

UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
Facultad de Humanidades y Educación
Comisión de Estudios de Postgrado
Especialización en Psicología Clínica

**PROGRAMA DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA PARA AFRONTAR EL
DUELO EN FAMILIAS CON PÉRDIDAS TRAUMÁTICAS**

Tutora:
Rosa Lacasella Faltone

Autor
Eric D. Romero A.
CI: 19.087.693

CARACAS, 2018



Agradecimientos

A todas las personas que me apoyaron en los momentos más difíciles de mi vida y aquellas que no dejaron de creer en mí.

A mis padres que con su actitud estoica me brindaron fortaleza.

A Rosa Lacasella quién fue una gran maestra y guía

A Saturnina Clemente quién ha ayudado en mi desarrollo profesional.

Y a las familias que participaron en esta investigación, sin ellas nada de esto hubiese sido posible.

Pero sobre todo a la luna, siempre estuvo conmigo.



INDICE

	Pág.
ÍNDICE DE INDICE DE CUADROS	6
ÍNDICE DE TABLAS	8
ÍNDICE DE ANEXOS.....	9
RESUMEN.....	11
INTRODUCCIÓN	12

CAPITULO I

EL PROBLEMA

I.1.- Planteamiento del problema	14
I.2.- Justificación de la investigación.....	16
I.3.- Objetivo Generales	17
I.4.- Objetivos específicos.....	17

CAPITULO II

MARCO REFERENCIAL

II.1.- Bases teóricas.....	18
II.1.1.- Familia.....	18
II.1.2.- Trauma	19
II.1.3.- Perdida traumática.....	20
II.1.4.- Duelo	21
II.1.5.- Programa de intervención	24
II.2.- Investigaciones internacionales.....	27
II.3.- Investigaciones nacionales	29



CAPITULO III

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN Y RESULTADOS

III.1.- Etapa I.....	30
III.1.1.- Procedimiento	30
III.1.2.- Participantes.....	32
III.1.3.- Materiales, equipos e instrumentos.....	33
III.1.4.- Resultados	34
III.2.- Etapa II:.....	36
III.2.1.- Tipo y diseño de investigación	36
III.2.2.- Variable independiente: Programa de intervención psicológica.....	37
III.2.3.- Variable dependiente: Duelo	38
III.2.4- Participantes.....	38
III.2.5- Materiales e Instrumentos.....	38
III.2.6.- Procedimiento	40
III.2.7- Resultados.....	40
III.2.8- Resultados del pre-tests	41
III.2.9 Resultados del programa	42
III.2.10- Resultados del post-tests.....	50

CAPITULO IV

DISCUSION Y CONCLUSIONES

IV.1.- Efectividad del programa de intervención psicológica.....	52
--	----

CAPITULO V

LIMITACIONES Y RECOMENDACIONES

V.1-Limitaciones.....	59
V.2.-Recomendaciones	60



REFERENCIAS 61



ÍNDICE DE CUADROS

	Pág.
CUADRO 1	
COMPARACIÓN DE LOS SÍNTOMAS DE LA DEPRESIÓN MAYOR Y DEL DUELO NO COMPLICADO	21
CUADRO 2	
SIGNOS Y SINTOMAS DEL DUELO TRAUMATICO	23
CUADRO 3	
INVESTIGACIONES INTERNACIONALES Y APORTES A LA INVESTIGACIÓN.....	28
CUADRO 4	
ETAPAS DE LA INVESTIGACIÓN Y SUS RESPECTIVOS OBJETIVOS.....	30
CUADRO 5	
DATOS PERSONALES DE LOS EXPERTOS	32
CUADRO 6	
DIMENSIÒN Y OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES INDEPENDIENTES.....	38
CUADRO 7	
DESCRIPCIÓN DE LAS FAMILIAS QUE PARTICIPARON EN EL ESTUDIO ..	41



	Pág.
CUADRO 8	
DESCRIPCIÓN DEL COMPORTAMIENTO DEL FALLECIDO POR SUS FAMILIARES	43
CUADRO 9	
RESPUESTAS OBTENIDAS DE LA ENTREVISTA HEAADSSSP	44
CUADRO 10	
INDICADORES CONDUCTUALES, EMOCIONALES Y DEL PENSAMIENTO OBSERVADOS DURANTE LA ENTREVISTA	46
CUADRO 11	
INDICADORES DE LOGRO, TÉCNICA Y RESULTADOS OBTENIDOS DE LA APLICACIÓN DEL PROGRAMA (TAREA DEL DUELO II)	47
CUADRO 12	
TECNICAS QUE FUERON EFECTIVAS EN LOS INTEGRANTES DE LA FAMILIA NUMERO 2.....	50



INDICE DE TABLAS

	Pág.
TABLA 1	
RESULTADOS OBTENIDOS DEL CUESTIONARIO PARA LA DETECCIÓN DE NECESIDADES EN FAMILIAS QUE HAN PERDIDO DE MANERA TRAUMÁTICA A UN FAMILIAR. (PRIMERA PARTE DEL CUESTIONARIO)....	
.....	34
TABLA 2	
RESULTADOS OBTENIDOS DEL CUESTIONARIO PARA LA DETECCIÓN DE NECESIDADES EN FAMILIAS QUE HAN PERDIDO DE MANERA TRAUMÁTICA A UN FAMILIAR. (SEGUNDA PARTE DEL CUESTIONARIO) ..	
.....	35
TABLA 3	
PROPORCIÓN DE FAMILIAS QUE SUMINISTRÓ INFORMACIÓN ACERCA DE SUS NECESIDADES EN CUANTO A LA PÉRDIDA TRAUMÁTICA DE UN FAMILIAR. (SEGUNDA PARTE DEL CUESTIONARIO)	
.....	36
TABLA 4	
RESULTADOS DE LA FASE DE PRE-TEST	42
TABLA 5	
RESULTADOS DE LA FASE DE PRE-TEST	51



INDICE DE ANEXOS

	Pág.
ANEXO A.-PROGRAMA DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA PARA AFRONTAR EL DUELO EN FAMILIAS CON PÉRDIDAS TRAUMÁTICAS. (VERSIÓN PREELIMINAR).....	65
ANEXO B. - INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN PARA LOS EXPERTOS	85
ANEXO C.- CARTA DE AUTORIZACIÓN DE LA JEFE DEL SERVICIO DE MEDICINA DE ADOLESCENTE.....	87
ANEXO D.- CARTA DE PERMISO PARA EL DIRECTOR DEL HOSPITAL J. M. DE LOS RÍOS	88
ANEXO E.- CARTA DE PERMISO PARA EL COMITÉ DE BIOÉTICA DEL HOSPITAL J. M. DE LOS RÍOS	89
ANEXO F.- CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LOS SUJETOS DE ESTUDIOS	90
ANEXO G.- CARTA DE ASENTIMIENTO INFORMADO DE LOS SUJETOS DE ESTUDIO.....	93
ANEXO H.- PROGRAMA DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA PARA AFRONTAR EL DUELO EN FAMILIAS CON PÉRDIDAS TRAUMÁTICAS. (VERSIÓN FINAL).....	94



ANEXO I.- CUESTINARIO PARA LA DETECCIÓN DE NECESIDADES EN
FAMILIAS QUE HAN PERDIDO DE MANERA TRAUMATICA A UN
FAMILIAR. 116
ANEXO J.- GUÍA PARA FAMILIA EN DUELO..... 118



RESUMEN

El duelo se ha convertido en un problema de salud pública para la República Bolivariana de Venezuela. La tasa de mortalidad debido a sucesos traumáticos se ha incrementado desenfrenadamente ubicando al país entre los de más alta tasa de mortalidad en América Latina; aunado a esto, una de las víctimas principales de este fenómeno son las familias, ya que padecen de signos y síntomas de duelo no elaborado, debido a la pérdida traumática de un miembro de la familia. Este estudio contempló dos finalidades principales, los cuales fueron: 1) Validar socialmente los objetivos, contenidos y procedimientos de un programa de intervención familiar para superar el duelo por la pérdida de un familiar de manera traumática, en familias de adolescentes que asisten al servicio de medicina del adolescente del Hospital de Niños y Adolescente J. M de los Ríos y 2) Verificar empíricamente la efectividad del programa propuesto. Esta fue una investigación de tipo evaluativa con un diseño cuasi-experimental de pre-prueba y post-prueba con un grupo intacto. Los resultados arrojaron que luego de la implementación del programa de intervención psicológica hubo una disminución significativa en los signos y síntomas del duelo, no obstante, a pesar de que el programa de abordaje no pudo ser aplicado completamente, éste igualmente mostró ser efectivo en un tiempo breve de aplicación.

Palabras claves: Duelo, Programa de Intervención Psicológica, Familia, Trauma, Pérdida traumática.



INTRODUCCIÓN

El duelo se ha convertido en un problema de salud pública para la República Bolivariana de Venezuela; la tasa de mortalidad debido a diversas causas se ha incrementado desenfrenadamente, lo cual ubica a Venezuela como el país con la tasa de mortalidad más alta de América Latina según datos extra oficiales; datos que no pueden ser verificados debido a la desinformación estadística que hay. Aunado a esto unas de las víctimas principales de este fenómeno son las familias. Familias que padecen de signos y síntomas bio-psico-sociales debido a la pérdida inesperada de un familiar y que muy escasamente encuentran instituciones u organizaciones que puedan facilitarles la ayuda para poder superar los avatares de dicho evento que es traumático para ellos.

Por ello, esta investigación fue una propuesta en donde se creó y aplicó un programa de intervención psicológica con el fin de disminuir el duelo en las familias que han perdido a un familiar de manera traumática.

En las siguientes páginas se expone mediante una serie de capítulos, la problemática que acarrea el duelo debido a una pérdida traumática, la carencia de instituciones o de programas especializados para atender a las familias, a su vez, las investigaciones internacionales y las teorías que hablan sobre el duelo y los tratamientos e investigaciones que se han realizado para superar el duelo por pérdidas traumáticas; no obstante se habla también sobre la escasa información e investigaciones que se han realizado en el país con respecto a la atención a familias que han padecido la pérdida de un familiar por causas traumáticas.

Con respecto a lo previamente dicho, esta investigación también contempla un capítulo en el cual se expone los métodos seguidos para el diseño, evaluación y aplicación del programa de intervención psicológica, la población y muestra que se



utilizó para el diseño y evaluación del programa e igualmente para su aplicación, así como los instrumentos pertinentes de medición y los estadísticos más adecuados para el análisis de los resultados. Finalmente se presentan en los últimos capítulos las discusiones, conclusiones, limitaciones y recomendaciones derivadas del análisis del fenómeno estudiado.



CAPITULO I

EL PROBLEMA

I.1.- Planteamiento del problema

El duelo se define según el actual Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-V como “la tristeza por la muerte de un pariente o amigo el cual es una experiencia común; es una reacción normal ante un tipo particular de factor que genera estrés” (Morrison, 2014 Pp. 110).

Venezuela es actualmente uno de los países con el índice de mortalidad más alta de Latinoamérica; según datos no oficiales hay un registro del 30% del aumento de la tasa de mortalidad infantil y de un 65,79% de la mortalidad materna; aunado a esto la tasa de mortalidad debido a enfermedades médicas se ha incrementado exponencialmente, al igual que la tasa de muertes violentas (por homicidio) 26, 616 por cada 100.00 habitantes según el Observatorio de Violencia de Venezuela (2016). Estos datos no se encuentran respaldados por el Instituto Nacional de Estadísticas (INE) ya que en la actualidad no se han presentado registros estadísticos desde el 2014.

Tomando en cuenta lo expuesto previamente; es frecuente encontrar familias en Venezuela que han perdido a un familiar por algún evento traumático (un homicidio, un accidente o una enfermedad). Familias que luego de la pérdida pasan por un proceso de duelo y generalmente no son asistidas o ayudadas para afrontar este problema.

Ante esta situación, la Federación Venezolana de Psicólogos publicó un comunicado con respecto al deterioro de la salud mental de la población venezolana:

Consideramos pertinente reiterar nuestra preocupación por el acentuado deterioro de la salud psicológica de la población venezolana. Deterioro que es



una consecuencia de la exposición prolongada a diversas situaciones, tales como: desabastecimiento generalizado, disminución del poder adquisitivo, inseguridad, polarización, conflictividad socio-política, entre otros aspectos que provocan un estado general de estrés producto del desasosiego, frustración, desesperanza, tensión, tristeza y miedo... la frecuencia e intensidad de las situaciones mencionadas, está agotando los recursos psicológicos del venezolano y por ende; **poniendo en riesgo su integridad, la de su familia y su comunidad.** Lo anterior está **desarticulando relaciones interpersonales, familiares, sociales y alterando la emocionalidad y la racionalidad individual y colectiva, donde los procesos de duelos son cada vez más frecuentes...** (Federación de Psicólogos de Venezuela, 2016; S/P)

En este orden de ideas, es menester tomar en cuenta que el duelo se ha convertido así en un problema de salud pública, el cual debe ser atendido, puesto que toda muerte inesperada es considerada como un evento traumático que trae consecuencias en la salud de las personas que lo padecen. “Las manifestaciones iniciales del duelo se asemejan a las reacciones postraumáticas. Desde la perspectiva del duelo traumático, las reacciones postraumáticas ocurren como respuesta inicial a la muerte; si el estrés postraumático o agudo no es superado trunca el desarrollo de duelo” (Corredor, 2002, pág. 37).

En el servicio de medicina de adolescente ubicado en el Hospital de Niños y Adolescentes J. M. de los Ríos son cada vez más los adolescentes y familias que han perdido a un familiar de manera traumática (enfermedades, accidentes, homicidios) encontrándose en duelos no superados lo que aumenta la posibilidad de indefensión y riesgo en esta población, ya que ciertamente “...el proceso que realizan estas familias buscando apoyo psico-social es precario, por lo cual no se ofrece la atención social, médica o psicológica que necesita la persona” (Cali, 2010, págs. 21-22).

A manera de colofón y tomando en cuenta las consideraciones previas, la creación de un programa de intervención familiar para superar el duelo por la pérdida de un familiar de manera traumática es de fundamental importancia, ya que este tipo de población tiene derecho a ser asistida médica, psicológica y socialmente según el



Artículo 46 de la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela, el cual reza “...toda persona tiene derecho a que se respete su integridad física, psíquica y moral...” y según también la Ley Orgánica para la Protección del Niño, Niña y Adolescente (LOPNNA), el cual en su Artículo 41 establece que:

... todos los niños, niñas y adolescentes tienen derecho a disfrutar del nivel más alto posible de salud física y mental. Asimismo, tienen derecho a servicios de salud, de carácter gratuito y de la más alta calidad, especialmente para la prevención, tratamiento y rehabilitación de las afecciones a su salud...

En consecuencia y retomando lo antes expuesto ¿Cuáles serían los objetivos de un programa de intervención dirigido a las familias que padecen duelo debido a la pérdida de uno de sus miembros por una muerte traumática? Y a su vez, ¿Qué efecto tendrá la aplicación de dicho programa de intervención a las familias de los adolescentes que asisten al servicio de medicina del adolescente sano del Hospital de Niños y Adolescente del J. M de los Ríos?

I.2.- Justificación de la investigación

Venezuela es actualmente uno de los países con el índice de mortalidad más alta de Latinoamérica, los procesos de duelos son cada vez más frecuentes (FPV 2016) lo cual ponen en riesgo la integridad de las familias venezolanas; por lo que, una de las finalidades de esta investigación será socorrer a esta población la cual se encuentra en riesgo, puesto que la incapacidad de superar la pérdida de un familiar por un suceso traumático incrementa el riesgo a futuras morbilidades físicas y/o psíquicas.

Así mismo, se busca ayudar a los profesionales interesados en esta área de investigación a obtener una herramienta de intervención para las familias que padecen de duelo producto de algún evento traumático, lo cual mediante la aplicación futura de dicho programa se pueda obtener datos estadísticos que permitan evaluar ver el éxito o no de aplicabilidad, para así crear programas más efectivos que puedan asistir a esta población vulnerable.



Finalmente, es relevante no sólo la creación de un programa de intervención sino la evaluación de la efectividad, flexibilidad, adaptabilidad, impacto que pueda producir tal programa. La evaluación de programas es importante tanto para determinar aspectos que deberán modificar como para la toma de decisiones acerca de la problemática que se aborda (Guevara, 2005).

I.3.- Objetivo Generales

1. Validar socialmente los objetivos, contenidos y procedimientos de un programa de intervención familiar para superar el duelo por la pérdida traumática de un familiar.
2. Verificar empíricamente la efectividad del programa propuesto para la intervención familiar, con la finalidad de superar el duelo por la pérdida traumática en las familias de los adolescentes que asisten al servicio de medicina del adolescente del Hospital de Niños y Adolescente J. M de los Ríos.

I.4.- Objetivos específicos

- Establecer si los objetivos del programa son adecuados para los fines que se pretenden conseguir
- Analizar si los contenidos del programa responder a las necesidades de la población a la cual va dirigido
- Examinar la idoneidad y pertinencia de los materiales que se emplearán el programa para la obtención de los fines consiguientes.
- Determinar si los procedimientos contemplados son socialmente aceptados por el grupo de expertos para el área propuesta.
- Precisar el efecto del programa propuesto sobre un grupo de familias que padecen de duelo debido a la pérdida traumática de uno de sus miembros.
- Estimar el impacto social del programa sobre la muestra empleada.



CAPITULO II

MARCO REFERENCIAL

II.1.- Bases teóricas

II.1.1.- Familia

Definir lo que es una familia es una tarea ardua ya que no existe una definición exacta de ésta, sólo se puede tener una aproximación conceptual de lo que puede definirse como familia. El creador de la terapia familiar estructural Salvador Minuchin define a la familia como:

Un grupo natural que en el curso del tiempo ha elaborado pautas de interacción. Estas constituyen la estructura familiar, que a su vez rige el funcionamiento de los miembros de la familia, define su gama de conductas y facilita su interacción recíproca. La familia necesita de una estructura viable para desempeñar sus tareas esenciales, a saber, apoyar la individuación al tiempo que proporciona sentido de pertenencia (Minuchin, 2004, pág. 25)

Al mismo tiempo Mauricio Andolfi considera que la familia es “un todo orgánico, es decir, como un sistema relacional que supera y articula entre sí los diversos componentes individuales” asimismo comenta que toda familia se rige bajo tres leyes o reglas fundamentales las cuales son:

1. La familia es un sistema en constante transformación la cual está orientada hacia el mantenimiento de la homeostasis o hacia el cambio
2. La familia es un sistema que se autogobierna mediante reglas que se establecen a lo largo del tiempo y se modifican a través del ensayo y el error
3. La familia es un sistema abierto en constante interacción con otros sistemas (escuelas, trabajo, comunidad, etcétera) (Andolfi, 1991, págs. 18-20-22)

Aunado a esto es menester considerar el concepto de núcleo familiar, “el núcleo se define fundamentalmente como padre y madre, con los hijos solteros que están a su cargo identificándose luego las variantes restringidas o ampliadas” (Zambrano, 2005, pág. 2).



La familia es un grupo de personas vinculadas entre sí por el parentesco. El núcleo familiar, en cambio, se entiende del grupo familiar formado por el parentesco, pero en los únicos lazos de conyugalidad, de la filiación, o de ambos. Estos lazos, a su vez, son relaciones jurídicas como relaciones de hecho: las relaciones jurídicas del matrimonio y de la filiación legítima (por nacimiento o adopción), y las relaciones de hecho, de la unión consensual o de los hijastros e hijos de crianza. Así el núcleo familiar permite estudiar el grupo familiar con mayor obligación solidaria en nuestra cultura (2005, pág. 2)

Los núcleos familiares pueden ser así:

- Núcleos conyugales (una pareja sin hijo soltero)
- Núcleos biparentales (una pareja con al menos un hijo soltero)
- Núcleos monoparentales (una persona con pareja con al menos un hijo soltero)

Aunado a esto los resultados arrojados por el informe mensual del VENESCOPIO (2005) con respecto a la familia venezolana dicen lo siguiente:

Los hogares mononucleares (núcleo y hogar coinciden) son la gran mayoría de los hogares familiares del país (81 %). Los hogares polinucleares (más de un núcleo familiar) comprenden en promedio 2 núcleos. Dos tercios de estos hogares son binucleares. Digamos, para comparar mejor, que dos tercios de los núcleos (3,6 millones, sea 66 %) se unen para formar un par de hogares, y que un tercio de los núcleos (1,8 millones, sea 33 %) se unen entre sí (más a menudo, se unen dos) para formar solamente un hogar. El hecho de constituir hogares polinucleares o extensos, debe entenderse de una estrategia de los núcleos, bien desde el punto de vista habitacional, bien de la ayuda mutua en asuntos de cuidado de niños, ancianos u otros. (Zambrano, 2005, pág. 4).

Por lo que estos datos permiten comprender como se constituye la familia dentro del contexto cultural venezolano.

II.1.2.- Trauma

Según el Diccionario de la Lengua Española (2018) un trauma es un choque emocional que produce un daño duradero en el inconsciente, a su vez es una emoción o impresión negativa, fuerte y duradera. Para la Asociación Americana de Psicología



(APA 2018) el trauma se define como: “an emotional response to a terrible event like an accident, rape or natural disaster. Immediately after the event, shock and denial are typical” (sin pág.)

Tomando en consideración lo expuesto previamente, es importante destacar que el trauma se compone por una serie de signos y síntomas que van desde emociones impredecibles, escenas retrospectivas, relaciones tensas e incluso síntomas físicos como dolores de cabeza o náuseas (APA 2018).

