensamientos acerca de la muerte o el morir

60: Comer en exceso

64: Despertarse muy temprano.

66: Sueño intranquilo.

89: Sentimientos de culpa.

INDICES GLOBALES.

1) Índice de Severidad Global (IGS): es un muy buen indicador del nivel actual de la severidad del malestar. Combina el número de síntomas reconocidos como presentes con la intensidad del malestar percibido.

2) Total, de síntomas positivos (TSP): se estima contando el total de ítems que tienen una respuesta positiva (mayor que cero). En sujetos de población general, puntuaciones brutas iguales o inferiores a 3 en varones e iguales o inferiores a 4 en mujeres son consideradas como indicadoras de un intento consciente de mostrarse mejores de lo que realmente están. (imagen positiva).

Puntuaciones brutas superiores a 50 en varones y a 60 en mujeres indican lo contrario: tendencia a exagerar sus patologías.

3) Índice de Malestar Sintomático Positivo (IMSP): pretende evaluar el estilo de respuesta indicando si la persona tiende a exagerar o a minimizar los malestares que lo aquejan.

Puntuaciones extremas en este índice también sugieren patrones de respuestas que deben analizarse en términos de actitudes de fingimiento.

En el Manual en el original inglés de la prueba se consignan estudios sobre su Validez Estructural y Convergente, así como acerca de su consistencia interna y fiabilidad test-retest. (Derogatis, 1994. Minnesota. National Computer System).

Evaluación e interpretación del inventario

1) Para cada una de las respuestas a los ítems, se asignarán los siguientes valores:

Nada: 0 Muy poco: 1 Poco: 2 Bastante: 3 Mucho: 4

Con esos cinco números se completará en la **hoja para el cálculo de los puntajes** el valor que le corresponde a cada respuesta. Por ejemplo, si al ítem nro. 1 el examinado marcó una cruz en la columna encabezada con la opción “poco”, donde dice en la hoja de cálculo donde dice 1..... se deberá completar con el número dos: 1. 2. De la misma forma se procede con las 90 respuestas.

2) Cada una de las nueve dimensiones primarias tiene sus ítems en un mismo renglón de la hoja para el cálculo de puntajes. Para cada dimensión se sumarán los valores de todas las respuestas que la componen, y el resultado se escribirá en donde dice “total”. Luego se contará el número de respuestas en dicha dimensión y se anotará en “Nº resp.”. Finalmente se calculará el promedio dividiendo el número “total” por el de “Nº resp.”. Dicho valor se escribirá en “promedio”.

Ejemplo:

SOMATIZACIONES (SOM):

1.2 4.1 12.0 27.2 40.1 42.2 48.3 49.1 52.0 53.1 56.2 58.2. à

Total	17	promedio
Nº resp.	12	

3) Los ítems adicionales no conforman una dimensión, pero a fin de luego poder calcular el índice de severidad global, se realizará la sumatoria como se vino haciendo para

obtener el total, sin hacer el promedio.

4) Para calcular el índice de severidad global (IGS), se suman los valores de todas las respuestas y se divide por la cantidad de respuestas dadas (90 si respondió a todas). Una manera práctica de hacer esto es sumando el valor de las casillas "total" de las nueve dimensiones y de las respuestas adicionales y dividir ese valor por el número de respuestas dadas.

5) El total de síntomas positivos (TSP) es la cantidad de respuestas distintas de cero que dio el examinado

6) Índice de Malestar Sintomático Positivo (IMSP) se calcula haciendo la misma suma que para IGS, pero esta vez en vez de dividir por la cantidad de respuestas se divide por la cantidad de respuestas dadas distintas de cero, vale decir por TSP

7) Estos doce puntajes brutos se transformarán en un puntaje T normalizado para su adecuada lectura. Dichos puntajes se volcarán en el cuadro correspondiente de la hoja de cálculos:

PUNTAJES T SCL 90-											
R											
SOM	OBS	SI	DEP	ANS	HOS	FOB	PAR	PSI	IGS	TSP	IMS
								C			P

1) Los puntajes T normalizados superiores a 63 puntos se consideran elevados (equivalen a un percentil de 90), lo que indica una persona en riesgo.

