



# UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES  
IZTACALA  
Sistema de Universidad Abierta y Educación a  
Distancia

Manuscrito Recepcional  
Programa de Profundización en Psicología Clínica

Título: Propuesta de ruta crítica para trabajo  
psicológico del duelo.

Tipo de investigación: Reporte de Investigación  
Teórica.

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A :

**Guadalupe Olivo Lopez**

Director: Mtra. Claudia Juárez Cuellar.  
Vocal: Lic. Blanca Delia Arias García.  
Secretario: Mtra. Claudia Elisa Canto Maya.  
Suplente 1: Tania Gabriela de Parres Fong  
Suplente 2: Doc. Omar Moreno Almazán.





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.

## INDICE

### RESUMEN

#### CAPITULO 1

1	Conceptos básicos del desarrollo humano	1
1.1	Definición de muerte	2
1.1.1	Definición general de duelo	4
1.2	La muerte y el duelo en las etapas del ciclo vital	4
1.2.1	De la concepción al nacimiento	5
1.2.2	Del nacimiento a los 3 años. Lactancia	5
1.2.3	De los tres a los seis años. Niñez o infancia temprana...	6
1.2.4	De los seis a los doce años. Infancia o Niñez media	6
1.2.5	Duelo en la infancia	7
1.2.6	De los doce a los veinte años. Adolescencia	7
1.2.7	Duelo en la adolescencia	8
1.2.8	Adulthood y sus etapas	8
1.2.9.	Duelo en la edad adulta	9
1.2.10	Final de la vida	10

#### CAPITULO 2

2	Definición de muerte	11
2.1	El duelo y la pérdida	13
2.2.	Las etapas del duelo	15
2.3	El duelo en las etapas del ciclo vital	21
2.3.1	Duelo en la infancia	21

2.3.2	Duelo en la adolescencia	22
2.3.3	Duelo en la edad adulta	23
2.4	Tipos de duelo	25
2.4.1	Duelo normal	25
2.4.2	Duelo patológico	26

### CAPITULO 3

3	La psicología en el trabajo de duelo	28
3.1	Importancia del psicólogo para trabajar el duelo	30
3.2	Requisitos, características y habilidades del psicólogo en el trabajo de duelo	31
3.3	Planteamiento del problema	35
3.4	Propuesta ruta crítica para el psicólogo en el trabajo de duelo	47
3.4.1	Diagnóstico	47
3.4.1.1	Entrevista	48
3.4.1.2	Historia clínica	48
3.4.1.3	Detección de pérdidas	49
3.4.2	Evaluación	49
3.4.2.1	Evaluación en caso de duelo	52
3.4.2.2	Tests estandarizados	53
3.4.3	Intervención y tratamiento	56
3.5	Conclusión	69
3.6	Referencias	73

## **AGRADECIMIENTOS.**

Vivir bien exige morir bien, tenemos que  
aprender a mirar de frente a la muerte.

Octavio Paz.

Estación del metro Mixcoac

A mi alma mater Universidad Autónoma de México, Facultad de Estudios Superiores Iztacala que después de muchos años me recibió con los brazos abiertos y me dio la oportunidad de hacer una carrera universitaria en la disciplina que es mi pasión la Psicología a mi propio ritmo, el esfuerzo ha valido la pena y he llegado hasta aquí. Los programas de universidad abierta y a distancia, nos dan la oportunidad de superación a quienes por las razones que sean dejamos nuestra preparación inconclusa aquí podemos seguir y nuestro limite lo ponemos nosotros. No importa que no vayas a las aulas que no veas a tus compañeros y tutores sabes que están ahí para ti, aprendes a tener un pensamiento crítico, libre, curioso, que no se conforma con lo establecido que busca opciones nuevas de solución a cualquier contratiempo, estamos a la vanguardia y actualizados con los recursos tecnológicos y problemáticas modernas, este sistema nos preparó incluso para poder atender a nuestros usuarios en línea en un mundo globalizado que no permite la movilidad a los consultorios por falta de tiempo y para acorar las distancias.

Gracias a mis tutores que son maestros de vida y guías en mi preparación, aunque todos sean mucho más jóvenes que yo. Gracias a mis compañeras que estuvieron y están para mí siempre.

Gracias a la maestra Claudia Juárez Cuellar por su paciencia en este último esfuerzo

Gracias al doctor Omar Moreno Almazán fue mi apoyo justo en un examen me avisaron de la muerte de un ser muy querido y estuvo como psicólogo, como amigo y como maestro.

Gracias a Dios y a la vida por la oportunidad de seguir. Gracias a mis padres por el don de la vida. A mis hermanos compañeros de viaje.

## RESUMEN.

La propuesta de ruta crítica en el tratamiento del duelo tiene la intención de ser una guía práctica para los psicólogos que acompañan a personas en duelo, esta (ruta crítica), permitirá recopilar la información pertinente que permita hacer un diagnóstico acertado para la toma de decisiones y el planteamiento de estrategias de tratamiento más allá de las propuestas de la tanatología moderna, mismas que en muchas ocasiones no son suficientes para ayudar a personas con duelos complicados ya sea por problemas de salud, algún trastorno mental, porque no cuenta con redes de apoyo o recursos propios que le permitan adaptarse a una vida sin el ser amado u otros motivos de duelo.

Es de suma importancia que los psicólogos que hacen acompañamiento de duelo conozcan las teorías de fases de duelo propuestas por la tanatología, además de tener una extensa preparación en el marco teórico de su preferencia y las consecuencias de la muerte y el duelo en las etapas del ciclo vital, actualmente este acompañamiento lo realiza el personal médico y trabajadores sociales, aun cuando los psicólogos cuentan por su preparación con herramientas más eficaces que pueden garantizar la solución del duelo.

La ruta crítica es el resultado de una investigación teórica sobre duelo y la importancia del psicólogo en el tratamiento de este proceso.

Palabras clave: Fallecimiento, pérdida, dolor, aceptación.

## CAPITULO 1

### 1 Conceptos básicos de desarrollo humano.

Los seres humanos han logrado combinar su naturaleza animal con su inteligencia, su capacidad de adaptación constante, esto les permite aprovechar los recursos naturales del medio ambiente mismos que transforma a su favor, han sido capaz de resguardar, cambiar y desarrollar el conocimiento de las generaciones que le preceden creando culturas complejas que rigen su vida en el ámbito social, cultural, económico, religioso, etcétera De acuerdo con Papalia (2010) el ser humano y sus valores están en evolución constante lo que hace necesario su estudio de forma ordenada y sistemática, ahora con la aplicación rigurosa del método científico en temas como la genética, su relación con el medio ambiente natural y social, como se relacionan y se influyen en forma directa. Duque (2007) y Papalia (2010) concuerdan en los siguientes conceptos : el desarrollo humano es un proceso de cambios constantes en la vida de los seres humanos, desde su concepción hasta la edad adulta y la vejez, cada etapa de la vida y la interacción con el medio ambiente así como las cargas genéticas y relaciones sociales, influye en las etapas que siguen, de tal forma que una mala nutrición en la infancia puede deteriorar capacidad intelectual de los menores, los problemas de lenguaje influyen en la capacidad de raciocinio y así consecutivamente todas las esferas de la vida se influyen entres si para modelar y modificar el comportamiento de las personas.

La ciencia del desarrollo humano separa el ciclo vital del hombre en varias etapas cronológicas hasta ahora definidas por edades desde su concepción hasta la madurez, el estudio científico, basado en la evidencia ha permitido relacionar la edad cronológica con el desarrollo fisiológico, cognitivo y de conducta de tal modo que se han marcado estándares esperados en

la población en rangos de edad y contexto social en estos aspectos. Cuando existen puntuaciones muy por debajo o por arriba de estas medidas se sospecha de un retraso o una aceleración del desarrollo. De acuerdo con Duque (2007) y Papalia (2010) las etapas y edades en las que se divide el ciclo vital son un constructo social y pueden variar dependiendo del medio ambiente, la salud física, la posición económica, la cultura y la herencia de cada individuo.

Rice (1997) menciona que, para efectos de estudio del ciclo vital, se separa en los siguientes aspectos básicos: desarrollo físico, cognitivo, emocional y social sin embargo en la realidad estos se influyen y coexisten. El desarrollo natural puede ser modificado por la herencia y la influencia del medio en el que se desarrolla cada persona, las pérdidas, la enfermedad propia o de los seres queridos y la muerte, estos suelen ser factores que impactan la calidad de vida y el desarrollo dentro de los estándares esperados, se puede considerar que al afrontar pérdidas importantes las personas están en duelo, este proceso (duelo) impacta de forma diferente a cada persona dependiendo entre otras cosas de la etapa del ciclo vital en que se encuentre. La muerte no es parte del ciclo vital sino el fin de este, sin embargo, se encuentra presente a lo largo de la vida, por lo que se hace necesario ahondar en el tema.

### 1.1 Definición de muerte.

Se expondrán en forma puntual en este apartado el concepto de muerte así como su repercusión (duelo) a lo largo del ciclo vital, en el segundo capítulo se tratará el duelo en forma más detallada, se presentan algunas teorías que intentan definirlo, explicarlo, prevenir complicaciones y el sufrimiento innecesario que aparece cuando no ocurre la adaptación y aceptación de la pérdida definitiva, la muerte puede presentarse en cualquier punto del ciclo

vital, afectando de manera contundente a las personas cercanas al fallecido, ocurrido el evento (muerte de un ser querido) se inicia el proceso de adaptación a la pérdida conocido como duelo, este, (duelo) es totalmente personal y su resolución dependerá de muchos factores entre otros la edad del fallecido, forma de muerte, la relación y forma de relacionarse con el mismo, etcétera. La muerte no solo es el fin del ciclo vital o la ausencia de vida, es un asunto biológico, social y legal, de acuerdo con Silva (1991), el concepto de muerte tiene varias acepciones y va desde el cese de las funciones vitales, el fin de la vida, el término de las funciones como respirar, alimentarse y la circulación de la sangre hasta el término total de las funciones cerebrales o muerte cerebral.

El diccionario de la Real Academia Española de la Lengua. Menciona que viene del: lat. *mors, mortis*. f. Cesación o término de la vida. 2. En el pensamiento tradicional, separación del cuerpo y el alma. Papalia (2010) menciona “Por lo general la muerte es considerada como el cese de los procesos corporales” (p.617), según Stassen (2009)” en todas las culturas la muerte ha sido considerada como un pasaje y no como un punto final, además siempre ha sido momento de reunión y no un momento para magnificar las diferencias” (p. Ep-19). “El significado asignado a la muerte, sea la propia muerte o la de otra persona, depende en parte de la maduración cognitiva y la experiencia personal.” (Stassen 2009, p. Ep-1).

La muerte es la ruta final de la vida, no es una elección y por ello es contundente, tarde o temprano llegara, como sentencia que se cumple, este hecho inevitable causa dolor, uno de los más profundos por la ruptura definitiva del vínculo que unía a los que mueren con los que le sobreviven causa temor porque se enfrenta la propia muerte, se teme a lo desconocido, a la finitud a lo que ocurre después, a la ausencia y a la no existencia. A través de la historia humana

la muerte ha sido procesada en distintas formas y en cada lugar del mundo los ritos y costumbres marcan protocolos muy puntuales de que se debe hacer con el cuerpo, que ceremonias lo acompañan y el comportamiento de su círculo social y familiar, estos rituales permiten a los deudos la aceptación de la pérdida y la expresión de los sentimientos intensos que la causa.

### 1.1.1 Definición general de duelo.

El duelo es en términos generales el proceso de adaptación ante la pérdida por el fallecimiento de un ser querido o de un bien significativo como la salud, la patria, el trabajo, el estatus social o económico, este proceso es distinto en cada persona y está influido por el ambiente familiar, la cultura, la posición económica y social, el lugar donde se vive, la etapa del ciclo vital en la que se encuentran los dolientes y el rol que desempeñaba el difunto en su vida, entre otros.

### 1.2 La muerte y el duelo, en las etapas del ciclo vital.

La vida implica muchos cambios naturales, para su estudio se estableció el convencionalismo de las etapas del ciclo vital, uno de los cambios más radicales que ocurre en cualquier momento es la muerte de alguien cercano, esta ruptura de vínculos que se da por la ausencia definitiva genera en las personas desequilibrio y sufrimiento en todas las esferas de la vida. Se mencionan en seguida las partes del ciclo vital y cómo podrían afectar la muerte y el duelo en cada etapa de este. De acuerdo con Rice (1997) el estudio científico del ciclo vital ha permitido observar, medir, registrar e interpretar los cambios que ocurren a lo largo de la vida desde la concepción hasta la vejez y la muerte. Duque (2007), Pérez y Navarro (2011) y Papalia (2010) mencionan y concuerdan en dividir el ciclo vital en periodos por edades en las que se espera ocurran estos cambios, del nacimiento a los tres años, la infancia temprana, infancia

media, adolescencia, adultez temprana, adultez media, adultez tardía (Otros textos mencionan divisiones similares).

#### 1.2.1 De la concepción al nacimiento.

En algunos textos es llamado prenatal, en el aspecto físico después de la fecundación se inicia la multiplicación de las células que contienen el material genético de ambos padres, se inicia el desarrollo y crecimiento de órganos internos, existe una fuerte influencia y vulnerabilidad del medio, en lo cognitivo inicia la capacidad de aprender, recordar y la estimulación de los sentidos. Desde este momento cuenta el desarrollo psicosocial ya existe la respuesta a los estímulos de la madre. En este punto no puede haber sentido de la muerte y menos aún del duelo.

#### 1.2.2 Del nacimiento a los tres años. Lactancia.

Lactancia e infancia. Los cambios físicos notorios en peso y talla, continua el desarrollo del cerebro y la coordinación motriz, los pequeños son muy sensibles al ambiente. Cognitivamente el aprendizaje y la capacidad de recordar se puede dar partir de las dos semanas, a los dos años, los pequeños son capaces de distinguir símbolos, resolver problemas, seguir desarrollando el lenguaje, expresar emociones, socialmente se desarrolla el apego por su familia o cuidadores primarios y conocidos, el auto concepto está presente y se interesa por otros niños, Zañartu, Kramer y Weitstruck (2008) mencionan que la comprensión de la muerte va cambiando con la edad, hacen referencia a las etapas del desarrollo de Piaget y con base a estas, de los cero a los dos años en la Etapa sensoriomotor, no hay la capacidad de tener pensamientos sobre la muerte, los niños a esta edad solo tienen sensación de la presencia y la ausencia de sus cuidadores manifestando angustia por medio del llanto en la separación.

### 1.2.3 De los tres a los seis años. Niñez o infancia temprana.

En el ámbito físico el crecimiento continúa en forma rápida, las proporciones corporales se afinan y son más parecidas a las de los adultos, se da el control de esfínteres en lo cognitivo: el pensamiento lógico y la capacidad de análisis se presentan en esta etapa, puede haber ideas ilógicas del mundo y la realidad por la inmadurez cognitiva, tienen conciencia de espacios físicos y temporales, son capaces de aprender datos importantes como dirección y teléfono en el aspecto psicosocial: se desarrolla de la identidad sexual o rol de género, los juegos son más imaginativos y son más sociales aun la familia es central el auto concepto y la autoestima se globalizan.

De los tres años a los siete años aproximadamente en la Etapa preoperacional se centra en la intuición y la búsqueda de explicaciones, empieza la comprensión de la muerte, pero como algo reversible, con características que causan terror, como el coco, un esqueleto que se hace presente por las noches como mencionan Buritica y Ortis (2007) en esta etapa el duelo no suele presentarse como tal, ya que los niños no tienen los conceptos abstractos del para siempre. Gonzales, Ordoñez, Zamora y Espinosa (2007) mencionan que dependiendo del desarrollo evolutivo será la forma de afrontar el duelo ya que este es un concepto abstracto, los niños hasta los 5 años consideran la muerte como reversible, hasta los nueve, como irreversible, pero les pasa a otros no a ellos, a partir de los 10 comprenden que la muerte es inevitable, y universal.

### 1.2.4 De los seis años a los doce. Infancia o niñez media.

El crecimiento físico se desacelera un poco pero la fuerza física aumenta, la salud es la mejor a lo largo del ciclo vital, sin embargo las enfermedades de las vías respiratorias están presentes, en el aspecto cognitivo, inicia el pensamiento lógico y concreto, las

capacidades en matemáticas y gramática son notorias, en esta etapa se pueden hacer evidentes las capacidades especiales, las capacidades cognitivas que se favorecen con la asistencia a la educación formal, se fortalece la auto estima y el auto control. En el desarrollo psicosocial, las relaciones con los compañeros y amigos son centrales, hay menos control de los padres sobre los hijos. En la Etapa operacional, de los siete a los doce años aproximadamente inicia el pensamiento operacional y la apropiación de elementos que le permiten tener un concepto de la muerte, inmovilidad, universalidad irrevocabilidad sin embargo no puede crear las abstracciones que le permitan comprender lo absoluto de la muerte.