Aunado a esto hay que considerar que aquellas muertes de una o varias personas en una situación sorpresiva, inesperada e injusta, como pueden ser atentados, terrorismo, asesinatos, catástrofes naturales o accidentes, entre otros, son considerados como duelos traumáticos y son posiblemente los de peor pronóstico.

II.1.3.- Pérdida traumática

Entiéndase como pérdida traumática todo evento inesperado en el cual una persona fallece (Balleza 2017). Este tipo de eventos incrementan exponencialmente los signos y síntomas del duelo ya que ciertamente las personas no solo viven con la pérdida del familiar sino a su vez con los sucesos que ocasionaron dicha pérdida. En este orden de ideas, existen varios sucesos que pueden desencadenar una pérdida traumática en las cuales según Ballestín, Solanas y Cordellat (2018) se encuentran:

- Accidentes.
- Catástrofes.
- Enfermedades.
- Homicidios.

Para que una pérdida sea traumática lo primero que se debe evaluar es que tan esperado o inesperado fue el suceso (Balleza 2017); ya que entre más inesperada es la



pérdida, más traumático es para la persona o para la familia que lo vivencia; ocasionando así, elementos que pueden generar signos y síntomas que agraven la existencia de un duelo, ya que: “Las manifestaciones iniciales del duelo se asemejan a las reacciones postraumáticas. Desde la perspectiva del duelo traumático, las reacciones postraumáticas ocurren como respuesta inicial a la muerte; si el estrés postraumático o agudo no es superado trunca el desarrollo de duelo” (Corredor, 2002, pág. 37).

II.3.4.- Duelo

El duelo se define según el actual Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-V como “la tristeza por la muerte de un pariente o amigo el cual es una experiencia común; es una reacción normal ante un tipo particular de factor que genera estrés” (Morrison, 2014 Pp. 110). En relación a esto es importante tener en cuenta la diferencia entre un estado depresivo mayor y el duelo ya que tiende a parecerse.

CUADRO 1
COMPARACIÓN DE LOS SÍNTOMAS DE LA DEPRESIÓN MAYOR Y DEL DUELO NO COMPLICADO

	Depresión mayor	Duelo
Expresión del estado de ánimo	Desesperación y desesperanza	Pérdida o vacío
Evolución temporal	Constante o en crecimiento	Disminución al transcurrir el tiempo (semanas)
Estabilidad del estado de ánimo	Persistente	Presencia de fluctuaciones
Respuesta a bromas, distracciones	Escasa o nula	Pudiera existir mejoría
Contenido del pensamiento	En gran medida, pensamiento constante acerca del sufrimiento propio	Memorias/pensamientos de la persona difunta, pero ciertos pensamientos positivos relacionados con otros
Autoestima	Culpa, inculpación, falta de valía	“hice lo mejor que pude”
Paso del tiempo	El tiempo es muy lento	El tiempo transcurre a la misma velocidad que antes
Muerte, morir	Se desea la propia muerte; planes de suicidio	La vida sigue valiendo la pena
Compromiso clínico	Sí	No

DSM-V Guía para el diagnóstico clínico (Morrison 2014 Pp. 591)



Sin embargo, el DSM-V establece el concepto de trastorno por duelo complejo y persistente en el cual especifica que “durante por lo menos un año un paciente experimenta duelo intenso por la muerte de alguien cercano. Pueden presentar melancolía y pensamientos persistentes sobre la persona, o rumiación constante respecto de su circunstancia de muerte” (Morrison, 2014 Pp. 234). Uno de los tipos de duelos es el duelo traumático, el cual se entiende como “la muerte inesperada o traumática, lo cual su integración y aceptación (elaboración del duelo) se puede ver interferida por recuerdos traumáticos que producen un sufrimiento anormalmente intenso”. (Muñiz, Barbeito y Barboteo 2005 Pp. 229); este tipo de duelo está compuesto por una serie de signos y síntomas subclínicos que van desde afecciones neurovegetativas hasta alteraciones emocionales los cual disminuyen el funcionamiento global de la persona, caracterizándose por la presencia de:

1. Recuerdos anormalmente intensos
2. Pesadillas
3. *Flashbacks* o Recuerdos intrusivos recurrentes
4. Sensaciones de incredulidad
5. Falta de aceptación de la muerte
6. Rabia y enfado
7. Presencia de ansiedad, insomnio o depresión.

El cual su prevalencia en el tiempo permite que el duelo no se permita elaborar adecuadamente; es menester tomar en cuenta que dicha sintomatología puede desaparecer y reaparecer en otro momento como causantes de morbilidades significativas.



CUADRO 2 SIGNOS Y SINTOMAS DEL DUELO TRAUMATICO

Signos y síntomas	Descripción
Recuerdos anormalmente intensos	Incremento gradual y significativo en la recuperación de información de la memoria que se produce a través de ensayos múltiples de recuerdo y después de una sola fase de aprendizaje
Pesadillas	Episodios de sueños con ansiedad lo cual puede estar acompañada de reacciones motoras bruscas lo cual provoca el despertar
Flashbacks o Recuerdos intrusivos recurrentes	Recuerdos recurrentes e intrusivos que provocan malestar de los eventos que incluyen imágenes, pensamientos o percepciones.
Sensaciones de incredulidad	Incremento de la imposibilidad o reserva que tiene una persona para creer algo que no ve o que no está demostrado, aunque esté aceptado por la mayoría.
Falta de aceptación de la muerte	Incapacidad para aceptar la pérdida de una persona lo cual se acompaña de la negación como mecanismo defensivo
Rabia y enfado	Estado emocional que varía de intensidad, desde una irritación leve hasta una furia e ira intensa, se acompaña de incremento de la frecuencia cardíaca y elevación de la presión arterial, adrenalina y noradrenalina
Ansiedad	Reacción emocional que consiste en sentimientos de tensión, aprensión, nerviosismo y preocupación, así como activación o descarga del sistema nervioso autónomo
Depresión	Presencia simultánea de signos y síntomas continuados por 2 semanas con la presencia de uno de los dos siguientes síntomas (estado de ánimo deprimido y anhedonia) más la presencia de al menos 5 e los siguientes síntomas (aumento o disminución del apetito, insomnio o hipersomnia, agitación o enlentecimiento psicomotor, fatiga o pérdida de energía, sentimientos excesivos de inutilidad o culpa, problemas de concentración o toma de decisiones e ideas recurrentes de muerte o suicidio
Insomnio	Trastorno caracterizado por la reducción de la capacidad de dormir como consecuencia de factores psicológicos, biológicos y ambientales.

(Muñiz, Barbeito y Barboteo 2005 Pp. 229)



William Worden (2013) propone que todas las personas que padecen de duelo deben superar una serie de tareas las cuales son garantes para la superación de esta, dichas tareas son las siguientes:

- I. Trabajar la aceptación del duelo por parte de la familia
- II. Trabajar las emociones y el dolor de la pérdida de la familia
- III. Promover la adaptación a un medio en que el fallecido está ausente
- IV. Recolocación emocional del fallecido para continuar con las actividades de la vida diaria.

Para este autor el estancamiento en una de estas tareas es lo que impide que el duelo se elabore adecuadamente, por lo que al suceder esto se generan los signos y síntomas del duelo patológico o complicado descrito en párrafos posteriores.

II.1.5.- Programa de intervención

Para Guevara (2005) un programa es una previa declaración de lo que se piensa hacer en alguna materia u ocasión, cuya finalidad es dar coherencia y hacer compatibles en tiempo a las metas y los objetivos; para Espinar (1990) un programa de intervención consiste en un conjunto de acciones sistemáticas, basado en las necesidades detectadas, y orientadas en objetivos que satisfagan estas necesidades bajo un modelo teórico que lo respalde.

Se entiende, entonces, por programa, un documento que permite verter el producto de la planificación para un lapso predeterminado y relativamente corto, en el cual se especifican en forma precisa los objetivos que se pretenden alcanzar en ese período; las actividades requeridas para ello; los procedimientos a través de los cuales éstas se llevarán a cabo, los recursos humanos, financieros, materiales y técnicos necesario, el tiempo estimado para cada actividad y para el logro de los objetivos específicos planteados y finalmente, los criterios y métodos de evaluación que se usaran para estimar el éxito de programación. (Guevara, 2005)



Para la elaboración de un programa es menester tomar en cuenta los siguientes 5 pasos propuesta por Machado y Blanco (1987):

1. Desarrollar el programa: elaboración de un documento claramente redactado, que contemple las especificaciones de los objetivos que se pretenden alcanzar en un período determinado, de las actividades y de los procedimientos, de los recursos requeridos, del tiempo previsto para el desarrollo de los objetivos específicos y del programa en su totalidad y los criterios e instrumentos de control y evaluación.
2. Comprobarlo y revisarlo: ejecución experimental, para verificar su adecuación y poder realizar las rectificaciones necesarias.
3. Implantación: puesta en práctica del programa, desarrollo de cada una de las actividades pautadas, siguiendo los procedimientos establecidos y ejecutándolo en los momentos previstos.
4. Realizar el seguimiento: supervisión continua y permanente durante la implantación del programa, con la finalidad de hacer las correcciones y modificaciones que haya durante su ejecución.
5. Controlar la ejecución: Determinar el grado de éxito alcanzado luego de ser ejecutado el programa.

Por lo que tomando en cuenta lo previamente expuesto todo programa de intervención debe contener las siguientes secciones:

- Introducción: constituye la primera parte del programa, se brinda la información acerca del marco teórico-filosófico que sirven de fundamento.
- Objetivos generales: son la expresión de los fines perseguidos mediante el desarrollo de un programa particular.
- Objetivos específicos: son planteamientos que, necesariamente, deben hacerse derivado de las metas y que constituyen guías para las acciones por realizar a corto plazo.



- **Actividades:** son las tareas concretas que se llevan a cabo para cumplir con las funciones a cargo de una unidad o que debe realizar una persona para lograr los fines y objetivos de una institución.
- **Procedimientos:** constituyen la descripción de los pasos que es necesario adelantar para contemplar las actividades previstas.
- **Recursos:** alude a los elementos (materiales, financieros, técnicos y humanos) requeridos para implementar un programa
- **Tiempo:** hace referencia al cronograma de actividades, es decir, el tiempo previsto para la realización de todas y cada una de las tareas planificadas, como acerca de tiempo total estimado para el cumplimiento del programa
- **Evaluación:** alude a las actividades a realizarse para verificar que tan preciso y claramente se formularon los objetivos y otros elementos del plan, es decir, extraer conclusiones respecto a la calidad de la planificación; poner en práctica cualquier actividad que se desarrolle con la finalidad de verificar de que se está poniendo en práctica el plan trazado.

Aunado a esto la evaluación del programa implica la “sistemática investigación a través de métodos científicos de los efectos, resultados y objetivos de un programa con el fin de tomar decisiones sobre él” (Fernández-Ballesteros, 1996) mediante una serie de paso en la que se considera:

- **Pertinencia:** indica el grado en el cual el programa responde a las necesidades de una población determinada
- **Adecuación:** hace referencia a si los contenidos del programa se ajustan a la población de interes
- **Suficiencia:** permite determinar si las acciones especificadas son suficientes y adecuadas para cumplir los objetivos planteados
- **Progreso:** alude a cómo está actuando el programa, es decir, si se está aplicando propiamente



- Eficiencia: tiene que ver con la relación entre los costos y los beneficios del programa
- Eficacia: alude a la consecución de los objetivos establecidos
- Efectividad: hace referencia a la medida en la cual el programa ha producido una serie de efectos o resultados

II.2.- Investigaciones internacionales

Para esta investigación se toma en cuenta los siguientes cinco investigaciones internacionales:

Angelynne Amick-McMullan, Dean G. Kilpatrick, Lois J. Veronen y Susan Smith (1988) realizaron una investigación titulada *Family Survivors of Homicide Victims: theoretical perspectives and exploratory study*; en la cual, explican mediante un modelo de aprendizaje basado en la teoría de Mowrer, la adquisición y el mantenimiento de síntomas postraumáticos en 19 sobrevivientes de víctimas de homicidios, obteniendo como resultado que la pérdida de un familiar se relaciona con una alta frecuencia en síntomas postraumáticos.

De igual manera, Alison Salloum, Lisa Avery y Ronald McClain (2001) llevaron a cabo la siguiente investigación *Group Psychotherapy for Adolescent Survivors of Homicide Victims: A Pilot Study*; llevando a cabo un programa de intervención grupal en adolescentes de 11 a 19 años, obteniendo como resultados que luego de haberse implementado el programa, los participantes de este estudio informaron una disminución general significativa de los síntomas traumáticos y concluyendo que la terapia de grupo es útil para reducir los signos y síntomas del estrés postraumático.

Aunado a esto, Juan Díaz Curiel (2011) realizó un estudio de variables asociadas a la psicoterapia grupal en los procesos de duelo patológico, abordando con terapia



grupales a 24 sujetos adultos con duelo complicado, llegando a la conclusión de que el duelo complicado mejora significativamente en sujetos que participan en tratamientos grupales; igualmente Ana Carolina, Rodríguez Ibarra, Rubí Yasmín, Ruiz Suárez & Martha Restrepo Forero (2004) ejecutaron un estudio titulado Intervención familiar para el manejo psicológico en pacientes oncológicos con mal pronóstico en el hospital de la Misericordia, en el cual, realizaron una intervención familiar fundamentada en el modelo cognitivo conductual. Los investigadores concluyeron que este tipo de intervención permitió a los participantes la expresión de sentimientos, la reflexión sobre el sentido de la vida, incremento de posibilidades y habilidades de comunicación y orientación hacia la solución de problemas y toma de decisiones.

Finalmente, Sandra Milena Páez y Fabio Andrés Roldán (2011) llevaron a cabo la investigación Orientación sobre el proceso de duelo a familiares de víctimas de homicidio que acuden al centro de atención a víctimas de la Fiscalía General de la Nación, en donde mostraron la importancia de brindar información idónea y orientación a las personas en sus procesos de duelo, promoviendo estrategias de bienestar emocional y prevención de consecuencia traumáticas a raíz de la pérdida.

En el cuadro 3, se presenta un breve resumen de las investigaciones antes mencionadas y de su aporte para esta investigación.

CUADRO 3
INVESTIGACIONES INTERNACIONALES Y APORTES A LA
INVESTIGACIÓN

Autor	Título	Fecha	País	Aporte a la investigación
Angelynne Amick-McMullan, Dean G. Kilpatrick, Lois J. Veronen y Susan Smith	<i>Family Survivors of Homicide Victims: theoretical perspectives and exploratory study</i>	1988	Estados Unidos	Permite comprender la adquisición y evaluación de los síntomas postraumáticos en personas que han sido perdido a un familiar por homicidio
Alison Salloum, Lisa Avery y Ronald Mcclain	<i>Group Psychotherapy for Adolescent Survivors of Homicide Victims: A Pilot Study;</i>	2001	Estados Unidos	Permite entender la eficacia de las intervenciones grupales para la disminución de signos y síntomas de estrés postraumáticos.



Juan Díaz Curiel	Estudio de variables asociadas a la psicoterapia grupal en los procesos de duelo patológico	2011	España	Permite confirmar la eficacia de los tratamiento grupales en las personas que padecen de duelo traumático
Ana Carolina Rodríguez Ibarra Rubí Yasmín Ruiz Suárez Martha Restrepo Forero	Intervención familiar para el manejo psicológico en pacientes oncológicos con mal pronóstico en el hospital de la Misericordia	2004	Colombia	Permite ver la eficacia del modelo cognitivo conductual en las intervenciones familiares .
Sandra Milena Páez y Fabio Andrés Roldán	Orientación sobre el proceso de duelo a familiares de víctimas de homicidio que acuden al centro de atención a víctimas de la Fiscalía General de la Nación	2011	Colombia	Permite comprender los aportes de intervenciones psicoeducativas en los procesos de duelo traumático.

II.3.- Investigaciones nacionales

Actualmente no se encontró información con respecto a investigaciones sobre programas de intervención para disminuir el duelo en familias con pérdidas traumáticas. Tomando en cuenta que Venezuela siendo un país en donde la tasa de mortalidad ha incrementado exponencialmente es menester que se realicen investigaciones con respecto a la realización de métodos y estrategias para intervenir a esta población vulnerable.



CAPITULO III

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN Y RESULTADOS

Este estudio se llevó a cabo en dos grandes etapas; en el siguiente cuadro (Cuadro 4) se presenta la denominación de cada una de ellas con sus respectivos objetivos.

CUADRO 4
ETAPAS DE LA INVESTIGACIÓN Y SUS RESPECTIVOS OBJETIVOS

Etapas	Objetivos
Etapa I: Validación Social del programa de intervención psicológica para disminuir el duelo en familias con pérdidas traumáticas para el fin dispuesto en esta investigación.	<ul style="list-style-type: none">• Establecer si los objetivos del programa son adecuados para los fines que se pretenden conseguir• Analizar si los contenidos del programa responder a las necesidades de la población a la cual va dirigido• Examinar la idoneidad y pertinencia de los materiales que se emplearán el programa para la obtención de los fines consiguientes.• Determinar si los procedimientos contemplados son socialmente aceptados por el grupo de expertos para el área propuesta.
Etapa II: Estudio de la efectividad del programa psicológico para disminuir el duelo en familias con pérdidas traumáticas.	<ul style="list-style-type: none">• Precisar el efecto del programa propuesto sobre un grupo de familias que han perdido un familiar de manera traumática• Estimar el impacto social del programa sobre la muestra empleada.

A continuación, se describen los detalles de cada una de las etapas.

III.1.- Etapa I:

Validación Social del programa de intervención psicológica para disminuir el duelo en familias con pérdidas traumáticas para el fin dispuesto en esta investigación.

III.1.1.-Procedimiento

Antes de iniciar la fase de aplicación del programa de intervención psicológica para disminuir el duelo en familias con pérdidas traumáticas, fue necesario realizar una serie de actividades que se especifican a continuación.



La primera tarea que se llevó a cabo fue establecer el objetivo general del programa, al igual que establecer los objetivos específicos de éste. Seguidamente, con la información recabada del material bibliográfico consultado, se seleccionaron los conceptos básicos, procedimientos y técnicas psicológicas para emplearlas durante el proceso de intervención; éstas fueron integradas en las sesiones planificadas según los objetivos planteados para cada una de ellas; así mismo, se establecieron los procedimientos y técnicas por aplicarse, tomando en cuenta los materiales requeridos y los criterios de evaluación. Es menester considerar que el programa de intervención psicológica fue diseñado con la finalidad de que pueda ser adaptable a las diversas dificultades que pueda presentar la familia, por lo que el programa consta de 4 tareas del duelo, las cuales están relacionadas con el objetivo general y a su vez cada una de ellas posee su propio objetivo específico, así como técnicas de intervención propias y número de sesiones establecidas.

La segunda tarea realizada fue contactar a cada uno de los profesionales, a los cuales se les explicó el programa, sus objetivos y finalidades, con el fin de solicitar su participación como experto en esta investigación; se hizo entrega del material vía correo electrónico a cada uno de los expertos con su respectivo instrumento de evaluación, se estableció un período de dos semanas para la entrega del material corregido; cada experto reenvió el material vía correo electrónico, en algunos casos comentaron sus observaciones de manera verbal. Aunado a esto se efectuó un estudio de necesidades, en el cual se escogieron a familias que habían tenido una pérdida de un familiar de manera traumática.

Paralelamente se contactó con la Jefe del servicio de medicina de adolescente del Hospital de niños, niñas y adolescentes J. M. de los Ríos ubicado en San Bernardino, municipio Libertador, Distrito Capital; una vez obtenida la aprobación de la Jefe del servicio, se contactó al personal directivo del hospital para solicitar el permiso de la aplicación de la investigación para luego solicitar la revisión del anteproyecto de



investigación por parte del comité de bioética del hospital. Todo esto fueron los requisitos solicitados para poder realizar la investigación en dicha institución.

III.1.2.- Participantes

Se seleccionaron cuatro (4) expertos(as) en materia de psicología clínica, con especialización, profesores de las distintas escuelas de psicología del Distrito Capital y expertos en el área de la elaboración y evaluación de programas. La selección se llevó a cabo de manera intencional en el sentido de que no se aplicó algún procedimiento estadístico que garantizara la misma probabilidad de opción para cada una de las personas que integrarían la muestra final de participantes en esta etapa.

CUADRO 5
DATOS PERSONALES DE LOS EXPERTOS

EXPERTO	NOMBRE Y APELLIDO	ÁREA DE ESPECIALIZACIÓN	INSTITUCIÓN DONDE TRABAJA	AREA DE EJERCICIO PROFESIONAL	AÑOS DE EXPERIENCIA
Nº1	A. B.	Especialista en psicología clínica	CICPC	Psicología Forense y Psicoterapia	25 AÑOS
Nº2	J. G.	Desarrollo infantil y sus desviaciones	Docencia UCAB	Psicología Clínica, Psicología Escolar. Docencia universitaria y coordinación de trabajos de grado	30 AÑOS
Nº3	J. R	Psicología de la Salud	Docencia UCV	Investigador docente UCV, UCAB/ psicólogo clínico	9 AÑOS
Nº4	I.C	Psicología clínica, Psicología de la salud.	Docencia UCV	Psicología clínica/Investigación en psicología de la salud.	11 AÑOS

Adicionalmente se escogieron seis (6) familias que asistían al servicio de medicina de adolescentes, las cuales habían perdido un familiar de manera traumática; se les aplicó un cuestionario creado *ad-hoc* (ver anexo J) con la finalidad de analizar si los contenidos del programa respondían a las necesidades de la población de estudio.