2) Puntajes brutos de TSP menores o iguales a 6 en varones y 13 en mujeres (adolescentes), pueden indicar tendencia a mostrarse exageradamente libre de síntomas. Valores brutos de TSP superiores a 71 en varones y 75 en mujeres indicarían por el contrario malestar exagerado o dramatización.

3) Valores extremos en IMSP podrían indicar un intento deliberado en mostrarse demasiado bien o mal. Un IMSP menor a 1,00 (bruto) con un TSP muy bajo (menos o igual a 3 en hombres y 4 en mujeres adultos) en general indica tendencia a mostrarse libre de problemas psicológicos. IMSP mayores a 3,20 en adultos sugiere dramatismo. Mayores a 3,50 extremo dramatismo.

Hoja para el cálculo de los puntajes

1) Se calculan las puntuaciones directas o brutas para cada una de las nueve dimensiones y los tres

12) **PSICOTICISMO (10 ítems)**

7.... 16.... 35.... 62.... 77.... 84.... 85.... 87.... 88.... 90.... --- à

ITEMES ADICIONALES (7 ítems)

19.....44..... 59.....60..... 64.....66.....89..... ----- à

Total		pro-
Nº resp.		medio
	Total	
	Nº resp.	

INDICE DE SEVERIDAD GLOBAL -----à

<input type="checkbox"/> "total"	Nº res- puestas contesta- das	
/		

TOTAL, DE SINTOMAS POSITIVOS-----à

INDICE MALESTAR SINTOMÁTICO POSITIVO-----à

<input type="checkbox"/> "total"	S P
/	

PUNTAJES T SCL 90- R											
SOM	OBS	SI	DEP	ANS	HOS	FOB	PAR	PSIC	IGS	TSP	IMSP

Universidad de Buenos Aires. Facultad de Psicología. Cátedra Prof. M.M. Casullo. 1998.
CONICET.

L. R.
Derogatis.
Adaptación
U.B.A. 1999.

Nombre..... **Edad:** **Fecha de hoy:**

Marcar con una cruz las opciones que correspondan

Sexo:

Mujer Varón

Educación:

- Primario incompleto Secundario incompleto Terciario incompleto
 Primario completo Secundario completo Terciario/universitario completo

Estado civil:

- Soltero Divorciado Viudo/a
 Casado Separado En pareja

Ocupación:

Lugar de nacimiento:

Lugar de residencia actual:

A continuación, le presentamos una lista de problemas que tiene la gente.

Lea cada uno de ellos y marque su respuesta con una cruz en la casilla correspondiente, pensando en cómo se sintió, en qué medida ese problema le ha preocupado o molestado durante la última semana (7 días).

Tiene cinco (5) posibilidades de respuesta:

NADA - MUY POCO - POCO – BASTANTE – MUCHO.

1. **Dolores de cabeza.**
2. **Nerviosismo.**
3. **Pensamientos desagradables que no se iban de mi cabeza.**
4. **Sensación de mareo o desmayo.**
5. **Falta de interés en relaciones sexuales.**
6. **Criticar a los demás.**
7. **Sentir que otro puede controlar mis pensamientos.**
8. **Sentir que otros son culpables de lo que me pasa.**
9. **Tener dificultad para memorizar cosas.**
10. **Estar preocupado/a por mi falta de ganas para hacer algo.**