#### 1.2.5 El duelo en la infancia.

Gamo y Pasos (2009) proponen que la inmadurez en la estructura psicológica de los niños les impide generar una verdadera depresión en ellos existe la aflicción, recurren a la negación y son muy capaces de gozar de situaciones cotidianas, de acuerdo con Papalia (2010) dependiendo del desarrollo cognitivo y emocional los niños expresaran esta aflicción por medio de la ira, mal comportamiento y la negación

#### 1.2.6 De los doce a los veinte años. Adolescencia.

En el aspecto físico se presentan los cambios hormonales que apuntan a la madurez reproductiva pueden existir problemas de salud relacionados con las adicciones y abuso de sustancias. En el aspecto cognitivo, la capacidad de abstracción y pensamiento científico es posible en esta etapa, existe la posibilidad de entrar a la educación universitaria, aún hay pensamientos y conductas de inmadurez, en el desarrollo psicosocial el grupo de amigos tiene gran peso e influencia en todas las esferas de la vida, las relaciones con los padres son cordiales, la búsqueda de la identidad es preponderante e incluye la identidad sexual, la etapa de operaciones formales desde los doce años los niños se acercan al pensamiento adulto crea sus

propias ideas, pasa del pensamiento concreto a hipotético deductivo con lo que puede ya pensar en la muerte como algo universal, cabe mencionar que las edades mencionadas no son una regla estricta y depende de cada niño y de su ambiente que estas etapas sean alcanzadas y superadas en el tiempo esperado, en esta etapa hay búsqueda de identidad y sentido de pertenencia en grupos de iguales, inicia el alejamiento de la familia, la muerte es algo ya tangible pero lejano de sí, en la adolescencia la negación de la propia muerte es una manera de afrontarla y se cree que es algo que no puede ocurrirles a ellos, es algo que ocurre a los viejos y a las personas muy enfermas, según Papalia (2010) por este pensamiento los jóvenes incurren en conductas de riesgo.

#### 1.2.7 Duelo en la adolescencia

En la adolescencia los niños ya saben que la muerte es irreversible, universal e inevitable su pensamiento es casi como el de los adultos, por lo que su expresión ante la muerte puede ser muy similar a ellos, de acuerdo con García (s/f) a los 12 años los chicos utilizan la negación para lidiar con el dolor de la pérdida de un ser querido que se sabe irreparable.

#### 1.2.8 Adulthood and its stages.

De los 20 a los 40 años. Adulthood early. In the physical, it reaches physical fullness with a slight decrease afterwards, it chooses the lifestyle including health, there are debates and investigation of the moment when aging begins, some remember that at 35 years, it will depend on the personal lifestyle, the physical and social environment as well as of the work activity, in the cognitive it makes educational and labor elections, the thought and

el juicio moral es importante y complejo, en el aspecto psicosocial, dependiendo una vez más de cada individuo y su entorno muchos se casan tiene hijos y establecen los estilos de personalidad, se generan lazos de intimidad no siempre duraderos, actualmente estos estándares están cambiando, la mayoría quiere tener relaciones sexuales sin hijos ni casarse, existen distintos tipos de familias que se alejan de la nuclear de un padre una madre e hijos, ahora hay familias de madres solteras, padres solteros, homoparentales, etcétera. La muerte en la adultez temprana. Según Papalia (2010) esta etapa del desarrollo se encuentra plena de perspectivas de una vida larga y triunfal, las personas están terminando sus carreras y construyendo familias, la muerte en esta etapa de la vida es algo que se sabe inevitable pero lejano, algo que jamás le ocurrirá.

De los 40 a los 65 años. Adultez media. Físicamente se va perdiendo de a poco la movilidad y el vigor, así como la salud en algunos casos inicia el deterioro físico, en las mujeres entran la menopausia en el aspecto cognitivo por los cambios físicos en el sistema nervioso central disminuye el peso y volumen de la masa encefálica e inicia el deterioro cognitivo, algunos cambian de profesión y otros son más capaces de generar ingresos y éxitos profesionales, en el área psicosocial los hijos dejan la casa y se presenta la posibilidad de iniciar el cuidado de los padres ancianos, en esta etapa las personas han sufrido múltiples pérdidas y saben que van a morir, seguramente han muerto los padres y son en consecuencia la próxima generación que morirá, Papalia (2010) propone que en esta edad las personas empiezan a prepararse para la muerte organizan su testamento y funeral.

#### 1.2.9 Duelo en la edad adulta.

Gamo y Pasos (2009) puntualizan que desde el inicio de la edad adulta existen cambios significativos y claves como el inicio de la vida laboral, la formación de la propia familia,

aumento de la responsabilidad, cambios de residencia separación de la familia, cambios de relación laboral, la madurez, el inicio del declive, pérdida de la salud y la dependencia de los hijos, el nacimiento de la tercera generación y las pérdidas biográficas más frecuentes, todos estos cambios continuos implican pequeñas o grandes pérdidas que requieren aceptación y adaptación a nuevas circunstancias, es decir duelos de forma intermitentes que preparan a las personas para una pérdida considerada de las más dolorosas que es la muerte más frecuente de los seres queridos, Papalia (2010) menciona en la edad adulta, las pérdidas más significativas pueden ser la pérdida del conyugue, de un padre o de un hijo.

#### 1.2.10 Final de la vida.

De los 65 años en adelante. Físicamente la salud disminuye en forma gradual, se eleva de la tensión arterial, la reducción de fibras musculares provoca disminución de la estatura, se presentan arrugas y canas muy visibles, la percepción de todos los sentidos va disminuyendo, en el aspecto cognitivo se deteriora la memoria y la capacidad de aprendizaje sin embargo las personas encuentran estrategias de adaptación, en el área psicosocial las personas se enfrentan a la pérdida de familiares amigos hay pérdida de la capacidad financiera se presenta el retiro y la búsqueda de significado y uso del tiempo, la propia muerte es inminente, en los adultos mayores, esta es una etapa de recuentos y ajustes, de acuerdo con Papalia (2010) algunas personas intentan disfrutar el tiempo que les quede de vida de forma saludable, por esta razón algunos renuncian a la solución de metas no alcanzadas.

La muerte suele provocar temor, aunque para los practicantes de alguna religión es comparable con quedarse dormidos o el requisito para pasar a otra vida, este pensamiento religioso suele menguar el miedo. es de suma importancia considerar que el mundo al que se

enfrentan los ancianos es árido y desierto de las personas y circunstancias en las cuales transcurrió su vida, la gran tarea del anciano es reorganizar sus pensamientos y sentimientos para aceptar su propia muerte, los problemas físicos impiden que el anciano vea las cosas de un modo alentador y placentero, al contrario, esto se suma a la lista de estímulos que lo abandonan a la muerte, cuando la persona ha construido un auto concepto estable y satisfactorio y cuando ha sido rodeada de amor logra concebir de manera más tranquila su propia muerte, aceptando este final natural.

Moran (2016) menciona la perspectiva de Erikson en la última etapa Integridad frente a frustración, aquellos que resolvieron esta crisis aceptaron lo que hicieron con sus vidas y la inminencia de la muerte. De todo lo anterior se desprende que la muerte es la ausencia de vida en el orden biológico, es un acontecimiento cultural, legal y religioso al que todos los seres humanos de forma irremediable nos enfrentamos como actores ante la propia muerte o como acompañantes de aquellos que mueren, es un hecho universal, e inevitable, que puede y ocurre en cualquier punto del ciclo vital, la cultura, la religión, el lugar de nacimiento y tipo de muerte determinan entre otros muchos factores la forma de afrontar, de vivir el duelo y resolverlo. El tema de duelo se retomará en el siguiente capítulo para profundizar en él de manera puntual ya que es uno de los motivos principales de este trabajo.

## CAPITULO 2

### 2. Definición de muerte.

La muerte no solo en fin del ciclo vital, la ausencia de vida es un asunto biológico, social y legal. De acuerdo con Silva (1991) el concepto de muerte tiene varias acepciones y va desde

el cese de las funciones vitales, el fin de la vida, el término de las funciones como respirar, alimentarse y la circulación de la sangre, hasta el término total de todas las funciones cerebrales o muerte cerebral, Papalia (2010) menciona “Por lo general la muerte es considerada como el cese de los procesos corporales” (p.617) Stassen (2009) menciona:” En todas las culturas la muerte ha sido considerada como un pasaje y no como un punto final, además siempre ha sido momento de reunión y no un momento para magnificar las diferencias” (p.Ep-19) el diccionario de la Real Academia Española de la Lengua, menciona que viene del: lat. *mors, mortis*. f. Cesación o término de la vida. En el pensamiento tradicional, separación del cuerpo y el alma.

Es la muerte la ruta final de la vida, no es una elección y por ello es contundente tarde o temprano llegara como sentencia que se cumple, este hecho inevitable causa temor, dolor, uno de los más profundos, por apego a los que mueren y porque se enfrenta la propia muerte, temor a lo desconocido, a la finitud a lo que ocurre después, a la ausencia y a la no existencia. A través de la historia humana la muerte ha sido procesada en distintas formas y en cada lugar el mundo los ritos y costumbres marcan protocolos muy puntuales del que se debe hacer con el muerto según su relación con él, como manejar el cuerpo, que ceremonias lo acompañan y el comportamiento de su círculo social.

Con estas definiciones y conceptos se infiere que la muerte es la ausencia de vida en el orden biológico, es un acontecimiento cultural, legal y religioso al que todos los seres humanos de forma irremediable nos enfrentamos como actores ante la propia muerte o como acompañantes de aquellos que mueren.

## 2.1 El duelo y la pérdida.

El sentido de pertenencia a un grupo social, económico, familiar, así como la identidad nacional, religiosa, etcétera, permite hacer lazos y alianzas con aquellos que nos rodean, formar vínculos, apegos y dependencias que van cambiando o definitivamente dejan de existir, las nuevas situaciones exigen adaptación y provocan dolor, se presenta también con la muerte de un ser amado, la pérdida del trabajo, de una posición económica, de un objeto muy apreciado, la disolución de la familia por divorcios, el cambio de residencia entre otras, todo esto provoca este sentimiento de dolor y angustia que es llamado duelo.

“Podemos definir duelo (del latín *dolus dolor*) como la reacción natural ante la pérdida de una persona, objeto o evento significativo. O también como la reacción emocional en forma de comportamiento y aflicción cuando un vínculo afectivo se rompe. Incluye componentes físicos, psicológicos y sociales con una intensidad y duración proporcionales al significado de la pérdida” (Gómez, 2007, p. s/p).

“Duelo es, un término que, en nuestra cultura, suele referirse al conjunto de procesos psicológicos y psicosociales que siguen a la pérdida de una persona, con la que el sujeto en duelo, el deudo, estaba psicosocialmente vinculado. Habitualmente se considera modelo para la comprensión de los duelos y los procesos de duelo los fenómenos conductuales y mentales que acompañan y siguen a la pérdida de una persona amada” (Tizón, 2009, p.19), Freud propuso un estudio paralelo y comparativo entre el duelo y la melancolía dada la similitud del cuadro general de ambos fenómenos, “El duelo es, por lo general la reacción a la pérdida de un ser amado o de una abstracción equivalente: la patria, la libertad, el ideal, etc.” (Freud, 1917, s/p) De acuerdo con Freud (1917) el duelo intenso comparte con la melancolía (depresión)

características como el ánimo profundamente doloroso, la cesación del interés por el mundo exterior (si no se recuerda a la persona fallecida), la pérdida de la capacidad de amar (elegir otro objeto para amar sería sustituir al desaparecido), la inhibición de todas las funciones (no relacionada con la memoria del ser querido), esta restricción del Yo es la expresión de la entrega total al duelo, la única parte del cuadro que el duelo no comparte con la melancolía (depresión) de acuerdo con Freud (1917) es la perturbación del amor propio.

Este estado doloroso se supone normal hasta superar la pérdida y no es recomendable violentarlo o interferir ya que las personas lo resuelven en teoría por sí mismas y poco a poco. sin embargo, de acuerdo con Freud (1917) hay individuos que no logran la resolución de este estado y que se aferran al objeto amado de tal manera que se apartan de la realidad · “La resistencia puede ser tan intensa que surja el apartamiento de la realidad y la conservación del objeto, por medio de una psicosis optativa alucinatoria” (Freud, 1917, s/p.) lo que se puede nombrar duelo patológico. Otra definición de duelo que hace Tizón: “Duelo el termino para referirse al periodo en el que se muestra a nivel psicológico, biológico o social, fenómenos mentales o conductuales relacionados con la perdida” (Tizón, 2009, 48 p.) Refiere también que, proceso de duelo es: “conjunto de fenómenos psicológicos (conductuales, emocionales, cognitivos y psicosociales) que llevan desde la perdida afectiva a la elaboración del duelo” (Tizón, 2009, 48 p.) la elaboración del duelo y el proceso de duelo conllevan pena, dolor y sufrimiento mental, refiriéndose a que es necesario padecer para curar, elaborar o resolver la pérdida, Tizón (2009).

Estas definiciones anteriores concuerdan en que el duelo representa dolor, un dolor no localizado, difícil de nombrar y definir, que no es físico pero que está ahí en tanto se acepta la pérdida, se construye y aprende un estilo de vida nuevo donde el objeto perdido no existe más.

Las expresiones sociales de duelo permiten paliar el dolor y enfrentar una nueva realidad sin el ser amado y al mismo tiempo ayudan a resignificar la propia vida en un sentido diferente al que se tenía antes de la misma. Podría decirse que los rituales de duelo (como expresión social) en cualquier sociedad son un auxiliar para que el proceso de duelo tenga una buena y sana resolución.

## 2.2 Las etapas del duelo.

Si se habla de un proceso de duelo, se podría inferir que existe un orden, una consecución de acciones o eventos, que permite enfrentar las pérdidas, eventos catastróficos, los diagnósticos de enfermedades terminales donde es inminente la propia muerte o la muerte de un ser amado, no es que obligatoriamente se den en el orden que a continuación se menciona muy por el contrario pueden ocurrir fluctuaciones y saltos de una etapa a otra con avances y retrocesos hasta la resolución o aceptación de la pérdida de la persona u objeto perdido y la adaptación de una vida nueva, según Gómez, Hernández, Rojas, Santacruz y Uribe (2008) la recuperación de los malestares por duelo depende de cada persona, su historia de vida y entorno cultural.

Arrieta (2016), propone tres ejes para el abordaje del duelo: primera desde la visión psicoanalítica de Freud, en segundo lugar, desde el post freudiano por Lindermann y Schultz,

el tercero desde la corriente evolutiva de Kubler Ross, de acuerdo con Arrieta las tres etapas son como sigue:

Primera Etapa Arrieta (2016), Freud plantea el examen de la realidad que es el acercamiento al hecho crudo de la pérdida como primera etapa, esta se aliena con la negación de la propuesta de Lindermann y Schultz está (la negación) se utiliza como mecanismo de defensa que permite procesar la tristeza por la pérdida de manera paulatina, en esta etapa se alternan momentos de aceptación y negación hasta que se acepta la ausencia del objeto o persona perdidos y se elabora un nuevo esquema de vida donde este objeto no existe, Kubler Ross también plantea la negación como primera etapa del duelo.

Segunda Etapa Arrieta (2016) desde la perspectiva de Freud es la aceptación de la pérdida, para Lindermann y Schultz es la fase aguda del duelo, para Kubler Ross es una fase intermedia entre la ira y la negociación, existe aquí una fuerte carga de enojo, inicia la aceptación de la tristeza y el desprendimiento del objeto perdido, es una etapa de muchos recuerdos, además de que en ocasiones se enlaza con pérdidas o duelos previos no resueltos.

Tercera etapa, Arrieta (2016) para Freud es la identificación con el objeto perdido para Lindermann y Schultz aún no existe el paso a la siguiente etapa, para Kúbler Ross es la depresión en este punto la persona en duelo ha tenido tiempo de desahogarse de entender más objetivamente la presencia y la ausencia del objeto perdido, existe un reacomodo personal, es el punto donde el sujeto decide si se estanca en la depresión o avanza a la siguiente fase.

Según Arrieta (2016) en las tres teorías se plantea la etapa final del duelo, para Freud se llama sustitución o reconexión objetal, fase de resolución de duelo para Lindermann y Schultz, aceptación para Kubler Ross, en esta etapa el sujeto que tuvo la pérdida reacomoda su vida sin el objeto perdido sustituyéndolo por una o varias ideas que le permitirán aceptar y resolver la pérdida como algo que fue parte de su vida y construyendo una vida nueva ya sin el objeto perdido. El trabajo estructurado realizado por la psiquiatra Elizabeth Kubler Ross y su equipo en hospitales, le permitió proponer un modelo de proceso de duelo desde la perspectiva médica, con este trabajo sentó las bases de la tanatología moderna.

Se plantea a continuación las fases de duelo que se conocen como el modelo Kübler-Ross.

Primera fase. La negación y el aislamiento:

Ante un acontecimiento catastrófico, la pérdida del empleo o negocio, un cambio de residencia, una noticia dolorosa, un diagnóstico de enfermedad terminal, las personas prefieren negar los hechos, buscar distintas opiniones, curas milagrosas, recordar con nostalgia la vida anterior y negar que los acontecimientos poco o nada agradables existen. “La negación funciona como un amortiguador, después de una noticia inesperada e impresionante, permite, recobrase al paciente y con el tiempo, movilizar otras defensas, menos radicales” (Kübler-Ross, 1975, pp.60-61).

Segunda fase. La ira:

Cualquiera que sea la condición social o económica de las personas, en términos generales, tienen un proyecto de vida, a corto, mediano o largo plazo, deseos y sueños que cumplir, como viajar, comprar una casa o auto, ver crecer a los hijos o nietos, tener un negocio propio o una carrera profesional exitosa, pero cuando ocurre una pérdida significativa de la salud, del trabajo o de un ser amado, estos planes se ven rotos y frustrados de forma inesperada, sobrevienen la incredulidad y la negación, cuando esta etapa termina y se acaba por aceptar lo inevitable, llega la ira, la sensación de que la vida no es justa y las preguntas que aniquilan ¿Por qué a mí? ¿Por qué no se mueren los viejos, los pordioseros los viciosos?

