



UADY

FACULTAD DE
PSICOLOGÍA

**INTERVENCIÓN PSICOTERAPÉUTICA EN UN GRUPO DE
PADRES EN DUELO TRAS LA MUERTE DE UN HIJO**

TÉSIS

QUE PARA OPTAR AL TÍTULO DE:

**MAESTRA EN PSICOLOGÍA APLICADA EN EL ÁREA DE
CLÍNICA PARA ADULTOS**

PRESENTA

LIC. PSIC. ANA MARÍA GUADALUPE ANCONA ROSAS

DIRECTORA

DRA. MARÍA DE LOURDES CORTÉS AYALA

MÉRIDA, YUCATÁN, MÉXICO

SEPTIEMBRE DE 2016

Agradezco el apoyo brindado por el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT) por haberme otorgado la beca No.329462 durante el periodo agosto 2014-julio 2016 para la realización de mis estudios de maestría que concluyen con esta tesis, como producto final de la Maestría en Psicología Aplicada de la Universidad Autónoma de Yucatán.

Declaro que esta investigación es de mi propia autoría, a excepción de las citas de los autores mencionadas a lo largo de ella. Así también declaro que este trabajo no ha sido presentado previamente para la obtención de ningún título profesional o equivalente.

INDICE

INTERVENCIÓN PSICOTERAPÉUTICA EN UN GRUPO DE PADRES EN DUELO TRAS LA MUERTE DE UN HIJO	1
CAPÍTULO 1. INTRODUCCIÓN.....	9
1.1 Características generales de la problemática.....	10
1.1.2. Justificación.....	12
1.2. Sustento teórico del abordaje.....	14
1.2.1 Duelo	14
1.2.1.1. Tipos de duelo.....	16
1.2.1.2. Etapas del duelo.....	19
1.2.2. Calidad de vida.....	24
1.2.3 Calidad de sueño.	25
1.2.3.1. La calidad de sueño en los padres en duelo.....	26
1.3. Depresión y Duelo.....	28
1.4 Los factores terapéuticos.....	30
1.5. El trabajo terapéutico con padres en duelo por la muerte de un hijo.	32
CAPÍTULO 2. EVALUACIÓN DIAGNÓSTICA DEL PROBLEMA.....	36
2.1. Objetivos de diagnóstico.....	36
2.2. Procedimiento de diagnóstico.....	36
2.3. Escenario.....	37
2.4. Participantes.....	38
2.5 Instrumentos.	40
2.6 Resultados del diagnóstico.....	41
2.6.1 Calidad de vida.....	41
2.6.2. Calidad del sueño.....	42
2.6.3. Depresión.....	44
2.6.4. Los discursos de los padres en el diagnóstico.....	44
2.7. Conclusiones.....	45
CAPÍTULO 3. PROGRAMA DE INTERVENCIÓN DESARROLLADO	47
3.1. Criterios utilizados para diseñar el programa de intervención.....	47
3.2. Objetivos.....	47

3.2.1. Objetivo general.....	47
3.2.2. Objetivos específicos.	47
3.4 Objetivos del programa de intervención.....	48
3.5. Descripción del escenario.....	49
3.6. Descripción de las técnicas implementadas en la intervención.....	49
3.7. PROCEDIMIENTO DE APLICACIÓN.....	51
3.8. Conclusión de la intervención.	67
CAPITULO 4. EVALUACIÓN DE LOS EFECTOS	68
4.1. Calidad de vida.....	68
4.2 Calidad del sueño.	69
4.3 Depresión.....	69
4.4 Cambio en los discursos de los padres.....	70
4.5 Análisis de los resultados de la intervención.....	73
CAPÍTULO 5. Conclusiones	83
5.1 Limitaciones y sugerencias.	84
5.1.1 Limitaciones.	84
5.1.2 Sugerencias derivadas de este estudio.	84
REFERENCIAS	1
ANEXOS	8
ANEXO 1	9
Recursos utilizados.	9
Procedimiento de aplicación.....	9
ANEXO 2	1
Cuestionario demográfico. Datos personales	1
Cuestionario demográfico. Datos personales.....	2
ANEXO 3	3
EVALUACIÓN DEL TALLER DE ELABORACIÓN DE DUELO	3
EVALUACIÓN Del taller de elaboración de duelo.	4

*“Cuando se muere un padre, uno pierde su pasado;
cuando se muere un hijo, uno pierde su
futuro” (Anónimo)*

CAPÍTULO 1. INTRODUCCIÓN

La muerte se esboza en el concepto humano como el fin de todo, es un concepto impregnado de tristeza. Desde tiempo inmemorial el hombre ha sentido miedo e incluso pavor ante la muerte, la suya y la de sus seres queridos. Ante la muerte de alguien amado se vive el duelo, un proceso complejo que afecta profundamente el bienestar, la salud y la calidad de vida del deudo en todos los niveles -físico, psicológico y social- e incluso modifica su identidad, su visión de sí mismo, del mundo, de sus relaciones, personales, sociales y laborales. Para quien vive el duelo implica el esfuerzo de aceptar que ha habido un cambio, que su vida ha sido sacudida, que ya no es la misma y que por ende se ve obligado a adaptarse y enfrentar una realidad indeseada, que preferiría olvidar y negar (Castro, 2007).

Tal como menciona Rojas, (2008), ante una la pérdida el dolor es inherente a los seres humanos, y los sistemas de creencias que tengan quienes lo sufren modifican su expresión y desarrollo, haciéndolo más manejable en unos casos o más complejo de lo que es en realidad. De acuerdo con Castro (2010), no se puede vivir un duelo sin dolor y sufrimiento; al ser humano le duele lo que ama en el momento que lo pierde y si lo perdido es algo valioso para la persona, el dolor y el sufrimiento son inevitables. Lamentablemente en ésta sociedad se considera al sufrimiento como un mal que se debe eliminar a cualquier precio.

El duelo afecta la manera de sanar las heridas, tanto corporales como del espíritu ya que éste se elabora a través de sentir y significar el sufrimiento. El hombre nunca cree en su propia muerte, todos sabemos que moriremos, pero nunca creemos que nos llegará. Morir siempre será difícil por más natural que sea para el hombre.

1.1 Características generales de la problemática.

Echeburúa (2004) coincide con Castro (2019) al afirmar que la muerte de un ser querido es una experiencia amarga, la cual siempre atraviesa por un duelo que provoca reacciones de tipo físico, emocional y social; las reacciones pueden oscilar desde un sentimiento transitorio de tristeza hasta una sensación de desgarramiento y de desolación completa, que, en los casos más graves, puede durar años e incluso toda la vida. En esta misma línea Tizón (2008), afirma que la muerte de un hijo es definida en la sabiduría popular como un sufrimiento inmenso, el más devastador incluso que un ser humano pueda experimentar, además de dejar profundas cicatrices tanto en los padres y hermanos como en los demás familiares. El mismo autor comenta que en la inmensa mayoría de los casos las personas que afrontan este tipo de pérdida sienten que su mundo se viene abajo y caen en un estado de depresión del que en muchas ocasiones es difícil salir sin ayuda, y esto los hunde más lo cual repercute en su salud mental y su calidad de vida ya que esta se ve afectada.

En este mismo sentido Londoño (2006), explica que después de la pérdida de un hijo ocurren en la vida cotidiana una variedad de desajustes internos y externos -ya sea en el hogar, lo laboral, lo social y lo espacial- y en general el doliente tiene que aceptar estos cambios, para lo cual es aconsejable revisar los recuerdos, reorientar las tareas y asumir la ausencia, para lograr estabilizar su vida. Por otro lado, Gómez-Dantés (2011) indica que las personas que pierden un hijo, pierden también la capacidad de interesarse y disfrutar de las cosas, con una disminución de la vitalidad acompañada de tristeza, inseguridad y cansancio exagerado. Suelen aparecer sentimientos de culpa, visión muy sombría del futuro, así como alteraciones en el sueño, el apetito y el deseo sexual; y que en la mayoría de los casos puede desembocar en un episodio depresivo.

La literatura revisada sobre el tema relata que la muerte de un hijo es un hecho antinatural, ya que produce una inversión del ciclo biológico normal; asimismo

se afirma que ni siquiera existe un término para describir al superviviente, como lo hay en el caso de la pérdida de los padres (huérfano) o de un cónyuge (viuda/o). Pérez Trenado (1999), afirma que alrededor de un 20% de los padres que pierden a un hijo no llegan a superarlo nunca. La tristeza y la falta de deseos por vivir pueden llegar a paralizar, a detener la vida en su realización existencial. Esto coincide con lo que Baños (2009) manifiesta, ya que, en muchos casos, aunque la vida sigue, ésta se ve desde lejos y sin inquietud, sin ilusión ni compromiso, se vive por inercia, como algo que al propio doliente no le compete, como si la vida le fuera algo ajeno e incluso llegando a doler estar vivo.

Desde la perspectiva del Manual de Diagnóstico y Estadísticas de desórdenes mentales (DSM-IV, APA, 2002), si tras la pérdida de un ser querido existían síntomas depresivos que duraban dos meses, no se diagnosticaba trastorno depresivo mayor; sin embargo, actualmente el DSM V (APA, 2013) ha quitado esa exclusión de duelo por cuatro razones: la primera consiste en eliminar la idea de que el duelo dura dos meses -ya que la mayoría de los profesionales reconocen que su duración suele ser de 1 a 2 años- y además porque reconoce que el duelo es un estresor psicosocial grave que puede precipitar un episodio depresivo mayor en un individuo vulnerable, generalmente poco después de la pérdida. La segunda razón hace referencia a la ocurrencia de un trastorno depresivo mayor durante un proceso de duelo, ya que éste incrementa el riesgo de sufrimiento, sentimientos de inutilidad, ideación suicida, peor funcionamiento laboral e interpersonal, y se aumenta el riesgo de sufrir *Trastorno por duelo persistente* (duelo patológico). Un tercer punto, es el relativo a considerar que la depresión mayor relacionada con el duelo es más probable que ocurra en individuos con historial personal o familiar de episodios depresivos; por último, los síntomas depresivos asociados con el duelo, responden a los mismos tratamientos farmacológicos y psicosociales que los síntomas depresivos no relacionados con el duelo.