11. Sentirme enojado/a, malhumorado/a.
12. Dolores en el pecho.
13. Miedo a los espacios abiertos o las calles.
14. Sentirme con muy pocas energías.
15. Pensar en quitarme la vida.
16. Escuchar voces que otras personas no oyen.
17. Temblores en mi cuerpo.
18. Perder la confianza en la mayoría de las personas.
19. No tener ganas de comer.
20. Llorar por cualquier cosa.
21. Sentirme incómodo/a con personas del otro sexo.
22. Sentirme atrapada/o o encerrado/a.
23. Asustarme de repente sin razón alguna.
24. Explotar y no poder controlarme.
25. Tener miedo a salir solo/a de mi casa.
26. Sentirme culpable por cosas que ocurren.
27. Dolores en la espalda.
28. No poder terminar las cosas que empecé a hacer.
29. Sentirme solo/a.
30. Sentirme triste.
31. Preocuparme demasiado por todo lo que pasa.
32. No tener interés por nada.
33. Tener miedos.
34. Sentirme herido en mis sentimientos.
35. Creer que la gente sabe qué estoy pensando.

36. Sentir que no me comprenden.
37. Sentir que no caigo bien a la gente, que no les gusto.
38. Tener que hacer las cosas muy despacio para estar seguro/a de que están bien hechas.
39. Mi corazón late muy fuerte, se acelera.
40. Náuseas o dolor de estómago.
41. Sentirme inferior a los demás.
42. Calambres en manos, brazos o piernas.
43. Sentir que me vigilan o que hablan de mí.
44. Tener problemas para dormirme.
45. Tener que controlar una o más veces lo que hago.
46. Tener dificultades para tomar decisiones.
47. Tener miedo de viajar en tren, ómnibus o subterráneos.
48. Tener dificultades para respirar bien.
49. Ataques de frío o de calor.
50. Tener que evitar acercarme a algunos lugares o actividades porque me dan miedo.
51. Sentir que mi mente queda en blanco.
52. Hormigueos en alguna parte del cuerpo.
53. Tener un nudo en la garganta.
54. Perder las esperanzas en el futuro.
55. Dificultades para concentrarme en lo que estoy haciendo.
56. Sentir flojedad, debilidad, en partes de mi cuerpo.
57. Sentirme muy nervioso/a, agitado/a
58. Sentir mis brazos y piernas muy pesados
59. Pensar que me estoy por morir.

60. Comer demasiado.
61. Sentirme incómodo/a cuando me miran o hablan de mí.
62. Tener ideas, pensamientos que no son los míos.
63. Necesitar golpear o lastimar a alguien.
64. Despertarme muy temprano por la mañana sin necesidad.
65. Repetir muchas veces algo que hago: contar, lavarme, tocar cosas.
66. Dormir con problemas, muy inquieto/a.
67. Necesitar romper o destrozar cosas.
68. Tener ideas, pensamientos que los demás no entienden.
69. Estar muy pendiente de lo que los demás puedan pensar de mí.
70. Sentirme incómodo/a en lugares donde hay mucha gente.
71. Sentir que todo me cuesta mucho esfuerzo.
72. Tener ataques de mucho miedo o de pánico.
73. Sentirme mal si estoy comiendo o bebiendo en público.
74. Meterme muy seguido en discusiones.
75. Ponerme nervioso/a cuando estoy solo/a.
76. Sentir que los demás no me valoran como merezco.
77. Sentirme solo/a aun estando con gente.
78. Estar inquieto/a; no poder estar sentado/a sin moverme.
79. Sentirme un/a inútil.
80. Sentir que algo malo me va a pasar.
81. Gritar o tirar cosas.
82. Miedo a desmayarme en medio de la gente.
83. Sentir que se aprovechan de mí si los dejo.
84. Pensar cosas sobre el sexo que me molestan.

- 85. Sentir que debo ser castigado/a por mis pecados.
- 86. Tener imágenes y pensamientos que me dan miedo.
- 87. Sentir que algo anda mal en mi cuerpo.
- 88. Sentirme alejado/a de las demás personas.
- 89. Sentirme culpable

NADA	MUY POCO	POCO	BASTANTE	MUCHO

ENTREVISTA

Datos generales.