III.1.3.- Materiales, equipos e instrumentos

Para llevar a cabo la validación social del programa se utilizó:

- Programa de intervención psicológica para disminuir el duelo en familias con pérdidas traumáticas; material conformado de la siguiente manera: tres (3) sesiones principales en las cuales se realiza una entrevista para el llenado de la historia clínica y poder determinar qué tarea del duelo no ha superado la familia; cada tarea del duelo posee un número de sesiones determinada, técnicas terapéuticas y materiales específicos a usarse, tiempo de cada sesión y evaluación. También incluyó un material de apoyo para los participantes, al igual de un anexo en el cual se desarrollaron cada una de las técnicas [procedimiento de cómo realizarse] (Ver anexo A)
- Instrumento de evaluación construido *ad hoc* conformado por 9 preguntas abiertas dirigidas a evaluar, el número de sesiones, pertinencia de los objetivos planteados, número de sesiones por objetivos planteados, tiempo destinado para cada sesión, pertinencia de las técnicas terapéuticas a emplearse, evaluación de los recursos, adecuación de los indicadores de logros, redacción y adaptabilidad del programa a otros grupos de personas que pasen por un proceso de duelo debido a otras causa (Ver anexo B).

Para ejecutar el estudio de necesidades se utilizó:

- Cuestionario *ad hoc* para la detención de necesidades en familias que han perdido a un familiar de manera traumática; este cuestionario consta de dos partes: la primera parte, estructurada con preguntas de desarrollo y la segunda parte, conformada por preguntas cerradas con respuestas de selección múltiple (Ver anexo J).



III.1.4.- Resultados

Para esta fase de la investigación se llevó a cabo un análisis de las respuestas de los distintos expertos (ver la Tabla 1).

TABLA 1
PROPORCIÓN DE EXPERTOS Y CONCLUSIONES OBTENIDAS DE LOS EXPERTOS CON RESPECTO AL PROGRAMA DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA.

Expertos (proporción)	Conclusiones
4/4	<ul style="list-style-type: none">• El programa puede ser aplicable a las familias que padezcan de duelo debido a cualquier evento.• El tiempo a usarse para las sesiones es corto por lo cual recomiendan que el tiempo de las sesiones sea de una hora y media (1hr. 30 min).
3/4	<ul style="list-style-type: none">• El número de sesiones propuestas para el programa es adecuado.• Las técnicas a utilizarse son adecuadas• Los recursos a utilizarse son adecuados• Los objetivos del programa son adecuados
2/4	<ul style="list-style-type: none">• Especificar más los indicadores de logros ya que esto puede dificultar la medición de esta.
1/4	<ul style="list-style-type: none">• Ampliar el número de sesiones (5-7 sesiones) para la tarea del duelo número tres.• Recomienda que: la técnica de estructuración cognitiva debe ser aplicada de manera individual• Recomienda que: uno de los indicadores de logros sea el desprendimiento de objetos relacionados con el fallecido

Tomando en cuenta las recomendaciones e indicaciones de los expertos se realizaron las siguientes modificaciones:

- Se amplió el número de sesiones en la tarea del duelo número III (5-7)
- Se amplió la hora establecida para las sesiones a una hora y media (1hr. 30 min.) por sesión
- Se agregó el indicador de logro propuesto por el experto N°3 el cual fue que los familiares puedan desprenderse de los objetos del fallecido.



- Se organizó la estructura del programa para su mejor entendimiento
- Se agregó un cuadro de seguimiento de las sesiones.

Con respecto al estudio de necesidades se obtuvieron los siguientes resultados reflejado en la Tabla 2 y 3.

TABLA 2
PROPORCIÓN DE FAMILIAS QUE SUMINISTRÓ INFORMACIÓN
ACERCA DE SUS NECESIDADES EN CUANTO A LA PÉRDIDA
TRAUMÁTICA DE UN FAMILIAR. (PRIMERA PARTE DEL
CUESTIONARIO)

Porcentaje de familias	Respuestas obtenidas
6/6	<ul style="list-style-type: none">• Expresaron haber sentido emociones disfóricas asociadas a la tristeza
5/6	<ul style="list-style-type: none">• El fallecimiento del familiar si afectó al grupo familiar.• Desean recibir apoyo psicológico con la finalidad de poder superar el duelo.
4/6	<ul style="list-style-type: none">• No recibieron apoyo psicológico.• Recibió apoyo familiar y de grupos religiosos• No poseen objetos, ropa o espacios intactos que usaba el fallecido
3/6	<ul style="list-style-type: none">• Poseen objetos, ropa o espacios intactos que usaba el fallecido
2/6	<ul style="list-style-type: none">• Negaron haber recibido apoyo de cualquier índole.
1/6	<ul style="list-style-type: none">• Refirió haber recibido solo dos sesiones de apoyo psicológico• Refirió haber recibido apoyo psicológico por un año



TABLA 3
PROPORCIÓN DE FAMILIAS QUE SUMINISTRÓ INFORMACIÓN
ACERCA DE SUS NECESIDADES EN CUANTO A LA PÉRDIDA
TRAUMÁTICA DE UN FAMILIAR. (SEGUNDA PARTE DEL
CUESTIONARIO)

Número	Reactivo	Porcentaje de familias	Respuestas obtenidas
1	¿Recuerda al familiar fallecido durante gran parte del día o de la semana?	4/6	frecuente-casi siempre
2	Siente tristeza o rabia al recordar al fallecido	4/6	frecuente-casi siempre
3	Ha tenido sueños o pesadillas recurrentes con el familiar fallecido	4/6	nunca-casi nunca
4	Le cuesta conciliar el sueño.	4/6	frecuente-casi siempre
5	Tiende a pensar en el fallecido en las noches	4/6	frecuente-casi siempre
6	Evita ver objetos, fotos o visitar espacios públicos que le recuerden al fallecido	4/6	frecuente-casi siempre
7	Evita hablar del fallecido.	4/6	frecuente-casi siempre
8	Llora usted fácilmente cuando hablan del fallecido	5/6	frecuente-siempre
9	Tiende a tener sentimientos fuertes de tristeza o rabia en días o fechas especiales que le recuerden al fallecido	3/6	frecuente-casi siempre

III.2.- Etapa II:

Estudio de la efectividad del programa de intervención psicológica para disminuir el duelo en familias con pérdidas traumáticas.

III.2.1.- Tipo y diseño de investigación.

El alcance de este estudio fue de tipo Evaluativo permitió generar fuentes de conocimientos, directrices y componentes para la realización de programas de intervención más eficaces empleando instrumentos y métodos de la investigación social (Hernández, et.al. 2001). Con respecto al diseño de investigación en un principio se pensó aplicar un diseño cuasi-experimental con un grupo control, sin embargo, tomando en cuenta los eventos ocurridos con respecto a la obtención de la



muestra se decidió realizar un diseño pre-experimental con un solo grupo de pre y post-prueba, el cual se ejemplifica en el siguiente diagrama.

G1 01x02

Tomando en cuenta este diseño, se decidió aplicar el programa a una segunda familia para poder, por una parte, comparar los resultados obtenidos en ambos grupos; por otra, para obtener una réplica directa de datos. Así tenemos que el diseño siguió el siguiente esquema:

G1 01x02

G2 03x04

III.2.2.- Variable independiente: Programa de intervención psicológica

Entiéndase como programa:

Un documento que permite verter el producto de la planificación para un lapso determinado y relativamente corto, en el cual se especifican en forma precisa los objetivos, las actividades, los procedimientos, los recursos, el tiempo, los criterios y los métodos de evaluación que se usarán para estimar el éxito del programa (Guevara, 2005; pág. 143)

Por lo que tomando en cuenta lo expuesto previamente, el programa de intervención psicológica constó de un objetivo principal y sus objetivos específicos correspondientes, los cuales fueron seccionados en distintas tareas para su realización; a su vez, se explicó con detalle el número de sesiones a llevarse a cabo (frecuencia y tiempo de cada sesión), quiénes fueron los participantes que conformaron el grupo terapéutico, las técnicas psicológicas que se utilizaron y los indicadores de logro terapéuticos; los instrumentos que se utilizaron para llevar a cabo las sesiones terapéuticas, los criterios de evaluación de cada sesión y los métodos de evaluación de éxito del programa.



III.2.3.- Variable dependiente: Duelo

CUADRO 6
DIMENSIÓN Y OPERACIONALIZACIÓN DE LA VARIABLE
DEPENDIENTE

Variable dependiente	Concepto	Dimensión	Operacionalización	Instrumento de medición
Duelo	Es la tristeza por la muerte de un pariente o amigo el cual es una experiencia común; es una reacción normal ante un tipo particular de factor que genera estrés.	Ausencia de duelo	Ausencia de manifestaciones de pesar.	Inventario de Texas revisado de duelo
		Duelo retardado	Se caracteriza por la ausencia de signos de afectación o dolor por el fallecimiento de la persona. Se instaura una especie de prolongación de embotamiento afectivo, con la dificultad para la expresión de emociones.	
		Duelo prolongado	Persistencia de sintomatología más allá de los 6-12 meses.	
		Duelo agudo	Manifestaciones exacerbadas o atípicas, Se produce una intensa reacción emocional tanto precoz como mantenida en el tiempo.	

III.2.4- Participantes

Para esta etapa del estudio participaron las familias con sus miembros (padres, hermanos y otros integrantes del núcleo familiar principal), que cumplieron con las siguientes características: Familias que perdieron a un familiar de manera traumática (pérdida inesperada) y que viven en el Distrito Capital. La selección de los participantes fue de tipo no probabilística, es decir, sujetos voluntarios (Hernández, et.al. 2001).

III.2.5- Materiales e Instrumentos.

Para esta etapa de la investigación, los instrumentos que se utilizaron fueron los siguientes:

En primer lugar, se utilizó la entrevista estructurada HEEAADSSSP en conjunto con una entrevista semiestructurada creada *ad-hoc* para evaluar a la familia.



En segundo lugar, el cuestionario para experiencias traumáticas (TQ) de J.R.T. Davidson, D. Hughes, D.G. Blazer; el cual evalúa la presencia de trastorno por estrés postraumático. Consta de 47 ítems que se agrupan en tres partes bien diferenciadas.

1. Listado de experiencias traumáticas: 18 ítems a los que tiene que contestar si lo ha sufrido o no alguna vez en su vida, y en caso afirmativo a que edad y durante cuánto tiempo sufrió el acontecimiento.
2. Acontecimiento traumático que más le preocupa actualmente: 9 ítems que evalúa las características de ese acontecimiento para valorar si cumple los requisitos que se especifican en el criterio diagnóstico A del DSM IV.
3. Listado de síntomas: 18 ítems que exploran los síntomas que figuran en los criterios B-D del DSM IV. Los ítems son de respuestas dicotómicas (si-no) y el marco de referencia es amplio.
4. Incluye al final 2 ítems sobre los cuidados médicos demandados y recibidos por sus síntomas.
5. Es auto-aplicado.

Dicha escala posee una fiabilidad según el coeficiente de consistencia interna, alfa de Cronbach de 0,67 y la validez muestra correlaciones entre bajas ($r < 0,3$) y moderadas ($r 0.3-0,7$) presentando así una adecuada validez discriminante. Se utilizará dicho cuestionario para recabar información con respecto a las experiencias traumáticas vividas por los integrantes de la familia

En tercer lugar, se utilizó el Inventario de Texas revisado de duelo; este inventario permite agrupar a los participantes en cuatro categorías: ausencia de duelo, duelo retardado, prolongado y agudo. Es sensible a los cambios en el tiempo, tiene estudios de fiabilidad y validez, y al menos existen una versión en castellano y en francés; posee 2 escalas clínicas tipo Likert con 5 categorías de respuesta; una de 8 ítems referida a la conducta y los sentimientos del doliente en los momentos posteriores cercanos a la muerte del cónyuge, denominada parte I, cuya puntuación oscila entre 8



y 40; y la otra de 13 ítems, que hace referencia a los sentimientos actuales, denominada parte II, cuya puntuación oscila entre 13 y 65. Presenta una Fiabilidad de consistencia interna de 0,73 para la parte I y de 0,86 para la parte II.

Luego de haberse aplicado las pruebas en la fase de pre-prueba se aplicó el programa de intervención psicológica para disminuir el duelo traumático en las familias que han perdido a un familiar de forma traumática. Para la fase de post-prueba se aplicó nuevamente los instrumentos aplicados previamente para evaluar si hubo disminución o no de los síntomas del duelo.

III.2.6.- Procedimiento

Antes de iniciar el programa de intervención, se contactaron a las familias que iban a participar en la investigación, luego de esto se hizo una reunión con cada una de éstas en donde se les explicó, la finalidad del estudio mediante la entrega de un consentimiento y asentimiento informado (Ver anexo F y G); ambas familias estuvieron de acuerdo con participar en este estudio.

Una vez concluido los procedimientos formales se pasó a aplicar la fase de pre-prueba para luego iniciar con la aplicación del programa de intervención psicológica con la finalidad de disminuir el duelo en familias con pérdidas traumáticas, se realizó como indica el programa dos sesiones de entrevistas para recabar información con respecto al evento (fallecimiento del familiar, signos y síntomas de trauma y duelo, conformación de la familia) una vez recabada la información se prosiguió a ubicar a las familias en la tarea del duelo que no habían superado. Al final se le llevó a cabo la fase de post-prueba.



III.2.7- Resultados

Con la finalidad de evaluar el efecto de un programa de intervención dirigido al abordaje del duelo en familias que han sufrido la pérdida de un familiar de manera traumática, se realizaron los respectivos cómputos en términos de frecuencias relativas y absolutas y éstas fueron llevadas a tablas o graficas cuando el caso lo requirió.

CUADRO 7
DESCRIPCIÓN DE LAS FAMILIAS QUE PARTICIPARON EN EL ESTUDIO

Familia	Integrantes de la familia	Causa de muerte del fallecido	Tiempo de fallecido	Edad del fallecido
1	<ul style="list-style-type: none">• Hija• Nieta• Esposa	ACV (complicaciones médicas ocurridas ya que no se encontraron los reactivos necesarios)	3 semanas	80 años
2	<ul style="list-style-type: none">• Madre• Tía• Hermana• Abuela• Hijo• Prima	VIH (complicaciones ocurridas con la enfermedad, la familia desconocía el diagnostico)	5 meses	27 años

De los dos grupos familiares estudiados, la familia número uno (1) recibió un total de seis (6) sesiones de las cuales dos (2) de ellas fueron de entrevista y cuatro (4) pertenecieron a las intervenciones planteadas en el programa; la familia número dos (2) asistió a un total de (8) sesiones de las cuales dos (2) fueron de entrevista y las restantes (6) pertenecieron a las sesiones de intervención.

Cabe destacar que la familia número uno (1) no concluyó el programa de intervención debido a problemas de orden médico de uno de sus integrantes; igualmente en la familia número dos (2), tres (3) de sus integrantes abandonaron el programa debido a razones personales, concluyendo el programa los otros tres (3) familiares restantes.



III.2.8- Resultados del pre-tests.

De las escalas usadas para la fase del pre-test (el inventario de Texas revisado de duelo y el cuestionario para experiencias traumáticas (TQ) de J.R.T. Davidson, D. Hughes, D.G. Blazer), se obtuvo que:

La familia 1

- De tres (3) miembros, sólo uno (1) vivenció la pérdida como una experiencia traumática
- De tres (3) miembros en sólo dos (2), el evento no fue vivenciado como traumático.
- De tres (3) miembros, sólo dos (2) han presentado mayor intensidad de signos y síntomas del duelo

La familia 2

- De los seis (6) integrantes, cuatro (4) de ellos vivenciaron la pérdida como un evento traumático.
- Los seis miembros de la familia presentaron signos y síntomas de duelo agudo

En la tabla 4 se muestran los resultados obtenidos por cada miembro de los grupos familiares estudiados.

TABLA 4
RESULTADOS DE LA FASE DE PRE-TEST

Familia	Integrantes	Resultados obtenidos	
		cuestionario para experiencias traumáticas (TQ)	inventario de Texas revisado de duelo
1	• Hija	9/18	92
	• Nieta	1/18	59
	• Esposa	5/18	108
2	• Madre	14/18	77
	• Tía	10/18	70
	• Hermana	12/18	87
	• Abuela	7/18	98
	• Hijo	N/A	N/A
	• Prima	10/18	93



III.2.9 Resultados del programa.

Se realizaron 2 sesiones de entrevistas (ambas familias por separado) de una duración de una hora y media (1hr. 30 min.); durante estas sesiones se observó lo siguiente; las preguntas de la entrevista *ad hoc* (Ver anexo H) creadas para el programa tuvieron un efecto catártico en ambas familias, especialmente las siguientes preguntas:

1. ¿Cómo falleció la persona? (se preguntó cómo fue el evento, quiénes se enteraron primero del fallecimiento)
2. ¿Puede describir cómo era el fallecido? (se preguntó cómo era la personalidad de la persona fallecida, cómo se vinculaba con los integrantes de la familia)

Aunado a esto ambas familias describen a sus fallecidos de la siguiente manera.

CUADRO 8
DESCRIPCIÓN DEL COMPORTAMIENTO DEL FALLECIDO POR SUS FAMILIARES

Número de la familia	Descripción del fallecido por sus familiares
Familia 1	Muy tranquilo, era un padre amoroso, nos quería a todos, estaba pendiente de la comida, de buscar a su nieta al colegio, era como su pasatiempo, era como su todo. Siempre estaba pendiente de nosotros si llegábamos, estaba pendiente si comíamos, de dónde estábamos... él era cariñoso, era alcahueta, si no podíamos comprar dulces él nos lo compraba, nos daba dinero para las cosas, él se dejaba dar lo que uno quisiera, era alegre, bailaba con nosotros, jugaba con nosotros, no fumaba, ni tomaba, no daba mal ejemplo... él trabajaba, daba el mayor aporte económico en la familia.
Familia 2	Era alegre, activa, muy atenta, estaba pendiente de todo, era muy trabajadora, ella trabajaba en un restaurant en Galipán y cuando se enfermó dejó de trabajar... quería ayudar a todo el mundo... uno la llamaba y siempre estaba ahí... era peleona (terca), era muy ordenada, cuando le agarraban sus cosas se molestaba... ella no se enemistaba con nadie...

Tomando en consideración lo previamente expuesto se advirtió que en ambas familias (a pesar de las diferencias de edades entre los fallecidos) tienden a recordar a los difuntos exaltando las características positivas de estos.



Durante las sesiones de entrevista se observó que a pesar de que la familia uno (1) tenía tres (3) semanas de duelo, ésta no buscó ayuda de manera inmediata, sin embargo, es comprensible debido a lo temprano del evento, no obstante, llama la atención que la familia dos (2) a pesar de tener cinco (5) meses de duelo nunca buscó apoyo profesional.

Ante la entrevista HEAADSSSP se obtuvieron los siguientes resultados:

La familia 1

- No posee riesgo psicosocial en ningunas de las áreas evaluadas.
- Evidenciaron mayor cohesión familiar a la hora de resolver problemas

La familia 2

- Posee alto riesgo psicosocial en las áreas de Hogar, Educación, Actividades, Alimentación, Drogas, Sexualidad y suicidio o estado Psico-emocional.
- Evidenciaron escasa cohesión familiar a la hora de solventar problemas

En el Cuadro 9 se muestran los datos y respuestas obtenidos de la entrevista HEAADSSSP de ambos grupos familiares.

CUADRO 9
RESPUESTAS OBTENIDAS DE LA ENTREVISTA HEAADSSSP

Áreas evaluadas en la entrevista HEAADSSSP	Respuestas de las familias	
	Familia 1	Familia 2
Hogar	La familia comenta “La niña (adolescente) vive conmigo (abuela) desde que comenzó a enfermarse, la mamá vive en Charallave pero es por comodidad que ella vive en Caracas para traerla al hospital, nosotros no peleamos, ni discutimos, nada de eso ocurría en la casa ni ocurre”.	La familia comenta “Hay muchos problemas somos mucha familia... hay peleas constante...disgustos entre la familia...el varón es muy problemático...ella (fallecida) mediaba entre los problemas y buscaba la reconciliación... actualmente estos puntos están perdidos pero tratamos de no estar peleados... todos vivimos lejos...”
Educación	Todos los miembros de la familia han estudiado carrera universitarias	Los miembros de la familia solo han culminado el bachillerato y con dificultades.



Actividad	A pesar de que no se comparten actividades de manera consecutiva, buscan puntos de encuentros para poder reunirse y hacer actividades familiares	No hay punto de encuentros para realizar actividades en familia. La familia comenta “Después de la muerte de ella coordinamos en reunirnos pero, nunca nos reunimos”.
Alimentación	La familia mantiene la tradición de comer en familia después del fallecimiento del familiar	La familia se apoya solo para buscar comida, pero no nos reunimos para comer o compartir una cena familiar
Drogas	Niegan antecedentes de consumo de drogas en el grupo familiar; se tocan los temas y se hablaban de las drogas en la familia, comentan educar sobre las drogas a sus hijos para evitar el consumo	La familia comenta “Cigarro y alcohol... todos toman... es común que todos tomen y jueguen dominó...” Refieren haber tenido 2 familiares en consumo de drogas (no especifican) Se habla de las drogas a los hijos, la familia busca que no se vea los problemas de adicción en la nueva generación
Sexualidad	Dentro del grupo familiar siempre se han tocado temas de salud sexual y reproductiva	A pesar de que la fallecida murió de VIH, en la familia nunca se tocaron temas relacionados a la salud sexual y reproductiva
Psico-emocional/suicidio	Cuando la madre se disgusta los hijos buscan hablar con la madre La familia comenta “tiene un carácter muy fuerte buscamos comunicarnos... cuando estamos triste o molesto al principio no hay comunicación pero luego buscamos entablar conversaciones para poder ayudar a la persona...” La adolescente no llora porque dice “Mi abuelo está en el cielo... no lloro por mi enfermedad” la madre dice “estoy como aguantando las lágrimas... como estamos en el hospital no le ha pegado tanto... tengo miedo a que se ponga triste cuando llegue a la casa”.	La familia comenta “Cada quien se traga sus emociones... hay poca comunicación... pensamos que es ocupar a los demás... no se los digo porque nadie me llama y veo que nadie me importa... cada quien queda con su problemas... siempre se busca más apego siempre hay selección”.
Pobreza/seguridad	La familia comenta “Hay gente humilde... y gente pobre... en donde vivimos hay robos y homicidios...”	Ante este ítem los familiares responden tenemos “problemas económicos... llevándolo poco a poco, donde vivimos no lo consideran inseguro... es un barrio sano...hemos buscado herramientas para salir de los problemas económicos... vender cosas...”