De acuerdo con Kübler-Ross (1975) Desafortunadamente este coraje es descargado con las personas cercanas, personal de salud y familiares de los pacientes en cuestión por esto mismo es muy doloroso y difícil para la familia.

Tercera fase. El pacto:

Después del enojo con todos y hasta con Dios los pacientes en fase terminal o con un diagnóstico que implique la muerte en poco tiempo, recurren a un intercambio de trabajo, buena conducta, donación de bienes e incluso órganos a cambio de unos días sin dolor, más tiempo de vida, realizar una meta o bien cumplir con algo pendiente, estas negociaciones son con Dios o con la vida misma. De acuerdo con Kübler-Ross (1975) en este pacto podría enmascararse un sentimiento de culpa oculto en realidad, el pacto es un intento de posponer los hechos; incluye un premio “a la buena conducta” además fija un plazo de “vencimiento” impuesto por uno

mismo... y la promesa implícita de que el paciente no pedirá nada más si se le concede este aplazamiento” (Kübler-Ross, 1975, p. 113).

#### Cuarta fase. Depresión:

Un paciente desahuciado se enfrenta a múltiples pérdidas además de la salud, los recursos financieros, propiedades, estilos de vida, comodidades para los suyos por los altos costos de los tratamientos, el trabajo, partes de su cuerpo, su identidad, su función o rol en su mundo; por estos motivos se presenta una gran depresión. Kübler-Ross (1975) propone una división de esta depresión en dos partes, una depresión inicial y una preparatoria. La primera resultado de todas las pérdidas antes mencionadas y la segunda como preparación y aceptación para dejar este mundo. La primera etapa requiere mucha comunicación con la familia y allegados y la segunda un profundo y respetuoso silencio que permita la transición a la última fase del duelo que es la aceptación.

#### Quinta fase. La aceptación:

Es posible que cuando las personas han tenido el tiempo y la oportunidad de arreglar sus asuntos a nivel personal, social, económico e incluso religioso se repliegan en sí mismos, reconozcan sin resignación ni coraje que su ciclo ha terminado, la aceptación llega al fin, cuando después de una lucha frenética ante lo inexorable se reconoce que no hay nada más que hacer, que el pasado no puede ser cambiado, que lo más importante es el presente, sin anhelar ni pedir demasiado o nada al futuro. “Deberíamos de ser conscientes del inmenso esfuerzo

que se requiere, para alcanzar esta fase de aceptación, que lleva a una separación gradual (decatexis) en la que no hay comunicación en dos direcciones” (Kübler-Ross, 1975, p. 156).

“Decatexis es el (abandono emocional) de los asuntos mundanos y la catexis (la conexión emocional” (Gómez y Grau, 2006, p. 258). Existen otras propuestas que intentan explicar las conductas poco usuales de las personas que se enfrentan a una pérdida de cualquier índole, no solo con el fin de explicarla sino más bien de acompañarlos en la aceptación de lo inevitable, a encontrar un sentido a su vida después de la pérdida y /o a morir con tranquilidad. Lindenmann, Brown, Schulz mencionados por Santos y Roncal (2012) proponen las tres siguientes:

1. inicial o de evitación. Surge como defensa psicológica, caracterizada por la incredulidad y hasta negación ante el evento.

2. Fase aguda del duelo. Se presentan síntomas físicos y psicológicos como cambios de conducta alteración del sueño y de alimentación, tristeza, rabia culpabilidad se hace mayor conciencia de la pérdida y surge más añoranza por el fallecido, puede haber sueños y fantasías con él o ella.

3. Resolución del duelo. Existe una reconexión con la vida diaria y cotidiana, el dolor agudo da paso a una mezcla de tristeza y recursos cariñosos al pensar en el fallecido o motivo de pérdida.

En el sistema familiar Bolwby (citado en Gonzales 2002) propone:

- 1 Desorganización. Existe una interrupción de los afectos (shock, negación y rabia)

2 Organización del sistema. Al tener la certeza de la pérdida se inicia la reestructuración de las relaciones familiares.

Existen cambios en las teorías sobre el duelo y su proceso Según (Rico, 2017). A partir de los años noventa surgen nuevas propuestas y modelos alejados de las ideas de patología y más enfocados en la reconstrucción de la identidad y formación de significados, basados en estudios cuantitativos del duelo.

### 2.3 El duelo en las etapas del ciclo vital.

Una vez más se menciona que el duelo es un proceso de adaptación ante la pérdida de un ser amado, la salud o una posesión que se considera importante, este proceso es distinto en cada persona y está influido por el ambiente familiar, la cultura, la posición económica y social y el lugar donde se vive, la pérdida se procesa en forma distinta en cada persona, el rol que desempeñaba el difunto en la vida de los dolientes, es muy importante mencionar que la forma en que afrontan la pérdida los sobrevivientes puede marcar la rápida resolución del duelo, el estancamiento o patologías futuras. Las pérdidas en las distintas etapas del ciclo vital se procesan de manera distinta, se mencionan algunas características de cada etapa del ciclo vital.

#### 2.3.1 El duelo en la infancia.

Gonzales, Ordoñez, Zamora y Espinoza (2007) mencionan que dependiendo del desarrollo evolutivo será la forma de afrontar el duelo ya que este es un concepto abstracto, los niños hasta los 5 años consideran la muerte como reversible, hasta los nueve, como irreversible pero les pasa a otros no a ellos, a partir de los 10 comprenden que la muerte es inevitable, y

universal también Artaza, Sierra, García y Landa (2017) mencionan condiciones o creencias de los niños hasta los seis años ante el duelo y la muerte, creen que ellos y sus seres amados vivirán por siempre, el concepto de para siempre no es entendido y piensan que la muerte puede ser interrumpida, piensan que el fallecido puede sentir frío, calor hambre etc., piensan que si lo desean su familiar muerto puede regresar a la vida, hay miedo a la oscuridad, a la soledad, a otras muertes y pérdidas, en este momento la idea de omnipotencia de los adultos deja de existir. A partir de los nueve o diez años los niños empiezan a, mostrar el pensamiento lógico según Papalia (2010) se entiende que los muertos no funcionan, no respiran, no comen, no tiene frío, la muerte es definitiva y que alguien de su familia también puede morir.

### 2.3.2 Duelo en la adolescencia.

Papalia (2010) menciona que en la adolescencia la aflicción se manifiesta como “depresión, quejas somáticas, conducta delictiva, promiscuidad, intentos de suicidio, abandono de la escuela “(p. 628). Debido a que los adolescentes entienden que la muerte es inevitable, que ellos y sus seres queridos van a morir, sus pensamientos son ya casi tan maduros como los de los adultos que les rodean por lo que su expresión ante la muerte puede ser muy similar a ellos, de acuerdo con García (s/f) a los 12 años los chicos utilizan la negación para lidiar con el dolor de la pérdida de un ser querido que se sabe irreparable, la conciencia de los cambios por venir que trastocarán su vida y la de los familiares que sobreviven les hace recurrir a esta (negación) expresando que no sienten nada y/o que no les importa, posteriormente recurren a conductas violentas como formas de expresión,

### 2.3.3 Duelo en la edad adulta.

Papalia (2010) menciona que, en la edad adulta, las pérdidas más significativas pueden ser la pérdida del conyugue, de un padre o de un hijo. Gamo y Pasos (2009) coinciden en que los procesos de duelo en la edad adulta son duelo por la muerte de los padres, duelo por la muerte de los hijos y el duelo por viudez. Ante pérdida de un hijo Papalia (2010) hace referencia a que los adelantos médicos han reducido considerablemente la muerte infantil, por lo que se espera que los padres mueran antes que los hijos, actualmente la muerte de los hijos es considerada antinatural y un fracaso como padre, las relaciones de la familia se ven trastocada muy profundamente, algunas parejas se unen más y se consolida el matrimonio, otras a lo largo del tiempo se separan, los padres corren el riesgo de ser hospitalizados por enfermedad mental, en un porcentaje más alto las madres, algunos factores como la edad del hijo muerto, el número de hijos sobrevivientes, la posibilidad de embarazarse de nuevo, así como la forma de muerte, la existencia de una larga enfermedad y cuidados, entre otros determinan la forma y tiempo de resolución del duelo.

López (2010) menciona, cuando la pérdida del hijo es por un aborto espontaneo o el niño nace muerto, no deja de ser doloroso pero el apoyo a los dolientes es menor que en otros casos, no existen rituales ni sociales ni religiosos que permitan paliar la pérdida, no se habla del tema por temor a herir más que confortar por lo que los padres dolientes transitan casi siempre solos este duelo, de acuerdo con Gamo y Pasos (2009) el parentesco del fallecido con los sobrevivientes puede ser determinante en la solución del duelo, uno de los procesos más difíciles de sobrellevar la pérdida de un hijo, si esta ocurrió de forma violenta, pre existencia de enfermedades y cuidados prolongados, esto afecta a toda la familia, la relación de pareja, a

los hijos sobrevivientes y a los que vendrán, la pareja puede fortalecerse o tener una ruptura definitiva. Las formas de afrontamiento (como se hace frente o se encara este reto) son variadas, y van desde trabajar arduamente, enfrascarse en otros intereses y aficiones o bien integrarse a grupos de autoayuda, los padres que pierden a sus hijos en hospitales enfrentan mejor sus pérdidas cuando le dan un enfoque religioso.

En el duelo por viudez, Papalia (2010) menciona en las parejas los hombres son usualmente mayores y viven menos que las mujeres, por lo que existe cierta tendencia a que ellas enviuden con más frecuencia, el estrés de la viudez produce síntomas como el dolor de cabeza supresión del sistema inmune y depresión por lo que en ocasiones al poco tiempo ocurre la muerte del otro conyugue, podría haber una explicación a este fenómeno ya que deja de existir la persona que da cuidados y apoyo en la adherencia a los tratamientos médicos, el cuidado de la casa, apoyo financiero y social, La pérdida de los padres produce a cualquier edad sentimientos de orfandad soledad y desamparo, Gamo y Pasos (2009) afirman que ocurren cambios importantes en la relaciones de hermanos por motivos de la herencia, fractura de proyectos en los que están incluidos los padres. Papalia (2010) menciona que aun después de cinco años existen sentimientos de ansiedad, tristeza, llanto, después de la muerte de los progenitores, más acentuado por la muerte de la madre, este evento obliga a madurar y tener conciencia de la propia muerte

Con todo lo anterior se puede mencionar que la muerte es un hecho universal, e inevitable, la cultura, la religión, el lugar de nacimiento y tipo de muerte determinan entre otros muchos factores la forma de afrontar, de vivir el duelo y resolverlo. En los párrafos anteriores se mencionan varios tipos de duelo, con el fin de aclarar a que se refiere el texto a continuación,

se da una breve explicación de los conceptos antes mencionados ya que forman parte de las clasificaciones más usuales del duelo esta, dependerá básicamente de las características del proceso de solución.

## 2.4 Tipos de duelo.

Para su estudio el duelo se ha clasificado principalmente en duelo normal y duelo patológico, dependiendo de la intensidad y el tiempo que dure el deudo en resolverlo, Meza, García, Gómez, Castillo, Juárez y Martínez (2008) mencionan que la intensidad del duelo no depende del objeto perdido, dependerá del más bien del significado que tiene para los que sufren la pérdida. Cabe mencionar que existen otras clasificaciones más amplias que no se tocaran en este documento-

### 2.4.1 Duelo Normal.

Existe bibliografía sobre los tipos de duelo, su duración, su cronología, etc. sin embargo todas coinciden en que existe, el duelo normal que ocurre como consecuencia de una pérdida significativa. El duelo normal se caracteriza por las reacciones físicas, psicológicas y expresiones dolorosas ante una pérdida y/o ruptura de un vínculo que se terminan con la adaptación y resignificación de la vida sin la persona u objeto perdido. “No es el tiempo el que propicia la recuperación o superación que genera la pérdida del ser amado, sino un reajuste de ideas para adaptarse a la nueva vida, el cual se da de manera normal y no amerita tratamiento alguno” (Reyes 1996 parafraseado por Levinstein 2017.p.35).

Levinstein (2017) menciona a Rebolledo (2003), Bucai (2002), y Kubler Ross ya que concuerdan que no es conveniente la administración de ansiolíticos, sedantes o antidepresivos en el curso del duelo normal, este hecho podría entorpecer el proceso natural, se sugiere que los dolientes expresen su dolor, sus culpas de forma libre además que puedan sentirse escuchados, lo que podría propiciar la resolución del duelo favorablemente, Engel mencionado por Gómez (2007) compara la pérdida de un ser querido con una herida fisiológica, dicha herida saca al cuerpo de balance, lo somete al desequilibrio y al dolor, parecido al de una cortada o una quemada severa, es entonces la pérdida un desvío del estado de bienestar y la salud, el duelo es un proceso similar de curación, caben en este punto de comparación con la fisiología, los conceptos de sano y patológico que se aplica al duelo.

#### 2.4.2 Duelo Patológico.

No todas las personas transitan el duelo exitosamente, algunas otras pasan años en el proceso, sin que el dolor disminuya, no encuentran sentido de vida, no logran reincorporarse de manera funcional al trabajo, a la vida social y familiar, se encuentran en un dolor sin fin, afectan de manera significativa a los otros miembros de la familia y dejan de ser productivas. En estos casos es cuando se podría hablar de un duelo patológico Consuegra (2010) menciona que el duelo patológico se caracteriza por la dificultad de aceptar una pérdida y por lo tanto de procesarla, además de reacciones exageradas ante los ojos de los demás por esta imposibilidad.

Levinstein (2017) menciona que se considera que un año en el proceso de duelo es un tiempo razonable para dar indicios de que inicia la recuperación, aunque este periodo de tiempo no corresponde a un conceso general. Montouri (2013) cita a Bowlby (1980) y describe dos

variantes del duelo patológico, el duelo crónico y la ausencia de duelo, pudiera ocurrir aunque pocas veces, el desencadenamiento de un episodio maniaco, una de las principales características del duelo patológico es que las personas en realidad no aceptan que la pérdida es irreversible, con este hecho frena el inicio del duelo, no aceptan que la realidad ha cambiado y por lo tanto no inician una reestructuración de la vida sin el ser amado, los mecanismos de defensa ante el dolor se usan en lo que se asimila la pérdida pero en el caso del duelo patológico se abusa de ellos evitando la realidad.

En el duelo crónico. Montouri (2013) menciona que, las manifestaciones emocionales son exageradas inusuales y prolongadas en el tiempo, añade que la depresión es un síntoma característico de estos casos acompañado de agorafobia, hipocondría y hasta consumo de sustancias, los sentimientos de culpa y enojo se dirigen así a sí mismos y el muerto existe la sensación de falta de valía de desesperanza sinsentido del futuro de su ser querido, no se permiten romper el vínculo y les invade el deseo de morir para reunirse con sus muertos, Meza, García, Gómez, Castillo, Juárez, Martínez (2008) mencionan que las personas en duelo complicado presentan conductas muy distintas antes de que ocurriera la pérdida, los síntomas perduran mucho en el tiempo con una intensidad desbordada.

El sentido principal de definir el duelo sus etapas y su posible clasificación es detectar a tiempo cuando el proceso se está saliendo del cauce de lo esperado (normalidad) y poder ayudar al doliente en la elaboración y resolución pronta de su pérdida.

## CAPITULO 3

### 3 La psicología en el trabajo de duelo.

Se ha mencionado a lo largo de este trabajo que el duelo por la pérdida de un ser querido, un ser vivo o una abstracción, suele ser un proceso natural de adaptación a una vida sin el ser u objeto amado, este proceso tiene implicaciones en todos los aspectos de la vida de las personas, a corto y largo plazo. Tizón (2009) menciona que las pérdidas y duelos afectan a nivel psicológico, emocional, somático, social y hasta económico, estas reacciones se han estudiado desde la antigüedad hasta nuestros días con el fin de paliar los efectos adversos que estas afecciones causan en las personas en duelo, Freud es uno de los primeros en retomar el tema del duelo desde la visión, medico científica y menciona la elaboración de duelo como “trabajo de duelo”, propone además que la pérdida no ocurre por primera vez, ocurre desde la separación del seno materno y a lo largo de la vida, es entonces una serie de pérdidas “Cada vez que nos enfrentamos a una perdida se revive en nosotros a nivel total, psicofísico, biopsicosocial las experiencias de satisfacción, perdida, contención, consolación...”(Tizón, 2009, p. 20.)

Se entiende entonces que el duelo no es un momento, sino casi un continuo a lo largo de la existencia a humana, es posible que por esto y otras variables se haya incrementado el interés en los temas de pérdida, muerte y duelo y al mismo tiempo se dio pie el surgimiento de una disciplina médica relativamente reciente, llamada tanatología. El objetivo de estudio de la tanatología moderna es, entender, explicar y dar sentido que ocurre alrededor de la muerte, de este proceso natural poco aceptado, se encarga de dar apoyo en

esta transición a pacientes con enfermedades crónicas en fase terminal, promueve y ayuda en la solución de asuntos pendientes, entre otras cosas dando con esto paz y aceptación de lo inevitable al enfermo, desde la perspectiva tanatología, las personas deben morir con dignidad en un ambiente más humano, prolongar la vida de forma artificial e innecesaria ni reducirla de forma deliberada, esto es debe pugnar por una muerte adecuada. Sin olvidar que los familiares y personas allegadas a estos pacientes necesitan también apoyos tanatológicos para el manejo del duelo. Quintanar y García (2010).