Nombre del entrevistado:

Edad: _____ Estado civil: _____ Ocupación:

Sexo: _____ Teléfono: _____

Nombre del entrevistador:

1.- ¿Qué es para usted Sarcov-2 covid-19?

- a) Enfermedad respiratoria muy contagiosa
- b) Enfermedad infecciosa causada por el coronavirus que se ha descubierto más recientemente.
- c) Deriva de una familia de virus que causan enfermedades (desde el resfriado común hasta enfermedades respiratorias más graves) y circulan entre humanos y animales.

2.- ¿Qué pensaba cada vez que las noticias hablaban sobre Sarcov-2 covid-19?

- a) Presentaba pensamientos de miedo
- b) Preocupación emocional y económico
- c) Le dio lo mismo

3.- ¿Qué síntomas presento durante el contagio?

- a) Fiebre, tos, temperatura arriba de 40°
- b) Diarrea, vómito y dolor de cabeza
- c) Dolor de espalda, dolor muscular

d) Todas las anteriores

4.- ¿Qué se le vino a la mente cuando le dijo el médico que estaba contagiado
(a) de Sarcov-2 covid-19?

a) Le dio miedo

b) Presento ansiedad

c) Cayó en depresión

5.- ¿Cuántos integrantes de su familia se contagiaron?

a) 1 a 2

b) 3 a 4

c) Más de 5

6.- ¿Durante el proceso de contagio, presentaron síntomas de depresión o
ansiedad?

a) Si

b) No

7.- ¿Cuántos integrantes de su familia fallecieron?

a) 1 a 2 integrantes

b) 3 a 4

c) Más de 5

8.- ¿Qué parentesco había entre usted y el fallecido?

a) Esposo(a) e hijo

b) Madre, padre

c) Hermanos, tíos

9.- ¿Cómo se siente ante la pedida de su ser querido?

10.- ¿De qué manera cambio su vida ante la presencia de Sarcov-2 covid-19 y la muerte de su familiar?

HISTORIA DE VIDA

Nombre del entrevistado: José Cruz

Finado: José Cruz

Parentesco: Padre

Mi nombre es José Cruz tengo 5 hermanos más entre hombres y mujeres, al principio de la pandemia me costaba trabajo creer acerca del virus; varias ocasiones no tomaba enserio las medidas de higiene.

Cuando me di cuenta que todo estaba empeorando, en el lugar donde voy a vender empezaron a ser más estrictos es en ese preciso momento comprendí que entonces si era verdad.

Empezaron a fallecer familiares cercanos entre ellos dos tíos, estuvimos más pendiente de los cuidados que debíamos de tener; pero jamás pensé que el virus atacaría mi papá⁵. El presentaba un cuadro pulmonar grave debido que sus pulmones ya estaban afectados, las cosas empeoraron de la peor manera mis hermanos al ver que mi padre estaba grave decidieron mandar a traer la ambulancia mandándome a mí acompañarlo a la ambulancia. Al llegar a la clínica comenzaron a diagnosticarlo el cual solo me dijeron que era fibrosis, le colocaron

el oxígeno manteniéndolo en área protegida. En ese instante creí que se trataba de Covid-19 y que probablemente no habría solución, el dinero se nos estaba terminando empezamos a entrar en desesperación, estrés, ansiedad no sabíamos que hacer y solo nos quedaba vender unas propiedades ya que la cuenta del hospital incrementaba día con día.

Mi papá estuvo 28 días hospitalizados, conectado y con oxígeno, el cual empezaba a ver mejoría, pero de un momento a otro empeoro la situación en el hospital nos pedían cada vez más dinero para ser honestos ya no teníamos tanto, pero lo solucionamos. Se llegó la fecha y me mandaron a traer y solo me dijeron los doctores ahí se encuentra su papá se lo puede llevar, pero ya estaba muerto en ese momento sentí que el alma se me iba no lo podía entender y quería que me dijeran que era mentira que eso no era realidad mi mundo se desmorono por completo; no sabía cómo decirles a mis hermanos que mi papá ya no estaba vivo.