Al trabajar con personas en duelo, como refiere Castro (2013), es primordial descubrir las necesidades que existen detrás del mismo, los asuntos no resueltos y

los cuales tienen que finiquitar y por supuesto establecer cuáles se ven afectados por su pérdida para poder contribuir a mejorar su calidad de vida, entristecida por el proceso de duelo.

1.1.2. Justificación.

En México, en el terreno de la psicología, el trabajo terapéutico alrededor del fenómeno del morir y del duelo (perder a un ser querido o enfrentar la propia muerte), en contraste con otros temas, es poco abordado y sin embargo es de suma importancia, ya que es irremediable para toda persona; vivir un duelo significa a su vez enfrentarse a un proceso doloroso. Uno de los motivos de estudiar este tema dentro de la disciplina psicológica reside en el poder adaptar los conocimientos y habilidades que se adquieran a cualquier acontecimiento que implique una pérdida para el individuo (Gómez-Gutiérrez, 2011). Además, de acuerdo con Pangrazzi, (2006) los profesionales de la salud y servicios sociales muchas veces no están en capacidad para responder a la variedad y complejidad de las necesidades humanas ligadas a la experiencia del duelo. Ante tal necesidad han surgido grupos de apoyo para personas en duelo, estos son hoy en día un recurso social muy importante para afrontar con otros el camino de la curación, rompiendo de esta manera las barreras del miedo o de la vergüenza. Los grupos de apoyo son grupos de personas que experimentan situaciones similares en la vida y que se reúnen periódicamente para compartir sus vivencias, guiados por un profesional quien favorece la expresión de sentimientos y contiene el desbordamiento de éstos durante las sesiones. Un grupo de apoyo proporciona un espacio seguro para intercambiar ideas acerca de cómo lidiar con temas difíciles, asimismo, permiten a las personas hablar acerca de sus experiencias con otras que atraviesan por la misma problemática, lo cual puede ayudar a reducir el estrés. Los integrantes del grupo pueden compartir sentimientos y experiencias que quizás sean demasiado extraños o difíciles para compartir con la familia y los amigos.

Para Katz y Bender (1976), los grupos de apoyo son concebidos como grupos pequeños, formados por sujetos que asisten de manera voluntaria, cuyo objetivo es la ayuda para conseguir un fin determinado. Suelen estar formados por personas que comparten algún tipo de problema común que altera algún aspecto de su funcionamiento normal, por lo que estos grupos suelen centrarse en el problema y es ahí donde se intercambian distintos recursos y tipos de apoyo. Por otro lado, también ofrecen nuevos lazos sociales, que pueden sustituir a los recursos naturales o compensar sus deficiencias en provisiones psicosociales, con personas que tienen problemas o experiencias comunes a las suyas. Son grupos que se reúnen periódicamente, bajo la supervisión de un profesional, para compartir experiencias, estrategias y habilidades de afrontamiento.

Una ventaja de los grupos de apoyo es que ofrecen a cada participante un sentido de pertenencia, de identidad con los demás, así como aceptación por parte de los otros. Asimismo, brindan un espacio de contención de sentimientos y de confidencialidad que se requieren para poner en perspectiva su propia situación. Además, al conocer aspectos relacionados con las pérdidas que han sufrido, los convierte en un lugar de retroalimentación ya que añade fuerza adicional para enfrentar la vida. Debido a que, en el grupo de apoyo para personas en duelo por la muerte de un ser querido, se habla sobre la forma en que cada uno ha vivido su pérdida, permite que se desahoguen y reflexionen sobre su propia situación, encontrando además el apoyo que necesitan de otras personas que han pasado por la misma situación, afianzando, así, los lazos de solidaridad, de respeto y de confianza entre los participantes (Quesada, 1996).

El mismo autor expresa que el clima de igualdad y solidaridad que se crea en los grupos de apoyo, ayuda a los participantes a compartir sus sentimientos y experiencias, les anima a hablar y reconocer sentimientos de fracaso, culpa, temor... relacionado con las experiencias que tienen en común. Las actitudes y conductas positivas que los participantes expresan a lo largo de las sesiones de los grupos de apoyo sirven de modelo a los demás miembros del grupo.

Por otro lado, Biegel, (1991), afirma que las personas que participan en dichos grupos aumentan sus redes sociales al ir creando vínculos sólidos entre ellas basados en la confianza y en la comunicación y escucha de situaciones personales e íntimas.

En la ciudad de Mérida no existía un espacio de esta naturaleza, que fuera específicamente un grupo de apoyo para padres en duelo por la pérdida de un hijo y es de ahí que surge la necesidad de conformar un grupo donde dichos padres puedan reunirse -orientados por un especialista- para expresarse y ser comprendidos, junto con otros que han pasado por la misma situación. De esta manera, se convierte en una nueva opción para las personas que pasan por tan dolorosa experiencia después de la muerte de un hijo.

1.2. Sustento teórico del abordaje.

1.2.1 Duelo

Tal como afirma Barañano Cid (2010), ante la muerte nadie es indiferente, para unos es la liberación del dolor, se espera, es un alivio, trae esperanza, o es considerada un paso a una vida mejor, para otros, en cambio es un castigo o una injusticia, su presencia desencadena múltiples reacciones físicas, emotivas y espirituales. La existencia humana, aunque siga un hilo de continuidad, es discontinua conformada por sucesivas etapas, sus finales, transformaciones y momentos.

El duelo es un proceso inherente a la condición de vida, común a toda la comunidad humana. Es un estado de pensamiento, sentimiento y actividad que se produce como consecuencia de la pérdida de una persona o cosa amada asociándose a síntomas físicos y emocionales. Una pérdida siempre es dolorosa, y se necesita un tiempo y un proceso para volver al equilibrio normal que es lo que constituye el proceso de duelo, incluye una variedad de reacciones vividas al decir

adiós a un ser querido. El duelo también ha sido conceptualizado como la respuesta psicológica-sentimiento y pensamiento- que se presenta ante la pérdida de un ser querido. Dicha respuesta es totalmente subjetiva y depende de las estructuras mentales y emocionales de quien la vive, lo cual determina si se involucran o no síntomas físicos en ella (Gala León *et al.*, 2002).

Ante una pérdida significativa, algunas personas logran con sus propias fuerzas encausar una nueva vida, otros no lo logran y se refugian en la amargura, algunos más recurren a psicólogos, psiquiatras o sacerdotes o bien recurren a fármacos recetados para poder dormir o contener la ansiedad; por otro lado, están aquellas personas que curan su corazón herido compartiendo con otras personas que viven dolores semejantes (Pangrazzi, 2006).

Según Gurméndez (1990, pág.95) “percibimos la invariabilidad de nuestro ser en el seno de la inconstancia y las transformaciones continuas... vivimos paso a paso nuestra finitud y de ahí nacen las melancolías de la vida cotidiana”. El duelo, en relación con la pérdida definitiva de los seres queridos marca hitos en las etapas de la vida. En este sentido Grinberg (1980), refiere que vivir implica pasar por una sucesión de duelos; la evolución da tiempo al yo a la elaboración de las pérdidas y al restablecimiento de los momentos transitorios de trastorno de la identidad. Si fracasa la elaboración del duelo, se producen graves perturbaciones o formaciones patológicas.

En el caso del duelo por la muerte de un hijo, el impacto es enorme, aún mayor en las muertes traumáticas (accidentes, violencia, suicidios.). Hay coincidencia en la literatura en torno a esto, como el estudio realizado sobre el “Seguimiento de pacientes que consultan por duelo” (Gamo, Álamo Hernangómez y García 2003), ya que la relación de parentesco resultó significativa en cuanto a la dificultad de afrontamiento de la pérdida.

Este evento inclusive tiene repercusiones en las relaciones con los otros hijos supervivientes y con el cónyuge, llegando a producir cambios en la relación de pareja, que van desde una intensificación del apoyo mutuo a tornarse conflictiva e incluso pueden dar lugar a una separación (Gamo Medina y Pazos Pezzi, 2009). Por otra parte, Dyregrov (1990), refiere que existen circunstancias que llevan a reacciones muy tardías, como las enfermedades prolongadas de los niños, ya que éstas marcan mucho a los padres y al medio familiar, y en ocasiones este proceso dilatado permite un duelo anticipado; en otros casos es con posterioridad cuando pueden expresarse y elaborarse los sentimientos de dolor, como sería después de una etapa marcada por el cuidado, apoyo, lucha contra una enfermedad.