Fraustro, Medina, y Gonzales (2014) mencionan que el término Tanatología fue acuñado en 1901 por el doctor Elías Metchnikoff (1969 en Elizabeth Kubler Ross, 1975) estudio los fenómenos psicológicos que se presentan en los enfermos terminales iniciando la tanatología moderna. Los fundamentos teóricos de la tanatología tienen su origen en la observación metódica, metódica y ordenada, así como la recopilación y análisis de cientos de casos clínicos en hospitales y práctica privada, de aquí, surgieron varias de las propuestas de fases del duelo, (algunas se han tratado en este texto) pero que no explican el porqué de dichas fases, Quintanar y García (2010), después de una revisión literaria exhaustiva del tema mencionan que: Se da por hecho sin evidencia científica, que estas propuestas teóricas son correctas y confiables, llegando a ser textos fundamentales en la preparación de personal especialista en duelo, tanatólogos, así como temario recurrente en seminarios y capacitación de personal médico y de enfermería que se enfrenta en el día a día con enfermos terminales y muertes por múltiples causas. ” Esto puede llevar a trabajar desde una tanatología basada en la autoridad y no necesariamente en el conocimiento” (Quintanar y García, 2010, p.13). Se recurre a textos como el libro de los muertos u otros sin el debido cuestionamiento e investigación “Si alguien lo escribió hay que retomarlo y utilizarlo” (Quintanar y García, 2010, p.13). En este sentido hace falta el conocimiento

basado en la evidencia para el trabajo de duelo, mismo que la psicología podría lograr para el tratamiento de las personas en duelo que se aleje de los sesgos y preferencias teóricas, filosofía o tendencia religiosa del personal de salud, terapeuta y psicoterapeutas.

La tanatología interviene en tres niveles de atención, apoyo, acompañamiento y consejería, este tercer nivel de consejería de acuerdo con Quintanar y García (2010) debería estar atendido por terapeutas y psicoterapeutas con conocimiento y actualización científica sobre estos temas, más que en teorías e ideologías, sin embargo, en los programas de licenciatura prácticamente no existen materias que profundicen en temas como la muerte, la pérdida y el duelo. Por lo que es un reto presente y futuro para la psicología, el abordaje de estos temas, pero desde un enfoque científico y basado en la evidencia, Barreiro (2017) menciona la pertinencia de que la psicología encuentre estrategias nuevas en el manejo de duelo para proteger la salud mental en caso de desastres naturales, pero que bien podrían aplicarse en el duelo por pérdidas y por el fallecimiento de un ser querido, es su estudio involucra a la psicología y la tanatología con este fin. Realmente existe muy poca investigación del duelo desde la perspectiva de la psicología.

### 3.1 Importancia del psicólogo en el trabajo de duelo.

Echeburua, Salaberria, de Corral y Cruz (2012) mencionan que: El trabajo actual del psicólogo clínico no se reduce al estudio y tratamiento de desórdenes mentales como tal, (ansiedad, depresión, desórdenes alimentarios, adicciones etc.) implica también la ayuda en el desarrollo de estrategias de afrontamiento enfocadas a enfrentar y superar malestares que la vida cotidiana pueden infligir en algunas personas que se sienten rebasadas por dichos

problemas, tal es el caso de cambios de ciudades, pérdida del trabajo, separaciones familiares, maltrato o violencia familiar, la pérdida de algún familiar, o de la salud, esto es personas en duelo. Tratándose de personas en duelo la atención psicológica por parte de un profesional capaz de realizar un buen diagnóstico y tratamiento puede hacer la diferencia entre la solución de un duelo sano y un duelo complicado.

Dada la complejidad que implica el trabajo de duelo, el uso del sentido común y el conocimiento de las etapas de duelo no son herramientas suficientes para ayudar a alguien que ha tenido una pérdida importante o enfrenta la muerte de un ser querido. “Cuando la alteración emocional es demasiado intensa y/o duradera disponemos de técnicas psicológicas específicas para su resolución o alivio” (Soler 2010, p.97) “El acompañamiento o asesoramiento y la psicoterapia de duelo son mucho más que hacer que hablen de ello o dejarlos que lloren” (Payas, 2010, p. 12)

Por todas estas razones el psicólogo clínico juega un papel importante en la investigación científica basada en la evidencia en el trabajo de duelo, en el diagnóstico oportuno y el tratamiento adecuado cuando el duelo no sigue el proceso natural y se prolonga en el tiempo y/o intensidad.

### 3.2 Requisitos, características y habilidades del psicólogo en el trabajo de duelo.

El psicólogo es un profesional de la salud mental que debe estar capacitado para auxiliar a los clientes en el manejo efectivo de emociones, conductas, cogniciones y síntomas físicos que el paciente no es capaz de manejar y que le están causando sufrimiento y/o malestar, ya sea este (malestar o sufrimiento) causado por razones reales o imaginarias, deberá ser capaz de

detectar también cuando los síntomas físicos son resultado de la somatización de este sufrimiento y cuando son provocados por una enfermedad fisiológica, deberá desarrollar estrategias de acompañamiento, para que el paciente resuelva dichos problemas.

El psicólogo clínico es el especialista con competencia en la evaluación, el diagnóstico y el tratamiento psicológico de los trastornos mentales (adicciones, trastornos de ansiedad y del estado de ánimo, trastornos de la conducta alimentaria) (Nosología psicopatológicas CIE-10 de la OMS, 1992, y DSM-IV-TR de la American Psychiatric Association, (2002) como se citó en Echaburua, Salaberria, Corral y Cruz, (2012).

Existen otras disciplinas y profesionales que abordan el duelo desde perspectivas distintas y pueden ser el primer contacto en hospitales o centros de asistencia a continuación se presenta un cuadro comparativo que puede ilustrar un poco sobre el tema. Esto con la idea de ponderar el papel de la psicología en el tratamiento del duelo y la necesidad de que esta ciencia de profundice en el tema

	Formación	Objetivo de la intervención	Tiempo de atención
Personal de salud Enfermería	Según Noguera y Pérez (2014) El personal de salud cotidianamente está en contacto con la enfermedad, hospitalización y muerte, por ello es necesaria su capacitación en los procesos de duelo. De acuerdo con Rodríguez, García, Brito y Toledo (2010) Además del conocimiento de los procesos de salud enfermedad, los enfermeros deben detectar los factores de riesgo para la salud incluyendo el duelo.	De acuerdo con Noguera y Pérez (2014) Uno de los objetivos de enfermería tanatológica es brindar apoyo y cuidado a personas que transitan la enfermedad, la muerte y la pérdida, es decir, un duelo ya sea en el ambiente hospitalario o comunitario. En base al proceso de duelo y las distintas propuestas de su manejo las enfermeras auxilian para lograr un proceso temprano y saludable evitando con	Después de una revisión bibliográfica sobre los cuidados de enfermería en el proceso de duelo no se han encontrado datos que mencionen un tiempo de terapia ya que no es su labor como tal, es más bien la detección temprana del duelo como factor de riesgo para la salud, el personal de enfermería puede formar parte de un equipo multidisciplinario y generalmente vinculado al cuidado paliativo. Vega (2012) Menciona el equipo multidisciplinario que integra

	De acuerdo con Noguera y Pérez (2014) Es pertinente la actualización académica constante en el tema de duelo.	esto las complicaciones del duelo mal elaborado. Según Salazar (2015) La familia del paciente es la unidad básica de cuidado por ello es menester el cuidado de esta en el proceso de enfermedad muerte y duelo.	el servicio tanatológico del Instituto de Cardiología Ignacio Chávez
Trabajador social	Valencia (2008), Menciona que este profesional tiene el conocimiento necesario de las ciencias sociales que le permiten resolver problemas sociales en los distintos niveles, prevención, atención y rehabilitación. Conoce las carencias y necesidades sociales implicadas en el proceso de salud enfermedad, conoce el contexto sociocultural de los involucrados y puede influir en la aceptación de la muerte o pedidas. González (2006) Menciona la pertinencia del conocimiento de los procesos de duelo, capacitación adicional al normativo de la carrera, además del trabajo terapéutico de las propias pérdidas	En el ámbito de la tanatología este profesional puede ser parte de los equipos multi disciplinarios de salud con el fin de gestionar la transferencia interinstitucional de las personas a los servicios pertinentes para su beneficio Valencia (2008), “El equipo ayuda en el proceso de aflicción y duelo, detectando los duelos patológicos y sugiriendo la terapia adecuada” (Valencia, 2008 p. 87)	González (2006) Menciona que cada persona tiene su propio tiempo para procesar el duelo atemporalidad y cada uno lo resuelve a su ritmo asincrónica, por lo que la intervención puede variar de persona a persona y grupo familiar, sugiere también la terapia grupal con la asistencia de un facilitador para padres que han perdido un hijo pero que puede replicarse en otras pérdidas con una duración de 14 meses, en sesiones quincenales de dos horas y media, donde existen objetivos para alcanzar como individuo y como grupo.
Psicología.	Independientemente de la preferencia teórica científica de cada terapeuta debe estar capacitado para “evaluar, diagnosticar, explicar, tratar o prevenir las anómalas o trastornos mentales o cualquier otro comportamiento relevante para los procesos de salud enfermedad” Colegio de psicólogo, como se citó en Bados, (2008). El psicólogo que acompaña en duelo debe además	El objetivo de la terapia de duelo es que el doliente recupere su estado de equilibrio necesario para la vida cotidiana e independencia. Engel citado por Worden menciona que el duelo es como el proceso de curación de una herida física en búsqueda de la homeostasis. Cuando una persona no puede alcanzar este estado con	De acuerdo con Torres (2018). La terapia puede ser en tres niveles mismos que no son excluyentes, Individual, parejas, familias, grupos y comunidades. El tiempo de intervención dependerá del marco teórico del terapeuta que asiste al doliente. Un ejemplo puede ser un trabajo de prácticas de terapia Cognitivo Conductual en línea realizado con una intervención de 5 semanas con resultados positivos y

	<p>conocer los procesos de duelo, desde la perspectiva teórica de selección, según Losanto (s.f) Es necesario que cuente con conocimientos de las teorías de duelo, cifras y estadísticas relacionadas con el tema.</p> <p>“Quien asesore a una persona en duelo, deberá conocer el amplio abanico de conductas que conforman la descripción del duelo normal” (Worden, 2016, p.</p>	<p>sus propios medios en el proceso de duelo que Freud llama trabajo de duelo, la terapia psicológica puede ser una muy buena opción de acompañamiento.</p> <p>“El objetivo global del asesoramiento de duelo es ayudar a la persona a completar cualquier cuestión no resulta con la perdida y a ser capaz de decir un adiós final” (Duran,2009. p.39)</p> <p>“Una función del asesor que está en contacto con personas durante los momentos de duelo agudo es evaluar qué pacientes pueden sufrir el desarrollo de una depresión mayor (Worden, 2018, p. 10)</p>	<p>permanentes después de tres meses. Duran (2009).</p> <p>De acuerdo con ... Sugiere que la psicoterapia en los modelos psicodinámicos se proyecta de 16 a 30 semanas con 1° 2 sesiones por semana, Segal como menciona Duran (2009) la terapia Cognitivo Conductual puede durar entre 10 y 20 sesiones</p>
--	--	--	--

El psicólogo que acompaña a las personas en duelo debe además, conocer ampliamente todas las posibles conductas, cogniciones, sentimientos y síntomas físicos que se presentan a lo largo del duelo, es necesario que conozca diferentes enfoques del proceso de duelo y que entienda que aunque básicamente el proceso de duelo en todas las personas tiene puntos de convergencia y similitud, cada individuo lo entiende y trabaja de forma distinta y personal, en el tema de los procesos de duelo hace falta investigación basada en la evidencia por lo que el psicólogo no debe dar por hecho que todo lo que lee es cierto y confiable así que sería deseable que se interesara por la investigación y la actualización continua de sus conocimientos.

### 3.3 Planteamiento del problema

El duelo es un acontecimiento presente en la vida las personas, que altera todas las esferas de la vida por lo que su estudio, diagnóstico y construcción de estrategias de tratamiento se convierten en una necesidad para poder ofrecer soluciones a una población que demanda ayuda en sus pérdidas, nuestra disciplina puede ofrecer terapias basadas en la evidencia y con resultados comprobados que debemos promover más allá de los espacios académicos.

Para la realización de este trabajo con miras a conocer el abordaje del duelo desde la perspectiva psicológica se realizó una búsqueda que si bien no es exhaustiva me permito conocer cómo se ha trabajado el duelo, de esta búsqueda se eligieron los documentos que resultaron más relevantes por su enfoque psicológico, otros por su contenido teórico, metodológico o práctico lo que permitió hacer un análisis con los siguientes resultados: existen muchos textos basados solamente en las teorías tanatológicas, muchos otros que lo abordan (el duelo) desde la perspectiva médica y psiquiátrica, se encontraron documentos dirigidos a trabajadores sociales y personal de enfermería pues asisten a pacientes en fase terminal y a sus familias, guías de asesoramiento para superar el duelo desde la infancia hasta la vejez, otras para dolientes con pérdidas por Covid-19.

En la Guía “Explícame que paso, Guía para ayudar a los adultos para hablar de la muerte y el duelo con los niños”. De acuerdo con Cid (2011) se recomienda que al morir un ser querido se explique a los pequeños de acuerdo a su edad y comprensión, que la persona ha muerto y no regresara, se recomienda no decirle mentiras ni frases que los confundan, hablar con la verdad, involucrarlos en las ceremonias de despedida, ritos funerarios si así lo desean y tienen edad

suficiente, siempre y cuando, los adultos no estén desbordados, negar la muerte para protegerlos del dolor, no les prepara para futuras pérdidas, dar la información de forma equivocada puede causar problemas cognitivos y emocionales futuros, el duelo es un proceso dinámico y personal con una duración aproximada de uno a tres años, es necesario dar contención emocional para que los pequeños aprendan entiendan y den significado a su pérdida.

La Guía práctica para personas en duelo, la pérdida de un ser querido. La autora realizó este documento con lenguaje sencillo y coloquial ya que está dirigido a personas que han sufrido la pérdida de un ser querido, en él expone los aspectos principales del duelo según la edad de los dolientes, desde menores hasta adultos mayores, explica que el duelo es un proceso natural que se hace crítico entre el segundo y tercer mes después de la pérdida, cuando el apoyo social se ha distanciado, la duración aproximada de este doloroso proceso es de entre dos o tres años y aunque la mayor parte de las personas pueden resolverlo por su cuenta no siempre ocurre así, la autora menciona puntos clave que puedan orientar a los dolientes y sus familias para solicitar la ayuda de un profesional en caso necesario (Soler, 2012).

Barnacho, Jiménez, Grados y Vialas (2020) proponen un trabajo relacionado con el Covid-19, guía para familiares en duelo. Esta propuesta está dirigida al público en general, en ella se explica con palabras sencillas y cotidianas lo que es el duelo anticipado por la internación de un ser querido con altas probabilidades de morir, plantea cinco estrategias que podrían paliar la angustia y el dolor, si el ser querido muriese en el proceso, los autores recomiendan conectar con las emociones propias del duelo ya que son difíciles de aceptar y reconocer como normales, hacen sugerencias de cómo lidiar con estas emociones, como hacer una despedida atípica por el confinamiento, como acercar a los niños y adolescentes a la muerte y el duelo,

como y cuando pero decir la verdad, finalmente cuando se regrese a la normalidad, los autores recomiendan la reparación de ritos en familia para despedirse de forma tangible y juntos, como sugerencia final e importante si los síntomas duran más de 6 meses acudir al especialista.

Los textos que están dirigidos a psicólogos que acompañan a personas en duelo, contienen algunas recomendaciones, estrategias, técnicas que podrían ser auxiliares en la terapia psicológica, hacen referencia de las teorías del duelo de manera más puntual y detallada como a continuación refiero.

La Guía de acompañamiento al duelo, Covid -19, de Mariconi y Barbero (2020) pretende ser una ayuda orientadora a psicólogos que atienden o podrían atender a usuarios en duelo en tiempos de aislamiento social sin importar el marco teórico del profesional que lo aplique, por lo tanto es flexible, con la aclaración de que es un trabajo en proceso con miras a crecer y perfeccionar, los autores plantean los beneficios de la terapia online y las llamadas telefónicas o chats, su objetivo es ofrecer un apoyo inmediato y emergente para informar, sostener y acompañar dando herramientas para gestionar y controlar el dolor que de no ser atendido puede devenir en un duelo complicado, dichos autores sugieren seis sesiones programadas y detalladas con los temas a tratar y cómo abordarlos, un listado de actividades de autocuidado para los pacientes que puede plantearse cuando el terapeuta lo crea prudente.

Alberola, Adsuara y Reina (2020) abordan el duelo individual en un trabajo multidisciplinario de psicología y oncología médica en un artículo llamado: Intervención individual en el duelo. Esta propuesta se dirige a profesionales de la salud, los autores exponen que el duelo es un proceso natural que puede ser incapacitante, las personas en este trance

pueden desarrollar trastornos físicos y psicológicos que en casos extremos puede aumentar la posibilidad de suicidio, por lo tanto es muy importante el acompañamiento a los dolientes, aquí citan las etapas de Parkers, las tareas de Worden y los desafíos de Neimeyer para la resolución del duelo, difieren de otras propuestas que dan un lapso de tiempo para la resolución de duelo ya que como proceso es largo, personal y multifactorial, para Alberola, Adsuara y Reina (2020) no existe un tratamiento válido y consensuado para tratar el duelo, sin embargo existe consenso en el tema de inicio de la asesoría después de la muerte del familiar, entre la tercera y octava semana después del hecho.