Jamás pensé que me entregarían su cuerpo empaquetado, sin podernos despedir como de costumbre se hace, la caja la aseguraron y solo nos permitieron estar un rato en casa y después lo llevamos al panteón.

Desde ese momento mi vida ya no fue igual, siento una gran impotencia el saber que dimos todo, pero al final no logramos salvar, ahora me da miedo, terror y me causa escalofríos escuchar la sirena de la ambulancia me hace retroceder el tiempo sobre todo cuando yo iba en la ambulancia con mi papá.

Poco a poco todos lo hemos ido asimilando, pero son lapsos cortos donde me doblego y me tumba el dolor, ya cumplió un año y todos los días me cuido al mismo tiempo cuido a mi familia para que no nos vuelva atacar la enfermedad Covid-19.

HISTORIA DE VIDA 2

Nombre del entrevistado: Maya Nava

Finado: Ignacio Palomares

Parentesco: Esposo

Al principio de la pandemia comenzamos a cuidarnos, aunque seré honesta nos daba miedo, consumimos recetas de jugos que supuestamente la gente no hacía que bajara nuestro inmune.

En un pequeño descuido, yo fui la que empezó con los síntomas, presente dolor de cabeza, temperatura, mis hijos me llevaron a médicos particulares pero en vez de mejorar todo empeoró. Un lunes recuerdo bien, mandaron a traer a la ambulancia y me llevaron al hospital Adolfo López Mateos estuve entubada perdí el conocimiento.

Pero el problema fue en casa, mi esposo se contagió lo llevaron de urgencia al médico pero no mejoró, se repite la historia y también lo internan un domingo por la noche; me comentan mis hijos que solo supieron que fue entubado y el lunes por la mañana él falleció. Yo seguía mal, mi familia se encargó del velatorio de mi esposo, lo cremaron aún tengo en casa sus cenizas.

Pasaron 10 días exactamente y me dan de alta, esperaba que fuera mi esposo a verme nunca llegó todos los días les preguntaba a mis hijos y me decían que estaba bien; paso exactamente un mes cuando ellos deciden reunirse me dieron la noticia que mi esposo falleció ya tenía un mes.

Para mí es algo muy difícil de asimilar, me duele, lloro todos los días y no encuentro alivio en mi corazón, pero creo a estas alturas de la vida que la enfermedad a todos nos dio lecciones; sobre todo a mi familia.

CONCLUSIÓN

La anterior investigación tuvo como objetivo el diseñar un programa de intervención para el manejo de duelo; principalmente hacia la pérdida del ser querido de manera repentina a causa de SARS-COV2.

SARS-COV2 nombre de la nueva pandemia que atrajo a todo el mundo de manera drástica, las investigaciones proporcionaron que dicha enfermedad fue derivada a causa del consumo excesivo de un animal en peligro de extinción en este caso el murciélago. A manera sintomática se determinó que la enfermedad causaba problemas respiratorios, provocando neumonía o infartos la gente desconocía dicha información y la pérdida de las personas dejó en shock a bastante gente el cual sus costumbres y creencias cambiaron de manera radical.

La pérdida de la persona querida en tiempos de pandemia resultó ser más complicado debido a las circunstancias de despedida, a raíz de la investigación el diseñar un programa de intervención para el manejo del duelo es un tanto factible el cual los resultados pueden llegar a ser positivos no obstante que durante el proceso puede llegar a ver un retroceso en un paciente, pero siempre llegando al objetivo que se desea alcanzar.

El programa de intervención tiene como finalidad el ayudar a las personas que no lograron despedirse de su ser querido, el no verlos, el arreglar sus féretros o el hecho de organizar su velorio; durante las sesiones se vivenciarán y se afrontará el dolor psicosomático. La aplicación del programa arrojará resultados favorables en el momento que se realice con el grupo con variantes de SARS-COV2.