Aunado a esto, en ambas familias se apreciaron indicadores conductuales, emocionales y del pensamiento relacionado con el duelo; estos indicadores se muestran en el cuadro siguiente.

CUADRO 10
INDICADORES CONDUCTUALES, EMOCIONALES Y DEL
PENSAMIENTO OBSERVADOS DURANTE LA ENTREVISTA

Familia	Conducta	emociones	Pensamiento
1	<ul style="list-style-type: none"> • Llanto continuo • Silencios. • Verborrea frecuente asociada a los recuerdos placenteros. • Conducta catártica. • Renuencia a realizar las actividades propuestas 	<ul style="list-style-type: none"> • Tristeza • Dolor • Rabia. 	<ul style="list-style-type: none"> • Impotencia. • Reminiscencias o recuerdos recurrentes del fallecido. • Pensamientos asociados a la soledad y abandono.
2	<ul style="list-style-type: none"> • Llanto continuo • Ensimismamiento. • Tendencia a encorvarse. • Silencios. • Verborrea frecuente asociada a los recuerdos. • Evasión al hablar del evento. • Alteraciones senso-perceptivas asociadas al fallecido. • Evasión o tendencia al abandono del tratamiento. 	<ul style="list-style-type: none"> • Tristeza • Rabia • Dolor 	<ul style="list-style-type: none"> • Impotencia • Ideación suicida • Pensamientos asociados a la soledad. • Pensamientos recurrentes a querer estar con el fallecido o escucharlo nuevamente. • Reminiscencias • Reminiscencias o recuerdos recurrentes del fallecido

Una vez analizado los datos obtenidos en las dos sesiones de entrevista se determinó que ambas familias incluyendo cada uno de sus integrantes se encontraban en la tarea del duelo número 2 (Trabajar las emociones y el dolor de la pérdida de la familia) por lo que tomando en consideración esto se comenzó a seguir los pasos establecidos en el programa de intervención psicológica (Ver anexo I).

En el Cuadro 11 se observan los indicadores de logros de la tarea del duelo número 2, las técnicas usadas y los resultados obtenidos de cada familia.



CUADRO 11
INDICADORES DE LOGRO, TÉCNICA Y RESULTADOS OBTENIDOS
DE LA APLICACIÓN DEL PROGRAMA
(TAREA DEL DUELO II)

Indicador de logro		Técnica usada	Resultados	
			Familia 1	Familia 2
Reconocer las emociones predominantes asociadas a la pérdida del familiar.	Expresa la emoción que surge	Técnicas narrativas Estructuración cognitiva NEBA	Expresan emociones asociadas a la tristeza, soledad. Logran disminuir las emociones disfóricas asociadas a la tristeza.	Expresan emociones asociadas al dolor, tristeza, rabia. Logran disminuir las emociones disfóricas asociadas a la tristeza.
Aceptar las emociones y la sensación de dolor asociado a la pérdida del familiar	Reconoce que esta emoción puede ser rabia, miedo, tristeza o alegría y puede estar acompañada de pensamientos agradables como desagradables Descubre el dolor con expresiones como llanto, búsqueda de contacto con la familia o expresiones verbales.	Uso de símbolos (fototerapia) Estructuración cognitiva NEBA	La familia no ha realizado las actividades pautadas.	La familia no realizó las actividades de registro para la reestructuración cognitiva. Las emociones de tristeza y dolor se han mantenido. Uno de los miembros familiares refirió tener ideaciones suicidas recurrentes.
Verbalizar y expresar las emociones o sensación de dolor asociado a la pérdida del familiar	Puede hablar de estas emociones y pensamientos sin sentirse juzgado ni culpable por la familia ni por sí mismo. Los integrantes de la familia logran desprenderse de objetos o materiales pertenecientes al fallecido	Técnicas narrativas Estructuración cognitiva NEBA	La familia no realizó las actividades pautadas	Los miembros de la familia logran determinar los pensamientos y emociones asociado a la tristeza y la rabia. Verbalizan que el registro de pensamientos, emociones y conductas agrava el proceso de duelo.

A pesar de los resultados reflejados en el Cuadro 11 hay que tomar en cuenta que dentro del desarrollo de la aplicación del programa de intervención psicológica se realizaron otros tipos de actividades e intervenciones que no estaban descritas, ya



que, cada grupo familiar y sus respectivos integrantes presentaron ciertas particularidades que llevaron a realizar dichas intervenciones.

La familia dos (2) comentó que desconocía la enfermedad de la cual muere el familiar enterándose de esto durante el proceso del velorio, por lo que el hijo de la fallecida desconocía la razón por la cual había fallecido su madre, situación que perduró en el tiempo; adicionalmente: la madre de la fallecida comenta que los médicos que atendieron el caso sólo entregaron unos resultados de laboratorios los cuales ella (madre) no logró comprender las explicaciones que le dieron. Ante estos eventos durante la realización de este programa el grupo familiar pidió que se le diera herramientas para poder comentarle al hijo de la fallecida el motivo por el cual muere su madre; y a su vez, solicitaron que se les pudieran explicar los resultados de laboratorios que tenían, ya que según la madre esto la iba a ayudar a entender lo que ocurrió con su hija.

Tomando en consideración los dos eventos planteados por la familia número dos (2) se realizó una intervención familiar en conjunto con el personal del equipo de medicina del adolescente; se explicó al adolescente el motivo por el cual la madre falleció al igual que la enfermedad que ésta padeció; igualmente se realizó una sesión adicional, donde se invitó al equipo de medicina para que explicara los exámenes de laboratorio que trajo la familia y las condiciones de la enfermedad que tuvo el fallecido. Cabe destacar que a su vez se realizó una intervención individual con uno de los miembros de la familia ya que verbalizó tener ideaciones suicidas, se realizaron las indicaciones pertinentes tanto al miembro de la familia como a sus familiares.

Con respecto a la familia número uno (1) no se evidenció ningún problema que ameritara modificar el programa de intervención.



Siguiendo este orden de ideas, es menester decir que *a grosso* modo durante el proceso de aplicación del programa no se pudo aplicar una sola técnica de manera grupal; sino que, se comenzaba a aplicar una técnica en particular y dependiendo de los eventos, verbalizaciones, emociones, conductas, pensamientos que se presentaban durante las sesiones se aplicaban simultáneamente otras técnicas del listado propuesto dentro del programa de intervención; evidenciando que al momento de realizarse, los miembros del grupo familiar reflejaban mayor comprensión de sus emociones, pensamientos y comportamiento ante el duelo. Ante las modificaciones realizadas en el grupo familiar dos (2) se observó que los integrantes de la familia realizaron mejoras significativas, hubo mayor aceptación del duelo, de las emociones expresadas y de los pensamientos relacionados con la pérdida, sin embargo, cabe destacar que uno de sus miembros evidenció empeorar durante el proceso de intervención, debido a situaciones personales.

Para la familia número uno (1) a pesar que no hubo modificación alguna, se observó que hubo una mayor comprensión de los signos y síntomas asociados al duelo, no obstante, debido a problemas de orden médico de uno de sus integrantes, éstos se vieron obligados a abandonar el proceso de intervención psicológica.

Con respecto a las técnicas aplicadas para la tarea del duelo número dos (2) y su efectividad, se realizó una pequeña entrevista final preguntando con cuál de las técnicas aplicadas los integrantes de las familias sintieron que fue más efectiva. Dicha entrevista final sólo fue aplicada a la familia numero dos (2) ya que esta fue el único grupo familiar que logró culminar el programa de intervención. las respuestas dadas se observan en el siguiente cuadro.



CUADRO 12
TÉCNICAS QUE FUERON EFECTIVAS EN LOS INTEGRANTES DE LA
FAMILIA 2

Integrantes familia número 2	Técnicas
Hijo	Técnica narrativa y fototerapia
Hermana	Técnica narrativa y fototerapia
Madre	Técnica narrativa y reestructuración cognitiva

Cabe destacar que las demás técnicas como el registro conductual que forma parte de la misma reestructuración cognitiva y la neuroestimulación bilateral alterna (NEBA) recibieron una valoración negativa por parte de los integrantes de la familia número dos (2), ya que comentaron que no lograron disminuir los signos y síntomas del duelo con estas técnicas. Pese a esto, cabe destacar que las dos sesiones psicopedagógicas realizadas con el equipo de medicina fueron valoradas como efectiva, generando un impacto positivo en la disminución de signos y síntomas del duelo.

III.2.10- Resultados del post-tests.

De las escalas usadas para la fase del pos-test (el inventario de Texas revisado de duelo y el cuestionario para experiencias traumáticas (TQ) de J.R.T. Davidson, D. Hughes, D.G. Blazer). Se obtuvo que:

La familia 1 no concluyó el programa de intervención debido a problemas médicos con uno de sus integrantes.

La familia 2

- De 6 miembros que ingresaron sólo 3 de estos culminaron el tratamiento.
- Con respecto al inventario de Texas revisado de duelos se observa que en relación con la fase de pre-test hubo una disminución de los signos y



síntoma de duelo de 31 pts. por parte de la madre de la fallecida y con respecto a la hermana hubo una disminución de 47 pts.

- Con respecto al cuestionario para experiencias traumáticas se observó que hubo una disminución significativa en relación con los signos y síntomas asociados a las experiencias traumáticas.

En la Tabla 5 se muestran los resultados obtenidos por cada miembro de los grupos familiares estudiados.

TABLA 5
RESULTADOS DE LA FASE DE PRE-TEST

Familia	Integrantes	Resultados obtenidos	
		inventario de Texas revisado de duelo	cuestionario para experiencias traumáticas (TQ)
2	• Madre	41	2/18
	• Hermana	40	0/18
	• Hijo	N/A	N/A



CAPITULO IV

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Los programas de intervención psicológica son de gran importancia ya que permiten sistematizar la forma en como un caso debe ser atendido. El objetivo principal de esta investigación era el poder diseñar un programa de abordaje psicológico para familias con pérdidas traumáticas y a su vez, evaluar la efectividad del programa en dicha población de estudio.

Aunado a esto, es menester tener en cuenta que no se encontró durante el desarrollo de esta investigación material relacionado con este tema dentro del país, lo que hizo que esta investigación fuese de gran pertinencia.

Por lo que tomando en consideración todo lo expuesto previamente, a continuación, se discutirán y analizarán los resultados obtenidos durante el desarrollo de esta investigación.

IV.1.- Efectividad del programa de intervención psicológica.

Se desea destacar que el programa se llevó a cabo con dos familias que padecieron de duelo debido a una pérdida traumática, de las cuales solo una logró culminar el programa y la otra no, por lo que los resultados obtenidos no pueden generalizarse a una población.

Para William Worden (2013), todas las personas que padecen de duelo deben superar una serie de tareas, las cuales son garantes para la superación de éste, dichas tareas son:

- I. Trabajar la aceptación del duelo por parte de la familia
- II. Trabajar las emociones y el dolor de la pérdida de la familia
- III. Promover la adaptación a un medio en que el fallecido está ausente



IV. Recolocación emocional del fallecido para continuar con las actividades de la vida diaria.

Unido a esto el mismo autor explica que el estancamiento en una de estas tareas es lo que impide que el duelo se elabore adecuadamente, por lo que al suceder esto se generan los signos y síntomas del duelo patológico o complicado. El programa de intervención psicológica se diseñó con la finalidad de que éste pudiese adaptarse a las dificultades que presentaban los miembros de la familia y poder trabajar la tarea del duelo que no había sido elaborada.

Tomando lo propuesto por William Worden (2013) si la tarea del duelo que ha sido elaborada es superada, entonces los signos y síntomas del duelo deben disminuir y el duelo debe tomar su curso normal; hipótesis que se corrobora con los resultados obtenidos en la fase de pre-prueba (tabla número 4) y post-prueba (tabla número 5), en donde se evidencia una disminución significativa en los signos y síntomas del duelo en la familia que concluyó el programa

A su vez, es importante destacar que las pérdidas vivenciadas por ambas familias estuvieron marcadas por ciertas características atípicas, es decir, a pesar de que ambas familias tuvieron pérdidas traumáticas, la diferencia de edades de los fallecidos puede haber marcado la manera de vivenciar el duelo, al igual que la forma en cómo fallecieron. Para que una pérdida sea traumática lo primero que se debe evaluar es que tan esperado o inesperado fue el suceso (Balleza 2017). Tomando en consideración esta premisa podemos observar que para ambas familias lo inesperado de las pérdidas fue lo que hizo que el evento se vivenciara como traumático, lo cual se relaciona con lo siguiente “Las manifestaciones iniciales del duelo se asemejan a las reacciones postraumáticas. Desde la perspectiva del duelo traumático, las reacciones postraumáticas ocurren como respuesta inicial a la muerte; si el estrés



postraumático o agudo no es superado trunca el desarrollo de duelo” (Corredor, 2002, pág. 37).

Durante las primeras fases de la aplicación del programa (entrevistas) se pudo constatar que hubo un proceso catártico por parte de los participantes, aunado a una descripción benéfica del fallecido sin resaltar sus aspectos negativos en vida; esto reafirma uno de los signos y síntomas de carácter cognoscitivo propuesto por Morrison (2014), en el cual el contenido del pensamiento de las personas que padecen del duelo tiende a poseer las siguientes características “memorias/pensamientos de la persona difunta, pero ciertos pensamientos positivos relacionados con otros” (ídem, 2014). Adicionalmente, los resultados obtenidos durante la aplicación de la entrevista HEAADSSSP arrojaron que la familia número uno (1) poseía ausencia de riesgo psicosocial en comparación de la familia número dos (2), la cual reflejaba alto riesgo en las áreas de Hogar, Educación, Actividades, Alimentación, Drogas, Sexualidad y suicidio o estado Psico-emocional; a su vez se precisó que la familia número uno (1) poseía mayor cohesión familiar que la familia número dos (2) al momento de afrontar los problemas; esto corrobora lo propuesto por Domingo (2016), quien destaca que uno de los factores de riesgo asociados al incremento o estancamiento de duelo es:

La familia y el apoyo social. Cuando la red social de soporte no es adecuada, o no es de ayuda, o los casos en que la muerte es negada socialmente, o se crea una conspiración de silencio alrededor del tema, situaciones de aislamiento, desempleo, bajo nivel socioeconómico, separación del ambiente cultural o religioso, otras pérdidas recientes acumuladas y la convivencia en ambientes sobreprotectores que evitan dolor. (Domingo, 2016 pág.15)

Tomando en consideración lo expuesto previamente, luego de haber aplicado la fase de entrevista se llegó a la conclusión con los datos obtenidos que en ambas familias se encontraban contenidos en la tarea del duelo numero dos (2), a pesar de que la familia número uno tenía tres semanas de duelo al iniciar el programa de intervención a diferencia de la familia numero dos (2) la cual poseía 5 meses; así



mismo se aprecia que a mayor cohesión y menos riesgo psicosocial es más fácil elaborar el proceso de duelo.

Aunado a esto en el cuadro número diez (10) y once (11) se indican los signos y síntomas detectados en los miembros de los grupos familiares, las diversas técnicas empleadas para disminuir estos signos y síntomas, y los indicadores de logros superados; tomando en consideración lo expuesto previamente se concluye.

Primero, en la familia número uno (1) se observó que hubo una mayor comprensión de la muerte del familiar, no obstante, en la familia número dos (2) evidenció una menor comprensión de la muerte del familiar debido al desconocimiento de la enfermedad de ésta, situación que se aclaró semanas antes del fallecimiento. Tomando en cuenta estos datos se advierte que las técnicas empleadas son más efectivas siempre y cuando haya una comprensión de las causas de muerte del familiar; el reconocer esto permite a la familia poder reconocer emociones, pensamientos y comportamientos asociados al duelo, situación que ocurrió con la familia número uno (1); en cambio para la familia número dos (2), el desconocimiento de la enfermedad del familiar que falleció hace que los signos y síntomas del duelo se agraven dificultando el proceso del duelo. Para ambas familias las técnicas narrativas, fueron esenciales para poder reconocer y expresar emociones disfóricas asociadas al duelo, sin embargo lo que logró potenciar la técnica fue la comprensión grupal y los diálogos que se generaban entre los miembros de la familia, esto confirma lo propuesto por Juan Díaz Curiel (2011), el cual refiere que los tratamientos grupales son efectivos para superar el duelo complicado e incrementa la salud mental, y también los resultados obtenidos por Alison Salloum, Lisa Avery y Ronald McClain (2001) en el que concluyen que la terapia de grupo puede ser útil para reducir los síntomas de estrés traumático.



Segundo, Ana Carolina Rodríguez Ibarra, Rubí Yasmín Ruiz Suárez, Martha Restrepo Forero (2004) establecen que las técnicas cognitivo-conductuales son efectivas en grupos familiares ya que permiten la expresión de sentimientos, la reflexión sobre el sentido de la vida, incremento de posibilidades y habilidades de comunicación y orientación hacia la solución de problemas y toma de decisiones; tomando en cuenta lo planteado por estos investigadores se observó que el grupo familiar número dos (2) reflejó luego de haberse aplicado la técnica de reestructuración cognitiva una mejoría significativa en la expresión de sentimientos, incremento de posibilidades y habilidades de comunicación entre los miembros de la familia y el poder reflexionar sobre el sentido de la vida.

Tercero, las técnicas tanto narrativas (redacción de cartas) como de fototerapia (uso de material fotográfico) tuvieron un efecto catártico en los integrantes de la familia número dos (2). En la familia número uno (1) sólo se logró aplicar la técnica narrativa la cual igualmente tuvo el mismo efecto; sin embargo, aparte de generar esto, también se percibió que dichas técnicas ayudaron a la comprensión y al entendimiento de las emociones disfóricas asociadas al duelo, lo que facilitó la expresión de sentimientos y reforzando los resultados obtenidos a través de la aplicación de la técnica de reestructuración cognitiva.

Cuarto, las técnicas aplicadas se llevaron a cabo tomando en cuenta las necesidades de los participantes durante las sesiones; si muy bien inicialmente una sesión se planificaba para iniciar con la técnica narrativa, ciertamente durante el transcurso se podía aplicar paralelamente la técnica de reestructuración cognitiva, es menester tener en cuenta esto, ya que las sesiones realizadas no pueden basarse simplemente en la aplicación de una determinada técnica sino adaptarse a las demandas o eventos que ocurren en las sesiones; ciertamente unas de las finalidades de proponer diversas técnicas para trabajar las distintas tareas del duelo era ofrecer un



programa de intervención psicológica que se adaptase a las dificultades que presenta la familia.

Quinto, la familia número uno (1) abandonó el programa debido a que uno de sus familiares (nieta) padecía de una enfermedad crónica y debió ser hospitalizada. Con respecto a la familia número dos (2), comenzaron el programa seis (6) integrantes de los cuales sólo concluyeron tres (3) debido a problemas de índole familiar, aunado a éstos, varias sesiones del programa tuvieron que ser suspendidas por problemas asociados a las eventualidades que vive el país actualmente (problemas de transporte y económicos).

Sexto, durante las sesiones llevadas con la familia número dos (2) se tuvo que pedir apoyo al equipo de médicos del servicio de medicina del adolescente, puesto que la familia solicitó que se le explicara la enfermedad que padeció la fallecida, aunado también a que el hijo de la fallecida desconocía el motivo de la muerte de su madre. Dichas intervenciones se realizaron utilizando estrategias psico-educativas; igualmente, los grupos familiares recibieron una guía informativa en el cual se explicaba todo lo relacionado con el duelo al inicio del programa; todo esto ayudó de manera significativa a la disminución de los signos y síntomas del duelo; esto coincide con lo observado por Sandra Milena Páez y Fabio Andrés Roldán (2011) quienes señalan que las intervenciones psicoeducativas permiten elaborar los procesos de duelo traumático de manera efectiva.

Séptimo, se realizó una evaluación por parte de los miembros de la familia número dos (2) del programa en los cuales expresaron según su punto de vista cuales fueron las técnicas que los ayudaron más en el proceso de duelo y cuáles fueron las menos efectivas para estos; a pesar de que el grupo familiar expresó que la neuroestimulación bilateral alterna y el registro conductual no fueron efectivas para ellas; cabe acotar que debido a la dificultad de recursos materiales para la aplicación



de estas técnicas y sin descartar las características individuales y grupales de la familia hizo que existiera cierta renuencia y dificultad en la aplicación de la misma.

Finalmente, el programa de intervención psicológica concluyó solamente con la realización del número de sesiones establecidas para superar la tarea del duelo número dos (2), por lo que no se pudo realizar una fase de seguimiento para observar la efectividad a largo plazo del programa; sin embargo se puede ver la eficiencia del programa de intervención psicológica a corto plazo al compararse los resultados obtenidos en la fase de pre-prueba y post-prueba, detectándose en esta última una disminución significativa tanto en los signos y síntomas del duelo como de las experiencias traumáticas. No obstante, la familia número dos (2) sigue siendo atendida de manera de llevar un seguimiento que facilite posteriormente la evaluación de la efectividad del programa a largo plazo.