El acompañamiento, la asesoría y la terapia son los tres niveles de atención a los dolientes cuyo objetivo general se engloba en descartar enfermedades físicas, establecer el contrato y la alianza terapéutica. El acompañamiento puede ser proporcionado por personas allegadas al doliente y se trata de estar sin ser intrusivo, algunas personas suelen presionar demasiado para que el doliente recupere pronto la estabilidad emocional y actividad habitual, de acuerdo con Tizon (2004) como citaron Alberola, Adsuara y Reina (2020) es recomendable ser prudente al acompañar a personas en duelo pues las soluciones del que acompaña podrían no ser efectivas para el doliente, no se aconseja tomar decisiones demasiado importantes que impliquen realizar cambios radicales en el estilo de vida o residencia, se considera muy importante que la persona que acompaña pueda estar disponible en momentos críticos como en los aniversarios de muerte. La asesoría la realiza una persona que sepa del duelo y sus procesos, Worden (1997) como citaron Alberola, Adsuara y Reina (2020) los principios básicos que ayudaran a que el duelo no se vuelva complicado, ayudar a hacer real la pérdida, ayudar a las personas a expresar sus sentimientos, normalizar el enojo, la culpa, la ansiedad y la impotencia así como la tristeza para poder trabajar con todo esto y finalmente aprender a vivir sin el

fallecido y recolocararlo emocionalmente, en este texto se hace mención en técnicas de acompañamiento como: Escuchar y contener, lenguaje evocador, libro de los recuerdos, etcétera.

Alberola, Adsuara y Reina (2020) sugieren la terapia para duelos complicados, mencionan que existen pocas técnicas psicológicas con resultados comprobados que ayuden a tratar el duelo de manera que se reduzcan los tiempos de tratamiento o evitar el dolor, no hay atajos en este trabajo, como citaron Alberola, Adsuara y Reina (2020) Shear Frank, Foa, Chery, Reynolds et all (2001) proponen un tratamiento del duelo complicado, en donde han integrado técnicas de terapia interpersonal y de terapia cognitivo conductual, la intención de la propuesta es reducir la intensidad del duelo, facilitar y promover los buenos recuerdos del fallecido, promover la recuperación o reestructuración de las relaciones con los otros, apoyo para la reincorporación a la vida diaria, se propone una terapia de dieciséis sesiones repartidas en dieciséis o veinte semanas, se mencionan aquí algunas técnicas que podrían ser útiles en el tratamiento del duelo técnica de la silla vacía, psicodrama, técnicas de resolución de problemas, conversación con fotos, conversación dirigida etcétera.

En el trabajo de Barreto (2008) la Intervención psicológica en el sufrimiento la final de la vida y en la elaboración del duelo, es una propuesta dirigida a psicólogos con recomendaciones y puntos importantes a tomar en cuenta cuando se trata con personas de la tercera edad, la autora muy sugiere despatologizar el duelo y da relevancia al trabajo del psicólogo en la atención a esta población y en duelo enfatiza lo indispensable de la preparación del terapeuta y apego a un marco teórico eje, para poder ser efectivo y eficiente en el tratamiento, sugiere sistemas de evaluación cortos no invasivos, recomienda el trabajo

interdisciplinar, señalando la importancia del auto cuidado del terapeuta para evitar el síndrome de Burnout, la autora menciona la eficacia en el tratamiento del duelo de estrategias psicológicas con enfoque, cognitivo conductual, constructivistas y centradas en las emociones

Fraustro, Medina, y Gonzales (2014) con el Manual de Tanatología intervención psicológica para pacientes con discapacidad crónico degenerativo, se dirige a psicólogos que acompañan a personas en duelo con hijos que tienen un diagnóstico de discapacidad, ofrecen herramientas, recursos y estrategias que permitan a los profesionales hacer un acompañamiento terapéutico desde la perspectiva humanista y positivista, definen el duelo desde la perspectiva tanatológica y médica mencionando que es un proceso natural. Hacen hincapié en la importancia de las redes de apoyo y el trabajo multidisciplinario y alianza terapéutica para el bien de los usuarios lo mismo que en el trabajo de Barreto (2008) y Fraustro et al. (2014) quienes mencionan que existen pocos profesionales enfocados al tratamiento del duelo con la preparación adecuada y especializada en el tema por lo que presentan este manual dividido en dos secciones una para el paciente y otra para la familia, como herramienta de trabajo que facilite la intervención psicológica en el tratamiento del duelo.

En la Guía clínica del duelo en cuidados paliativos de López, et al. (2010), dirigida al personal médico y de enfermería en cuidados paliativos por la cercanía de estos profesionales con la enfermedad, la muerte y el duelo, además de que le da importancia al trabajo del psicólogo en el tratamiento de este. Dentro de sus objetivos es evitar en lo posible la aparición del duelo complicado, capacitar a los profesionales de la salud en la detección del duelo anticipado y derivar al servicio psicológico de manera oportuna a los pacientes que lo requieran, definen el duelo como proceso natural de adaptación a la pérdida que se elabora en etapas sin orden específico, señalan las propuestas de las etapas del duelo de Lindenman (1944)

conmoción e incredulidad, duelo agudo y resolución, Parker (1974) fase de aturdimiento, fase de anhelo y búsqueda, fase de desorganización y desesperación, fase de reorganización, Rondo (1984) fase de evitación, fase de confrontación y fase de restablecimiento, la propuesta de Engel(1964) conmoción e incredulidad, desarrollo de la conciencia de la pérdida, restitución, resolución de la pérdida, restitución, idealización, y resolución, desde la perspectiva médica curativa y el trabajo integrador de las propuestas anteriores de Gómez (1998), (2003), (2004), comienzo, núcleo y terminación.

Así mismo detallan las intervenciones recomendadas previas al fallecimiento del paciente, después del fallecimiento y la detección de familiares en riesgo de duelos complicados, esta guía hace un apartado especial para el manejo de duelo en niños, adolescentes, familia, ancianos y personas con alteraciones en su salud mental. El equipo de trabajo de esta guía la propone como un instrumento flexible (adaptable a cada espacio y tipo de población), que oriente a los profesionales y permita unificar criterios en la intervención con el propósito de dar un mejor apoyo a los pacientes.

En Alarcón et al. (2009), Guía de intervención psicosocial y Cuidados de duelo dirigida a psicólogos en el tratamiento del duelo y otros profesionales de la salud (enfermeras y trabajadores sociales) que una vez capacitados podrían ser el primer filtro en la detección de complicaciones del duelo en poblaciones muy numerosas o con pocos psicólogos, detalla los procesos del mismo (duelo) propone de etapas para su solución, la necesidad de hacer valoraciones y diagnósticos adecuados tomando en cuenta los diagnósticos diferenciales para cada caso y persona separado la intervención en tres niveles, asesoramiento, counselling y terapia de duelo, recomienda la elaboración de guías flexibles con bases empíricas adecuadas para cada población, este texto da gran importancia al trabajo del psicólogo como experto en el comportamiento humano capacitado para asesorar a los dolientes en su pérdidas.

Recomiendan no intervenir en el duelo normal este debe seguir su curso, detallan los signos y síntomas que pueden presentar las personas en riesgo de duelo complicado y proponen la elaboración de guías flexibles que aborden un mismo problema psicológico desde distintos puntos de vista, modelos teóricos, el diseño de estas guías permitirían la atención a distintos tipos de colectivos edades situaciones y niveles, estas permitirán establecer un procedimiento de evaluación, intervención y seguimiento de duelo.

Huerta (2017) con el trabajo *Duelo como proceso relacional: descalificación, victimización, empatía y consuelo*, da relevancia al entorno social y cultural de los dolientes, es el duelo un proceso que resulta de la relación de distintos elementos biológicos, sociales y psicológicos que conforman a la persona, el estudio del duelo desde la perspectiva psicológica y tanatológica proponen etapas para superarlo, mismas que no son lineales, la autora propone la existencia de tres reglas sociales que afectan la resolución del duelo, aceptación de la pérdida, un tiempo no mayor al veinticuatro meses y la resiliencia, todo esto para que la persona en duelo sea funcional y productiva lo antes posible y no incomode con su dolor a los que le rodean, el doliente como dogma debe volver a la normalidad, seguir la vida como una obligación social, desde esta perspectiva lo anterior es una forma de victimizar a la persona en duelo, se le pone en un estrato de subordinación social, desde la condescendencia social se expresa en forma sutil la lastima de los otros por el que sufre ya que lo consideran incapaz de superar su sufrimiento, el verdadero apoyo a los que sufren una pérdida es desde la empatía y el consuelo, cabe señalar que hace desde su trabajo un llamado a los psicólogos, tanatólogos, enfermeros y trabajadores sociales para ser más responsables y respetuosos del sufrimiento de los dolientes.

En la tesis de López (2018) sobre Duelo en situaciones especiales, abordaje terapéutico para familiares en duelo por muerte traumática, suicidio, y personas desaparecidas, presenta el abordaje del duelo desde la tanatología, logoterapia, la psicología existencialista, matizada con la religiosidad, una propuesta de tratamiento del duelo complicado por la pérdida de un miembro de la familia por muerte violenta, define el duelo igual que los anteriores autores pero hace un comparativo muy detallado del diagnóstico diferencial entre duelo natural y duelo complicado, menciona los criterios del DSM V y los de Prigerson, Shear, Jacobs, (1999), además de resaltar la importancia de las circunstancias de muerte dado el tema que trata, menciona el abordaje terapéutico del duelo desde la guía de atención al duelo SECPAL (Sociedad Española de Cuidados Paliativos) y el protocolo de intervención psicológica ante situaciones de emergencia y catástrofes, refiere tres niveles de intervención acompañamiento humano, asesoramiento psicológico y psicoterapia del duelo. Este documento está hecho desde la perspectiva médica y en especial de la enfermería, e incluye aspectos desde la perspectiva psicológica al referir instrumentos de evaluación de duelo complicado, lo interesante para mí en esta tesis es la propuesta de incluir la psico-educación para la vida como una asignatura en los programas de educación formal

Tanatología como abordaje terapéutico en familias que sufren la muerte violenta de un ser querido, tesis de López (2014), aborda el duelo desde una alianza “la fundamentación teórica que le doy a esta investigación es existencial humanista específicamente logoterapia realizando una combinación con tanatología por estar ambas en el campo espiritual” (López 2014, p.9) la autora hace hincapié en el abordaje del duelo complicado por la violencia, plantea la evolución del concepto de muerte y el duelo a través de la historia, toca el tema de la neurosis desde la perspectiva de la logoterapia y hace uso de la tanatología como recurso terapéutico en

el acompañamiento a dolientes, existe en este trabajo un matiz altamente religioso, la religiosidad ofrece consuelo paz y aceptación de la voluntad divina con lo que el proceso de duelo puede ser menos traumático, cabe mencionar en el trabajo de investigación se aplicaron dos instrumentos un cuestionario planteado por la autora y la escala de Autovaloración de la depresión de Zung. La autora considera que el tratamiento psicológico del duelo es una opción viable de solución, sin embargo, desde mi punto de vista esta propuesta deja de lado a todos aquellos que no practican alguna religión o son ateos, la practica psicológica derivada de la ciencia no debería tener estos sesgos para ser imparcial.

Después de la lectura de estos textos se encontró que muchos trabajos sobre duelo están dirigidos al público en general que atraviesa un duelo, identifican y diferencian claramente las características del mismo en cada etapa del ciclo vital tienen una clara tendencia tanatológica y pueden ser un auxiliar para transitar un duelo normal, por lo general hacen la referencia a la temporalidad de la sintomatología y recomiendan pedir apoyo profesional cuando estos se sale de los parámetros referidos. Desde el enfoque psicológico algunos no dan una pauta a seguir para la evaluación, el diagnóstico y tratamiento del duelo, algunos otros no se apegan a un marco teórico y proponen una integración varios en bien de los usuarios esto no significa que esto sea incorrecto, aunque todas estas lecturas fueron de mucha ayuda para la comprensión del duelo desde varias perspectivas no se encontró una ruta o planteamiento general desde el punto de vista psicológico, salvo Alarcón et al. (2009) que hace una propuesta muy detallada del tema y los posibles pasos a seguir para la evaluación intervención y seguimiento en procesos de duelo desde la perspectiva psicológica, así como la iniciativa de construcción y/o adaptación de guías existentes que se adapten a el lugar y tipo de usuarios que se atiendan, algunas otras tiene un matiz médico, tanatológico, religioso o de otras profesiones del área social. Los trabajos

dirigidos a cierto tipo de público o profesionales tienen la intención de colaborar en el tema para ayudar a las personas a superar su duelo.

En cuanto a la psicología considero que se debe hacer un trabajo más profundo sobre lo que se debe tratar desde esta perspectiva para enriquecer lo que otros ya han realizado y se haga un trabajo más integral en el proceso de intervención. En un primer momento una ruta crítica de trabajo permitirá al psicólogo encaminar su labor terapéutica con usuarios que hayan tenido una pérdida significativa, independientemente de que sea o no por la muerte de un ser querido, se comprende que el tema de duelo es un asunto muy delicado y sensible, por lo que es necesario especificar cada una de las partes en las que el trabajo del profesional debe tener conocimiento, para la intervención. Las pautas a las que me refiero de manera general tienen que ver con los pasos a seguir para obtener la información en la construcción de una buena historia clínica, un diagnóstico adecuado y finalmente las estrategias de intervención.

Los psicólogos sin importar su enfoque teórico contamos con una formación profesional que nos permite tener herramientas terapéuticas basadas en la evidencia, mismas que permiten acompañar a los dolientes en los procesos de duelo, conocer las etapas de este proceso o las recomendaciones podría no ser suficiente para trabajar el duelo por otros profesionales, no obstante, el psicólogo con la formación puede dar una atención más integral con terapia, sin dejar de considerar las pautas de cuidado para los distintos tipos de duelo. Los psicólogos estamos calificados para atender personas en duelo, y es necesario contar con directrices que permitan tener ejes de conocimiento y aplicación para este tipo de problemática, brindando una mejor atención y en su caso complementar la de otros profesionales.

Respecto al enfoque terapéutico, encontré que la terapia cognitiva conductual, así como algunas técnicas gestálticas y humanistas pueden ser de gran utilidad en terapia de duelo, esto no quiere decir que proponga una mezcla de marcos teóricos, solo menciono y puntualizo lo que encontré en esta búsqueda de soluciones concretas desde la perspectiva psicológica a un problema real, cotidiano incapacitante y doloroso que aqueja a todos los seres humanos en cualquier etapa del ciclo vital.

El trabajo del psicólogo debe contar con un orden que permita la planeación, organización e intervención en cada una de las tareas a realizar en el trabajo con duelo, de tal forma que una ruta crítica orientara el trabajo psicológico permitiendo al profesional tener un trabajo más asertivo y eficaz en el tratamiento.

Contar con ella permitirá visualizar el trabajo con facilidad, ayudará a identificar los aspectos relativos al trabajo del duelo y ejecutar cada intervención con las técnicas psicológicas que se prevean en la ruta crítica. Dicha ruta como lo menciona Solano (2014) tendrá funciones o tareas bien definidas cuya terminación señale un inicio y final, estas podrán ser iniciadas, detenidas o realizadas por separado dentro de una secuencia determinada, tendrán un orden y secuencia determinada.

Al proponer la ruta crítica no solo dará una dirección al trabajo del psicólogo, sino redefinirá su intervención de forma clara, ordenada, y enfocada a su profesión, independientemente de la pérdida que una persona haya tenido, representa un marco estructural que guía el trabajo. Si bien esto será el inicio de un proyecto claro y preciso, que a diferencia de las guías podrá visualizarse el trabajo de forma general y sus precisiones dependiendo de la

evaluación inicial y de cada proceso de duelo para la persona. Es así como el objetivo de este manuscrito consiste en proponer una ruta crítica para el trabajo de duelo desde la perspectiva psicológica.

### 3.4 Propuesta de ruta crítica para el psicólogo en el trabajo de duelo.

Cualquier trabajo psicológico requiere orden y una estructura sólida que permita garantizar los mejores resultados, en los mejores tiempos posibles, de esto depende que la terapia psicológica sea eficaz. Esta ruta crítica, pretende plantear de forma muy clara como es el proceso desde el inicio hasta el fin, los tiempos esperados pueden variar de una persona a otra y se toman en cuenta los posibles escenarios a lo largo del tratamiento.

De acuerdo con Alarcón et al. (2009) considero que es importante un planteamiento organizado y estructurado para la evaluación y tratamiento del duelo, de tal forma que exista un diagnóstico, evaluación y tratamiento.

#### 3.4.1 Diagnóstico

Uno de los puntos medulares en cualquier intervención psicología es tener un diagnóstico acertado, esto permitirá conocer la situación del usuario, la posible evolución del proceso terapéutico y facilitará al psicólogo la toma de decisiones para el tratamiento. La información necesaria para realzar el diagnóstico se obtiene mediante la entrevista, cabe mencionar que la falta de información o una información deficiente podrían comprometer los resultados del proceso terapéutico. Alarcón et al. (2009) mencionan en caso específico de duelo, el diagnóstico puede tener tres opciones, duelo normal, posible duelo complicado y duelo

complicado, otras opciones fuera de duelo son: el diagnóstico diferencial (ansiedad, depresión, estrés postraumático, conductas suicidas somatizaciones), otros problemas asociados sociales (adicciones, económicos, legales etc.) Los síntomas de duelo normal, posible duelo complicado duelo complicado se trataron a lo largo de este trabajo.