Para la humanidad SARS-COV2 dejó un dolor inexplicable, experiencias, reflexión el cual la mayoría de las personas su manera de vivir y ver la vida de otra manera cambió de un momento a otro; se recordará al ver que hay vacíos en familias alrededor de todo el mundo, provocando dolor y ausencia al mismo tiempo.

GLOSARIO

Asintomática: No hay presencia de síntomas.

Civetas: Mamífero carnívoro de la familia vivérridos (*Civettitis civetta*), de cuerpo robusto, patas cortas y pelaje ceniciento con manchas.

Hipoxia: Trastorno en el que hay una disminución del suministro de oxígeno a un tejido.

Morbilidad: Cantidad de personas que enferman en un lugar y un período de tiempo determinados en relación con el total de la población.

Neumonía: Es un tipo de infección respiratoria aguda que afecta a los pulmones. Estos están formados por pequeños sacos, llamados alvéolos, que en las personas sanas se llenan de aire al respirar.

Pandemia: Es una enfermedad que se extiende a muchos países y continentes, traspasa gran número de fronteras, supera el número de casos esperados y persiste en el tiempo; además, ataca a casi todos los individuos de una localidad o región.

Patógenas: Son las bacterias que pueden causar enfermedades infecciosas. Aunque la gran mayoría de bacterias son inofensivas o beneficiosos, algunos son patógenos.

Rumiacion: Hace referencia a la situación en la cual una persona estresada o deprimida se concentra en pensamientos repetitivos sobre sus síntomas y sus posibles causas y consecuencias de manera pasiva (es decir que no busca soluciones).

Sistema inmunológico: Es la defensa del cuerpo contra los organismos infecciosos y otros agentes invasores. A través de una serie de pasos conocidos como respuesta inmunitaria, el sistema inmunológico ataca a los organismos y sustancias que invaden el cuerpo y provocan enfermedades.

Virus: Microorganismo compuesto de material genético protegido por un envoltorio proteico, que causa diversas enfermedades introduciéndose como parásito en una célula para reproducirse en ella.

FUENTES CONSULTADAS

Acevedo, L. H. (2011). El concepto de familia hoy. *Revista de las ciencias del espíritu*, Vol III (156), 149-170.

Alternativas en psicología (2016). *La dinámica de la familia y la diferenciación*. Recuperado 12 de mayo del 2021. <https://www.alternativas.me/numeros/22-numero-33-agosto-2015-enero-2016/106-la-dinamica-de-la-familia-y-la-diferenciacion>.

Augusto, D. (2021). *Covid-19: México acumula 127,757 muertes y más de 20,000 hospitalizados*. *Revista digital "Expansión política"*. <https://politica.expansion.mx/mexico/2021/01/04/covid-19-mexico-acumula-127-757-muertes-y-mas-de-20-000-hospitalizados>

Barreto, P. y Soler, M.C. (2007). *Muerte y Duelo: síntesis*. Editorial: Aran

Bermejo, J. C. (2005), *Estoy en duelo*. PPC

Bleda, M. y Lacasta, M.A. (2015). *Guía para familiares en duelo*. Editorial: SECPAL.

Bowen, M. (1989). *La terapia familiar en la práctica clínica*. Descleé de Brouwer.

Castro, X. y Cagueñas, D. (2020). *Ensayos sobre la pandemia. Ed.1*. Editorial: Universidad Ucesi

Cruz, J.I. (2016). *Duelo: Tratamiento basado en la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT)*. Editorial: Manual moderno.