1.2.1.1. Tipos de duelo.

El proceso de duelo puede seguir cursos normales o por el contrario enquistarse de tal forma en la persona provocando un duelo patológico que requiera de ayuda profesional personalizada; la literatura refiere que existen diversos tipos de duelo. De acuerdo con Castro (2010), puede presentarse el duelo anticipado, el normal y el patológico. El *duelo anticipado* es un concepto relativamente nuevo dentro de la psicología, que se desprende del tradicional concepto de duelo y se refiere a un complejo proceso que se experimenta cuando un individuo se encuentra frente a la posibilidad de anticipar su propia muerte o la de un ser querido. Frente a esta amenaza de pérdida, se desencadena en consecuencia, en algunos casos, una fuerte reacción física, psicológica y conductual, ante la cual el enfermo o la familia deberán adaptarse y reorganizarse activamente. Es un tipo de duelo en el que el deudo ya ha empezado la elaboración del dolor de la pérdida sin que ésta haya ocurrido todavía. Es una forma de anticipar la pérdida que irremediamente ocurrirá en un corto período de tiempo. Este tipo de duelo es relativamente frecuente sobre todo cuando el ser querido se encuentra en una situación de enfermedad terminal, aunque no haya fallecido. Es una forma de adaptación a lo que va a llegar.

Con relación al *duelo normal*, la persona cercana al fallecido experimenta generalmente un sentimiento de desolación y llora la desaparición de la persona amada. A veces, sin embargo, sucede lo contrario, y el sujeto vive una especie de anestesia afectiva que le hace parecer como alguien vacío, aislado o indiferente. Otros manifiestan sentimientos negativos como la agresividad. Cada una de estas reacciones puede considerarse como “normal” (Tercero, 2010).

En el mismo sentido, el Instituto Mexicano de Tanatología (2008) explica que el *duelo normal* es el que se sufre después de una pérdida, y se caracteriza porque se acepta la realidad y se van dejando gradualmente los vínculos con la persona fallecida; influyen en el proceso diversos factores como la personalidad del doliente, el lazo familiar que mantenía con el difunto. Este tipo de duelo no implica olvidar al fallecido, más bien es como una herida que se cierra y nos permite aceptar el presente y planear el futuro, aunque la cicatriz queda para toda la vida.

Por último, se dice que un duelo es *patológico*, cuando las reacciones emocionales ante la pérdida son intensas y duraderas e impiden el funcionamiento en la vida diaria, presentando disturbios emocionales tal como afirma el Instituto Mexicano de Tanatología (2008). Otras características de este tipo de duelo son las distorsiones cognitivas, el enojo y la amargura acerca del fallecido, la negativa para continuar con la vida propia, el sentimiento de vacío en la vida, así como ideación intrusiva sobre la persona ausente, que generan actitudes evitativas y de franca disfunción social. Dicha condición se ha asociado con trastornos emocionales y físicos, entre los cuales se incluyen las patologías del sueño, así como altos porcentajes de complicación con episodios depresivos (Millán-González y Solano-Medina, 2010).

En esta misma línea, Echeburúa y Herrán (2007) afirman que el duelo por la muerte de un ser querido puede manifestarse en forma de síntomas somáticos (pérdida de apetito, insomnio, síntomas hipocondríacos, cefaleas, etcétera) y psicológicos (pena y dolor, fundamentalmente); puede haber también una

disminución de las defensas del organismo, lo que aumenta la vulnerabilidad del sujeto a padecer enfermedades físicas.

En la obra “Duelo y melancolía” (1917), Freud define el duelo como “...la reacción frente a la pérdida de una persona amada, o de una abstracción que haga sus veces, como la patria, la libertad, un ideal, etc.” No se considera un estado patológico, se lo supera pasado cierto tiempo, por lo que el autor afirma “...y juzgamos inoportuno y aún dañino perturbarlo”. A ello añade Paz (1993,) que “...puede no desarrollarse normalmente... y dar lugar al denominado 'duelo patológico', trastorno cercano a la melancolía”. Asimismo, Freud (1917) caracteriza al duelo afirmando que:

“... por el talante dolido, la pérdida de interés por el mundo exterior en todo lo que no recuerde al muerto, la incapacidad o limitación para el trabajo productivo. Fácilmente se comprende nos dice Freud 'que esta inhibición y este angostamiento del Yo expresan una entrega incondicional al duelo que poco o nada deja para otros intereses” (pág. 12).

Con relación a la elaboración del duelo, Tizón (2008) explica que éste consiste en la serie de procesos psicológicos que, comenzando por la pérdida, terminan con la aceptación de la nueva realidad interna y externa del sujeto. Lo cual supone, a la larga, la superación de la tristeza y la posible ambivalencia hacia lo perdido, así como la reorientación de la actividad mental (cogniciones, sentimientos y fantasías fundamentales), teniendo en cuenta lo definitivo de los cambios que ocurren en nuestra vida tanto interna como externa ocasionados por lo perdido.

De acuerdo con Díaz (2012), elaborar un duelo es un proceso largo, lento y doloroso cuya magnitud dependerá en gran parte de la dimensión de lo perdido y de las características peculiares de cada persona y tiende a la adaptación y armonización de nuestra situación interna y externa frente a una nueva realidad. Elaborar el duelo significa ponerse en contacto con el vacío que ha dejado la pérdida de lo que no está, valorar su importancia y experimentar el sufrimiento y la

frustración que comporta su ausencia y se termina cuando ya somos capaces de recordar lo perdido sintiendo poco o ningún dolor, cuando hemos aprendido a vivir sin lo que ya no está, cuando hemos dejado de vivir en el pasado y podemos invertir de nuevo toda nuestra energía en nuestro presente y en lo que tenemos a nuestro alrededor.

1.2.1.2. Etapas del duelo.

El duelo -como se ha dicho anteriormente- constituye una reacción psicológica normal frente a una situación de pérdida, en la cual la mayoría de los sujetos afectados muestran una serie de síntomas característicos y pasan por un conjunto de etapas para lograr la elaboración del mismo (Ortiz, 2005). La literatura presenta diversas perspectivas sobre el proceso de elaboración del duelo. Las teorías de las etapas del proceso del duelo postulan que los enfermos terminales o deudos pasan a través de una secuencia de reacciones emocionales, que les permiten protegerse de la amenaza de las pérdidas inminentes (Bowlby, 1961; Kubler-Ross, 1969). A continuación, se revisarán las propuestas de Kübler-Ross (2012), O'Connor (2011) y Worden (2015). Uno de los enfoques sobre la elaboración del duelo usado con mayor frecuencia es el propuesto por Kübler-Ross (2012), quien considera que en el proceso de duelo pueden identificarse las siguientes etapas:

1. Negación: Etapa que se caracteriza porque en el doliente está presente el deseo de que el ser querido siga vivo. Este deseo es tan intenso que la persona es incapaz de aceptar la pérdida. En un principio puede actuar de manera normal como si nada hubiera ocurrido, utilizando la negación como mecanismo de defensa. En esta etapa el individuo tiende a buscar el aislamiento y la soledad.

2. Enojo/ira: Esta etapa se caracteriza porque el individuo empieza a asimilar la pérdida, ya que no puede negar la realidad, y es entonces que surgen la ira y el enojo proyectados hacia el exterior. Esta etapa es muy difícil de entender para la gente cercana al doliente, pues es incontrolable e imprevista. El individuo se

hace preguntas como “¿Por qué a mí?” “¿Y si hubiera...?” Se genera una crisis en contra de la gente y a veces hasta llegan a cuestionar sus creencias religiosas.

3. Regateo/negociación: En esta etapa el deudo siente gran enojo y resentimiento con Dios, su familia y amigos. El sujeto tratará de hacer algunas promesas a la vida o a Dios, para intentar recuperar a su ser querido o para sentirse mejor. Hay sentimientos de culpa.

4. Depresión/tristeza: Durante esta etapa, el no encontrarle salida al dolor, angustia y culpa; los sentimientos de cólera, enojo y frustración repentinamente se tornan en una profunda tristeza y una sensación de desesperanza.

5. Aceptación y reorganización: Esta etapa es una fase de reestructuración, donde el deudo revisa, aprende, define y modifica su comportamiento para adaptarse a su nueva vida, sin su ser querido.

Asimismo, la autora señala que las anteriores etapas no siguen un orden y pueden vivirse de manera desordenada ya que se puede avanzar y retroceder durante el proceso de duelo hasta llegar a la aceptación, que no significa olvidar al ser querido sino aprender a vivir con el dolor.

Por otro lado, el modelo de O’Connor, (2011) hace referencias a plazos o tiempos, y aunque no deben tomarse al pie de la letra, dan una referencia para poder diferenciar entre duelos normales o patológicos. Las etapas que la autora propone son las siguientes:

- a). Ruptura de hábito (del fallecimiento hasta 8 semanas después aproximadamente). Se caracteriza por el cambio radical de vida. Los dolientes se dedican a los rituales y ceremonias propias del fallecimiento. Los hábitos alimenticios y del sueño se ven bruscamente alterados. Existe mucho dolor y miedo, mismos que se manifiestan a través de intenso llanto. Otros sentimientos comunes son la confusión y la negación.
- b). Reconstrucción de vida (de 2 a 12 meses). Se dice que es la etapa más difícil, se empiezan a tener rutinas nuevas y se está aprendiendo a vivir sin la

presencia del ser querido, sin embargo, se lucha contra la recuperación, hay dolor y llanto que van disminuyendo poco a poco, en ocasiones se presentan como crisis, en especial en fechas significativas.

- c). Nuevos objetos de amor y amigos (transcurso del segundo año). Llamada también fase de resolución, ya que el doliente toma conciencia de que su vida debe continuar y de que él ha de responsabilizarse de su felicidad. En esta etapa aumenta la vida social, la cual se había visto muy alterada.
- d). Terminación del ajuste (final del segundo año) Es la etapa en la que finaliza el duelo, se describe como “aceptar lo pasado, vivir el presente y estar dispuesto a planear el futuro.