#### 3.4.1.1 Entrevista

Esta permite conocer datos generales de los usuarios, nombre, edad, sexo, religión, estado civil, nivel educativo, la situación de salud física y mental, dinámica familiar, redes de apoyo, posición económica y social, desarrollo laboral, historia de adicciones, uso y/o abuso de sustancias, motivo de consulta, severidad de los síntomas (reales o percibidos) detección de pérdidas recientes o no resueltas, cambios de domicilio, escuela o residencia, pérdidas de estatus económico y social, divorcios, pérdida de la salud, amputaciones diagnóstico de enfermedades crónicas degenerativas o terminales o la muerte de un ser querido, en este caso es necesario recabar también datos de fallecido, como son: fecha y circunstancias del fallecimiento, historia de las relaciones familiares. Alarcón et al. (2009).

#### 3.4.1.2 Historia clínica

Alarcón et al. (2009) mencionan que esta permite conocer el estado de salud del usuario con la idea de descartar enfermedades físicas actuales pasadas y hereditarias cuyos síntomas podrían confundirse con desórdenes mentales y de conducta, cuando se encuentren enfermedades que comprometan la salud del usuario es conveniente hacer un trabajo conjunto con el área médica competente, del mismo modo la historia clínica puede evidenciar la existencia de trastornos mentales actuales o preexistentes, en este caso es conveniente de

acuerdo al código ético reconocer los límites de competencia y derivar a psiquiatría, seguir el caso y hacer un trabajo multidisciplinario cuando así se requiera medicina, psicología y psiquiatría.

#### 3.4.1.3 Detección de pérdidas

Es necesario detectar pérdidas recientes o anteriores no resueltas, cambios de domicilio, escuela o residencia, pérdidas de estatus económico y social, divorcios, pérdida de la salud, amputaciones diagnóstico de enfermedades crónicas degenerativas o terminales o la muerte de un ser querido.

#### 3.4.2 Evaluación

Es esta una disciplina con bases científicas, con un orden específico y métodos puntuales que se realiza al recibir la demanda de un cliente quien solicita los servicios de un profesional de la salud mental (psicólogo), es muy importante que el psicólogo conozca las posibles conductas, cogniciones, sentimientos y sensaciones físicas que puede presentar una persona en duelo para contrastar y asignar una categoría de las posibles, duelo, normal o duelo complicado Alarcón et al. (2009). En este punto del trabajo psicológico es importante tener conocimiento de las teorías de las fases o etapas de duelo, propuestas a lo largo de la historia por: Lindenman, Engel, Kùbler Ross, Parkers, Horowitz, Davidson, Bowlby, Martocchio, mismos que proponen que para resolver el duelo los dolientes deben transitar por estas etapas, no de manera lineal ni excluyente, esto permite ubicar qué fase o etapa de duelo transita (el doliente), aunque cabe

mencionar también que para algunos científicos como Neimeyer (2002) y Fernández, Rodríguez y Diéguez (2006) referidos por Alarcón et al. (2009) las teorías de las fases de duelo confinan al doliente a un papel pasivo por lo que sugieren tareas a completar por los clientes en proceso de duelo para tener un papel más activo en su proceso.

Duelo normal Alarcón et al. (2009) mencionan a Worden (1997) y enlistan una serie de criterios para detección de duelo normal:

- Sentimientos. Tristeza, enfado, culpa y auto reproche, ansiedad, soledad, fatiga impotencia, shock, anhelo, alivio e insensibilidad.
- Sensaciones físicas. Vacío en el estómago, opresión en el pecho, opresión de garganta, hipersensibilidad al sonido, sensación de despersonalización, falta de aire, debilidad muscular, falta de energía, sequedad en la boca.
- Cogniciones. Trastornos de sueño, trastornos de alimentación, conducta distraída, aislamiento social, soñar con el fallecido, evitar recordatorios del fallecido, buscar y llamar en voz alta, suspirar, hiperactividad desasosegada, llorar, visitar lugares o llevar consigo objetos que recuerden al fallecido.

Criterios para la detección de duelo complicado (adaptado modificado de Tizón, 2004) referido por Alarcón et al. (2009) las situaciones y circunstanciase en las que murió el ser querido, su relación con los sobrevivientes, su forma de apego, así como sus características personales podrían ser determinantes para que el proceso de duelo no se desarrollara de forma adecuada, se puntualizan algunos factores de riesgo:

- Relación de parentesco y apego con el fallecido. Factores de riesgo: pérdida de un hijo. Pérdida del conyugue, pérdida de familiar íntimo, pérdida de padre madre, hermanos en la infancia, relación muy ambivalente, si el sujeto dependía psicológica o socialmente del fallecido, conflictos importantes entre ambos, relaciones intensamente pasionales entre el sujeto y el objeto en las semanas anteriores.
- Características personales y circunstanciales del doliente:  
  
Edad género: Infancia, personas mayores de ochenta años. Mujeres más que hombres indicar si es mujer.
- Variables de personalidad. Tendencia a la vinculación insegura o ansiosa, personalidad dependiente, poca tolerancia a la frustración, tendencia a tener relaciones ambivalentes, trastornos de personalidad previos especialmente depresión, ideación intentos suicidas previos, duelos anteriores no resueltos, baja autoestima, baja autoeficacia, poca capacidad de afrontamiento, exceso de culpa por la pérdida.
- Circunstancias psicosociales. Creencias y prácticas que pueden obstaculizar la elaboración del duelo, inexistencia al funeral, inexistencia de prácticas sociales y/o religiosas acordes a las costumbres del doliente lo anterior por alejamiento del lugar de origen (emigrante), por cambio en las costumbres (enterramiento incineración), en caso de existir otras especificar, no tener con quien hablar del fallecido, relaciones no conocidas y/o aceptadas entre el doliente y el fallecido (especificar).
- Tipos de muerte y circunstancias de la pérdida. Pérdidas súbitas inesperadas. muerte por suicidio (aumente la mortalidad de los familiares si son directos hasta siete veces) muerte por homicidio, catástrofes (naturales, bélicas, accidentes, provocadas), pérdidas anteriores recientes (especificar tiempo), desapariciones, pérdidas prematuras

( especificar de la madre antes de once años) pérdidas múltiples, muertes estigmatizadas (sida, interrupción voluntaria del embarazo) si hay mutilaciones o deformaciones del fallecido moribundo, muertes catastróficas, siniestras o aparatosas.

Muy probablemente se cuenta ya con casi toda la información mencionada dado que se recolecto durante la entrevista, como material adicional se mencionaran algunas pruebas diagnósticas estandarizadas para diagnóstico de duelo, además Alarcón et al. (2009) sugieren contrastar la información con los criterios diagnósticos del DSM-V o el CIE 10 en casos de sospecha de duelo complicado, esto permitirá la toma de decisiones para el planteamiento de estrategias de tratamiento, se sugiere que la evaluación se realice al inicio de la alianza terapéutica con fines diagnósticos, durante el tratamiento para verificar los avances o retrocesos del mismo y en su caso reorganizar las estrategias de ser necesario y al final para determinar la efectividad del proceso terapéutico, la evaluación requiere más que la simple aplicación de test estandarizados, es necesario que el terapeuta integre toda la información del cliente para poder formular el planteamiento del caso, cabe mencionar que la aplicación de test no es suficiente para llegar a un diagnóstico acertado, se requiere estudio, experiencia práctica clínica para emitir un diagnóstico correcto, los tests son una guía en el trabajo psicológico.

#### 3.4.2.1 Evaluación en caso de duelo.

Cuando existe una pérdida importante o el fallecimiento de un ser querido, se brinda acompañamiento y contención, o bien asesoramiento todo ello con el fin de promover el restablecimiento psicoemocional con la terapia psicológica. Es importante considerar los instrumentos que pueden auxiliar en nuestro trabajo como a continuación señalo: esos instrumentos fueron mencionados por Alarcón et al. (2009).

### 3.4.2.2 Tests estandarizados

Se menciona a continuación un listado de pruebas que podrían usarse en adultos en duelo. En Alarcón et al. (2009), recomiendan el uso de Inventario de Experiencias en Duelo (IED), Inventario Texas Revisado de Duelo (ITRD) y Cuestionario de Duelo Complicado (IDC):

Inventario de Experiencias en Duelo (IED), (The Grief Experience Inventory) instrumento auto aplicado con duración aproximada de veinte minutos, explora las áreas somática, emocional y relacional de paciente, el coeficiente alfa de Crombach varia en las distintas subescalas entre 0.52-0.81, cuenta con 135 ítems dicotómicos (V/F), en 18 escalas (3 validez, 9 clínicas, 6 experienciales).

Inventario Texas Revisado de Duelo (ITRD), ( The Texas Revised Inventory of rief) instrumento auto aplicado con duración aproximada de diez minutos, puede auxiliar agrupando al doliente en alguna de las cuatro categorías siguientes: ausencia de duelo, retardado prolongado y agudo, Conductas sentimientos justo después de la pérdida y del momento actual, permite medir los cambios está dividido en dos partes, la primera con 8 ítems y la segunda con 13 evaluadas en escala tipo Likert con 5 categorías de respuesta alta fiabilidad alta 0.77 (la primera parte) y 0.86 (segunda parte)

Cuestionario de Duelo Complicado (IDC) de (Risk Index) Instrumento de auto aplicación duración de 10 minutos se aplica al considerar la existencia de duelo complicado, consta de ocho preguntas con una escala de tipo Likert.

Diagnóstico diferencial. En el proceso de duelo podrían presentarse algunos síntomas que son consistentes con estrés postraumático, ansiedad, conductas sucias y depresión (el duelo comparte con esta el mayor número de síntomas) si se detecta algún trastorno concomitante con duelo se hace necesario la aplicación de algunas pruebas como Escala de depresión de Hamilton, para estrés post traumático Cuestionario de experiencias traumáticas (TQ) (Davidson y cols., 1990), Escala de trauma Davidson (DTS) (Davidson y cols., 1990), para medir ansiedad, Escala de Hamilton para ansiedad (HARS), en caso de conducta suicida Escala de riesgo suicida de Plutchik (Risk of suicide, RS) Escala de intencionalidad suicida de Beck (Suicide Intent Scale. SIS), para contrastar la calidad de vida se puede aplicar, Cuestionario FS-36 (Short Form SF-36) J. E. Ware C.D.Sherbourne, en caso de somatización puede aplicarse Test de Othmer DeSouza.

Escala de depresión de Hamilton, escala auto aplicada con duración de diez minutos, mide la intensidad de los síntomas depresivos, contiene 17 items.

Cuestionario de experiencias traumáticas (TQ) (Davidson y cols., 1990), auto aplicada duración veinte minutos, criado de tres partes: 17 experiencias traumáticas más frecuentes, 9 características de acontecimiento traumático, 18 items síntomas.

Escala de trauma Davidson (DTS) (Davidson y cols., 1990), adultos auto aplicado, mide la frecuencia y gravedad de los síntomas con 17 items de evaluación y 17 del DSM-IV-TR.

Escala de trauma Davidson (DTS) (Davidson y cols., 1990), adultos auto aplicada, mide la frecuencia y gravedad de los síntomas con 17 ítems de evaluación y 17 del DSM-IV-TR

Escala Hailton para ansiedad, escala hetero aplicada con duración de diez minutos, mide la ansiedad contiene 14 ítems que evalúan aspectos físicos, psíquicos y conductuales.

Escala de riesgo suicida de Plutchik (Risk of suicide, RS) auto aplicada con duración de diez minutos evalúa riesgos suicidas, diferencia entre individuos normales y los que han realizado algún intento. Contiene 15 ítems con posibles respuestas son si/ no.

Escala de intencionalidad suicida de Beck (Suicide Intent Scale. SIS) etéreo aplicada con duración de quince minutos, es recomendada para personas con intentos suicidas evalúa las características de la tentativa.

Cuestionario FS-36 (Short Form SF-36) J. E. Ware C.D.Sherbourne. Auto aplicado con duración de veinte minutos, se aplica para medir la salud física mental con 36 ítems en 8 escalas, funcionamiento físico, rol físico, dolor, salud general, vitalidad, funcionamiento social, rol emocional, salud mental.

Test de Othmer DeSouza. Auto aplicada en adultos, duración de diez minutos. Permite detectar trastorno de somatización consta de 6 temas con respuesta dicotómica.

### 3.4.3 Intervención o tratamiento.

Una vez evaluado el doliente, se plantearán las estrategias de intervención de acuerdo con el diagnóstico, la duración del tratamiento y el número de sesiones posibles, costo, horarios de atención y frecuencia de estas, todo esto se acordará con la persona que consulta desde el inicio de contrato terapéutico. Con la idea de dar un orden y estructura a esta propuesta se retomó en parte el esquema de la Guía de intervención psicosocial y cuidados duelo de Alarcón et al. (2009) en la que los autores mencionan una separación de tratamiento por diagnóstico, esto es duelo normal, riesgo de duelo complicado y duelo complicado, sin embargo, las técnicas que se mencionaran en adelante pueden ser utilizadas en cualquiera de estos casos de acuerdo con la evolución del duelo y las necesidades del usuario.

En una primera forma de intervención del duelo, depende del propósito de la persona para lograr el equilibrio psicoemocional puede ser de carácter informativo para orientar su proceso, se sugiere dar seguimiento en la evolución de duelo o bien iniciar el proceso terapéutico. En caso de que haya menores en casa cuando ocurre una pérdida es recomendable involucrar a los pequeños en los rituales funerarios siempre acompañados de un adulto, de acuerdo a su edad y madurez, únicamente si ellos lo desean, la edad promedio recomendada es de seis a siete años, no es conveniente mentir ni esconder la realidad de la muerte con historias de viajes largos o cosas parecidas, tampoco exponerlos a las expresiones dolorosas y desbordadas iniciales de la pérdida, resolver sus dudas, se sugiere en lo posible no cambiar la rutina normal del niño, informar a la institución educativa a la que asiste y comentar con los educadores las reacciones y conductas normales que se puedan presentar en el menor, es

necesario mantener comunicación constante y si es necesario también iniciar el proceso psicoterapéutico con el menor.

Riesgo de duelo complicado. Cuando se detectada esta posibilidad se sugiere no solo iniciar el proceso terapéutico sino también utilizar las estrategias basadas en las Tareas de Worden, (1997) referido por Alarcón et al. (2009) Aceptación de la pérdida, Facilitar la expresión de las emociones, Ayudar a la persona a adaptarse a la nueva vida sin el fallecido Ayudar a situar emocionalmente al fallecido de manera adecuada y seguir viviendo, además de solución de problemas según sea el caso.

Los objetivos de esta estrategia son: facilitar el duelo normal, la prevención de un duelo complicado. Cuando se ha diagnosticado duelo complicado se recurrirá a distintas técnicas para trabajar con las reacciones y síntomas anormales que presente el doliente, se hace difícil delimitar el número de sesiones en estos casos, pero se propone que esta (intervención) oscilará entre quince y veinte sesiones de acuerdo con el caso dando seguimiento por lo menos durante el primer año. Independientemente del tipo de duelo que esté transitando el doliente, el terapeuta buscara regularizar las áreas de la vida afectadas (personal, social, emocional y familiar); reestructurar los pensamientos negativos desproporcionados que presente; mejorar la calidad de vida ayudando a la adaptación de la nueva situación. Para lo que se podrían utilizar técnicas mencionadas en los tipos de duelo anteriores y técnicas de terapia cognitivo conductual.

Una vez que se ha hecho la distinción entre los distintos procesos de duelo señalo algunas de las acciones a realizar en el proceso de intervención:

- Ayudar a hacer real la pérdida. La sensación de irrealidad y sopor inicial reflejan la negación de la pérdida, es conveniente ayudar a la persona a aceptar que la pérdida es irreversible y el ser querido no regresará. Para esto se sugiere preguntar sobre las circunstancias de la muerte, ¿quién le informó?, ¿cómo fue el funeral? Por lo sensible del tema es necesario no presionar al doliente, darle tiempo para que se exprese, respetar su ritmo y considerar estos puntos desde las primeras entrevistas. La palabra muerte es y debe ser parte del vocabulario del doliente pues podría encontrar sustitutos que le permitan evadir la realidad de esta (muerte) esta tarea es un proceso que se realiza de a poco. Asistir a los rituales de despedida pueden ser una herramienta para hacer real la pérdida en caso de no asistir a ellos se preguntarán los motivos y se facilitará una despedida en este caso.
- Facilitar la expresión de las emociones. Ayudar a identificar y expresar los sentimientos, en situaciones de pérdida las personas suelen no reconocer sus sentimientos y sienten temor de estar volviéndose locos por el nivel de dolor y sufrimiento, en estos casos el terapeuta puede ayudar a identificar y validar los sentimientos negativos y positivos, ayudar a ventilar y expresar las emociones, normalizar los sentimientos y emociones mediante la normalización de estos. Entre los sentimientos que se pueden presentar en estos casos pueden ser: rechazo, culpa, tristeza, soledad, fatiga, impotencia, shock, anhelo, emancipación, alivio, insensibilidad, sin embargo los que pueden causar más conflictos son: El enfado que puede dirigirse al personal médico, familiares y contra sí mismo en forma de autolesiones y/o conductas suicidas (aplicación de test antes mencionados), el terapeuta puede ayudar redirigiendo esto mediante

preguntas sobre aspectos positivos y negativos del fallecido, que cosas extraña de él y cuáles no.