CAPITULO V

LIMITACIONES Y RECOMENDACIONES.

Considerando los resultados obtenidos en la presente investigación, es menester tomar en cuenta las limitaciones y recomendaciones planteadas a continuación para futuras investigaciones en el área.

V.1.- Limitaciones

- Las dificultades económicas y de transporte que atraviesa el país afectaron en cierta medida el desarrollo continuo de las sesiones del programa de intervención, debido a que muchas veces los integrantes de las familias no podían asistir por estos problemas.
- La escasez de recursos materiales debido a que no se tenía recursos económicos impidió el desarrollo adecuado de ciertas técnicas; para la realización de la neuroestimulación bilateral alterna se requerían recursos audiológicos que los familiares debían de usar a las afuera del sitio en donde se realizaba la investigación, como no se contaban con estos recursos la técnica se limitó a ser aplicada sólo en las sesiones llevadas en la institución.
- La cohesión familiar es una variable que debe ser tomada en cuenta, ya que al haber poca cohesión familiar los integrantes del grupo familiar número dos (2) se cohibían de aportar datos y abrirse a relatar aspectos de su vida interna (emociones) durante las sesiones.
- La edad fue una variable que a pesar de ser tomada en cuenta afectó la investigación, ya que debido a que no se encontraron instrumentos que permitieran evaluar el duelo en menores de edad, esto limitó la obtención de datos objetivos en estos integrantes.
- El ambiente: ruido externo, problemas de agua, llevaron a la suspensión de sesiones debido a que el servicio debía cerrar sus puertas.



- Debido al tiempo establecido por la universidad no se pudo concluir la aplicación del programa, en todas sus fases.

V.2.- Recomendaciones

De acuerdo a los resultados obtenidos y los procedimientos empleados se recomienda:

- Considerar la posibilidad de continuar con la investigación ampliando el número de la muestra.
- Tomar en cuenta la posibilidad de controlar las variables previamente descritas
- Realizar investigaciones sobre diseños de instrumentos que permitan evaluar el duelo en menores de edad.
- Aplicar el programa de investigación con cada técnica aislada para ver la efectividad de cada una de ellas con base en el tema del duelo
- Llevar a cabo réplicas sistemáticas para valorar la generalidad de los hallazgos obtenidos y otros profesionales puedan ser beneficiados.
- Modificar el programa para implementar estrategias psicoeducativas.



REFERENCIAS

- Andolfi M. (1991) *Terapia familia un enfoque interaccional*. Buenos Aires, Argentina: Paidós editorial
- Belloch A, Sandín B, Ramos F. (2009) *Manual de psicopatología*. Madrid, España: Mc Graw Hill editorial
- Bados A, Grau E. (2010) *La técnica de la reestructuración cognitiva*. Barcelona, España: Universidad Autónoma de Barcelona
- Balleza F. (2017) *La pérdida traumática: un factor de riesgo para el duelo traumático, extraído*. Recuperado de <https://clinicadueloyperdida.com/la-perdida-traumatica-factor-riesgo-duelo-complicado>
- Ballestin G, Solanas C, Cordellat A. (2018) *El duelo en la pérdida de un hijo*. Recuperado de <https://www.seom.org/seomcms/images/stories/recursos/sociosyprofs/documentacion/manuales/duelo/duelo09.pdf>
- Berenstein I. (1995) *Psicoanálisis de familia y pareja*. Recuperado de <http://www.apdeba.org/wp-content/uploads/Berenstein1.pdf>
- Barreto P, De la Torre O, Marín M. (2012) *Detección del duelo complicado*. Madrid, España: Universidad Complutense de Madrid
- Banco Mundial (2016) *Homicidios intencionales por cada 100.000 habitantes*. Recuperado de <https://datos.bancomundial.org/indicador/VC.IHR.PSRC.P5?view=chart>
- Corredor A. (2002) *Estudio cualitativo del duelo traumático de familiares de víctimas de homicidio según la presencia o ausencia de castigo legal*. Bogotá, Colombia: Universidad Nacional de Colombia.
- Cuervo A, Escobar J. (2006) *Validez de contenido y juicio de expertos: una aproximación a su utilización*. Recuperado de http://www.humanas.unal.edu.co/psicometria/files/7113/8574/5708/Articulo3_Juicio_de_expertos_27-36.pdf
- Curiel J. (2011) *Estudios de variables asociadas a la psicoterapia grupal en los procesos de duelo patológico*. Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0211-57352011000100007&script=sci_arttext&tlng=en



- Cuevas L. (2010) *Hipermensia y reminiscencia: dos fenómenos de recuperación incremental de la información de la memoria*. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/sumps/v17n2/v17n2a03.pdf>
- Cali O. (2010) *Derechos de las víctimas de delitos en Venezuela y las instituciones gubernamentales que los protegen*. Recuperado de http://www.academia.edu/1380065/Derechos_de_las_V%C3%ADctimas_de_Delitos_en_Venezuela_y_las_Instituciones_Gubernamentales_que_los_Protegen
- Código Procesal Penal Venezolano* (2009). Recuperado de <http://www.ministeriopublico.gob.ve/web/guest/codigo-procesal-penal>
- Diccionario de la Real Academia Española (2016) *Concepto de homicidio*. Recuperado de <http://dle.rae.es/?id=KbBsOTn>
- Federación de Psicólogos de Venezuela (2016) *Venezuela en el día de la salud mental*. Recuperado de <http://www.fpv.org.ve/wordpress/2016/10/venezuela-en-el-dia-mundial-de-la-salud-mental/>
- García M, Basarán M, Sáiz P, Bousoño M, Bobes J. (2005) *Banco de instrumentos básicos para la práctica de la psiquiatría clínica*. Madrid, España: Ars Médica editorial.
- Guevara M. (2005) *Gerencia de servicios psicológicos: una estrategia para la formulación de programas*. Caracas, Venezuela: Torino editorial.
- Hernández S, Fernández C, Baptista P. (2001) *Metodología de la investigación*. México D.F, México: McGraw-Hill.
- Ibarra A, Suarez R, Forero M. (2004) *Intervención familiar para el manejo psicológico en pacientes oncológicos con mal pronóstico en el hospital Misericordia*. Recuperado de <http://www.redalyc.org/html/804/80401310/>
- López J, Martínez M, González J. (2005) *Duelo complicado*. Recuperado de <http://www.seom.org/seomcms/images/stories/recursos/sociosyprofs/documentacion/manuales/duelo/duelo18.pdf>
- McMullan A, Kilpatrick D, Veronen L, Smith S. (1988) *Familias sobrevivientes de víctimas de homicidio: perspectivas teóricas y un estudio exploratorio*. Recuperado de <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/jts.2490020104/abstrac>



- Minuchin S. (2004) *Técnicas de terapia familiar*. Buenos Aires, Argentina: Paidós editorial
- Organización Mundial de la Salud (2016). *Violencia juvenil*. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs356/es/>
- Observatorio Venezolano de Violencia (2016) *2015 tasa de homicidio llegó a 90 por cada 100 mil habitantes*. Recuperado de <http://observatoriodeviolencia.org.ve/2015-tasa-de-homicidios-llego-a-90-por-cada-100-mil-habitantes/>
- Puigarnau A. (2010) *Las tareas del duelo: psicoterapia del duelo desde un modelo integrativo-relacional*. Buenos Aires, Argentina: Paidós
- Palacios D. (2009) *Atención integral a las víctimas de violaciones de los derechos humanos: algunos apuntes desde la victimología*. Recuperado de <http://www.corteidh.or.cr/tablas/r25535.pdf>
- Petralanda V, García J. (2001) *¿Es posible medir el duelo? Adaptación al castellano y validación del Inventario de Experiencias en Duelo (IED) y del Inventario Texas Revisado de Duelo (ITRD)*. Recuperado de <https://psiquiatria.com/depresion/es-posible-medir-el-duelo-adaptacion-al-castellano-y-validacion-del-inventario-de-experiencias-en-duelo-ied-y-del-inventario-texas-revisado-de-duelo-itrd/>
- Roldán F, Páez S. (2011) *Orientación sobre el proceso de duelo a familiares víctimas de homicidio que acuden al centro de atención a víctimas de la fiscalía general*. Recuperado de <http://intellectum.unisabana.edu.co/bitstream/handle/10818/210/Sandra%20Milena%20P%20C3%A1ez%20Avila.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Salloum A, Avery L, McClain P. (2001) *Psicoterapia grupal para adolescentes sobrevivientes de víctimas de homicidio: un estudio piloto*. Recuperado de [http://www.jaacap.com/article/S0890-8567\(09\)60533-5/abstract](http://www.jaacap.com/article/S0890-8567(09)60533-5/abstract)
- Saldaña A, Salas I, Solorzano C. (2008) *Diseño y valoración de impacto de un programa de asesoría psicojurídica para familiares de víctimas de homicidio en la unidad de la fiscalía general de la nación seccional Bogotá*. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/4138/413835170005.pdf>
- Sociedad Venezolana de Psiquiatría. (2014) *Comunicado sobre la salud mental del venezolano*. Recuperado de <http://www.svp.org.ve/pdf/comunicadosvp2014.docx.pdf>



Spielberger Ch. (2017) *Cómo controlar el enojo*. Recuperado de <http://www.apa.org/centrodeapoyo/enojo.aspx>

Watson B. (2003) *Flashback y trastorno de estrés postraumático*. Recuperado de <http://bjp.rcpsych.org/content/183/1/75.3>

Worden W. (2013) *El tratamiento del duelo: asesoramiento psicológico y terapia*. Buenos Aires, Argentina: Paidós

White M, Epston D. (1993) *Medios narrativos para fines terapéuticos*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.

Zambrano A. (2005) *Reporte mensual Venescopio*. Caracas, Venezuela: VENESCOPIO editorial.



ANEXOS

ANEXO A.- PROGRAMA DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA PARA AFRONTAR EL DUELO EN FAMILIAS CON PÉRDIDAS TRAUMÁTICAS. (VERSIÓN PREELIMINAR)

A continuación se presenta la propuesta de un programa de intervención psicológica para afrontar el duelo en familias con pérdidas traumáticas, el cual tiene como objetivo general: Disminuir los signos y síntomas del duelo en familias que han perdido a familiares de manera traumática.

Para lograr este objetivo se plantea lo siguiente; la familia debe superar las 4 tareas del duelo establecidas por William Worden (2013), las cuales son:

- I. Trabajar la aceptación del duelo por parte de la familia
- II. Trabajar las emociones y el dolor de la pérdida de la familia
- III. Promover la adaptación a un medio en que el fallecido está ausente
- IV. Recolocación emocional del fallecido para continuar con las actividades de la vida diaria.

El estancamiento en una de estas tareas es lo que impide que el duelo se elabore adecuadamente, por lo que se instaurarán los signos y síntomas de un duelo patológico. Al superar la tarea en el cual la familia se encuentra estancada, el duelo transcurre normalmente y puede superarse.

Dentro del programa se propone lo siguiente: en primer lugar, deben realizarse 3 sesiones de entrevista para determinar cuál tarea del duelo no ha sido elaborada; una vez ubicada la tarea, se busca dentro del programa la tarea no superada en la cual se encontrará:



- El objetivo a trabajar dentro de la tarea del duelo
- Las técnicas recomendadas a usar
- El número de sesiones que se deben de llevar a cabo
- Los materiales a utilizar
- Los indicadores de logro

Esto con la finalidad de obtener un programa, el cual pueda adaptarse a las necesidades y dificultades por las que atraviesa la familia dentro del duelo.

Al final del programa, el lector puede consultar una guía de lo que se debe y no se debe hacer mientras se realizan las sesiones; frases que se deben evitar durante las intervenciones, el modo de organización de las sesiones, y por último se explicarán cada una de las técnicas que se proponen para su uso adecuado.



Programa de intervención psicológica para afrontar el duelo en familias con pérdidas traumáticas.

Primeras sesiones

Objetivo específico: recolectar información de la familia mediante la realización de una entrevista para conocer a sus integrantes, Conformación del hogar, Ciclo vital familiar, Roles que desempeñaba el fallecido, Afecto y patrones de comunicación, Factores socioculturales y Tareas del duelo no superadas

Numero de sesiones estimadas: 3

Técnicas a usar: entrevista semiestructurada *ad hoc*; entrevista de riesgo biopsicosocial HEEAADSSSP.

Tiempo estimado: 45 min. - 1 hr por sesión

Indicadores de logro:

Al finalizar las sesiones el terapeuta debe:

- I. Conocer a los integrantes de la familia
- II. Estar al tanto del rol, emociones y patrones de comunicaciones del fallecido y de los miembros de la familia
- III. Clasificar los factores socioculturales intervinientes
- IV. Determinar las tareas del duelo no superadas por la familia

Al terminar la fase de entrevista se pasará a realizar las intervenciones psicoterapéuticas dependiendo de la tarea de duelo no superada, las cuales son las siguientes:

- I. Trabajar la aceptación del duelo por parte de la familia
- II. Trabajar las emociones y el dolor de la pérdida de la familia
- III. Promover la adaptación a un medio en que el fallecido está ausente
- IV. Recolocación emocional del fallecido para continuar con las actividades de la vida diaria



Tarea del duelo I

Trabajar la aceptación del duelo por parte de la familia

Objetivo específico: Reconocimiento y aceptación por cada miembro de la familia de la pérdida del miembro familiar.

Numero de sesiones estimada: 5-7 sesiones.

Técnicas a emplear Reestructuración cognitiva, Técnicas narrativas (escribir/dibujos), N.E.B.A. [Neuroestimulación Bilateral Alterna] (Ver anexos del programa).

Tiempo estimado: 45 min – 1 hr por sesión

Recursos:

- **Humanos:** 1 facilitador
- **Materiales:** hojas blancas, lápices, colores, equipo de audio

Indicadores de logro y medición de cada indicador:

Al finalizar las sesiones, la familia debe:

- Reconocer los eventos asociados al fallecimiento.
 - Puede hablar y describir el evento asociado al fallecimiento
- Identificar las consecuencias que trae el fallecimiento del miembro a la familia
 - Identifica las consecuencias del fallecimiento
 - Señala los cambios ocurridos en el núcleo familiar y en el entorno.
- Aceptar la pérdida del familiar
 - Reconoce las emociones asociada a la pérdida
 - Explica racionalmente la pérdida
 - Valida la realidad de la muerte del familiar

Los indicadores se medirán mediante una lista de chequeo a través de los datos obtenidos de las sesiones de entrevista



Tarea del duelo II

Trabajar las emociones y el dolor de la pérdida de la familia

Objetivo específico: Reducir las emociones disfóricas y el sentimiento de dolor producidos por el duelo, que alteran los niveles de funcionalidad de cada miembro de la familia.

Numero de sesiones estimadas: 5-7 sesiones

Técnicas a emplear: Reestructuración cognitiva, Uso de símbolos (fototerapia), Técnicas narrativas (escribir/dibujos), N.E.B.A. [Neuroestimulación Bilateral Alterna] (Ver anexos del programa)

Tiempo estimado: 45 min. – 1 hr por sesión

Recursos:

- **Humanos: 1 facilitador**
- **Materiales:** Fotografías del fallecido y la familia, hojas blancas, lápices, colores, equipo de audio.

Indicadores de logro y medición de cada indicador:

Al finalizar las sesiones, la familia debe:

- Reconocer las emociones predominantes asociadas a la pérdida del familiar.
 - Expresa la emoción que surge
- Aceptar las emociones y la sensación de dolor asociado a la pérdida del familiar
 - Reconoce que esta emoción puede ser rabia, miedo, tristeza o alegría y puede estar acompañada de pensamientos agradables como desagradables
 - Descubre el dolor con expresiones como llanto, búsqueda de contacto con la familia o expresiones verbales.



- Verbalizar y expresar las emociones o sensación de dolor asociado a la pérdida del familiar.
 - Puede hablar de estas emociones y pensamientos sin sentirse juzgado ni culpable por la familia ni por sí mismo.

Los indicadores se medirán mediante una lista de chequeo a través de los datos obtenidos de las sesiones de entrevista



Tarea del duelo III

Promover la adaptación a un medio en que el fallecido está ausente

Objetivo específico: Brindar herramientas que permitan a la familia adaptarse a la ausencia del fallecido para así afrontar situaciones de la vida cotidiana y mejorar los niveles de funcionalidad de cada miembro.

Numero de sesiones estimadas: 4-5 sesiones

Técnicas a emplear: Rol playing; N.E.B.A. [Neuroestimulación Bilateral Alternativa] (Ver anexos del programa).

Tiempo estimado: 45 min- 1hr por sesión.

Recursos:

- **Humanos:** 1 facilitador
- **Materiales:** equipo de audio.

Indicadores de logro y medición de cada indicador:

Al finalizar las sesiones, la familia debe:

- Demostrar la adquisición de herramientas que permitan mejorar su funcionamiento en las áreas de su vida cotidiana.
 - Adopta a nuevos roles dentro de la familia.
 - Da sentido o significado a la pérdida del familiar.
- Comprender la ausencia del fallecido dentro de la familia.
 - Redefine su independencia como persona (que pueda decir cómo solventar los problemas ella misma sin pensar en el fallecido)
 - Reconoce su eficacia personal (control de la persona sobre lo que sucede)
- Retomar actividades de la vida cotidiana, las cuales habían sido abandonadas debido al duelo.



- Los miembros mayores de la familia retoman sus actividades laborales y oficios de la casa.
- Los miembros menores de la familia reinician sus actividades escolares y actividades de rutina dentro del hogar.

Los indicadores se medirán mediante una lista de chequeo a través de los datos obtenidos de las sesiones de entrevista y situaciones de simulación.



Tarea del duelo IV

Recolocación emocional del fallecido para continuar con las actividades de la vida diaria.

Objetivo específico: Fomentar la toma de conciencia por parte de la familia de las emociones vinculadas al fallecido, con la finalidad de mantener los niveles de funcionalidad de cada miembro y la adaptación al medio que los rodea.

Numero de sesiones estimadas: 4-5 sesiones

Técnicas a emplear: Rol playing; N.E.B.A. [Neuroestimulación Bilateral Alterna] (Ver anexos del programa)

Tiempo estimado: 45 min- 1hr por sesión.

Recursos:

- **Humanos:** 1 facilitador
- **Materiales:** equipo de audio.

Indicadores de logro y medición de cada indicador:

Al finalizar las sesiones, la familia debe:

- Expresar las mejorías y los cambios que ha habido dentro del entorno familiar.
- Reconocer y expresar las emociones asociadas al fallecido
- Poder hablar del fallecido sin expresar emociones disforias que alteren los niveles de funcionalidad de los miembros de la familia.

Los indicadores se medirán mediante una lista de chequeo a través de los datos obtenidos de las sesiones de entrevista y situaciones de simulación.



Anexos del programa

Guía para el psicoterapeuta

Cosas que se deben y que no se deben hacer cuando se ayuda a una persona que ha sufrido una pérdida (Robert A. Neimeyer 2002)

Cosas que no deben hacer	Cosas que se deben hacer
Obligar a la persona que ha sufrido la pérdida a asumir un rol	Estar dispuesto a la comunicación
Decir a la persona que ha sufrido la pérdida qué tiene que hacer.	Escuchar la mayor del tiempo y hablar menos.
Ofrecer ayudas que no se puedan cumplir.	Ofrecer ayudas concretas y tomar la iniciativa de llamar a la persona.
Sugerir que el tiempo cura todas las heridas.	Estar atentos a los momentos difíciles en el futuro, con intentos activos de afrontar sentimientos y decisiones difíciles durante los meses que siguen a la pérdida
Hacer que sean otros quienes presten la ayuda.	Acompañar a la persona durante el tratamiento.
Intentar que la persona se dé prisa en superar su dolor animándola a ocupar su tiempo.	Ser paciente con la historia de la persona que ha sufrido la pérdida y permitirle compartir sus recuerdos del ser querido.

Durante las sesiones se recomienda evitar las siguientes frases:

- “Lo estás haciendo muy bien”
- “Llámame si necesitas algo”
- ” Sé cómo te sientes”
- Utilizar frases de consuelo, como: “hay otros peces en el mar” o “los caminos del Señor son insondables”.



- Utilizar frases que inciten a la persona a asumir roles “debes hacer o tienes que hacer”

Organización de las sesiones:

- Las sesiones deben realizarse en un lugar amplio
- La familia debe estar sentada en círculo con la finalidad de generar un ambiente de confort y promover la comunicación entre los integrantes y el facilitador
- Debe hacerse entrega de los materiales cuando se vaya aplicar las técnicas que lo ameriten
- Deben pedirse fotos de la familia y el fallecido para realizar las técnicas de fototerapia.
- Al finalizar la sesión siempre se realizará la técnica de N.E.B.A.
- Las sesiones tendrán un tiempo estimado de 45 min a 1 hr.

Descripción de las técnicas

- **Entrevista HEEAADSSSP y entrevista *ad hoc***

Para la sesión de entrevista, el terapeuta debe primero presentarse y recolectar los datos de identificación de cada uno de los miembros de la familia; segundo, se pasa a realizar un familiograma o genograma para poder conocer la organización de la familia; tercero, una vez realizado el familiograma se pasa a realizar la entrevista de evaluación de riesgo biopsicosocial HEEAADSSSP en la cual se evalúa cada una de las áreas bio-psico-sociales de la familia las cuales son:

- Hogar
- Educación
- Empleo
- Alimentación
- Actividades
- Drogas



- Sexualidad
- Suicidio/estado psicoemocional
- Seguridad
- Pobreza.

Al terminar la entrevista del HEAADSSSP, se pasa a realizar la entrevista *ad hoc* con la finalidad de obtener datos sobre el fallecido, por lo que se propone llevar a cabo las siguientes preguntas.