William Worden (1997) desarrolló un modelo que llama “Las cuatro tareas del duelo”. El autor comenta que la pérdida y el dolor nos suceden a nosotros, pero en su modelo sugiere que hay mucho que podemos hacer para completar exitosamente el trabajo del duelo. Worden usa el término “tareas” en relación al concepto de Sigmund Freud "trabajo de duelo", dando una idea de un proceso activo. Sin embargo, aclara que estas tareas fueron descritas básicamente para ayudarnos a facilitar la comprensión de estos procesos, lo que no implica esperar que los pacientes estén obligados a transitar por un camino lineal. Pueden no respetar dicha cronología ya que se trata de un proceso dinámico y muy personal.

De acuerdo con Worden, la primera y más fuerte de las tareas es la *aceptación de la realidad*, el ser consciente de que su ser querido ya no está y no volverá. Realizar la primera tarea lleva tiempo y los rituales tradicionales como el funeral ayudan a muchas personas a acercarse a la aceptación.

La segunda de las tareas se refiere a *elaborar el dolor de la pérdida*. Parkers (1972, citado en Worden, 2015), expresa que, si el dolor no se reconoce y no se resuelve, se manifiesta en síntomas físicos o mediante alguna forma de conducta anormal. No todos viven el dolor de la misma manera o con la misma intensidad, pero es imposible perder a alguien con quien se estaba muy unido sin sentir dolor.

La negación de la segunda tarea tiene como consecuencia no sentir, las personas pueden evitar esta tarea bloqueando sentimientos y negando el dolor. Muchas personas se benefician del apoyo externo que los ayuda a afrontar y resistir la pena que produce la pérdida. De esta manera asistir a un grupo terapéutico funciona como soporte para las personas que pasan por un duelo

La tercera tarea se refiere a *adaptarse a un mundo sin la persona fallecida*. Dicha adaptación es muy amplia, puesto que incluye adaptaciones externas (vida diaria sin la persona), internas (¿Quién soy ahora?) y espirituales (encontrar nuevas formas de ver el mundo).

Y, por último, la *tarea cuatro* reside en hallar *una conexión perdurable con el fallecido* al embarcarse en una vida. Esta tarea se obstaculiza cuando la persona se apega tanto al afecto pasado que no puede establecer otras relaciones. La frase que podría definir mejor la no resolución de la tarea cuatro sería “No vivir”. Para muchas personas esta tarea es la más difícil, pues se quedan encalladas en este punto y más tarde se dan cuenta de que su vida se ha detenido en el momento de la pérdida. La aceptación de la pérdida no significa que la relación con la persona fallecida ha concluido. Encontrar una manera propia exclusiva de continuar una conexión con esa persona es normal y saludable. Para que esta cuarta tarea se pueda completar habrá que haber realizado con éxito las tres anteriores. El final del duelo ocurrirá cuando encontremos motivos para vivir, y podamos volver a vincularnos con aquello que la vida nos ofrece, sin olvidar, ni dejar de amar a quien estuvimos unidos, unidas y nos dejó.

En este sentido (Neimeyer y Ramírez, 2002), expresan que los objetivos realistas del trabajo del duelo incluyen recuperar el interés en la vida y sentirse esperanzado, descubrir los nuevos aspectos de uno mismo y entablar nuevas relaciones: seguir adelante. Para proseguir continuar con la vida de nuevo a pesar de la pérdida, buscamos un “sitio” (un lugar simbólico) donde recolocar emocionalmente (y también cognitivamente) al difunto. No se trata de renunciar a

él, sino de encontrarle un lugar adecuado en la historia emocional que permita continuar percibiendo que la vida tiene sentido.

Asimismo, Soto, Falcón y Volcanes (2009) coinciden en que el proceso de duelo requiere una serie de pasos hasta llegar a la *aceptación* y que el tiempo entre cada etapa depende de las fortalezas individuales y la experiencia de vida de los que atraviesan un duelo, incluso se hace referencia a que el género es un factor que hace que las parejas lleven diferentes tipos de duelo. El duelo es un proceso individual y único y que cada persona vive de acuerdo con sus experiencias y vivencias personales. Sin embargo, pese a la diversidad individual también resulta importante identificar cuando un duelo no es normal. En este sentido, Millán-González (2010) explica que entre las estrategias más empleadas y efectivas para la resolución del duelo patológico se encuentran entre otras las psicoterapias grupales breves.

Asimismo, es importante considerar que la intensidad del duelo no depende de la naturaleza del objeto perdido, sino del valor que se le atribuye tal como afirman Meza *et al.*, (2008). Según el Instituto Mexicano de Tanatología (IMT, 2006) algunos estudios realizados por la Sociedad de Médicos de Atención Primaria refieren que 16% de las personas que pierde un familiar sufre una depresión durante el año siguiente, cifra que se incrementa hasta aproximadamente 85% en la población mayor de 60 años de edad. También es importante enfatizar que el objetivo global del asesoramiento en procesos de duelo es ayudar al sobreviviente a completar cualquier problemática, aumentar la realidad de la pérdida, ayudar a la persona asesorada a tratar las emociones expresadas y las latentes, ayudarle a superar los diferentes obstáculos para reajustarse luego de la pérdida, animarla a decir un adiós apropiado y a sentirse cómoda volviendo otra vez a la vida, mejorando de esta manera su deteriorada calidad de vida (IMT, 2006).

Resolver un duelo es sentirse mejor, y para ello, como señalan James y Friedman (2001) se requerirá de varios factores como la atención del doliente, su

intención de cambiar, su fuerza de voluntad y valor. Un duelo se considera resuelto cuando la persona es capaz de pensar en el o la fallecida sin dolor, lo que significa que consigue disfrutar de los recuerdos, sin que estos traigan dolor, resentimiento o culpabilidad. Sin descartar que pueda sentirse triste de vez en cuando, pero las acepta y además consigue hablar de esas emociones con libertad.

En el mismo sentido, Cabodevilla (2007) refiere que otro signo del duelo resuelto es cuando conseguimos estar inmersos en el ciclo de la existencia, abiertos al fluir de la vida en una apertura a los demás, conscientes de que ello conlleva vulnerabilidad, y hasta la disposición a ser heridos. Dicho de otra manera, cuando la persona recupera el interés por la vida, cuando se siente más esperanzada, cuando experimenta gratificación de nuevo y se adapta a nuevos roles. Cuando la persona puede volver a invertir sus emociones en la vida y en los vivos, puede afirmarse que el duelo se ha resuelto.

1.2.2. Calidad de vida.

El concepto de calidad de vida alude a una amplia variedad de situaciones valoradas muy positivamente o consideradas deseables para las personas o para las comunidades. Existen ciertos factores que obviamente influyen en la calidad de vida como la edad, la salud, el estatus social, etc., pero en última instancia la percepción de calidad de vida depende de la estimación del propio individuo (Morales, 2005). Aunque no existe consenso sobre la definición de calidad de vida, dimensiones como la satisfacción subjetiva y el bienestar físico y psicológico constituyen factores esenciales en la mayoría de estas definiciones. Tal como expresan Miró, Cano-Lozano y Buela-Casal, (2005), en su trabajo sobre Sueño y Calidad de Vida, uno de los factores que más contribuyen a alcanzar dicho estado de bienestar físico y psicológico es el sueño.

En este sentido la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2013), define la calidad de vida como: "la percepción que un individuo tiene de su lugar en la

existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes. Se trata de un concepto que está influido por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con su entorno”.

Ferrans (1990) también ha definido la calidad de vida como el bienestar personal derivado de la satisfacción o insatisfacción con áreas de la vida consideradas importantes y ésta ha sido considerada como uno de los factores determinantes del nivel de salud por la Organización Mundial de la Salud, ya que cuando una persona se siente mal, se siente infeliz y esto puede dañar el resto de las dimensiones de la calidad de vida.

En la misma línea, Urzúa (2012) afirma que la vivencia de un duelo por la pérdida de un ser querido afecta la calidad de vida de las personas, en el contexto cultural y el sistema de valores en que vive, en relación con sus metas, objetivos, expectativas, valores y preocupaciones.

1.2.3 Calidad de sueño.

Existe una estrecha interrelación entre los procesos de sueño y el estado general de salud física y psicológica de una persona. Incluso se ha mostrado que el sueño es sin duda un excelente indicador del estado de salud de las personas tanto en muestras clínicas como en la población general afirman Miró, Cano-Lozano y Buela-Casal, (2005).

En el mismo sentido Rojas *et al.*, (2010), también refieren que uno de los factores que más contribuye a alcanzar el estado de bienestar físico y psicológico es el sueño, el cual es una función biológica fundamental y es esencial en nuestras vidas, no sólo por la cantidad de tiempo que dedicamos a dormir sino también por

la significación que atribuimos a una noche de descanso y el efecto que este tiene en nuestra salud.

La cantidad necesaria de sueño en el ser humano está condicionada por factores que dependen del organismo, del ambiente y del comportamiento. En la influencia de estos factores se aprecian variaciones considerables entre las personas. Así, algunas personas duermen cinco horas o menos, otras que precisan más de nueve horas para encontrarse bien y por último, la gran mayoría que duerme un promedio de siete a ocho horas. Por tanto, podemos hablar de tres tipos de patrones de sueño: patrón de sueño corto, patrón de sueño intermedio y patrón de sueño largo respectivamente. A éstos puede añadirse un cuarto grupo de sujetos con patrón de sueño variable, que se caracterizaría por la inconsistencia de sus hábitos de sueño. La razón de estas diferencias individuales en duración del sueño es desconocida (Miró, Cano-Lozano y Buela-Casal, 2005).