- Culpa: uno de los sentimientos más comunes por el contexto cultural, existe la culpa irracional en la que se usa la técnica de confrontación cuestionando al paciente sobre lo que hizo o no por el fallecido mediante preguntas como ¿Qué hiciste? ¿qué más? La culpa racional puede surgir por ejemplo de un accidente donde murió el ser querido, en este caso se puede recurrir a la técnica de reestructuración cognitiva y al mismo tiempo se recomienda analizar por qué y de donde surge este sentimiento de culpa. Culpa por sobrevivir surge cuando la persona sobrevivió a la circunstancia donde su ser querido murió.
- Ansiedad. Ante cambio de circunstancias y la ruptura de la estructura total de la vida de las personas pueden generarse miedos y sentimientos de impotencia lo que genera ansiedad que puede manifestarse como síntomas físicos (sensación de ahogo, sudor palpitaciones) y conductas. Puede trabajarse por medio de la reestructuración cognitiva, información de la sintomatología física, y técnicas de relajación.
- Tristeza. El entorno social del doliente suele obligarlos a contener sus sentimientos por lo que a algunas personas se les dificulta llorar, en este caso el terapeuta promoverá el desahogo emocional permitiendo el llanto, mostrando respeto, dando tiempo y validando los beneficios de la expresarse. Normalizando la tristeza como parte del proceso de duelo, ayudar a retomar si existe alguna actividad gratificante y evitar el aislamiento.

- Ayudar a vivir si el fallecido. El proceso de adaptación a las nuevas circunstancias de vida de los sobrevivientes después de la muerte de un ser querido dependerá de cuál era el papel del fallecido en su vida, en algunos casos era el principal proveedor económico, quien tomaba las decisiones familiares, quien daba la posición económica y social del grupo, dependiendo de estos factores y el nivel de dependencia, será la dificultad de adaptación al nuevo panorama familiar y personal. Se puede apoyar a los dolientes facilitando la toma de decisiones inicialmente en asuntos de poca importancia asegurando resultados exitosos y poco a poco aumentando el riesgo, debe considerarse posponer cambios radicales en los estilos y forma de vida. Se sugiere evitar el aislamiento y entrena a los dolientes en solución de problemas.
- Facilitar la recolocación emocional del fallecido y seguir viviendo. Pueden ocurrir dos situaciones opuestas en la persona ante la pérdida. Necesidad de encontrar otra persona para sustituir al fallecido o Auto castigo, el doliente suele manifestar ideas como “nunca volveré amar” “nunca volverá a tener pareja” “no tendré otros hijos” la idea es no deshonrar la memoria del muerto. No se trata de sustituir al fallecido teniendo rápidamente otro hijo o relación o pensar que el ser querido es irremplazable (esto es cierto) de lo que se trata es de permitirse llenar el vacío. De acuerdo con Neimeyer (2002) citado por Alarcón et al. (2009) no se trata de olvidar al fallecido sino de resignificar la relación con él ya que la muerte transforma las relaciones en lugar de finalizarlas, poner al muerto en el lugar que le corresponde, utilizar el recuerdo de manera tranquila sin sufrimiento y darse una oportunidad sin prisa.

Otros puntos importantes que considerar son: dar tiempo al proceso de duelo, este es distinto en cada persona, dar contención, asesoría y ayuda en fechas importantes. Anticipar acontecimientos difíciles en los aniversarios, cumpleaños, fiestas vacaciones. Normalizar y legitimar los síntomas que el doliente presenta. Si es necesario dar apoyo continuo al paciente, estar disponible y dar seguimiento valorar tipos de afrontamiento poco sanos como el consumo de sustancias como alcohol y/o drogas. Identificar patologías y derivar desde el inicio o durante el proceso de tratamiento.

Alarcón et al. (2009) mencionan que algunas técnicas de la corriente cognitivo conductual expuestas por Caballo (2007) son viables para el trabajo del duelo, como a continuación señalo:

- Reestructuración de pensamientos distorsionados. Las personas en duelo suelen tener pensamientos alterados para lo que se puede utilizar el autorregistro para concientizar a la persona de ellos y cuestionarle por ejemplo ¿Qué evidencia sustenta este pensamiento? ¿Qué utilidad tiene este pensamiento?
- Detención de pensamientos. Técnica utilizada para detener pensamientos rumiantes utilizando palabras como stop o alguna señal que indique cambio de pensamiento.
- Sanciación cognitiva, se pide al usuario grave o repita varias veces al día el pensamiento que le preocupa.
- Dedicar un momento al día para el pensamiento distorsionante. Determinar un momento del día para pensar en la idea que le preocupa, pero no podrá hacerlo fuera de este tiempo.

Métodos de relajación. Existen muchos y dependerá de la capacidad y salud física del doliente y del profesional.

- Relajación muscular de Jacobson. Se realiza contrayendo y relajando de manera ordenada y guiada todos los músculos del cuerpo.
- Técnica de relajación autógena. Técnica guiada que consiste en visualizar y pensar sensaciones por medio de la imaginación.
- Relajación diafragmática. Se trata de concentrar la atención en la respiración haciéndola consciente, esta técnica es la más sencilla de aplicar, pero no menos eficaz.

Técnicas de exposición. El cementerio, la habitación o la casa del fallecido pueden ser lugares que los usuarios eviten deliberadamente después de la muerte de un ser querido, por ser demasiado doloroso asistir a ellos, se sugiere la exposición en momentos adecuados y de forma progresiva para evitar que los usuarios abandonen el tratamiento, esta técnica es la desensibilización progresiva misma que se aplicara en conjunto con técnicas de relajación, el grado de exposición lo determinara el paciente.

Técnicas operantes. Se deben aplicar de forma adecuada, enfocándose en una conducta concreta, de manera contingente y automática estas técnicas fáciles de aplicar en el tiempo evitan la saciación de reforzamiento. Estas técnicas son útiles para disminuir las conductas desadaptativas, para aumentar y mantener conductas adaptativas para el proceso de duelo.

Resolución de problemas. Dada la situación emocional de los dolientes se recomienda posponer las decisiones importantes en los primeros momentos del duelo o bien delegar esta

responsabilidad a personas de confianza que ayude a decidir, la resolución de problemas es una técnica en la que enfrenta al cliente a situaciones nuevas para afrontar y resolver, el objetivo general en este caso es mostrar a los usuarios el caos desorientación y otros problemas que le pueden aquejarle y que en situación de duelo son normales. Barreto y Soler (2007) mencionados por Alarcón et al. (2009) plantean los siguientes pasos. Antes de iniciar con la resolución de problemas es conveniente mejorar el estado emocional de los usuarios con las técnicas mencionadas anteriormente.

Definición operacional del problema. Para esto se pueden usar preguntas como ¿quién tiene el problema? ¿en qué consiste? ¿Cómo afecta a mi vida? ¿Cómo me afecta y como me siento? ¿Estoy haciendo algo para mejorar? Las respuestas permiten detectar la problemática y generar las alterativas.

Generar el mayor número de alternativas posibles. Será más fácil encontrar la mejor alternativa teniendo más opciones.

Toma de decisiones. De todas las posibles soluciones planteadas se elegirá la mejor para el doliente teniendo en cuenta los costos beneficios.

Planificación, aplicación, verificación y eficacia de la alternativa propuesta. Si la estrategia elegida no es efectiva se recomienda modificarla o bien tomar otra.

Se pueden aplicar, Entrenamiento en habilidades sociales, los rituales de despedida, ventilación de emociones (Caballo, 2002).

La teoría de reconstrucción del significado, propuesta por Neimeyer (2002) mencionado por Alarcón et al. (2009) menciona que después de la muerte de un ser querido los sobrevivientes se ven obligados a construir un mundo de significados nuevos que les permita vivir acorde a la nueva realidad, con este fin los siguientes ejercicios podrían auxiliarse pueden realizarse en casa como parte del trabajo terapéutico supervisado o bien en el contexto de la consulta psicológica.

- **Biografías.** Se trata de que el doliente nos cuente la vida del ser querido fallecido para tener una imagen global y en contexto, tomara datos de carta y documentos como fuentes de información. Datos sorpresa, si existen fuentes diversas se encontrarán datos distintos de la persona en cuestión para nuestro análisis. Se asume que estas biografías son incompletas a pesar de usar datos objetivos se debe cuestionar cuál es su significado e ese momento. Deben ser dirigidas de forma específica a la familia, así mismo, o al público en general.
- **Caracterización de la pérdida.** Técnica narrativa que facilita la exploración del impacto de la pérdida en la persona doliente, se le pide que escriba en tercera persona y relate como era el fallecido desde su propia perspectiva.
- **Cartas que no se envían.** Esa técnica se utiliza cuando existe resentimiento y/o culpa por la pérdida y consiste en escribir al fallecido, donde se le comunica algo que no se pudo decir.
- **Diarios.** Permite al doliente descargar recuerdos dolorosos en pérdidas traumáticas. Para que sean efectivas es necesario: centrarse en la pérdida,

escribir sobre aspectos que no se han dicho a nadie no lo hará, lo que importa es el contexto no la ortografía o la forma de escribir.

- Dibujos e imágenes Se solicita al cliente realizar un dibujo sobre a pérdida y se comenta el significado.

Reconstrucción de significados. Esta se elabora mediante preguntas divididas en tres secciones que permiten la reconstrucción de significados. Preguntas de entrada:

- ¿Qué experiencias de muerte o pérdida le gustaría experimentar?
- ¿Qué recuerda de su reacción inicial?
- ¿Cómo ha cambiado su sentimiento desde ese momento?
- ¿Cómo respondieron ante la pérdida las personas cercanas? ¿y ante su reacción?
- ¿Cuál fue para usted la parte más dolorosa?

Preguntas de explicación.

- ¿Qué sentido le dio a la muerte en aquel momento?
- ¿Cómo interpreta a pérdida ahora?
- ¿Le ayudaron sus creencias religiosas? ¿Qué efecto tuvo sobre ellas
- Preguntas de elaboración
- ¿Cómo ha afectado a sus prioridades?
- ¿Cómo afecta a su visión del mundo de sí mismo?
- ¿Qué ha aprendido a raíz de la pérdida?

- ¿De qué modo cambiaría su vida si esta persona no hubiera fallecido?

Epitafios. Se trata de escribir frases significativas en la relación del doliente y el fallecido y dejarla o no donde se encuentra el cuerpo de este.

Galería de fotografías. Se pueden reconstruir los significados creando una galería de fotos que permita recordar al fallecido.

Huella vital. Se trata de reconocer la forma en que el fallecido ha influenciado al doliente en su forma de hablar, en el ámbito laboral, en sus gestos, características de personalidad, con este gesto se hace un homenaje a fallecido.

Lectura reflexiva. Se deben tomar en cuenta la capacidad lectora antes de recomendar algunos textos de auto ayuda que podrían ser útiles para el doliente, considerando su interés.

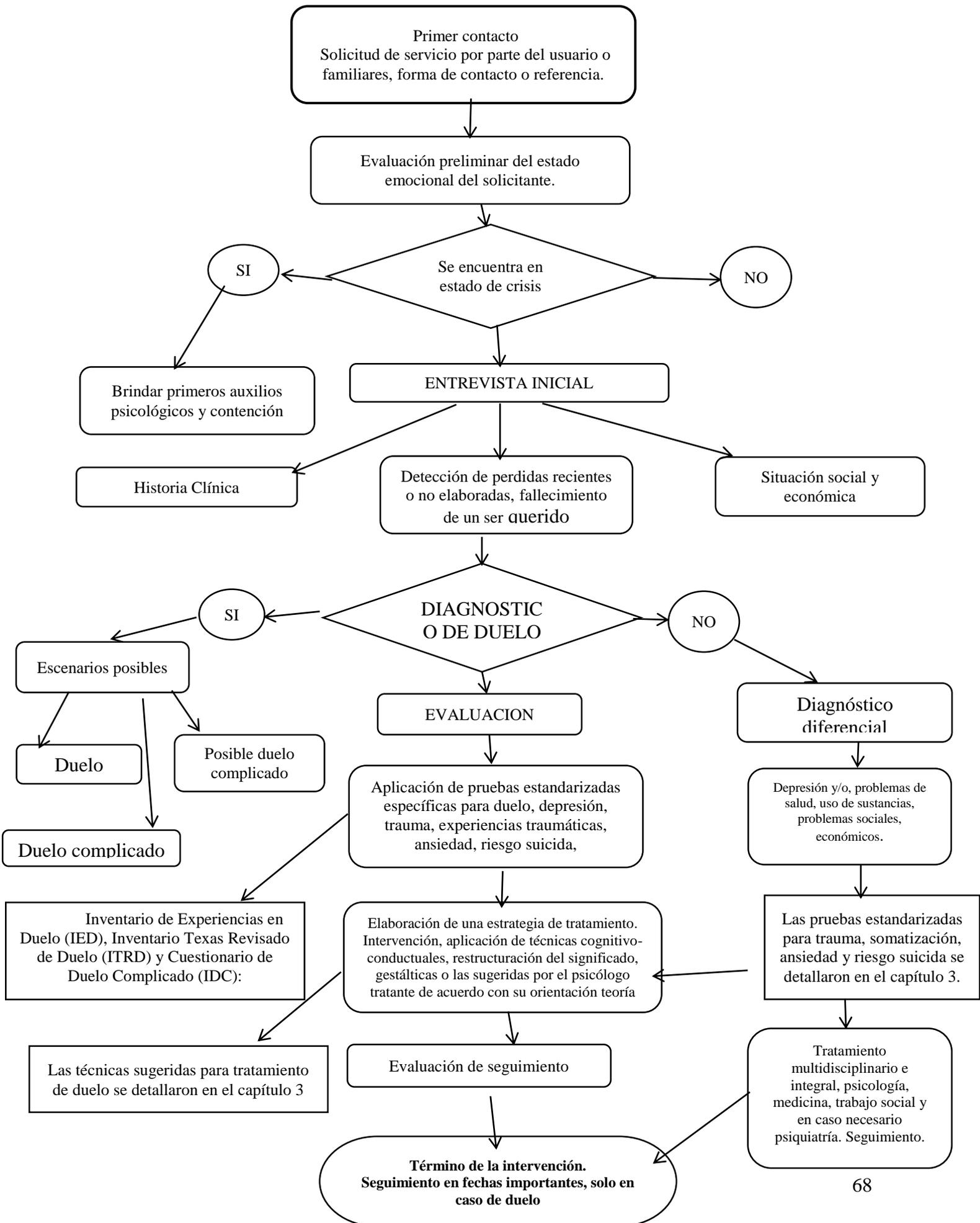
Rituales. Una forma auxiliar de asumir la pérdida es realizar rituales, no importa si son formales, informales o personales

Técnica de la silla vacía (gestáltica). Es una técnica propuesta por Worden (1997) citado en Alarcón et al. (2009) Consiste en proponer al doliente hablar en primera persona en presente frente a una silla vacía como si su ser querido estuviera presente, para expresar sus sentimientos, pensamientos, su relación y la muerte. Megles y Demas (1980) mencionado Alarcón et al. (2009) a diferencia de la técnica anterior se trata solo de que el doliente cierre los ojos e imagine que habla con su ser querido.

Las propuestas anteriores de diagnóstico, evaluación y tratamiento son parte de la propuesta de ruta crítica a considerar en la práctica clínica para el trabajo del duelo, esta puede ampliarse tanto como el psicólogo tratante tenga herramientas para hacerlo y elegir otras técnicas de acuerdo a su orientación teórica, se recomienda una vez más la constante capacitación y profundización en temas de duelo por parte del psicólogo, lo que permitirá ser más capaz para acompañar a los usuarios para manejar y solucionar su duelo.

Con base a lo anterior la ruta crítica para el trabajo psicológico del duelo estaría representada de la siguiente forma:

RUTA CRÍTICA PARA ATENCIÓN PSICOLÓGICA EN CASO DE DUELO



### 3.5 Conclusión

El tratamiento del duelo desde la perspectiva psicológica va más allá de conocer su definición, las teorías que lo dividen en etapas y aquellas (teorías) que consideran que el duelo es un proceso activo en el que se trabaja arduamente para la aceptación de una nueva realidad sin la persona u objeto amado. Cuando me planteé el tema para este trabajo, no sabía bien a bien por donde abordarlo, desconocía que una pérdida importante en etapas tempranas del ciclo vital, afecta de manera considerable el desarrollo de los individuos, de tal modo que estos hechos y las circunstancias que lo rodean, pueden ser determinante en el desarrollo de formas sanas de apego y de afrontamiento de pérdidas futuras, cada etapa del ciclo vital tiene características distintas y representa retos distintos ante las pérdidas que son inevitables a lo largo de la vida, por lo que se hace indispensable el conocimiento de las posibles afectaciones por duelo en los individuos dependiendo de sus características personales y la etapa del ciclo vital que trascorra en el momento de la pérdida.