3. ¿Cómo falleció la persona? (pregunte cómo fue el evento, quiénes se enteraron primero del fallecimiento)
4. ¿Puede describir cómo era el fallecido? (pregunte cómo era la personalidad de la persona fallecida, cómo se vinculaba con los integrantes de la familia)
5. ¿Cuál era su rol en la familia? (pregunte si era padre de familia, si aportaba económicamente a la familia, ejercía alguna labor dentro del hogar)
6. ¿Cómo era la comunicación con el fallecido? (pregunte si hablaba con sus hijos si los tenía, si era poco comunicativo en la casa, tenía secretos, había problemas de comunicación la familia tales como: peleas, discusiones)
7. ¿El fallecido practicaba alguna religión o no? (pregunte por el sistema de creencias, también si a partir del fallecimiento la familia ha buscado apoyo en iglesias u otros grupos de soporte)
8. ¿Qué cosas han cambiado con su muerte? (pregunte si dentro de la familia han cambiado normas, reglas, patrones de comportamiento, si los integrantes del grupo han dejado de trabajar o realizar ciertas actividades, si se han sentido abatidos o no por la pérdida del familiar)

Es importante tomar en cuenta que esta entrevista se puede dar de forma dinámica, no se recomienda seguir un patrón estructurado ya que, en la medida que la familia vaya aportando información se pueden ir realizando las preguntas planteadas.



- **Reestructuración cognitiva (RC)**

La RC consiste en que la persona, con la ayuda inicial del terapeuta, identifique y cuestione sus pensamientos desadaptativos, de modo que queden sustituidos por otros más apropiados y se reduzca o elimine así la perturbación emocional y/o conductual causada por los primeros. En la RC, los pensamientos son considerados como hipótesis y conjuntamente, terapeuta y paciente trabajan para recoger datos que determinen si dichas hipótesis son correctas o útiles. En lugar de decir a las personas cuáles son los pensamientos alternativos válidos, el terapeuta formula una serie de preguntas y diseña experimentos conductuales para que las personas evalúen y sometan a prueba sus pensamientos negativos y lleguen a una conclusión sobre la validez o utilidad de los mismos (Clark, 1989).

El modelo cognitivo en que se basa la RC ha sido denominado *modelo*

A-B-C (Ellis, 1979a).

- *A* se refiere a una situación, suceso o experiencia activadora de la vida real.
- *B* se refiere a las cogniciones apropiadas o inapropiadas de la persona acerca de *A*. Estas cogniciones pueden ser conscientes o no.
- *C* se refiere a las consecuencias emocionales, conductuales y físicas de *B*.

En la RC, el terapeuta ha de ayudar a la persona a:

- a) identificar las cogniciones pertinentes.
- b) comprender el impacto de éstas sobre las reacciones emocionales y conductuales.
- c) considerar las cogniciones como hipótesis que han de ser discutidas y sometidas a prueba.
- d) cuestionar verbal y conductualmente las cogniciones inadecuadas.
- e) modificar estas cogniciones y sustituirlas por otras más apropiadas para conseguir el cambio emocional y conductual deseado.

La identificación correcta de las cogniciones por parte de la persona requiere que ésta sea entrenada al respecto, lo cual incluye decirle que:



- Muchos pensamientos son automáticos e involuntarios y que pueden ser tan habituales y plausibles que escapan a la atención consciente, a no ser que se haga un esfuerzo para captarlos.
- Se asegure de que ha identificado los pensamientos importantes que producen el malestar emocional.
- Procure no confundir pensamientos y emociones.
- Escriba pensamientos concretos.
- Escriba cada pensamiento de forma separada.

Los medios más frecuentemente utilizados para identificar cogniciones son las preguntas más o menos retrospectivas del terapeuta, el auto-registro y los cuestionarios de reconocimiento de pensamientos. En relación con el primero, preguntas fundamentales que el terapeuta puede emplear a la hora de identificar cogniciones son: “¿qué pasa (ha pasado, pasó) por su cabeza mientras está (estaba) ansioso (o cualquier otro estado emocional o experimentación de síntomas)? ¿le viene a la cabeza alguna imagen?, ¿qué piensa que puede pasar?, ¿qué es lo peor que cree que podría suceder?, ¿qué piensa que podría ocurrir si no hiciera tal cosa (conducta defensiva o de evitación)?”. Por lo general, conviene evitar preguntas del tipo “por qué” y emplear en cambio preguntas del tipo “qué” y “cómo”.

En cuanto al auto-registro continuado a lo largo del tratamiento, hace que la persona sea más consciente de sus propias cogniciones y del impacto de éstas, y facilita la reestructuración de las mismas. Se usará el auto - registro de Clark (1989) el cual, incluye seis columnas además de la fecha: a) situación que lleva a la emoción desagradable (qué se estaba haciendo o qué se estaba pensando en general); b) emoción/es experimentada/s e intensidad de la/s misma/s (0-100); c) pensamientos específicos que preceden a la emoción y grado de creencia (0-100) en los mismos; y, durante el tratamiento, d) pensamientos alternativos y grado de creencia en los mismos; e) creencia en los pensamientos negativos originales y tipo y grado de la/s emoción/es subsecuente/s; y f) acciones emprendidas o a emprender (esta última columna puede juntarse con la anterior). A continuación, se presenta un modelo del



auto-registro del Clark el cual será entregado a cada uno de los miembros de la familia y se le explicará cómo será su llenado, el cual, debe ser realizado en casa y será revisado en las sesiones posteriores.

Fecha	Situación que despierta la emoción desagradable	Emoción experimentada (valorarla intensidad del 0 al 100, siendo 1 lo menor y 100 lo mayor)	Pensamientos específicos (valorar el grado de creencia del 0 al 100 siendo 0 lo menos creíble y 100 lo más creíble)	Pensamientos alternos (valorar el grado de creencia del 0 al 100 siendo 0 lo menos creíble y 100 lo más creíble)	Creencia en los pensamientos negativos y Tipo y grado de las emociones subsecuente	Acciones emprendidas o a emprender (conducta realizada o a realizar)

- **Técnicas narrativas (escribir/dibujos)**

Para realizar esta técnica es necesario realizar primero un proceso de **externalización**, el cual consiste en separar el problema de la persona. La externalización es un abordaje terapéutico que insta a las personas a cosificar y, a veces, a personificar, los problemas que las oprimen; esto permite a las personas separarse de los relatos dominantes que han estado dando forma a sus vidas y sus relaciones. Al hacerlo, recuperan la capacidad de identificar aspectos previamente ignorados, pero cruciales, de la experiencia vivida, aspectos ignorados que no podrían haberse predicho a partir de la lectura del relato dominante; lo cual es llamado **relato extraordinario**.

Para esto, se pueden plantear preguntas que alienten a las personas a localizar, generar o resucitar historias alternativas que expliquen los acontecimientos extraordinarios; preguntas que lleven a las personas a investigar qué indican estos nuevos datos acerca de los atributos y cualidades de ellas mismas y de sus relaciones.



A su vez se puede introducir preguntas que animen a las personas a rastrear la influencia del problema sobre sus vidas y relaciones. Estas preguntas ayudan a identificar la esfera de influencia del problema, que puede abarcar el ámbito conductual, emocional, físico, interaccional y actitudinal. Una vez que se ha obtenido una descripción de la esfera de influencia del problema, puede plantearse un segundo conjunto de preguntas, preguntas que invitan a los clientes a describir su propia influencia, así como la influencia de sus relaciones, sobre la vida del problema. Estas preguntas generan información que contradice la descripción saturada por el problema de la vida familiar, y ayuda a las personas a identificar su competencia y sus recursos ante la adversidad.

Los acontecimientos extraordinarios (duelo en este caso) pueden identificarse mediante una revisión histórica de la influencia de las personas sobre el problema. Se les puede pedir que recuerden hechos o sucesos que contradigan los efectos que el problema tiene sobre sus vidas y relaciones. Aunque estos eventos son experimentados por las personas afectadas en el momento en el que ocurren, los relatos saturados de problemas de sus vidas suelen impedir la atribución de nuevos significados a estas vivencias. Estos acontecimientos extraordinarios pasados pueden facilitar la creación de nuevos significados en el presente, significados que permiten a las personas volver atrás y revisar su historia personal y la de sus relaciones. Por ejemplo, el tipo de preguntas a realizarse pueden ser del siguiente tipo:

- ¿Cómo ha ayudado a mantener el problema?
- ¿Qué cosas ha intentado para solucionar el problema?
- ¿Qué emociones nuevas ha descubierto?
- ¿Cómo crees que estos nuevos descubrimientos podrían afectar a tu actitud hacia ti mismo?
- ¿Cómo podría este descubrimiento afectar a tu relación con tu familiar u otras personas?
- Al negarte a colaborar de esta forma con el problema, ¿lo estás haciendo aumentar o disminuir?



Es importante tener en cuenta que las preguntas que se presenta aquí son un modelo explicativo, ya que se pueden formular preguntas distintas tomando en cuenta lo explicado previamente.

Una vez preparado todo, se les solicita a los familiares que agarren las hojas y un lápiz y se les pide que escriban una carta; en el caso de que en la familia haya niños se les pide a éstos que realicen un dibujo. Al finalizar la realización de esto se analizará y discutirá cada uno de los contenidos en conjunto con la familia.

- **N.E.B.A. [Neuroestimulación Bilateral Alterna]**

La Neuro Estimulación Bilateral Alterna (N.E.B.A.) es una técnica desarrollada por el Dr. Luis Arocha Mariño, la Prof. Laura Montilla y su equipo del Instituto Latinoamericano de Coaching y Terapia (ILACOT); esta técnica consiste en producir una intensa interconexión entre los pensamientos, sentimientos, emociones y acciones de cada individuo. Es denominada por la descripción de su fundamento básico: Neuro estimulación (ya que se está estimulando el sistema nervioso central desde la periferia del organismo), Bilateral (se aplica estimulando y respetando la característica de simetría bilateral de cuerpo), Alterna (pues, parece esencial que la estimulación ocurra de forma alternante), encontrando que constituye un acelerador, no sólo de procesos terapéuticos en sí, sino que es un valioso auxiliar para cualquier tipo de apoyo que se necesite al encontrarse en una situación de toma de decisiones, ante una situación molesta, puesto que orienta y focaliza la mente en aquello que se quiere desarrollar o conseguir. Esta técnica se aplica en lo que se conoce como ambiente N.E.B.A. el cual es: aquella situación donde se emplea la técnica, centrándose mentalmente, cada sujeto, en cualquier situación que desee afrontar.



Por lo que tomando en consideración lo previamente dicho, Para poder realizar la técnica de neuroestimulación bilateral alterna con los integrantes de las familias se seguirá el siguiente protocolo de actuación:

- Estarán sentados cada uno en una silla en forma circular. Éste será un sitio tranquilo, donde no serán interrumpidos durante 15-20 minutos, aproximadamente.
- Se indicará a la familia, que cada uno de ellos tomen tres respiraciones lentas y profundas.
- Luego se les colocará un audio de forma alterna, simétrica y continua (metrónomo).
- Repetirán mentalmente una frase que resuma, a su satisfacción, el asunto a tratar: por ejemplo “me duele cuando pienso en él (fallecido)”. Repítanla unas 15 o 20 veces.
- Permitan que su mente divague y viaje por su interior hasta que se sientan más seguros y serenos, y encuentren una solución amigable.
- Agradezcan esta sabiduría interior. Se detiene el audio y se invita a que respiren suave y tranquilamente unos breves segundos.

Esta técnica debe llevarse a cabo al final de todas las sesiones independientemente de la tarea del duelo que se esté trabajando

- **Juego de Roles (*Rol playing*)**

La técnica del juego de rol permite a sus participantes experimentar una situación o acción, no sólo intelectualmente, sino también física y emocionalmente. Para emplear esta técnica se debe tener en cuenta lo siguiente:

1. Descripción precisa y detallada de la situación que se va a desarrollar (acción, escenario, tiempo, circunstancias, matices, etc.)



2. Papeles o roles que forman parte de la misma. Número y características de los personajes e intereses que tienen en la situación.

Tomando en cuenta esto se les pide a los miembros de la familia que recreen una situación o problema (conversaciones, discusiones, roles dentro de la casa) en la cual el fallecido hubiese participado. En este caso se explica que como la persona fallecida no está presente se les pide que ahora ellos deben buscar una nueva estrategia o herramienta para solucionar el problema; de no haber respuesta alguna se analiza la situación y se ofrece una posible herramienta con la intención de que ellos repitan nuevamente lo que se les indica y puedan aprender la nueva estrategia o herramienta.

- **Uso de símbolos (fototerapia)**

Cada foto que una persona toma o guarda es un tipo de autorretrato, una especie de espejo con memoria que refleja esos momentos y personas que fueron lo suficientemente especiales como para congelarse en el tiempo. Las fotos hacen visibles las historias en curso de la vida de las personas y sirven como huellas visuales que marcan en dónde han estado (tanto emocionalmente como físicamente). Las reacciones de las personas a las fotos tomadas pueden proporcionar pistas esclarecedoras sobre su propia vida interior y sus secretos.

La función principal del terapeuta es alentar y apoyar los propios descubrimientos personales del paciente mientras exploran e interactúan con sus fotos personales y familiares. **No se interpretan las fotos de las personas** por ellos; en cambio, la información siempre debe provenir de la persona, y es guiada por las preguntas estimuladas de su terapeuta, mientras que se explora la imagen y su impacto emocional.



Tomando en cuenta esto se le pide a la familia que traigan un álbum de fotos familiares en las cuales aparezcan fotos de la persona fallecida, se debe realizar preguntas con respecto a la foto para explorar el impacto emocional de cada uno de los integrantes familiares con dicha foto; en donde lo principal es explorar temas con la familia tales como:

- Historias del fallecido.
- Secretos.
- Eventos importantes con el fallecido (eventos que la familia les gustaría cambiar o dejar).
- Temas no hablados con el fallecido.



ANEXO B.- INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN PARA LOS EXPERTOS

Datos del profesional

Nombre y apellido:

Edad:

Área de especialización:

Años de experiencia:

Área de ejercicio profesional:

A continuación, se presentan una serie de reactivos que nos gustaría usted respondiera en función del programa de intervención que se anexa; esto con la finalidad de valorar dicho programa, el cual corresponde al trabajo de grado que tiene entre sus objetivos:

“Validar socialmente los objetivos, contenidos y procedimientos de un programa de intervención familiar para superar el duelo por la pérdida de familiar de manera traumática.

- 1. ¿El número de sesiones es adecuado? (si su respuesta es negativa, ¿cuántas sesiones sugiere?)**
- 2. ¿Los objetivos planteados son pertinentes?**
- 3. ¿El número de sesiones estimado para cada objetivo es adecuado? (si su respuesta es negativa ¿Cuántas sesiones sugiere por cada objetivo?)**
- 4. ¿El tiempo destinado para cada sesión es adecuado? (si su respuesta es negativa ¿qué duración sugiere para cada sesión?)**



5. **¿Qué opina sobre las técnicas que se utilizaran para cada objetivo?**
6. **¿Los recursos son suficientes? ¿se necesitaría algún otro? ¿cuáles?**
7. **¿Los indicadores de logros son adecuado? ¿considera usted que evidencian el cumplimiento de los objetivos planteados?**
8. **En cuanto a la redacción, ¿es clara? ¿se maneja una terminología adecuada?**
9. **Considera usted que este programa puede ser aplicable a otros grupos familiares que hayan perdido a un familiar por otros motivos**

Recomendaciones:

¡Gracias por su colaboración!



ANEXO C.- CARTA DE AUTORIZACIÓN DE LA JEFE DEL SERVICIO DE MEDICINA DE ADOLESCENTE

Diciembre 2017

AUTORIZACIÓN

Yo, Saturnina Clemente García, jefe del Servicio de Medicina de Adolescente afirmo que he leído y aprobado para su aplicación el proyecto de investigación acción titulado **“Programa de intervención psicológica para afrontar el duelo en familias con pérdidas traumáticas”** presentado por el licenciado en psicología Eric David Romero Atencio.

Este trabajo constituye un requisito académico de la Comisión de Estudios de Postgrado de la Facultad de Humanidades y Educación, ya que forma parte de la Especialización de Psicología Clínica para optar por el título de Especialista en Psicología Clínica

Se trata de un programa de intervención psicológica en el cual se brindará herramientas terapéuticas para afrontar el duelo por homicidio a las familias de aquellos adolescentes que asisten al servicio de medicina del adolescente. Con la aplicación práctica de este estudio se logrará un útil y efectivo aprendizaje para todos los involucrados y para el desarrollo de la disciplina científica, específicamente la intervención favorecerá a las familias y adolescentes que participen en ésta.

Saturnina Clemente García
Jefe del servicio de medicina de adolescente
Hospital de niños J. M. de los Ríos



**ANEXO D.- CARTA DE PERMISO PARA EL DIRECTOR DEL HOSPITAL
J. M. DE LOR RÍOS**

Caracas, Diciembre de 2017

**Ciudadano Exavier Campos
Director del Hospital J. M. de los Ríos
Su despacho. -**

Respetado Doctor, reciba un cordial saludo.

La presente comunicación tiene por objeto presentar y solicitar el aval para la realización del siguiente trabajo de investigación – acción: **“Programa de intervención psicológica para afrontar el duelo en familias con pérdidas traumáticas”** en el Servicio de Medicina de Adolescentes ubicado en el piso 8 de la torre de consulta de este hospital.

Este trabajo constituye un requisito académico de la Comisión de Estudios de Postgrado de la Facultad de Humanidades y Educación, ya que forma parte de la Especialización de Psicología Clínica para optar por el título de Especialista en Psicología Clínica

Se trata de un programa de intervención psicológica en el cual se brindará herramientas terapéuticas para afrontar el duelo por homicidio a las familias de aquellos adolescentes que asisten al servicio de medicina del adolescente. Con la aplicación práctica de este estudio se logrará un útil y efectivo aprendizaje para todos los involucrados y para el desarrollo de la disciplina científica, específicamente la intervención favorecerá a las familias y adolescentes que participen en ésta.

A su vez es importante mencionar que esta investigación cumple con los parámetros que impone el código de ética profesional de la psicología, en los apartes referidos al desarrollo de la investigación científica.

Agradeciendo de antemano su colaboración, se despiden.

Atentamente.

**Rosa Lacasella, C.I 5.887.568
Tutora**

**Eric D. Romero A, C.I 19.087.693
Tesisista**



ANEXO E.- CARTA DE PERMISO PARA EL COMITÉ DE BIOÉTICA DEL HOSPITAL J. M. DE LOS RÍOS

Caracas, Diciembre de 2017

**Dras. Comisión de Bioética
Hospital de niños JM de los Ríos
Presente.**

Respetadas Doctoras, reciban un cordial saludo.

La presente comunicación tiene por objeto presentar y solicitar el aval para la realización del siguiente trabajo de investigación – acción: **“Programa de intervención psicológica para afrontar el duelo en familias con pérdidas traumáticas”** en el Servicio de Medicina de Adolescentes ubicado en el piso 8 de la torre de consulta de este hospital.

Este trabajo constituye un requisito académico de la Comisión de Estudios de Postgrado de la Facultad de Humanidades y Educación, ya que forma parte de la Especialización de Psicología Clínica para optar por el título de Especialista en Psicología Clínica

Se trata de un programa de intervención psicológica en el cual se brindará herramientas terapéuticas para afrontar el duelo por homicidio a las familias de aquellos adolescentes que asisten al servicio de medicina del adolescente. Con la aplicación práctica de este estudio se logrará un útil y efectivo aprendizaje para todos los involucrados y para el desarrollo de la disciplina científica, específicamente la intervención favorecerá a las familias y adolescentes que participen en ésta.

A su vez es importante mencionar que esta investigación cumple con los parámetros que impone el código de ética profesional de la psicología, en los apartes referidos al desarrollo de la investigación científica.

Agradeciendo de antemano su colaboración, se despiden.

Atentamente.

**Rosa Lacasella, C.I 5.887.568
Tutora**

**Eric D. Romero A, C.I 19.087.693
Tesista**



ANEXO F.- CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LOS SUJETOS DE ESTUDIOS

Consentimiento informado

DECLARACION DEL INVESTIGADOR

Ustedes están siendo invitados a participar en un estudio de investigación titulado **Programa de intervención psicológica para afrontar el duelo en familias con pérdidas traumáticas**; El duelo ha sido considerado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como un problema de salud pública, ya que tiene consecuencias importantes en la salud de aquel que sufre. Se ha observado que el Duelo está relacionado a alteraciones en la calidad de vida (salud física, emocional o comportamental), por lo que radica en un problema tanto de salud como social.

Antes que ustedes decidan si quieren participar en este estudio, necesitan saber el propósito de esta investigación, los posibles riesgos y beneficios y qué se espera si ustedes decidieran participar. Este formato de consentimiento informado provee información sobre el estudio. El equipo conversará con ustedes acerca del estudio y responderán cualquier inquietud que pueda tener. Después que se les haya explicado completamente el estudio, usted estará en la capacidad de decidir si desea participar o no. Si ustedes deciden participar en el estudio, nosotros le pediremos que firme este documento o coloque su huella digital en presencia de un testigo. Además, le ofreceremos una copia del consentimiento.

Por favor tome en cuenta lo siguiente:

- Su participación en esta investigación es completamente voluntaria y anónima
- Ustedes pueden decidir no formar parte o decidir abandonar el estudio en cualquier momento.

PROPÓSITO y BENEFICIO DEL ESTUDIO

El propósito de este estudio es brindar herramientas a las familias que padecen de duelo producto de la pérdida de un familiar por un evento traumático mediante la realización de un programa de intervención psicológica. Los beneficios serán: obtención de herramientas sobre el manejo y superación del duelo

PROCEDIMIENTOS:

Al participar en el estudio:

- Recibirán sesiones terapéuticas para afrontar el duelo
- Herramientas para el afrontamiento y superación del duelo
- Materiales informativos y psico-educativos sobre el manejo del duelo.