Independientemente de la cantidad de sueño, los sujetos pueden clasificarse en patrones de sueño que se diferencian principalmente por la calidad del dormir. De esta manera, hablamos de personas con patrón de sueño eficiente o de buena calidad y de personas con sueño no eficiente o de pobre calidad (Buela-Casals y Caballo, 1991).

1.2.3.1. La calidad de sueño en los padres en duelo.

O'Connor (2014), refiere que una de las condiciones que más padecen las personas en duelo la carencia de un sueño reparador, ya que les cuesta trabajo tanto conciliar como mantener el sueño puesto que se despiertan varias veces durante la noche llegando incluso a no poder dormir. La falta de sueño está vinculada a conductas de riesgo como la depresión o el suicidio ya que genera profundos efectos en el control de las emociones.

Uno de los problemas más serios relacionados con la calidad del sueño es el insomnio. De acuerdo con Doenges (2014), el insomnio puede definirse como la disrupción sostenida de la cantidad y calidad de sueño, que compromete el desempeño. Entre los factores que influyen en el insomnio se encuentran, la ansiedad, la depresión, el temor y el duelo entre otros más. Entre las características de la falta de sueño reparador influyen diversos factores como: la dificultad para quedarse/mantenerse dormido, despertar demasiado temprano, sueño no reparador, disminución de la salud/calidad de vida.

La clasificación de enfermedades de la OMS, en su décima revisión (CIE-10), requiere para el diagnóstico de insomnio que la dificultad para iniciar o mantener el sueño, o no tener un sueño reparador, dure al menos un mes y que, además, se acompañe de fatiga diurna, sensación de malestar personal significativo y deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad personal.

A su vez, Rojas Posada (2005) afirma que el proceso de duelo puede afectar notablemente el ciclo de sueño generando consecuencias físicas y emocionales en el doliente, por lo que no es extraño que las personas que están en las primeras fases de la pérdida experimenten trastornos del sueño. Los cuales pueden incluir desde dificultad para dormir y/o despertar temprano por las mañanas. Generalmente en los duelos normales suelen corregirse, aunque algunas veces se precisa a veces intervención médica.

En el mismo sentido, Olmeda (1998) expresa que la pérdida de un ser querido despierta en las personas una gran ebullición de emociones: miedo, culpa, tristeza, enojo, frustración e impotencia entre otras, y una consecuencia frecuente de este momento tan complejo es la falta de sueño. Si bien se trata de una consecuencia frecuente en los dolientes, la falta de sueño no debe ser ignorada ya que puede afectar notablemente tanto el estado de ánimo, como el sistema inmunológico, como el rendimiento físico, haciendo aún más complejo este proceso de readaptación.

1.3. Depresión y Duelo.

La depresión y el duelo comparten muchas características: tristeza, llanto, pérdida de apetito, trastornos del sueño y pérdida de interés por el mundo exterior. Sin embargo, hay suficientes diferencias para considerarlos síndromes distintos. Las alteraciones del humor en la depresión son típicamente persistentes y no remiten y las fluctuaciones del humor, si las hay, son relativamente poco importantes. En el duelo las fluctuaciones son normales, se experimenta en forma de oleadas, en las que la persona en duelo se hunde y va saliendo, incluso en el duelo intenso pueden producirse momentos de felicidad y recuerdos gratos. Depresión, culpa y tristeza son tres sentimientos que ocurren inevitablemente tanto en el duelo patológico como en el normal, aunque duelo y depresión no son sinónimos (Ruiz, 2015).

De acuerdo con Preston (2004), entre los primeros disparadores de la depresión están los motivos interpersonales, ya que la depresión puede deberse a una serie de eventos vitales que van desde la muerte de un ser querido hasta el divorcio o la salida de los hijos del hogar. Generalmente este tipo de pérdidas llevan un duelo que más tarde o más temprano llega a la recuperación emocional. Sin embargo, entre el 10 y 15 % que sufren una pérdida significativa, padecerán una depresión clínica. Una de las muchas equivocaciones acerca del “duelo normal” es que la gente se repondrá de la pérdida en unos cuantos meses, pero se ha demostrado en diferentes estudios relacionados con la pérdida emocional que el período normal de duelo es más extenso de lo que se piensa. Por lo general dura dos años por la muerte de un padre, cuatro por el divorcio, de cuatro a seis por la muerte de un cónyuge, de ocho a diez por la muerte de un hijo.

El mismo autor señala que cualquiera que haya sufrido una pérdida dirá “nunca te repones”, no obstante, y por fortuna el corazón se cura, solo que se toma mucho tiempo. Una forma de avanzar en la recuperación es tener una conciencia clara de qué provoca la depresión y para lograr avanzar es recomendable hablar

con otras personas sobre sí mismo, sus sentimientos y los sucesos pasados y recientes de su vida y de esta manera al compartirlo con otras personas, se abre la posibilidad de poner cada cosa en su lugar, logrando así comprender por qué se está deprimido. Algunos lo consiguen yendo a terapia, otros más hablando con un amigo o con un clérigo o asistiendo a grupos en los que los miembros hayan pasado por lo mismo.

En este sentido Mesa (2009) manifiesta que tanto en el duelo como en la depresión aparecen auto reproches, pero los sentimientos de culpa que aparecen en el duelo, suelen estar motivados porque se piensa que no se ha hecho lo suficiente por el fallecido antes de morir, y en la depresión la culpa es porque el individuo tiene la certeza de que es despreciable e inútil. Asimismo, es muy importante considerar, como menciona Ruíz (2015), que las personas deprimidas tienen un mayor riesgo de presentar conductas o ideas suicidas en tanto que las personas que atraviesan un duelo normalmente no presentan estas ideas.

Roitman, Armus, y Swarc (2002) afirman que en el caso de la muerte de un hijo hay diferencias con respecto al dolor en relación con otros duelos. Si bien no impide vivir ni es constante y su intensidad disminuye con el tiempo, tiene una particularidad: cuando aparece el recuerdo, éste se vuelve doloroso muy rápidamente. Se trata de un “dolor puntual”, que con estas características persiste a lo largo del tiempo y que se alterna con otros tipos de recuerdos menos dolorosos o más gratos.

Asimismo, Ruiz (2015) manifiesta que tanto la depresión como el duelo de las características que comparten la más evidente es el sentimiento de tristeza, que constituye una respuesta previsible a la aparición de una enfermedad médica grave y a las consecuencias que de ella se derivan tanto en el plano personal como familiar y social. La pérdida de interés por el entorno es otro de los síntomas comunes. Sin embargo, se pueden establecer suficientes diferencias para distinguir entre depresión y duelo con cierta facilidad si se atiende a sus características

psicopatológicas representadas en las Clasificaciones Internacionales como el CIE-10 o el DSM-IV. El ánimo deprimido, que es un síntoma clave, se presenta en la depresión como un sentimiento que suele ser genérico de tristeza y de vacío mientras que en el duelo la tristeza e incluso el vacío gira entorno a la pérdida (real o anticipada) de sí mismo o del ser querido (Sánchez, Corbellas y Camps, s/f). De ahí que, aunque son procesos diferentes en el duelo por la pérdida de un ser querido se presente la depresión con frecuencia.

A partir de la revisión de literatura realizada anteriormente puede afirmarse que la muerte de un hijo constituye una de las situaciones más estresantes por las que puede transitar una persona ya que es una experiencia emocionalmente devastadora para los padres, independientemente de la edad de su hijo/a, en qué momento haya ocurrido la muerte y el motivo de la misma; para ellos siempre será una muerte prematura, ilógica y frecuentemente “injusta”. Los padres normalmente no contemplan dentro de su esquema y proyecto de vida el que un hijo pueda morir antes que ellos (Bautista, 2014).

1.4 Los factores terapéuticos.

Yalom, (2010) propone que el cambio terapéutico es un proceso enormemente complejo que sucede a través de un intrincado intercambio de experiencias humanas a las cuales se refiere como “factores terapéuticos”. Según su criterio, estos se dividen por líneas naturales de fragmentación en 11 factores primarios. El autor los considera independientemente, pero son interdependientes y operan en conjunto, y se les puede considerar como un mapa cognitivo, pero considera que no existe un sistema explicativo que pueda abarcar toda la terapia. De acuerdo a Yalom, los factores terapéuticos para la efectividad de la terapia de grupo son los siguientes: infundir esperanza, universalidad, información participada, altruismo, recapitulación correctiva del grupo familiar primario, desarrollo de técnicas de socialización, conducta imitativa, catarsis, factores existenciales,

cohesión de grupo, aprendizaje interpersonal. A continuación, se describen brevemente en qué consisten cómo se manifiestan en la terapia dichos factores:

- a) Infundir esperanza: Infundir y mantener la esperanza es crucial en toda psicoterapia: primero, se requiere para mantener al paciente en la terapia, y para que puedan tener efecto otros factores terapéuticos, además, la fe en un modo de tratamiento puede por sí misma ser efectiva terapéuticamente
- b) Universalidad: Una idea inquietante para el paciente es ser únicos en su desdicha; que sólo ellos tienen esos problemas, pensamientos, impulsos y fantasías espantosas o inaceptables. En terapia grupal, los pacientes se dan cuenta que no son casos únicos.
- c) Información Participada: Informar es importante porque el no saber genera ansiedad. Se promueve la lectura de literatura informativa básica como los ciclos de duelo.
- d) Altruismo: Los pacientes reciben cuando dan. En todo grupo de terapia, los pacientes se ayudan mucho entre sí. Comparten problemas similares; se ofrecen mutuamente ayuda, sugerencias e insight, y se tranquilizan unos a otros. Para un paciente que inicia la terapia, que se siente desmoralizado y cree que no puede ofrecer nada de valor a nadie, la experiencia de ser útil a otros miembros del grupo puede resultar sorprendentemente gratificante.
- e) Recapitulación correctiva del grupo familiar primario: La mayoría de pacientes de terapia grupal tienen una experiencia insatisfactoria con su familia primaria. Gracias a que la terapia de grupo ofrece una selección de posibilidades de recapitulación tan amplia, los pacientes pueden empezar a interactuar con los líderes o con otros miembros, tal como interactuaron antes con sus padres y hermanos.
- f) Desarrollo de técnicas de socialización: El aprendizaje social o desarrollo de habilidades sociales básicas, varían por su naturaleza, dependiendo del tipo de grupo.
- g) Conducta imitativa: Durante la terapia en grupo, los miembros se benefician de la observación de la terapia de otro paciente que tiene problemas similares.