Díaz, F.J y Toro, A.I (2020). *SARS-CoV-2/COVID-19: el virus, la enfermedad y la pandemia*. Recuperado 1 de abril del 2021. file:///C:/Users/angy0/OneDrive/Documentos/tesina/covid-19.pdf

Doctorado Interfacultades en Salud Pública de la Universidad Nacional de Colombia en mayo de (2010). *El concepto de pandemia: debate e implicaciones a propósito de la pandemia de influenza de 2009*. Recuperado 29 de marzo del 2021. <http://www.scielo.org.co/pdf/rgps/v9n19/v9n19a05.pdf>

Engels F. (1963). *El origen de la familia, la propiedad privada y el estado*. En: Marx C, Engels F. Obras Escogidas en tres tomos. T III. Editora. Política.

Salazar, P.G, Serrano, J, Catalan, A. A, Moreno, C, Ferre, F, Shin, J, Sullivan, S, Brondino, N, Solmi, M y Fusar, P. (2020). *El impacto de la segunda ola*. Recuperado 19 de agosto del 2021. <https://www.agenciasinc.es/Noticias/El-impacto-de-una-segunda-ola-puede-ser-devastador-para-la-salud-mental-del-personal-sanitario>

Evaluación y diagnóstico (2014). *Evaluación y diagnóstico del duelo normal y patológico*. Recuperado 5 de mayo 2021. <https://www.avntf-evntf.com/wp-content/uploads/2016/06/Ev.-y-diagn%C3%B3stico-del-duelo-normal-y-pat%C3%B3gico.-R.-Pereira.-2014.pdf>.

Freud S. (1988). *Tótem y Tabú (Obras Completas)*. Editorial: Amorrortu.
(Originalmente publicado en 1913).

Guell, M. Angulo, M. (2021). *Impacto de la primera ola pandémica de covid-19 en el personal de salud en un hospital privado. Revista médica clínica los condes*. Vol.32. (Nº.1). Pág. 90-104. <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-impacto-de-la-primera-ola-S0716864020301012>

INEGI (2021). *Perspectivas en cifras de Covid-19*. Recuperado 8 de Abril del 2021. <https://www.inegi.org.mx/investigacion/covid/ligas.html>

Kubler, R. (2004). *Sobre la muerte y los moribundos*. Editorial de bolsillo.
(Original 1917).

Lacan, J. (1959). El Seminario: Libro VI: *El deseo y su interpretación*. Sesión de 22/04/59. Inédito. Versión de la Escuela Freudiana.

La segunda ola en la ciudad de México (2021). Recuperado 19 de agosto del 2021.

<https://elpais.com/mexico/sociedad/2021-01-05/la-segunda-ola-de-coronavirus-en-ciudad-de-mexico-empieza-en-las-zonas-acomodadas.html>

Levy, E y Guilera, S. (2020). *Pos-pandemia*. Editorial: CDD.320.6.

Loreto, C.E. (2011). *Explícame como ha pasado*. Editorial: Cyan espacios S.

Martínez, R, Ramírez, A y Rivera, F. (2009). *La falta de un procedimiento en la ley procesal de familia para la disolución, liquidación y distribución de los bienes de la comunidad diferida y sus consecuencias.* (Tesis de licenciatura, Universidad de el salvador).

Marca Claro (2021). *OPS confirma tercera ola Covid-19 en México: ¿Qué recomienda y cuál es la alerta para los jóvenes por aumento de contagios?* Recuperado 21 de agosto del 2021. <https://www.marca.com/claromx/trending/coronavirus/2021/07/08/6>

Mateos, J. (2010) *Afrontamiento del duelo.* Editorial: Gamí.

Manejo de duelo (2012). *Factores que influyen en el proceso de duelo.* Recuperado 3 de Mayo 2021. <https://manejodelduelo.com/factores-que-influyen-en-la-elaboracion-del-duelo/>

Meza, D. García, E. (2008). *El proceso del duelo. Un mecanismo humano para el manejo de las pérdidas emocionales.* *Revistas de especialidades médico-quirúrgicas.* Vol.13. (N.º 1). Pág. 1-5. <https://www.redalyc.org/pdf/473/47316103007.pdf>

Morín, E. (2003). *El hombre y la muerte. Ed.4.original 1970.* Editorial: karos.