El investigador del estudio le suministrará una serie de entrevistas y cuestionarios, la información obtenida será netamente confidencial y de uso solo explícito para la investigación.

Este estudio es voluntario y ustedes pueden elegir dejar de participar en el estudio en el momento que ustedes deseen.

MOLESTIAS

Durante las sesiones del programa los participantes podrían sentirse avergonzados, preocupados o ansiosos. El autor estará disponible para ayudar a los participantes a lidiar con esos sentimientos.

BENEFICIOS POTENCIALES:

Los adolescentes y sus familias, recibirán información confiable y útil respecto al duelo, asesoría en cuanto a las situaciones que compromete, herramientas para afrontar y superar el duelo en situaciones traumáticas.

COSTOS Y COMPENSACIONES:

No hay costo ni compensación alguna para usted por participar en el estudio

CONFIDENCIALIDAD:

El estudio será anónimo. Todo el equipo del proyecto estará capacitado para mantener la confidencialidad de la información de las personas. Todos los instrumentos de encuesta, dispositivos de recolección de muestras y formatos serán marcados solamente por un código de participación en el estudio que no identificará en ningún momento a la persona que lo contesta.

Toda la información relacionada al estudio estará almacenada con seguridad en la unidad en la sede de investigación. Toda la información de los participantes estará almacenada en un área de datos designada en cada establecimiento.

DAÑOS RELACIONADOS CON EL ESTUDIO:

Si alguna de las intervenciones del programa pudiera afectarlos como consecuencia de la participación en este estudio, no dude en decirlo así recibirá atención inmediata por aquel daño. Ustedes no perderán ninguno de sus derechos legales al firmar este formato de consentimiento.

PAGINA DE FIRMAS

Si ustedes han leído este formato de consentimiento (o ha sido explicado), todas sus preguntas han sido contestadas, y ustedes aceptan participar en este estudio, por favor firmen con el nombre de la familia o coloque la huella digital del representante a continuación al final de esta página.



Ha tenido la oportunidad de realizar preguntas. Si posteriormente tiene preguntas con respecto al almacenamiento de la información, consulte con cualquiera de los investigadores.

Nombre de la familia

Firma del representante y fecha

Testigo

Firma del Testigo y fecha



ANEXO G.- CARTA DE ASENTIMIENTO INFORMADO DE LOS SUJETOS DE ESTUDIO

Asentimiento Informado

Nosotros, _____, certificamos que: hemos sido informado (a) acerca de las características y los alcances del estudio: Programa de intervención psicológica para afrontar el duelo en familias con pérdida traumáticas. Además, hemos leído (o se nos ha leído) el documento sobre Consentimiento Informado que contiene información sobre el propósito y beneficio del estudio, su interpretación, sus limitaciones y su riesgo, y que entendemos su contenido, incluyendo los beneficios y molestias de la encuesta.

Hemos recibido información académica y orientativa previa a la realización de la encuesta del estudio.

Entendemos que la participación es voluntaria y que podemos retirarnos del estudio en cualquier momento.

Fuimos informados de las medidas que se tomarán para proteger la confidencialidad de los resultados.

Nombre de la Familia

Firma del Representante y fecha

Testigo

Firma Testigo y fecha



ANEXO H.- PROGRAMA DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA PARA AFRONTAR EL DUELO EN FAMILIAS CON PÉRDIDAS TRAUMÁTICAS. (VERSIÓN FINAL)

INTRODUCCIÓN

El Duelo se ha convertido en un problema de salud pública para la República Bolivariana de Venezuela; la tasa de mortalidad por diversas causas ha incrementado desenfrenadamente lo cual ubica al país como uno de los países con la tasa de mortalidad más alta en América Latina; aunado a esto unas de las víctimas principales de este fenómeno son las familias, familias que padecen de signos y síntomas bio-psico-sociales debido a la pérdida inesperada de un familiar y que muy escasamente encuentran instituciones u organizaciones que puedan facilitarles la ayuda para poder superar los avatares de dicho evento que es traumático para ellos.

Tomando en cuenta lo expuesto previamente, a continuación se presenta la propuesta de un programa de intervención psicológica para afrontar el duelo en familias con pérdidas traumáticas.

Programa de intervención psicológica para afrontar el duelo en familias con pérdidas traumáticas

El duelo se define según el actual Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-V como *“la tristeza por la muerte de un pariente o amigo el cual es una experiencia común; es una reacción normal ante un tipo particular de factor que genera estrés”* (James Morrison 2014 Pp. 110). Uno de los tipos de duelos existente dentro de la nomenclatura clínica es el duelo traumático, el cual se entiende como *“la muerte inesperada o traumática, lo cual su integración y aceptación (elaboración del duelo) se puede ver interferida por recuerdos traumáticos que*



producen un sufrimiento anormalmente intenso”. (José Ignacio Chacón López-Muñiz, María Blanca Martínez-Barbeito y Jesús González Barboteo 2005 Pp. 229); este tipo de duelo está compuesto por una serie de signos y síntomas subclínicos que van desde afecciones neurovegetativas hasta alteraciones emocionales los cuales disminuyen el funcionamiento global de la persona; estos signos y síntomas son:

8. Recuerdos anormalmente intensos
9. Pesadillas
10. *Flashbacks* o Recuerdos intrusivos recurrentes
11. Sensaciones de incredulidad
12. Falta de aceptación de la muerte
13. Rabia y enfado
14. Presencia de ansiedad, insomnio o depresión.

La prevalencia en el tiempo de estos signos y síntomas hacen que el duelo no se pueda elaborar adecuadamente; es menester tomar en cuenta que dicha sintomatología puede desaparecer y reaparecer en otro momento como causantes de morbilidades significativas.

William Worden (2013) propone que todas las personas que padecen de duelo deben superar una serie de tareas las cuales son garantes para la superación de esta, dichas tareas son las siguientes:

- V. Trabajar la aceptación del duelo por parte de la familia
- VI. Trabajar las emociones y el dolor de la pérdida de la familia
- VII. Promover la adaptación a un medio en que el fallecido está ausente
- VIII. Recolocación emocional del fallecido para continuar con las actividades de la vida diaria.

Para este autor el estancamiento en una de estas tareas es lo que impide que el duelo se elabore adecuadamente, por lo que al suceder esto se generan los signos y



síntomas de un duelo patológico o complicado. Al superar la tarea en el cual la familia se encuentra estancado el duelo transcurre normalmente y puede superarse. Tomando en cuenta esta premisa y las 4 tareas del duelo propuestas por William Worden (2013) se plantea un programa de intervención psicológica para disminuir el duelo en familias que han sido víctimas de homicidios, cuyo objetivo general es el siguiente:

- Disminuir los signos y síntomas del duelo en familias con pérdidas traumáticas

Para lograr este objetivo el programa de intervención psicológica está construido de la siguiente manera:

Una primera fase la cual consta de una serie de sesiones de entrevista:

- 2-3 sesiones de entrevista con la familia para identificar la tarea del duelo que no ha sido elaborada, los signos y síntomas asociados al duelo que presentan la familia y conocer la dinámica y estructura familiar.

Una vez culminadas las sesiones de entrevista y siendo identificada la tarea del duelo no superada; se pasa a la segunda fase la cual es realizar la intervención psicológica. Para esto dentro del programa se encuentran las cuatro (4) tareas del duelo y en cada tarea se encuentra lo siguientes elementos a tener en consideración:

- El objetivo a trabajar dentro de la tarea del duelo
- Las técnicas recomendadas a usar
- El número de sesiones que se deben de llevar a cabo
- Los materiales a utilizar
- Los indicadores de logro



Por lo que el tratante busca dentro del programa la tarea del duelo que ha sido identificada como no elaborada o no superada y realiza la intervención en base a esta. Esto con la finalidad de obtener un programa el cual pueda adaptarse a las necesidades y dificultades por la cual atraviesa la familia dentro del duelo.

Al final del programa, el tratante puede consultar una guía en el cual se especifica lo siguiente:

- Lo que se debe y no se debe hacer mientras se realizan las sesiones
- Frases que se deben evitar durante las intervenciones
- El modo de organización de las sesiones
- Las explicaciones de cada una de las técnicas propuestas para su uso adecuado.
- Una tabla de registro de las sesiones realizadas
- Una guía para las familias en duelo (material de apoyo para la familia).



Primeras sesiones

Objetivo específico: recolectar información de la familia mediante la realización de una entrevista para conocer a los integrantes, Conformación del hogar, Ciclo vital familiar, Roles que desempeñaba el fallecido, Afecto y patrones de comunicación, Factores socioculturales y Tareas del duelo no superadas

Numero de sesiones estimadas: 2-3 (semanales)

Técnicas a usar: entrevista semiestructurada *ad hoc*; entrevista de riesgo biopsicosocial HEEAADSSSP.

Tiempo estimado: 1 hr - 1hr 30 min. por sesión

Indicadores de logro:

Al finalizar las sesiones el terapeuta debe:

- V. Conocer a los integrantes de la familia.
- VI. Estar al tanto del rol, emociones y patrones de comunicaciones del fallecido y de los miembros de la familia
- VII. Clasificar los factores socioculturales intervinientes
- VIII. Determinar las tareas del duelo no superadas por la familia.

Al terminar la fase de entrevista se pasará a realizar las intervenciones psicoterapéuticas dependiendo de la tarea de duelo no superada las cuales son las siguientes:

- V. Trabajar la aceptación del duelo por parte de la familia.
- VI. Trabajar las emociones y el dolor de la pérdida de la familia.
- VII. Promover la adaptación a un medio en que el fallecido está ausente
- VIII. Recolocación emocional del fallecido para continuar con las actividades de la vida diaria



Tarea del duelo I

Trabajar la aceptación del duelo por parte de la familia

Objetivo específico: Reconocimiento y aceptación por cada miembro de la familia de la pérdida.

Numero de sesiones estimada: 5-7 sesiones (semanales)

Técnicas a emplear Reestructuración cognitiva, Técnicas narrativas (escribir/dibujos), N.E.B.A. [Neuroestimulación Bilateral Alterna] (Ver anexos del programa)

Tiempo estimado: 1 hr – 1hr 30 min. por sesión

Recursos:

- **Humanos:** 1 facilitador
- **Materiales:** hojas blancas, lápices, colores, equipo de audio

Indicadores de logro y medición de cada indicador:

Al finalizar las sesiones, la familia debe:

- Reconocer los eventos asociados al fallecimiento.
 - Puede hablar y describir el evento asociado al fallecimiento
- Identificar las consecuencias que trae el fallecimiento del miembro a la familia
 - Identifica las consecuencias del fallecimiento
 - Señala los cambios ocurridos en el núcleo familiar y en el entorno.
- Aceptar la pérdida del familiar
 - Reconoce las emociones asociada a la pérdida
 - Explica racionalmente la pérdida
 - Valida la realidad de la muerte del familiar

Los indicadores se medirán mediante una lista de chequeo a través de los datos obtenidos de las sesiones de entrevista



Tarea del duelo II

Trabajar las emociones y el dolor de la pérdida de la familia.

Objetivo específico: Reducir las emociones disfóricas y el sentimiento de dolor producidos por el duelo, que alteran los niveles de funcionalidad de cada miembro de la familia.

Numero de sesiones estimadas: 5-7 sesiones semanales

Técnicas a emplear: Reestructuración cognitiva, Uso de símbolos (fototerapia), Técnicas narrativas (escribir/dibujos), N.E.B.A. [Neuroestimulación Bilateral Alterna] (Ver anexos del programa)

Tiempo estimado: 1 hr – 1 h 30 min. por sesión

Recursos:

- **Humanos: 1 facilitador**
- **Materiales:** Fotografías del fallecido y la familia, hojas blancas, lápices, colores, equipo de audio.

Indicadores de logro y medición de cada indicador:

Al finalizar las sesiones, la familia debe:

- Reconocer las emociones predominantes asociadas a la pérdida del familiar.
 - Expresa la emoción que surge
- Aceptar las emociones y la sensación de dolor asociado a la pérdida del familiar
 - Reconoce que esta emoción puede ser rabia, miedo, tristeza o alegría y puede estar acompañada de pensamientos agradables como desagradables
 - Descubre el dolor con expresiones como llanto, búsqueda de contacto con la familia o expresiones verbales.



- Verbalizar y expresar las emociones o sensación de dolor asociado a la pérdida del familiar.
 - Puede hablar de estas emociones y pensamientos sin sentirse juzgado ni culpable por la familia ni por sí mismo.
- Los integrantes de la familia logran desprenderse de objetos o materiales pertenecientes al fallecido.

Los indicadores se medirán mediante una lista de chequeo a través de los datos obtenidos de las sesiones de entrevista



Tarea del duelo III

Promover la adaptación a un medio en que el fallecido está ausente

Objetivo específico: Brindar herramientas que permitan a la familia adaptarse a la ausencia del fallecido para así afrontar situaciones de la vida cotidiana y mejorar los niveles de funcionalidad de cada miembro.

Numero de sesiones estimadas: 5-7 sesiones (semanales)

Técnicas a emplear: Rol playing; N.E.B.A. [Neuroestimulación Bilateral Alternativa] (Ver anexos del programa)

Tiempo estimado: 1hr – 1hr 30 min. por sesión.

Recursos:

- **Humanos:** 1 facilitador
- **Materiales:** equipo de audio.

Indicadores de logro y medición de cada indicador:

Al finalizar las sesiones, la familia debe:

- Demostrar la adquisición de herramientas que permitan mejorar su funcionamiento en las áreas de su vida cotidiana.
 - Adopta a nuevos roles dentro de la familia.
 - Da sentido o significado a la pérdida del familiar.
- Comprender la ausencia del fallecido dentro de la familia.
 - Redefine su independencia como persona (que pueda decir cómo solventar los problemas ella misma sin pensar en el fallecido)
 - Reconoce su eficacia personal (control de la persona sobre lo que sucede)
- Retomar actividades de la vida cotidiana, las cuales habían sido abandonadas debido al duelo.



- Los miembros mayores de la familia retoman sus actividades laborales y oficios de la casa.
- Los miembros menores de la familiar reinician sus actividades escolares y actividades de rutina dentro del hogar.

Los indicadores se medirán mediante una lista de chequeo a través de los datos obtenidos de las sesiones de entrevista y situaciones de simulación.



Tarea del duelo IV

Recolocación emocional del fallecido para continuar con las actividades de la vida diaria.

Objetivo específico: Fomentar la toma de conciencia por parte de la familia de las emociones vinculadas al fallecido, con la finalidad de mantener los niveles de funcionalidad de cada miembro y la adaptación al medio que los rodea.

Numero de sesiones estimadas: 4-5 sesiones (semanales)

Técnicas a emplear: Rol playing; N.E.B.A. [Neuroestimulación Bilateral Alterna] (Ver anexos del programa)

Tiempo estimado: 1hr – 1hr 30min. por sesión.

Recursos:

- **Humanos:** 1 facilitador
- **Materiales:** equipo de audio.

Indicadores de logro y medición de cada indicador:

Al finalizar las sesiones, la familia debe:

- Expresar las mejorías y los cambios que ha habido dentro del entorno familiar.
- Reconocer y expresar las emociones asociadas al fallecido
- Poder hablar del fallecido sin expresar emociones disforias que alteren los niveles de funcionalidad de los miembros de la familia.

Los indicadores se medirán mediante una lista de chequeo a través de los datos obtenidos de las sesiones de entrevista y situaciones de simulación.



Guía para el psicoterapeuta

I. Cosas que se deben y que no se deben hacer cuando se ayuda a una persona que ha sufrido una pérdida (Robert A. Neimeyer 2002)

Cosas que no deben hacer	Cosas que se deben hacer
Obligar a la persona que ha sufrido la pérdida a asumir un rol	Estar dispuesto a la comunicación
Decir a la persona que ha sufrido la pérdida qué tiene que hacer.	Escuchar la mayor del tiempo y hablar menos.
Ofrecer ayudas que no se puedan cumplir.	Ofrecer ayudas concretas y tomar la iniciativa de llamar a la persona.
Sugerir que el tiempo cura todas las heridas.	Estar atentos a los momentos difíciles en el futuro, con intentos activos de afrontar sentimientos y decisiones difíciles durante los meses que siguen a la pérdida
Hacer que sean otros quienes presten la ayuda.	Acompañar a la persona durante el tratamiento.
Intentar que la persona se dé prisa en superar su dolor animándola a ocupar su tiempo.	Ser paciente con la historia de la persona que ha sufrido la pérdida y permitirle compartir sus recuerdos del ser querido.

II. Durante las sesiones se recomienda evitar las siguientes frases:

- “Lo estás haciendo muy bien”
- “Lláname si necesitas algo”
- ” Sé cómo te sientes”
- Utilizar frases de consuelo, como: “hay otros peces en el mar” o “los caminos del Señor son insondables”.



- Utilizar frases que inciten a la persona a asumir roles “debes hacer o tienes que hacer”

III. Organización de las sesiones:

- Las sesiones deben realizarse en un lugar amplio
- La familia debe estar sentada en círculo con la finalidad de generar un ambiente de confort y promover la comunicación entre los integrantes y el facilitador
- Debe hacerse entrega de los materiales cuando se vaya aplicar las técnicas que lo ameriten
- Deben pedirse fotos de la familia y el fallecido para realizar las técnicas de fototerapia.
- Al finalizar la sesión siempre se realizará la técnica de N.E.B.A.
- Las sesiones tendrán un tiempo estimado de 45 min a 1 hr.

IV. Descripción de las técnicas

- **Entrevista HEEAADSSSP y entrevista *ad hoc***

Para la sesión de entrevista, el terapeuta debe primero presentarse y recolectar los datos de identificación de cada uno de los miembros de la familia; segundo, se pasa a realizar un familiograma o genograma para poder conocer la organización de la familia; tercero, una vez realizado el familiograma se pasa a realizar la entrevista de evaluación de riesgo biopsicosocial HEEAADSSSP en la cual se evalúa cada una de las áreas bio-psico-sociales de la familia las cuales son:

- Hogar
- Educación
- Empleo
- Alimentación
- Actividades



- Drogas
- Sexualidad
- Suicidio/estado psicoemocional
- Seguridad
- Pobreza.

Al terminar la entrevista del HEAADSSSP, se pasa a realizar la entrevista *ad hoc* con la finalidad de obtener datos sobre el fallecido, por lo que se propone llevar a cabo las siguientes preguntas.

9. ¿Cómo falleció la persona? (pregunte cómo fue el evento, quiénes se enteraron primero del fallecimiento)
10. ¿Puede describir cómo era el fallecido? (pregunte cómo era la personalidad de la persona fallecida, cómo se vinculaba con los integrantes de la familia)
11. ¿Cuál era su rol en la familia? (pregunte si era padre de familia, si aportaba económicamente a la familia, ejercía alguna labor dentro del hogar)
12. ¿Cómo era la comunicación con el fallecido? (pregunte si hablaba con sus hijos si los tenía, si era poco comunicativo en la casa, tenía secretos, había problemas de comunicación en la familia tales como: peleas, discusiones)
13. ¿El fallecido practicaba alguna religión o no? (pregunte por el sistema de creencias, también si a partir del fallecimiento la familia ha buscado apoyo en iglesias u otros grupos de soporte)
14. ¿Qué cosas han cambiado con su muerte? (pregunte si dentro de la familia han cambiado normas, reglas, patrones de comportamiento, si los integrantes del grupo han dejado de trabajar o realizar ciertas actividades, si se han sentido abatidos o no por la pérdida del familiar)

Es importante tomar en cuenta que esta entrevista se puede dar de forma dinámica, no se recomienda seguir un patrón estructurado ya que, en la medida que la familia vaya aportando información se pueden ir realizando las preguntas planteadas.



- **Reestructuración cognitiva (RC)**

La RC consiste en que la persona, con la ayuda inicial del terapeuta, identifique y cuestione sus pensamientos desadaptativos, de modo que queden sustituidos por otros más apropiados y se reduzca o elimine así la perturbación emocional y/o conductual causada por los primeros. En la RC, los pensamientos son considerados como hipótesis y conjuntamente, terapeuta y paciente trabajan para recoger datos que determinen si dichas hipótesis son correctas o útiles. En lugar de decir a las personas cuáles son los pensamientos alternativos válidos, el terapeuta formula una serie de preguntas y diseña experimentos conductuales para que las personas evalúen y sometan a prueba sus pensamientos negativos y lleguen a una conclusión sobre la validez o utilidad de los mismos (Clark, 1989).

El modelo cognitivo en que se basa la RC ha sido denominado *modelo*

A-B-C (Ellis, 1979a).

- *A* se refiere a una situación, suceso o experiencia activadora de la vida real.
- *B* se refiere a las cogniciones apropiadas o inapropiadas de la persona acerca de *A*. Estas cogniciones pueden ser conscientes o no.
- *C* se refiere a las consecuencias emocionales, conductuales y físicas de *B*.

En la RC, el terapeuta ha de ayudar a la persona a:

- f) identificar las cogniciones pertinentes.
- g) comprender el impacto de éstas sobre las reacciones emocionales y conductuales.
- h) considerar las cogniciones como hipótesis que han de ser discutidas y sometidas a prueba.
- i) cuestionar verbal y conductualmente las cogniciones inadecuadas.
- j) modificar estas cogniciones y sustituirlas por otras más apropiadas para conseguir el cambio emocional y conductual deseado.