- h) Catarsis: El dar rienda suelta a las emociones en sí mismo pocas veces promueve el cambio duradero en el paciente, aunque lo acompañe una sensación de alivio emocional. Pero es importante compartir con los demás el propio mundo interior para ser aceptado por el grupo
- i) Factores existenciales: La lucha primordial del ser humano es aquella que tiene lugar contra los hechos dados de la existencia: la muerte, el aislamiento, la libertad y la carencia de sentido. Existen tres preguntas orientadas existencialmente que fueron muy ponderadas por los pacientes: a) Reconocer que no importa lo próximo que se esté orientado a otras personas, debo todavía afrontar mi vida solo. b) Afrontar las cuestiones básicas de mi vida y mi muerte, y de este modo, vivir mi vida más honestamente y ser menos propenso a trivialidades. c) Aprender que debo asumir la última responsabilidad por el modo en que vivo mi vida, no importa cuanta guía y apoyo consiga de los demás. Estos tres factores juegan un papel supremo en los grupos especializados donde los pacientes están gravemente enfrentados a cuestiones existenciales, como el dolor, el sufrimiento y la enfermedad.

1.5. El trabajo terapéutico con padres en duelo por la muerte de un hijo.

De acuerdo con Frankl (1990), la Logoterapia guarda relación, por lo común, con hombres que sufren espiritualmente, pero que no deben ser considerados como enfermos en sentido clínico; el autor afirma que frente a crisis existenciales que son fuente de sufrimiento sin constituir una enfermedad, la verdadera salida existencial para el ser sufriente yace en la *ayuda mutua*, para la que, el fundamento filosófico-antropológico adecuado es la Logoterapia y más específicamente el análisis existencial.

Para Frankl, la Logoterapia y, más específicamente el análisis Existencial, está orientada hacia el acompañamiento y la ayuda al hombre sufriente, y trata de descubrir y ayudar a emerger aquello que es lo más personal, aquello que es lo individual, lo excepcional, en otras palabras, el aspecto existencial del sufrimiento.

Insiste Frankl en éste aspecto al decir que el sentido no yace en el propio sufrir sino en la manera de hacerlo.

En la bibliografía especializada la logoterapia se describe como la “tercera escuela de psicoterapia de Viena”, que aparece después del psicoanálisis de Freud y la psicología individual de Adler, trabajando por la “rehumanización de la psicología”. Frankl define la logoterapia como una terapia que invoca al espíritu. En sus propias palabras, “no sólo no ignora lo espiritual, sino que incluso parte de ello, o sea una psicoterapia “desde lo espiritual” (...), aunque no en su concepto religioso” (Frankl, 1955, pg. 155).

En palabras de Lukas (1983, pag.10): “la logoterapia se entiende como una psicoterapia centrada en el sentido y, como tal, quiere prestar una ayuda en su lucha por el sentido, quizás la más humana de todas las aspiraciones humanas”.

En esta línea se entiende que la logoterapia parte de una concepción antropológica que considera al hombre como un ser que busca sentido y lucha por conseguirlo desde lo más hondo de su naturaleza. Según Viktor Frankl (1993): «Yo no considero que nosotros inventemos el sentido de nuestra existencia, sino que lo descubrimos». El mismo Frankl, (2012) considera que hay tres modos básicos en los que el ser humano puede descubrir dicho sentido:

- 1- A través del encuentro con alguien, o sea los valores vivenciales.
- 2- A través de los valores de creación, realizando una tarea.
- 3- Por el enfrentamiento del sufrimiento. Valores de actitud.

Es decir, viviendo nuestra vida cuando las circunstancias no pueden ser cambiadas; tratando solo de comprenderla tal como es y vivirla con coraje; no escapándose de ella, no ocultándose de ella, enfrentándola con valentía, sea lo que sea, buena o mala, divina o maligna, el cielo o el infierno. Es decir, sufriendo cuando el tiempo de sufrir ha llegado, pero sufriendo con dignidad, elevándonos por encima

de nosotros mismos, trascendiendo ese sufrimiento y demostrando así uno de los aspectos más humanos del hombre: la capacidad de convertir una tragedia personal en triunfo. Estos tres caminos confluyen en uno sólo, como quizás en ninguna otra ocasión en la intervención psicoterapéutica: el ser sufriente a quien ayudar se vuelve la tarea a cumplir, a través de los valores de actitud (Berti y Schneider, 2003). Así, en esta intervención se pretende que los participantes encuentren o descubran el sentido de sus vidas después de la muerte de un hijo

De esta manera, la logoterapia funciona como una ayuda para la liberación y desarrollo de las capacidades humanas. Por lo que la intervención con las personas que sufren, se aboca no por lo que enferma, sino por lo que cura; no por las formas de conducta patológicas, sino por las capacidades esenciales del hombre; no por lo que condiciona al ser humano, sino por lo que lo hace incondicionales; no por lo que oprime, sino por las posibilidades para tomar una decisión más libre y responsable. También, considera que el sufrimiento inevitable puede constituirse en una ocasión de sentido para el hombre si se afronta con una actitud adecuada (Noblejas, 2002).

En este sentido, lo que Frankl, (2012) pretende, es hacerle ver al individuo que independientemente de las circunstancias en las cuales se encuentre siempre habrá un motivo por el cual vivir, es decir darle un sentido a la vida, sin importar si lo han privado de la libertad, puesto que el hombre posee de una libertad interior, una libertad que nadie puede quitarle, una libertad espiritual que le permitirá sobrellevar la vida.

Teniendo en cuenta lo anterior, en la intervención psicoterapéutica realizada se enfatiza en que el hombre como ser único merece vivir una vida plena de sentido y su desafío consiste en descubrir su misión en la vida. Saber que el sufrimiento puede tener un sentido ayuda al crecimiento personal y espiritual inherentes al sufrimiento, haciéndolo más dulce y fácil de llevar (Berti y Schneider, 2003).

Como forma terapéutica, la logoterapia es una ayuda para (volver a) alcanzar la capacidad de percibir las posibilidades de sentido dadas, reconociéndolas y actuando, ya que la vida siempre tiene un significado y a pesar de los aspectos trágicos o negativos del destino humano, este puede ser transformado en maduración y crecimiento cuando frente a ese destino se logra establecer la actitud adecuada. De la misma manera se trabajan durante toda la intervención las cuatro tareas del duelo de Worden (1997), para que los participantes lleguen a la aceptación: a) Aceptar la realidad de la pérdida, b) Trabajar las emociones y el dolor de la pérdida, c) Adaptarse a un entorno en el que el fallecido ya no está, y d) Recolocar emocionalmente al fallecido y continuar viviendo.

CAPÍTULO 2. EVALUACIÓN DIAGNÓSTICA DEL PROBLEMA

El presente trabajo es una investigación aplicada sobre una intervención psicológica implementada desde la logoterapia (Frankl, 1990) con un grupo de padres en duelo por la pérdida de un hijo.

Para realizar la fase de evaluación diagnóstica se tomaron en consideración los siguientes aspectos, que se describirán posteriormente: objetivos, procedimiento, escenario, participantes, instrumentos.

De igual forma en este capítulo se presentan los resultados obtenidos de esta fase y la conclusión del análisis de los mismos.

2.1. Objetivos de diagnóstico.

1. Determinar la calidad de vida antes de la intervención psicoterapéutica en un grupo de padres en duelo por la muerte de un hijo.
2. Determinar la calidad del sueño antes de la intervención psicoterapéutica en un grupo de padres en duelo por la muerte de un hijo.
3. Determinar el nivel de depresión antes de la intervención psicoterapéutica en un grupo de padres en duelo por la muerte de un hijo.
4. El objetivo de la entrevista fue conocer las características de la pérdida, las circunstancias de la misma y el tiempo que llevaban de duelo.

2.2. Procedimiento de diagnóstico.

Los participantes llegan al grupo terapéutico solicitando ayuda por la muerte de un hijo. Cuando llegan las parejas de padres, se hace una entrevista inicial en forma individual en la cual se exploran las circunstancias en las cuales ocurrió la pérdida, el apoyo que han tenido de familia, hijos y amigos, cómo les ha afectado en su vida y cómo han enfrentado la pérdida hasta este momento. Posteriormente,

como parte del procedimiento diagnóstico, a las parejas se les invita a responder a unos instrumentos que exploran la calidad de vida, la calidad del sueño y los índices de depresión. Todos los pacientes respondieron a los instrumentos en forma individual al momento de llegar a la primera sesión del grupo terapéutico, previa explicación del objetivo. A los participantes se les garantizó el anonimato y confidencialidad de sus respuestas. El tiempo aproximado de respuesta fue de 30 minutos.