Aprendí que hasta hace poco tiempo el estudio, investigación y tratamiento del duelo estaba centrado en la perspectiva médico- psiquiátrica, tanto es así que el proceso de duelo es comparado por Engel con la curación de una herida fisiológica, el duelo no solo se transita por la muerte de un ser amado o significativo, lo que llamamos tristeza o depresión por la pérdida de un bien o un objeto simbólico es también un duelo, que quizá para otras personas ajenas al doliente no tiene sentido su sufrimiento, esto es porque no importa lo que se perdió sino el significado que tenía para el doliente lo perdido. El duelo es un proceso personal e íntimo, más aun cuando es por la muerte de un ser querido, pero sin embargo se transforma en un

acontecimiento biológico, social, legal, religioso y cultural que afecta a los sobrevivientes y los que están alrededor de manera importante.

Como mencione antes me encontraba sin una idea clara para abordar el duelo desde la perspectiva psicológica de forma efectiva y eficiente por lo que decidí con lo aprendido hacer una ruta que pudiera ser usada por psicólogos que se interesen por la terapia de duelo, con la idea de ser asertivos en el proceso evaluación, diagnóstico y tratamiento, en beneficio de los usuarios. El trabajo psicológico en el duelo tiene la opción de ser muy efectivo pero el público en general desconoce estas ventajas, por lo que busca un tanatólogo, sin devaluar el trabajo de contención y primeros auxilios que estos y otros profesionales de la salud prestan a los usuarios en los primeros momentos de la pérdida, antes al contrario creo que se debería hacer un seguimiento multidisciplinario en este tema tan sensible y delicado, estos profesionales de la salud podrían conocer esta ruta crítica como parte del trabajo que compete al psicólogo con la idea de detectar usuarios que no cuente con los recursos personales para manejar el duelo de forma efectiva y en su caso canalizar a las áreas correspondientes para una atención integral.

Cabe mencionar que este trabajo es solo el inicio de una propuesta que puede ir creciendo y perfeccionándose, que en un segundo momento y a manera de darle continuidad para futuras investigaciones llevarlo a la practicas para hacer observaciones, correcciones o bien demostrar la efectividad para el trabajo del psicólogo con el duelo, de tal manera, que esto es solo el comienzo de una propuesta de trabajo que podría enriquecerse a futuro, por ejemplo con un tipo de enfoque psicológico en particular con técnicas que orientarían el manejo del duelo, que aunque mencione algunas, no descartó la posibilidad de otras teorías para ello.

Pensé en una ruta crítica similar a las que se utilizan en las áreas de planeación en distintos ámbitos de la industria para la producción o construcción, ya que se conoce antes de empezar a generar un producto, desde el inicio hasta el producto terminado, se conocen requerimiento de materiales, tiempos y costos, posibles problemáticas y soluciones con lo que se evita pérdida de tiempo y recursos, con este esquema como base intente la construcción de una ruta crítica del tratamiento del duelo que permita al psicólogo tener la información necesaria para la evaluación el diagnóstico y el tratamiento más eficiente para cada usuario que solicite su servicio. En este punto se hace necesario puntualizar que los recursos teóricos, metodológicos y la práctica clínica con los que cuente el psicólogo serán de suma importancia para hacer eficiente su trabajo, es por esto que se requiere mucha capacitación e investigación constante en los procesos de duelo.

Me pareció importante mencionar la fase de diagnóstico en este esquema específico ya que el psicólogo al recibir la información por parte del cliente plantea hipótesis que se corroboraran o rechazan después de la evaluación, estas (hipóstasis) sirven de guía para orientar la evaluación.

Considere importante sugerir en la fase de evaluación, realizar algunas pruebas estandarizadas específicas (en trabajo de duelo) que pueden ayudar a detectar depresión, ansiedad, trauma e ideación suicida, esto permitirá un acercamiento al estado que guarda cada paciente en el momento de solicitar la ayuda profesional, la evaluación facilita emitir un diagnóstico acertado, con lo que se evita la pérdida de tiempo al plantear las estrategias correctas de tratamiento, cabe mencionar que estas pruebas son un apoyo para el trabajo psicológico y se aplicaran solo las necesarias en cada caso específico.

En la fase de tratamiento mencione algunas estrategias o tareas cuya eficacia ya ha sido comprobada con bases científicas y aplicadas en tratamiento de duelo, cada terapeuta podrá aplicar en cada caso especio y de acuerdo con su orientación teórica seguramente existen más y surgirán muchas otras, esto solo es una propuesta e invitación a seguir investigando en el tema de duelo.

Finalmente puedo decir que este trabajo cumple solo de manera inicial mi objetivo de construir una ruta crítica para el trabajo del duelo por parte del psicólogo. Hace falta investigación y trabajo a futuro.

### 3.6 Referencias.

Alarcón et. al. (2009). *Guía de intervención psicosocial y cuidados de duelo*. Recuperado de: <https://psicologosemergenciasbalears.files.wordpress.com/2017/01/8cuidados-duelo.pdf>

Arrieta, F. (2016) *El duelo y sus etapas*. Recuperado de <https://capas.com.mx/2016/06/28/duelo-y-etapas/>

Arberola, V., Adsuara, L. y López, N. (2020). Intervención individual en el duelo. Los desafíos de un duelo-Recuperado de: [https://www.dgire.unam.mx/contenido\\_wp/documentos/bienestar-emocional/desafios.html](https://www.dgire.unam.mx/contenido_wp/documentos/bienestar-emocional/desafios.html)

Artaras, B., Sierra E., Gonzales, F.,García, J., Blanco, V. y Landa V. (2017). Guía sobre el duelo en la infancia, la adolescencia, formación para madres, y profesionales. España: Colegio de Médicos, de Biskaya.

Bados, L. (2008). La intervención psicológica, características y modelos. Universidad de Barcelona. <http://diposit.ub.edu/dspace/handle/2445/4963>

Barnacho, M., Jiménez, A., Grados, A., y Vialas, L. (2020). *Covit-19. Guía para familiares en duelo*. Recuperado: de [http://www.infocoponline.es/pdf/GUIA\\_PARA\\_FAMILIARES\\_EN%20DUELO\\_GT%20Duelo.pdf](http://www.infocoponline.es/pdf/GUIA_PARA_FAMILIARES_EN%20DUELO_GT%20Duelo.pdf)

Barreiro, A. (2017). Psicoeducación tanatològica ante la pérdida de personas afectivamente significativas tras desastres naturales. (Tesis licenciatura). Recuperada de <http://repositorio.usfq.edu.ec/bitstream/23000/6755/1/132439.pdf>

Barreto, P. (2008) *Intervención psicológica en el sufrimiento la final de la vida y en la elaboración del duelo*. Recuperado de: [http://www.infocop.es/view\\_article.asp?id=2052](http://www.infocop.es/view_article.asp?id=2052)

Burica, I. y Ortiz, C. (2007). *Representaciones de la muerte en el niño*. (Tesis de Maestría) inédita. CINDE, Universidad de Manzanara, Medellín, Colombia.

Cid, L. (2011) *Explícame que paso, Guía para ayudar a los adultos para hablar de la muerte y el duelo con los niños*. Madrid. Fundación Mario Losantos del Campo.

Consuegra, N. (2010). *Diccionario de Psicología*. (Segunda Edición). Bogotá. Colombia: Ecoe Ediciones.

Diccionario de la Real Academia. Recuperado de <https://dle.rae.es/?id=Q0MaZUb>

Duque, H. (2007). *Los ciclos vitales del ser humano*. Bogotá. Colombia: San Pablo.

Duran, X. (2009). *Manual de estrategias para el tratamiento del duelo, Vía internet*. (Tesis de licenciatura) <http://132.248.9.195/ppt2002/0720069/Index.html>

Echeburua, E., Salaberria, K., Corral, P. y Cruz, S. (2012). *Funciones y ámbitos de actuación del psicólogo clínico y el psicólogo general sanitario: Una primera reflexión*. Behavior Psychology. Recuperado de: [https://www.behavioralpsycho.com/wp-content/uploads/2019/08/10.Echeburua\\_20-2oa.pdf](https://www.behavioralpsycho.com/wp-content/uploads/2019/08/10.Echeburua_20-2oa.pdf)

Fraustro, L., Medina, I.V. y González, C.L. (2014). *Manual de tanatología. Intervención psicológica para pacientes con discapacidad crónico-degenerativa*. Recuperado de <https://www.medigraphic.com/pdfs/epsicologia/epi-2014/epi142f.pdf>

Freud, S. (1915-1917) Recuperado de <http://caece.opac.com.ar/gsd/collect/apuntes/index/assoc/HASH016e.dir/doc.pdf>

Gamo, E. y Pazos P. (2009). El duelo y las etapas de la vida Rev. Asoc. Neuropsi. Volumen XXIX N<sup>a</sup> 4 pp.p.455-469. Recuperado de <https://www.researchgate.net/publication/38292132> El duelo y las etapas de la vida

García, C. (n.d.) *El duelo en la infancia. Como como ayudar ante la muerte y otras pérdidas como el cambio de hogar o el colegio*. Recuperado de <https://edukame.com/el-duelo-en-la-infancia#enlace-ficheros-revista>

Gómez, C., Hernández, G., Rojas, A. Santacruz, H. y Uribe, M. *Psiquiatría Clínica. Diagnóstico y Tratamiento en adultos niños y adolescentes y adultos*. (3<sup>a</sup> Edición). Colombia: Editorial medica panamericana.

Gómez, M. (2007). *La pérdida de un ser querido. El duelo y el luto*. (Segunda Edición). Madrid. España: Aran.

Gómez, M. y Garau, J. (2006). Dolor, y su sufrimiento al final vida. Madrid. Aran.González C. (2002). *Duelo*. Recuperado de <http://www.medicinadefamiliares.cl/Protocolos/DUELO%201.pdf>

González., Ordoñez, A., Zamora, P. y Espinoza, E. (2007). *Tratado de medicina paliativa tratamiento de soporte al paciente de cáncer*. México: Editorial Medica Panamericana.

Gonzales, V. (2006). *Trabajo social, familiar e intervención en proceso de duelo con familias*. Comunicación al congreso de escuelas universitarias de trabajo social. Sevilla.

Huerta, L. (2017). *Duelo como proceso relacional, descalificación victimización, empatía y consuelo*. Recuperado de: [https://www.researchgate.net/publication/324982690\\_EL\\_DUELO\\_COMO\\_PROCESO\\_RELACIONAL\\_DESCALIFICACION\\_VICTIMIZACION\\_EMPATIA\\_Y\\_CONSUELO/link/5ae6fd6cf0f7e9b01d3e2d4cd/download](https://www.researchgate.net/publication/324982690_EL_DUELO_COMO_PROCESO_RELACIONAL_DESCALIFICACION_VICTIMIZACION_EMPATIA_Y_CONSUELO/link/5ae6fd6cf0f7e9b01d3e2d4cd/download)

Kubler\_ Ross, E. (1975). *La muerte y los moribundos*. Cuarta edición. Barcelona. España: Grijalbo.

Levistein, R. (2017). *El papel del psicólogo en el proceso de duelo ante la muerte*. Tesis Licenciatura. Universidad Autónoma de México, Facultad de Estudios Superiores Iztacala. Los Reyes Iztacala México.

López, A. (2010). *Duelo perinatal: un duelo dentro de un misterio*. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría. Recuperado de: <http://scielo.isciii.es/pdf/neuropsiq/v31n1/05.pdf>

López, I. (2018). *Duelo en situaciones especiales abordaje terapéutico para familiares de duelo por muerte traumática suicidio y personas desaparecidas*. Tesis de licenciatura. Recuperada de <http://www.repositorio.usac.edu.gt/7975/1/T13%20%282638%29.pdf>

López, et. al. (2010). *Guía clínica seguimiento de duelo*. Recuperado de: <http://www.psicofundacion.es/uploads/pdf/Guia%20clinica%20seguimiento%20del%20duelo.pdf>

López, M. (2014). *Tanatología como abordaje terapéutico en familias que sufren la muerte violenta de un ser querido*. Tesis de licenciatura. Recuperada de: <http://www.repositorio.usac.edu.gt/7975/1/T13%20%282638%29.pdf>

Losantos, S. (s.f.). *Aptitudes necesarias para ser un buen experto en duelo*. Recuperado de: <https://www.fundacionmlc.org/aptitudes-experto-en-duelo/>

Mariconi, V. y Barbero, J. (2020). *Guía de acompañamiento al duelo COVID 19* recuperado de: <http://www.cop.es/uploads/PDF/GUIA-ACOMPANAMIENTO-DUELO.pdf>

Meza, E.G. García, S., Torres, A., Castillo, L., Suárez, S. y Martínez, B. (2008, Enero-Marzo) *El proceso de duelo. Un mecanismo humano para el manejo de las pérdidas emocionales*. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/473/47316103007.pdf>

Montouri, E. (mayo, 2013). *Duelo visto desde la Teoría del apego*. Recuperado de <https://www.apra.org.ar/pdf/mayo2013/montouri.pdf>

Morán, R. (2016). *La muerte desde la psicología del desarrollo*. Recuperado de <https://psicorobert.wordpress.com/2016/02/19/la-muerte-desde-la-psicologia-del-desarrollo/>

Noguera, N., y Perez C. (2014). *La situación de enfermería: “un milagro de vida” en la aplicación integral del proceso de duelo*, *av.enferm.*, XXXII (2): 306-313, 2014. Recuperado de [file:///C:/Users/PC/Downloads/46245-224574-1-PB%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/PC/Downloads/46245-224574-1-PB%20(1).pdf)

Papalia, D., Wenk, S y Duskin R. (2010). *Desarrollo Humano*. México: Mc Graw Hill.

Payas, A. (2010). *Las tareas del duelo. Psicoterapia de duelo desde el modelo integrativo-relacional*. España: Paidós.

Pérez, N. y Navarro, I. (2011). *Psicología del desarrollo humano. Del nacimiento a la vejez*. Alicante España. ECU.

Quintanar, F. y García, C. (2010). *Intervención tanatología para población anciana hacia una psico tanatología basada en el evidencia*. Journal of behavior, Healt and Social Issues. recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/2822/282221720002.pdf>

Rice, P. (1997). *Desarrollo Humano. Estudio de del ciclo vital*. Segunda edición. México: Pearson.

Rico, D.M. (2017). Cuando muere un ser querido... variables asociadas a la vivencia ante la muerte. Vol. 20. Núm. 3 Recuperado de: <file:///C:/Users/PC/Downloads/61756-179566-1-PB.pdf>

Rodríguez, M., García, A., Brito, P. y Toledo, C. (2010). *Conceptualizaciones acerca del cuidado. Pérdida, duelo y enfermería*. Lenguaje del cuidado, Recuperado de [https://www.researchgate.net/publication/263854578\\_Perdida\\_duelo\\_y\\_enfermeria/citation/download](https://www.researchgate.net/publication/263854578_Perdida_duelo_y_enfermeria/citation/download)

Salazar, J. (2015). *Cuidados enfermeros a la familia del paciente al final de la vida*. Recuperado de <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/100103/1/100103.pdf>

Santos, M.L. y Roncal, C. M. (2012). *Importancia de la aceptación a través del proceso de duelo, de un hijo con discapacidad intelectual*. (Tesis Licenciatura) Recuperada de: <http://www.repositorio.usac.edu.gt/10521/1/T13%20%282078%29.pdf>

Silva, H., (1991). *Medicina legal y psiquiatría forense. Medicina legal. Tomo I*: Editorial Jurídica de Chile. Chile.

Soler; Mc. (2010). *Intervención en la familia y el duelo*. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=741199>

Soler, N. (2012) *La Guía práctica para personas en duelo, la pérdida de un ser querido*. Recuperado de: [https://www.sfbsa.es/sites/default/files/guia\\_duelo\\_perdida\\_ser\\_querido.pdf](https://www.sfbsa.es/sites/default/files/guia_duelo_perdida_ser_querido.pdf)

Solano, J. (2014). *Resumen sobre ruta crítica*. Recuperado de: <https://apfabian.files.wordpress.com/2014/08/ic-4810-ap-resumen-metodo-de-ruta-critica-fabian-lopez-quesada-201218870.pdf>

Stassen, K. (2009). *Psicología del desarrollo, adultez y vejez*. México: Paidós.

Tizón, J. (2004). *Perdida, pena, duelo, vivencia, investigación y asistencia*. España: Paidós.

Torres, G., (2018). *Propuesta de intervención psicológica, cognitivo-conductual en parejas de pacientes con óbito fetal*. (Tesis licenciatura). Recuperada de <http://132.248.9.195/ptd2019/enero/0784976/Index.html>

Valencia, H. (2008). *La tanatología como una herramienta en trabajo social*. (Tesis de licenciatura). Recuperada de:

<http://dgsa.uaeh.edu.mx:8080/bibliotecadigital/bitstream/handle/231104/479/La%20tanatologia%20como%20una%20herramienta.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Vega, S. (2012). *Intervención teratológica en la Unidad de Cuidados Integrales Avanzados para el Paciente Cardiópata del Instituto Nacional de Cardiología*. Revista mexicana de enfermería cardiológica. Recuperado de: <https://www.medigraphic.com/pdfs/enfe/en-2012/en121g.pdf>

Worden W. (2018). *El tratamiento del duelo. Asesoramiento psicológico y terapia*. Recuperado de [https://www.ecofuneral.es/wp-content/uploads/2018/10/williamworden\\_duelo.pdf](https://www.ecofuneral.es/wp-content/uploads/2018/10/williamworden_duelo.pdf)

Zanartu, C., Kramer, C. y Wietstruck, M. (mayo 2008). *La muerte y los niños*. Revista Chilena de Pediatría. Recuperado de <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rcp/v79n4/art07.pdf>