La identificación correcta de las cogniciones por parte de la persona requiere que ésta sea entrenada al respecto, lo cual incluye decirle que:



- Muchos pensamientos son automáticos e involuntarios y que pueden ser tan habituales y plausibles que escapan a la atención consciente, a no ser que se haga un esfuerzo para captarlos.
- Se asegure de que ha identificado los pensamientos importantes que producen el malestar emocional.
- Procure no confundir pensamientos y emociones.
- Escriba pensamientos concretos.
- Escriba cada pensamiento de forma separada.

Los medios más frecuentemente utilizados para identificar cogniciones son las preguntas más o menos retrospectivas del terapeuta, el auto-registro y los cuestionarios de reconocimiento de pensamientos. En relación con el primero, preguntas fundamentales que el terapeuta puede emplear a la hora de identificar cogniciones son: “¿qué pasa (ha pasado, pasó) por su cabeza mientras está (estaba) ansioso (o cualquier otro estado emocional o experimentación de síntomas)? ¿le viene a la cabeza alguna imagen?, ¿qué piensa que puede pasar?, ¿qué es lo peor que cree que podría suceder?, ¿qué piensa que podría ocurrir si no hiciera tal cosa (conducta defensiva o de evitación)?”. Por lo general, conviene evitar preguntas del tipo “por qué” y emplear en cambio preguntas del tipo “qué” y “cómo”.

En cuanto al auto-registro continuado a lo largo del tratamiento, hace que la persona sea más consciente de sus propias cogniciones y del impacto de éstas, y facilita la reestructuración de las mismas. Se usará el auto - registro de Clark (1989) el cual, incluye seis columnas además de la fecha: a) situación que lleva a la emoción desagradable (qué se estaba haciendo o qué se estaba pensando en general); b) emoción/es experimentada/s e intensidad de la/s misma/s (0-100); c) pensamientos específicos que preceden a la emoción y grado de creencia (0-100) en los mismos; y, durante el tratamiento, d) pensamientos alternativos y grado de creencia en los mismos; e) creencia en los pensamientos negativos originales y tipo y grado de la/s emoción/es subsecuente/s; y f) acciones emprendidas o a emprender (esta última columna puede juntarse con la anterior). A continuación, se presenta un modelo del



auto-registro del Clark el cual será entregado a cada uno de los miembros de la familia y se le explicará cómo será su llenado, el cual, debe ser realizado en casa y será revisado en las sesiones posteriores.

Tabla de auto-registro de Clark

Fecha	Situación que despierta la emoción desagradable	Emoción experimentada (valorarla intensidad del 0 al 100, siendo 1 lo menor y 100 lo mayor)	Pensamientos específicos (valorar el grado de creencia del 0 al 100 siendo 0 lo menos creíble y 100 lo más creíble)	Pensamientos alternos (valorar el grado de creencia del 0 al 100 siendo 0 lo menos creíble y 100 lo más creíble)	Creencia en los pensamientos negativos y Tipo y grado de las emociones subsecuente	Acciones emprendidas o a emprender (conducta realizada o a realizar)

- **Técnicas narrativas (escribir/dibujos)**

Para realizar esta técnica es necesario realizar primero un proceso de **externalización**, el cual consiste en separar el problema de la persona. La externalización es un abordaje terapéutico que insta a las personas a cosificar y, a veces, a personificar, los problemas que las oprimen; esto permite a las personas separarse de los relatos dominantes que han estado dando forma a sus vidas y sus relaciones. Al hacerlo, recuperan la capacidad de identificar aspectos previamente ignorados, pero cruciales, de la experiencia vivida, aspectos ignorados que no podrían haberse predicho a partir de la lectura del relato dominante; lo cual es llamado **relato extraordinario**.

Para esto, se pueden plantear preguntas que alienten a las personas a localizar, generar o resucitar historias alternativas que expliquen los acontecimientos extraordinarios; preguntas que lleven a las personas a investigar qué indican estos nuevos datos acerca de los atributos y cualidades de ellas mismas y de sus relaciones.



A su vez se puede introducir preguntas que animen a las personas a rastrear la influencia del problema sobre sus vidas y relaciones. Estas preguntas ayudan a identificar la esfera de influencia del problema, que puede abarcar el ámbito conductual, emocional, físico, interaccional y actitudinal. Una vez que se ha obtenido una descripción de la esfera de influencia del problema, puede plantearse un segundo conjunto de preguntas, preguntas que invitan a los clientes a describir su propia influencia, así como la influencia de sus relaciones, sobre la vida del problema. Estas preguntas generan información que contradice la descripción saturada por el problema de la vida familiar, y ayuda a las personas a identificar su competencia y sus recursos ante la adversidad.

Los acontecimientos extraordinarios (duelo en este caso) pueden identificarse mediante una revisión histórica de la influencia de las personas sobre el problema. Se les puede pedir que recuerden hechos o sucesos que contradigan los efectos que el problema tiene sobre sus vidas y relaciones. Aunque estos eventos son experimentados por las personas afectadas en el momento en el que ocurren, los relatos saturados de problemas de sus vidas suelen impedir la atribución de nuevos significados a estas vivencias. Estos acontecimientos extraordinarios pasados pueden facilitar la creación de nuevos significados en el presente, significados que permiten a las personas volver atrás y revisar su historia personal y la de sus relaciones. Por ejemplo, el tipo de preguntas a realizarse pueden ser del siguiente tipo:

- ¿Cómo ha ayudado a mantener el problema?
- ¿Qué cosas ha intentado para solucionar el problema?
- ¿Qué emociones nuevas ha descubierto?
- ¿Cómo crees que estos nuevos descubrimientos podrían afectar a tu actitud hacia ti mismo?
- ¿Cómo podría este descubrimiento afectar a tu relación con tu familiar u otras personas?
- Al negarte a colaborar de esta forma con el problema, ¿lo estás haciendo aumentar o disminuir?



Es importante tener en cuenta que las preguntas que se presenta aquí son un modelo explicativo, ya que se pueden formular preguntas distintas tomando en cuenta lo explicado previamente.

Una vez preparado todo, se les solicita a los familiares que agarren las hojas y un lápiz y se les pide que escriban una carta; en el caso de que en la familia haya niños se les pide a éstos que realicen un dibujo. Al finalizar la realización de esto se analizará y discutirá cada uno de los contenidos en conjunto con la familia.

- **N.E.B.A. [Neuroestimulación Bilateral Alterna]**

La Neuro Estimulación Bilateral Alterna (N.E.B.A.) es una técnica desarrollada por el Dr. Luis Arocha Mariño, la Prof. Laura Montilla y su equipo del Instituto Latinoamericano de Coaching y Terapia (ILACOT); esta técnica consiste en producir una intensa interconexión entre los pensamientos, sentimientos, emociones y acciones de cada individuo. Es denominada por la descripción de su fundamento básico: Neuro estimulación (ya que se está estimulando el sistema nervioso central desde la periferia del organismo), Bilateral (se aplica estimulando y respetando la característica de simetría bilateral de cuerpo), Alterna (pues, parece esencial que la estimulación ocurra de forma alternante), encontrando que constituye un acelerador, no sólo de procesos terapéuticos en sí, sino que es un valioso auxiliar para cualquier tipo de apoyo que se necesite al encontrarse en una situación de toma de decisiones, ante una situación molesta, puesto que orienta y focaliza la mente en aquello que se quiere desarrollar o conseguir. Esta técnica se aplica en lo que se conoce como ambiente N.E.B.A. el cual es: aquella situación donde se emplea la técnica, centrándose mentalmente, cada sujeto, en cualquier situación que desee afrontar.

Por lo que tomando en consideración lo previamente dicho, Para poder realizar la técnica de neuroestimulación bilateral alterna con los integrantes de las familias se seguirá el siguiente protocolo de actuación:



- Estarán sentados cada uno en una silla de forma circular. Éste será un sitio tranquilo, donde no serán interrumpidos durante 15-20 minutos, aproximadamente.
- Se indicará a la familia, que cada uno de ellos tomen tres respiraciones lentas y profundas.
- Luego se les colocará un audio de forma alterna, simétrica y continua (metrónomo).
- Repetirán mentalmente una frase que resuma, a su satisfacción, el asunto a tratar: por ejemplo “me duele cuando pienso en él (fallecido)”. Repítanla unas 15 o 20 veces.
- Permitan que su mente divague y viaje por su interior hasta que se sientan más seguros y serenos, y encuentren una solución amigable.
- Agradezcan esta sabiduría interior. Se detiene el audio y se invita a que respiren suave y tranquilamente unos breves segundos.

Esta técnica debe llevarse a cabo al final de todas las sesiones independientemente de la tarea del duelo que se esté trabajando

- **Juego de Roles (*Rol playing*)**

La técnica del juego de rol permite a sus participantes experimentar una situación o acción, no sólo intelectualmente, sino también física y emocionalmente. Para emplear esta técnica se debe tener en cuenta lo siguiente:

3. Descripción precisa y detallada de la situación que se va a desarrollar (acción, escenario, tiempo, circunstancias, matices, etc.)
4. Papeles o roles que forman parte de la misma. Número y características de los personajes e intereses que tienen en la situación.

Tomando en cuenta esto se les pide a los miembros de la familia que recreen una situación o problema (conversaciones, discusiones, roles dentro de la casa) en la cual el fallecido hubiese participado. En este caso se explica que como la persona fallecida



no está presente se les pide que ahora ellos deben buscar una nueva estrategia o herramienta para solucionar el problema; de no haber respuesta alguna se analiza la situación y se ofrece una posible herramienta con la intención de que ellos repitan nuevamente lo que se les indica y puedan aprender la nueva estrategia o herramienta.

- **Uso de símbolos (fototerapia)**

Cada foto que una persona toma o guarda es un tipo de autorretrato, una especie de espejo con memoria que refleja esos momentos y personas que fueron lo suficientemente especiales como para congelarse en el tiempo. Las fotos hacen visibles las historias en curso de la vida de las personas y sirven como huellas visuales que marcan en dónde han estado (tanto emocionalmente como físicamente). Las reacciones de las personas a las fotos tomadas pueden proporcionar pistas esclarecedoras sobre su propia vida interior y sus secretos.

La función principal del terapeuta es alentar y apoyar los propios descubrimientos personales del paciente mientras exploran e interactúan con sus fotos personales y familiares. **No se interpretan las fotos de las personas** por ellos; en cambio, la información siempre debe provenir de la persona, y es guiada por las preguntas estimuladas de su terapeuta, mientras que se explora la imagen y su impacto emocional.

Tomando en cuenta esto se le pide a la familia que traigan un álbum de fotos familiares en las cuales aparezcan fotos de la persona fallecida, se debe realizar preguntas con respecto a la foto para explorar el impacto emocional de cada uno de los integrantes familiares con dicha foto; en donde lo principal es explorar temas con la familia tales como:

- Historias del fallecido.
- Secretos.



- Eventos importantes con el fallecido (eventos que a la familia les gustaría cambiar o dejar).
- Temas no hablados con el fallecido.

V. Tabla de registro de las sesiones

Tarea del duelo número: _____

Familia: _____

Fecha	Nombre y apellido	parentesco	Numero de sesión						
			1	2	3	4	5	6	7

Firma y sello del tratante _____



ANEXO I.- Cuestionario para la detección de necesidades en familias que han perdido de manera traumática a un familiar.

PARTE I

Instrucciones: por favor lea atentamente y contesta todas las preguntas del siguiente cuestionario.

- 1) ¿Ha recibido apoyo psicológico por el fallecimiento de un familiar? ¿Cuánto tiempo?
- 2) ¿Ha recibido algún tipo de ayuda que no sea psicológica por el fallecimiento de un familiar? ¿De qué tipo?
- 3) ¿Cómo se siente usted con la pérdida del familiar?
- 4) ¿Siente usted que la pérdida del familiar la ha afectado a usted y a su entorno familiar?
- 5) De recibir apoyo psicológico para superar la pérdida ¿en qué le gustaría que le ayudásemos?
- 6) ¿Mantiene usted ropa, objetos o espacios que usaba el fallecido intacto en el lugar donde usted vive? Especifique por favor

PARTE II

Instrucciones: por favor lea las siguientes preguntas y rellene el círculo con la opción que responda mejor a la pregunta.	
Preguntas	Opciones
1. ¿Recuerda al familiar fallecido durante gran parte del día o de la semana?	<input type="radio"/> Nunca <input type="radio"/> Casi nunca <input type="radio"/> Frecuente <input type="radio"/> Casi siempre
2. Siente tristeza o rabia al recordar al fallecido.	<input type="radio"/> Nunca <input type="radio"/> Casi nunca <input type="radio"/> Frecuente <input type="radio"/> Casi siempre
3. Ha tenido sueños o pesadillas recurrentes con el familiar fallecido	<input type="radio"/> Nunca <input type="radio"/> Casi nunca <input type="radio"/> Frecuente <input type="radio"/> Casi siempre
4. Le cuesta conciliar el sueño.	<input type="radio"/> Nunca <input type="radio"/> Casi nunca <input type="radio"/> Frecuente <input type="radio"/> Casi siempre
5. Tiende a pensar en el fallecido en las noches	<input type="radio"/> Nunca <input type="radio"/> Casi nunca <input type="radio"/> Frecuente <input type="radio"/> Casi siempre
6. Evita ver objetos, fotos o visitar espacios públicos que le recuerden al fallecido	<input type="radio"/> Nunca <input type="radio"/> Casi nunca <input type="radio"/> Frecuente <input type="radio"/> Casi siempre
7. Evita hablar del fallecido.	<input type="radio"/> Nunca <input type="radio"/> Casi nunca <input type="radio"/> Frecuente



	<input type="radio"/> Casi siempre
8. Lloro usted fácilmente cuando hablan del fallecido	<input type="radio"/> Nunca <input type="radio"/> Casi nunca <input type="radio"/> Frecuente <input type="radio"/> Casi siempre
9. Tiende a tener sentimientos fuertes de tristeza o rabia en días o fechas especiales que le recuerden al fallecido	<input type="radio"/> Nunca <input type="radio"/> Casi nunca <input type="radio"/> Frecuente <input type="radio"/> Casi siempre



ANEXO J.- GUÍA PARA FAMILIA EN DUELO

Guía para familias en duelo





Índice

1. ¿Qué es el duelo?
2. ¿Cuánto tiempo dura?
3. ¿Qué ocurre?
4. Cómo lo viven los:
 - Niños
 - Adolescentes
5. ¿Qué puede ayudar?
6. ¿Cuándo pedir ayuda profesional?

1. ¿Qué es el duelo?

El duelo es el proceso de adaptación que sigue a cualquier pérdida; es un comportamiento humano en el cual se desencadenan una serie de reacciones en el pensamiento, emociones y en el comportamiento de la persona que lo padece.

“Cuando una persona importante muere una parte de nosotros muere con él y esto causa un gran dolor y sufrimiento”

El duelo es un proceso normal que ayuda al individuo a adaptarse a la pérdida de alguien, sin embargo su cronificación puede causar gran malestar en la persona.

2. ¿Cuánto tiempo dura?

El duelo no tiene un tiempo especificado, dependiendo de la forma en que haya ocurrido la pérdida este puede durar poco u mucho tiempo, también depende de los factores de personalidad de cada persona, ya que cada persona supera a su ritmo y necesita de un tiempo distinto al de los demás para ir superando el duelo.

Ciertamente los primeros años son fuertes, pero con el tiempo ocurre un descenso continuo del malestar el cual alivia a la persona que padece del duelo.



3. ¿Qué puede ocurrir?

En el duelo pueden suceder una serie de manifestaciones comportamentales, emocionales y cognitivas (pensamiento) que pueden afectar a las personas, pero sin embargo son normales que ocurran.

El duelo puede ocurrir en 5 fases las cuales se catalogan de la siguiente forma

1. **Fase de Negación.** Negarse a sí mismo o al entorno que ha ocurrido la pérdida
2. **Fase de Enfado, Indiferencia o Ira:** Estado de descontento por no poder evitar la pérdida que sucede. Se buscan razones causales y culpabilidad.
3. **Fase de Negociación.** Negociar consigo mismo o con el entorno, entendiendo los pros y contras de la pérdida. Se intenta buscar una solución a la pérdida a pesar de conocerse la imposibilidad de que suceda.

4. **Fase de Dolor Emocional (o depresión).** Se experimenta tristeza por la pérdida. Pueden llegar a sucederse episodios depresivos que deberían ceder con el tiempo.

5. **Fase de Aceptación.** Se asume que la pérdida es inevitable. Supone un cambio de visión de la situación sin la pérdida; siempre teniendo en cuenta que no es lo mismo aceptar que olvidar.

También es normal que la persona tenga alteraciones del sueño, decaimiento o abatimiento, sentimientos de culpa, rabia, miedo, inclusive sensaciones de escuchar al fallecido o sentirlo (alteraciones perceptivas) ya que estas sensaciones pueden ser producto de un sentimiento de anhelo o de la necesidad de recuperar a la persona fallecida.



Manifestaciones normales del duelo

Sentimientos

Tristeza
Enfado
Bloqueo
Culpa
Ansiedad
Soledad
Fatiga
Anhelo
Confusión

Sensaciones físicas

Opresión en el pecho
Opresión en la garganta
Falta de aire
Debilidad muscular
Falta de energía
Vacío en el estomago

Conductas

Soñar con el fallecido
Evitar recuerdos con el
fallecido
Llorar
Ateorar objetos del
fallecido

Pensamientos

Incredulidad
Confusión
Preocupación
Alteraciones senso-perceptivas
fugaces y breves



4. Cómo lo viven:

- **Los niños**

En los niños, las manifestaciones de duelo normales pueden presentarse de forma inmediata o pasada un tiempo, las manifestaciones más frecuentes son: conmoción y confusión, ira, enojo hacia otros miembros de la familia, temor o miedo a perder un familiar vivo, retroceso a etapas del desarrollo superadas (actúa de manera más infantil); pueden sentirse culpables de la muerte del familiar e incluso presentan tristeza que puede venir acompañada con diversos problemas del sueño.

Algunas sugerencias para ayudar a los niños a superar el duelo son:

- Ser honestos con ellos con respecto al suceso que ocurre
- Dar la noticia de la pérdida aunque resulte doloroso y difícil

- Explicar cómo ocurrió la muerte con pocas palabras
- Permitir que esté presente en los ritos funerarios
- Animarle a expresar lo que siente
- Estar física y emocionalmente cerca del niño

Signos de alerta

- Llanto frecuente
- Rabietas excesivas
- Apatía
- Pérdida de interés en compartir con sus amigos
- Pesadillas recurrentes
- Miedo a quedarse solo
- Imitación de la persona fallecida
- Bajo rendimiento académico, no querer participar en clases



La presencia prolongada de varios de estos signos de alerta puede indicar la presencia de depresión o un duelo no elaborado

- **Los adolescentes:**

La manifestación de duelo en los adolescentes es similar a la de los adultos, en estos predomina el malestar físico y en mayores se presentan problemas psicológicos, de no resolverse a tiempo se pueden presentar problemas graves y duraderos como baja autoestima, consumo de drogas, comportamiento delictivo, promiscuidad sexual, embarazo temprano, comportamiento suicida o de riesgo y confusión.

Algunas sugerencias para ayudar a los adolescentes en el duelo son:

- Proporcionar la información clara de lo sucedido
- Respetar la expresión o no de las emociones
- Fomentar la participación en ritos funerarios siempre y cuando quiera el adolescente.

- Evitar la sobreprotección
- Mostrarse cercano y disponibles en los momentos que nos necesiten.
- Mantener las normas y rutinas
- Garantizar la atención y el afecto
- Recordar que es adolescente
- Reafirmar su personalidad (evitar comparaciones con el fallecido)

"La esperanza y la paciencia son dos soberanos remedios para todo; son los más seguros y los más blandos cojines sobre los cuales podemos reclinarnos en la adversidad."

(Richard Burton)

5. Qué puede ayudar

Las personas que están pasando por el duelo podrían resultarles útiles algunas de estas estrategias para lidiar con su pérdida:



- Hable sobre la muerte de su ser querido con amigos y colegas para poder comprender qué ha sucedido y recordar a su amigo o familiar.
- Acepte sus sentimientos. Después de la muerte de alguien cercano, se puede experimentar todo tipo de emociones. Es normal sentir tristeza, rabia, frustración y hasta agotamiento.
- Cuídese a usted y a su familia. Comer bien, hacer ejercicio y descansar le ayudará a superar cada día y a seguir adelante.
- Ayude a otras personas que también lidian con la pérdida. Al ayudar a los demás, se sentirá mejor usted también. Compartir anécdotas sobre los difuntos puede ayudar a todos a lidiar con la pérdida.
- Rememore y celebre la vida de su ser querido. Usted puede hacer un donativo a la entidad benéfica predilecta del difunto, enmarcar fotos de momentos felices que vivieron juntos o

plantar un jardín en su memoria. La elección es suya; sólo usted sabe cuál es la forma más significativa a su mismo de honrar esa relación única.

-

6. ¿Cuándo pedir ayuda profesional?

Si usted necesita ayuda para lidiar con su pena o manejar la pérdida de alguien cercano es importante consultar con un psicólogo u otro profesional de salud mental calificado.

El apoyo de un psicólogo ayudar a desarrollar la resiliencia y a buscar estrategias para superar la tristeza.

Si observa que los signos descritos previamente se prolongan durante un gran tiempo no dude en pedir ayuda profesional. Acuda al profesional con el cual usted se sienta más cómodo o piense que le va a poder ayudar mejor



Bibliografía

- Guía para familiares en duelo SECPAL
- El duelo como sobrellevar la muerte de un ser querido APA
- Robert Neimeyer aprender de la pérdida.
- Albas Puigarnau Las tareas del duelo
- Enrique Echeburúa y Paz Corral El duelo normal y el duelo patológico
- William Worden El tratamiento del duelo