Nomen, L. (2007). *El duelo y la muerte: el tratamiento de la pérdida.* Editorial: Pirámide.

Noticias rtve (2021). *Mapas del coronavirus en el mundo, casos, muertes y últimos daros de su evolución*. Recuperado 9 de Abril 2021. <https://www.rtve.es/noticias/20210409/mapa-mundial-del-coronavirus/1998143.shtml>.

Observatorio fiex de las familias y la infancia extra-madura (2019). *Diversidad familiar*. Recuperado 19 de mayo del 2021. <https://observatoriofiex.es/diversidad-familiar-los-diferentes-tipos-de-familia/>.

Oliva, E y Villa, J. (2014). *Hacia un concepto interdisciplinario de la familia en la globalización*. *Revista Justicia Juris*, ISSN, Volumen 10 (N.º 1). Pág. 11-20. <http://www.scielo.org.co/pdf/jusju/v10n1/v10n1a02.pdf>.

Organización Mundial de la salud (2020). Recuperado 2 de Mayo del 2021. <https://www.who.int/es/news-room/q-a-detail/coronavirus-disease-covid-19>

Redacción Médica (2019). *¿Cuántas fases tiene Covid-19?* Recuperado 3 de Abril del 2021. <https://www.redaccionmedica.com/recursos-salud/faqs-covid19/cuantas-fases-tiene-el-covid#:~:text=Seg%C3%BAn%20ha%20descrito%20el%20m%C3%A9dico,temprana%2C%20fase%20pulmonar%20e%20hiperinflamaci%C3%B3n>.

Secretaría de Salud Pública de Coahuila (2019). *Que es covid-19*. Recuperado 3 de abril del 2021.

https://www.saludcoahuila.gob.mx/COVID19/que_es.php#:~:text=La%20COVID%E2%80%9119%20es,en%20diciembre%20de%202019.

Smud, M. (2016). *Del duelo en la historia a nuestra actualidad*. VIII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires.

Suarez, K. (2021). El Gobierno de López Obrador admite por primera vez una tercera ola de contagios de coronavirus en México. *El país*. <https://elpais.com/mexico/2021-07-06/el-gobierno-de-lopez-obrador-admite-por-primera-vez-una-tercera-ola-de-contagios-de-coronavirus-en-mexico.html>

Tecnológico de Monterrey Covid-19 en México (2021). *Cidras de contagios y defunciones en México*. Recuperado 8 de Abril del 2021. <https://www.mexicovid19.app/>

Valladares, A.M. (2008). *La familia una mirada desde la psicología*. *Revista de Medisur, Volumen VI (N.º 1)*. Pág. 1-20. <http://www.medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/402/319>.

Vargas, J. J. Ibáñez, J.E y Mares, K. (2016). *La dinámica de la familia y la diferenciación*. *Revista UNAM*,

Volumen 2. Pág. 134-157.

<https://www.alternativas.me/attachments/article/106/9%20-%20La%20din%C3%A1mica%20de%20la%20familia%20y%20la%20diferenciaci%C3%B3n.pdf>

Vargas, J. J. y Ibáñez, E. J. (2007). Fusión y desconexión emocional. Dos extremos en el concepto de diferenciación. Alternativas en Psicología. Pág. 16 – 27.

Vargas, R.E. (2003, septiembre). *Duelo y perdida. Medicina legal de costa rica*. Volumen 20 (N° 2).
https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-00152003000200005#a

Vedia, V. (2016). *Duelo patológico, factores de riesgo y protección. Revista de medicina psicosomática y psicoterapia, Volumen II*. (N.º 2).
Pág. 1-33.
https://www.psicociencias.org/pdf_noticias/Duelo_patologico.pdf