A partir de los resultados obtenidos a través de este procedimiento (entrevista y aplicación de instrumentos) se elaboró la intervención psicoterapéutica para el grupo de padres en duelo por la muerte de un hijo. Dicha intervención se desarrolló basándose en el enfoque humanista y de Logoterapia (Frankl, 1979; 1990), que es el marco teórico inicial. Se utiliza la logoterapia, así como la aplicación clínica del Análisis Existencial, ya que constituye una psicoterapia que mantiene o restablece la salud mental e integral de la persona ayudándole a encontrar un sentido de vida (Gengler, 2009). Asimismo, se emplea el tratamiento del duelo a través del asesoramiento psicológico y terapia, desde el modelo integrativo relacional de Worden (2015), donde se aplican los procedimientos para que el sujeto afronte su pérdida y su dolor, y pueda seguir el proceso que le permitirá superarlos, mediante la elaboración de las cuatro tareas de duelo propuestas por Worden (1997). Asimismo, se utilizaron las dinámicas y lecturas del material de los Grupos de Ayuda Mutua en el duelo propuestas por Pangrazzi (2006); así como también se aplicaron técnicas gestálticas (Ver Anexo 1).

2.3. Escenario.

La entrevista se realiza con cada pareja de padres, en un consultorio privado, consistente en una habitación que incluye un juego de sala y una mesa. Participaron seis parejas de padres en duelo por la muerte de un hijo; la entrevista tuvo una duración aproximada de una hora.

2.4. Participantes.

Participaron seis parejas de padres que recientemente habían tenido la experiencia de la muerte de uno de sus hijos. A continuación, se hace una descripción de las parejas que conformaron el grupo:

Pareja 1: matrimonio formado por el padre de 47 años y madre de 45 años; al momento de llegar su hija única lleva 2 años y 4 meses de fallecida. Su hija fallece a los 23 años a causa de un accidente automovilístico. La pareja puede ser clasificada como de clase media baja, con estudios de primaria. Ella se dedica a labores domésticas y él trabaja por su cuenta y viven en el sur de la ciudad. El padre expresa: “no solo era mi hija, era mi socia ya que trabajábamos juntos, perdí todo”.

Pareja 2: El matrimonio está formado por el padre de 64 años, con estudios de licenciatura, quien es empleado en una compañía de seguros y la madre de 56 años, quien tiene una carrera técnica y se dedica a las labores del hogar. Hace 7 meses falleció de manera repentina a los 25 años la menor de sus tres hijos, a causa de un edema cerebral. La hija fallecida era recién casada y vivía en otro país. Cuando les avisan que se “puso mala” toman el primer vuelo disponible pero cuando llegan ya había fallecido. Los otros hijos de la pareja son una mujer de 29 años casada y con 2 hijas de 5 y 7 años y un varón de 26 años que vive fuera de la ciudad. Pueden considerarse de clase media. Existe mucha frustración principalmente de la madre ya que expresa “no entiendo cómo pudo fallecer si estaba sana, los médicos no encontraron nada”.

Pareja 3: Este matrimonio está formado por el padre de 46 años y la madre de 40, es el segundo matrimonio de él, quien de su primer matrimonio tiene dos hijos, un varón de 19 años que estudia en el extranjero y una mujer de 17 que viven con el matrimonio. Tienen un hijo varón de un año. Hace 7 meses falleció la hija mayor del matrimonio a los 4 años y 7 meses a causa de una enfermedad cardíaca congénita. La niña ya había recibido dos intervenciones anteriormente y durante la

tercera intervención falleció. La madre expresa “cada vez que entraba a cirugía rezaba porque saliera bien, no es justo que no tuviera oportunidad de vivir”. Son de clase media, él trabaja en un negocio propio y ella es trabajadora social. Viven en el norte de la ciudad.

Pareja 4: El matrimonio está formado por el padre de 46 años y la madre de 44. El padre tiene estudios de bachillerado y es propietario de un negocio, la madre está dedicada a las tareas del hogar. Hace un año y ocho meses falleció a los 20 años el mayor de sus dos hijos varones a causa de una enfermedad degenerativa congénita. Esta pareja vive en el oriente de la ciudad. Y pueden considerarse de clase media. Vienen al grupo con mucha rabia y culpa; el padre expresa “nunca sabré que me quería decir mi hijo porque cuando llegue ya había muerto.....me dijo papi ¿Dónde estás? Quiero decirte algo.....pero cuando llegue... (Llora)”.

Pareja 5: El matrimonio está formado por el padre de 44 años y la madre también de 44. Hace 5 meses falleció a los 17 años la menor de sus tres hijas a causa de un accidente. Las otras hijas del matrimonio tienen 19 y 20 años. El padre tiene estudios de bachillerato y es empleado y la madre se dedica al hogar, es ama de casa. Viven al oriente de la ciudad. La madre viene con fuertes sentimientos de culpa “debí bajarme ese día.....yo debí morir”.

Pareja 6: Este matrimonio está formado por el padre, empleado de 48 años y la madre de 48 años empleada. Hace un año falleció su hijo mayor a la edad de 20 años, por suicidio. Estaba estudiando derecho y vivía en Querétaro con sus abuelos. El matrimonio tiene otro hijo de 15 quien vive con ellos. Son de clase media. Viven en el norte de la ciudad. Llegan con mucha culpa, piensan que si él hubiera estado aquí no habría pasado.

2.5 Instrumentos.

Los participantes respondieron a los siguientes instrumentos.

1. *Cuestionario de Calidad de Vida (WHOQOL-BREF WHOQOL, World Health Organization, 2004)*. Esta escala tiene 26 preguntas, dos preguntas generales sobre calidad de vida y satisfacción con el estado de salud, y 24 preguntas agrupadas en cuatro áreas: Salud Física, Salud Psicológica, Relaciones Sociales y Ambiente. Las escalas de respuesta son de tipo Likert, con 5 opciones de respuesta. Se obtienen sumas parciales que van de 0 a 100 puntos, a mayor puntaje mejor es la calidad de vida. Los dominios se miden en una dirección positiva entre más alto el puntaje mejor es la calidad de vida (Quintanar, 2010).
2. *Cuestionario de Oviedo del Sueño (COS)*, de Bobes García., et al. (2000). Se trata de un cuestionario heteroadministrado con 15 ítems, 13 de ellos se agrupan en 3 subescalas: satisfacción subjetiva del sueño (ítem 1), insomnio (ítems 2-1, 2-2, 2-3, 2-4, 3, 4, 5, 6, 7) e hipersomnia (ítems 2-5, 8, 9). Para este trabajo se utilizaron como indicadores de la calidad del sueño los ítems 1, 2, 3 y 4.
3. *Inventario de Depresión (BDII, Beck, 2011)*. El BDI-II es un autoinforme que proporciona una medida de la presencia y de la gravedad de la depresión en adultos. Se compone de 21 ítems indicativos de síntomas tales como tristeza, llanto, pérdida de placer, sentimientos de fracaso y de culpa, pensamientos o deseos de suicidio, pesimismo, etc. Estos síntomas se corresponden con los criterios para el diagnóstico de los trastornos depresivos recogidos en el DSM-IV (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales IV, American Psychiatric Association, 1994) y CIE-10 (Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas relacionados con la Salud, Organización Mundial de la Salud, 1993). Cada ítem se responde en una escala de 4 puntos (de 0 a 3), excepto los ítems 16 (cambios en el patrón de sueño) y 18 (cambios en el apetito) que contienen 7 categorías. Si una persona ha elegido varias categorías de respuesta

en un ítem, se toma la categoría a la que corresponde la puntuación más alta. Las puntuaciones mínima y máxima en el test son 0 y 63. Se han establecido puntos de corte que permiten clasificar a los evaluados en uno de los siguientes cuatro grupos: 0-13, mínima depresión; 14-19, depresión leve; 20-28, depresión moderada; y 29-63, depresión grave.

Entrevista inicial: Consta de 10 preguntas en las que se indagan datos de los participantes, así como, características del duelo, tiempo que de la muerte de su hijo/a, como ha afectado su vida, y se recaban también sobre el fallecido como edad, causas y circunstancias del deceso.

2.6 Resultados del diagnóstico.

Para establecer el diagnóstico se aplicaron los instrumentos antes mencionados a todos los participantes, así como una entrevista inicial. Los resultados se presentan a continuación

2.6.1 Calidad de vida.

Para responder al objetivo uno y determinar la Calidad de vida de los participantes antes de la intervención se realizaron análisis descriptivos (medias y desviaciones estándar) para cada subescala de la Escala de Calidad de Vida y Salud. Como puede observarse en la Tabla 1, el área *medio ambiente* ($M= 3.28$, $\sigma=0.59$) es la única que obtiene una puntuación por arriba de la Media teórica ($M= 3$); la puntuación más baja es obtenida en *salud física* ($M=2.41$, $\sigma=0.43$) y *relaciones sociales* ($M= 2.69$, $\sigma=0.52$).

Tabla 1: Media, media teórica y desviación estándar de las subescalas de la prueba Calidad de vida y Salud.

Área	M	D.E
Salud física	2.41	0.43
Psicológica	2.88	0.65
Independencia	2.92	0.64
Relaciones sociales	2.69	0.52
Medio ambiente	3.28	0.59
Espiritualidad y creencias	2.75	1.14
Área general	2.96	0.66

2.6.2. Calidad del sueño.

Posteriormente y para responder al objetivo dos, consistente en determinar la calidad del sueño antes de la intervención se realizaron análisis de frecuencias y porcentaje para los cuatro primeros reactivos del Cuestionario Oviedo del Sueño. Los resultados obtenidos para el ítem uno *¿Cómo de satisfecho ha estado con su sueño?* (ver Tabla 2), indican que más de la mitad de los participantes (58%) muestran insatisfacción con su sueño.

Tabla 2. Frecuencias y porcentajes dados a las opciones de respuesta de la pregunta 1 *¿Cómo de satisfecho ha estado con su sueño?*

Pregunta 1	frecuencia	%
Bastante Insatisfecho	2	17
Insatisfecho	5	41
Término medio	3	25
Satisfecho	2	17

Los resultados obtenidos para el reactivo dos *¿Cuántos días a la semana ha tenido dificultades para conciliar el sueño?* (ver Tabla 3) indican que la mayor parte de los participantes tiene dificultades para dormir bien durante la semana.

Tabla 3: Frecuencias y porcentajes dados a las opciones de respuesta de la pregunta 2 ¿Cuántos días a la semana ha tenido dificultades para conciliar el sueño?

Pregunta 2	frecuencia	%
Ninguno	1	8
1-2 d/s	3	25
3 d/s	3	25
4-5 d/s	4	34
6-7 d/s	1	8

Los resultados para el reactivo tres *¿Cuántos días a la semana ha tenido dificultades para permanecer dormido?* (ver Tabla 4) muestran igualmente que la mayor parte de los participantes muestra dificultades para permanecer dormido, siendo la respuesta más frecuente “entre 1 o dos días” (42%).

Tabla 4: Frecuencias y porcentajes dados a las opciones de respuesta de la pregunta 3 ¿Cuántos días a la semana ha tenido dificultades permanecer dormido?

Pregunta 3	frecuencia	%
Ninguno	1	8
1-2 d/s	5	42
3 d/s	1	8
4-5 d/s	3	25
6-7 d/s	2	17

Por último, respecto al reactivo cuatro *¿Cuántos días a la semana ha tenido dificultades para lograr un sueño reparador?* (ver tabla 5) se obtuvo que la respuesta más frecuente fue de 3 días (42%), aunque se evidencia que la mayoría muestra dificultades para lograr un sueño reparador.

Tabla 5. Frecuencias y porcentajes dados a las opciones de respuesta de la pregunta 4 ¿Cuántos días a la semana ha tenido dificultades para lograr un sueño reparador?

Pregunta 4	frecuencia	%
Ninguno	2	17
1-2 d/s	3	25
3 d/s	5	42
4-5 d/s	1	8
6-7 d/s	1	8

2.6.3. Depresión.

Por último, para responder al objetivo tres y conocer el nivel de depresión antes de la intervención psicoterapéutica para el grupo de padres en duelo, se obtuvieron los análisis descriptivos (medias y desviaciones estándar) para el Inventario de Depresión de Beck. Como se muestra en la tabla 6, los resultados indican que la puntuación media obtenida por el grupo de participantes fue de 3.16 (D. E. = 0.717), asimismo, la categoría *Moderadamente deprimido* obtuvo el porcentaje más alto (50%), seguida por la categoría *Gravemente deprimido* (33%).

Tabla 6. Media y desviación estándar para la Escala de depresión en la condición pre-test para la muestra de participantes.

	M	D. E.
Depresión	3.166	.717

2.6.4. Los discursos de los padres en el diagnóstico.

Durante la entrevista se indaga sobre la muerte del ser querido, el tiempo que llevan en duelo y las causas del deceso, esto con el fin de conocer las circunstancias de la muerte del ser querido y los discursos de cada padre. De la misma forma, se indaga acerca de la familia, si hay otros hijos y las edades de éstos;

también se pregunta acerca de las redes de apoyo social con las que cuentan. Los padres manifestaban sentirse solos e incomprendidos, pues refieren que al pasar dos o tres meses del fallecimiento de su hijo/a, los familiares y amigos se mostraban incómodos cuando ellos lloraban, o no deseaban salir. Incluso un padre exteriorizó que un familiar le dijo: *¿cuándo vas a volver a ser la de siempre?* ante lo que ella respondió *“¡¡¡¡ Nunca!!!”*. Asimismo, otros padres manifestaron que le costaba trabajo hablar con sus otros hijos acerca del fallecido. La mayoría expresaron tener un dolor muy grande y sentir que su vida nunca volverá a ser la misma. La mayoría de los padres participante se victimizaban y expresaban: *¿Por qué a mí?* *¿Por qué mi hijo?, ¡No es justo!*

Una mayoría de ellos expresaron tener problemas para dormir y que su vida social se había visto afectada. Por ejemplo, un padre expresó: *“Antes mi casa parecía un hotel, estaba llena de gente y ahora no va nadie”*. Otro padre expresó que *“No nos visitan porque se sienten incómodos...” No saben que decir*. Otro aspecto que reveló la entrevista fue que la mayor parte de ellos manifestó no tener ánimos para realizar sus actividades cotidianas. Como una madre expresó: *“solo me levanto por mi hijo menor, ya que si por mi fuera no saldría de la cama”*.

2.7. Conclusiones.

Los resultados descritos anteriormente muestran que la calidad de vida se ve afectada ya que como explica Urzúa (2012), la vivencia de un duelo por la pérdida de un ser querido, afecta tanto en el contexto cultural como en el sistema de valores en que se vive. Los participantes no se sentían bien ni física ni anímicamente, lo cual se manifestaba en su aislamiento social y su falta de ánimo para realizar actividades cotidianas. Con relación a la calidad del sueño, la mayoría de los participantes muestran dificultades para dormir, algunos de ellos manifiestan no poder mantener el sueño o que se despiertan con pesadillas; por último los resultados obtenidos mediante la escala de Depresión indican que una mayoría de los participantes presentan síntomas de depresión moderada o grave, la cual se

manifiesta por episodios de llanto, falta de interés por las actividades que anteriormente realizaban con gusto, incluso una pareja manifestó ideas suicidas.

CAPÍTULO 3. PROGRAMA DE INTERVENCIÓN DESARROLLADO

3.1. Criterios utilizados para diseñar el programa de intervención.

Los resultados obtenidos del diagnóstico muestran que la calidad de vida, la calidad del sueño y del estado de ánimos de los participantes están afectados debido a la muerte de su hijo. Los participantes no se sentían bien anímicamente ni físicamente, lo cual se manifestaba en su aislamiento social y su falta de ánimo para realizar actividades cotidianas. Con relación a la calidad del sueño, la mayoría de los participantes muestran dificultades para dormir, algunos de ellos manifiestan no poder mantener el sueño o que se despiertan con pesadillas; en cuanto a los resultados obtenidos mediante la escala de Depresión indican que la mayoría de los participantes muestran síntomas de depresión moderada o grave, la cual se manifiesta por episodios de llanto, cansancio, aislamiento social, así como falta de interés por las actividades que anteriormente realizaban con gusto, incluso una pareja manifestó ideas suicidas. A partir del diagnóstico se establecieron los siguientes objetivos para la intervención psicoterapéutica.

3.2. Objetivos

3.2.1. Objetivo general.

Diseñar y aplicar una intervención psicoterapéutica para un grupo de padres en duelo por la muerte de un hijo, implementar una intervención psicoterapéutica grupal sustentada en la logoterapia en un grupo de padres de familia para superar una situación de duelo por la pérdida de un hijo.

3.2.2. Objetivos específicos.

1. Determinar si mejora la calidad de vida después de la intervención psicoterapéutica en un grupo de padres en duelo por la muerte de un hijo.

2. Determinar si mejora la calidad del sueño después de la intervención psicoterapéutica en un grupo de padres en duelo por la muerte de un hijo.
3. Determinar si disminuyen los síntomas de depresión después de la intervención psicoterapéutica en un grupo de padres en duelo por la muerte de un hijo.
4. Determinar si los discursos (negativos, depresivos) de los padres sobre la muerte de un hijo cambian después de la intervención

A partir de los resultados obtenidos en el proceso de diagnóstico se establecen los siguientes objetivos para la intervención.

3.4 Objetivos del programa de intervención.

Objetivo general:

Promover el pensar sin sentimientos invalidantes por la muerte de un hijo (a), recordarlo sin dolor, establecer nuevos roles y lograr una nueva adaptación a la vida cotidiana.

Objetivos específicos:

1. Establecer y mantener las bases que propicien en los participantes la libertad para reconocer, aceptar y expresar sus emociones, promoviendo la empatía hacia los sentimientos de los demás partícipes.
2. Promover el intercambio de experiencias y la exploración de estrategias que posibiliten que los participantes sitúen al ser querido muerto adecuadamente en sus vidas.
3. Propiciar en el grupo la búsqueda de alternativas (conductas, pensamientos, valores...) que promuevan la aceptación de la realidad de la pérdida mejorando la calidad de vida.

3.5. Descripción del escenario.

La intervención psicoterapéutica se llevó a cabo en un espacio proporcionado por una institución pública de salud. El espacio donde se trabajó estuvo conformado por una sala amplia con sillas y una mesa. Participaron seis parejas de padres en duelo por la muerte de un hijo, las cuales asistieron dos veces al mes durante siete meses a 14 sesiones, cada una con duración de dos y media horas, haciendo un total de 35 horas de intervención psicoterapéutica. Las sesiones fueron dirigidas por un profesional de la psicología.

3.6. Descripción de las técnicas implementadas en la intervención.

Las técnicas implementadas se basan en el enfoque de la logoterapia Frankl, (1955) que promueven el darse cuenta de que la forma en que una persona vive una situación dramática, es una decisión personal. Para Frankl, el cambio terapéutico se produce cuando se encuentra el Sentido a la Situación Concreta y a la Existencia. El Descubrimiento del Sentido es el foco esencial de la psicoterapia. Cuando el paciente logra tomar plenamente su propio Sentido Existencial, surgen en él preguntas tales como: "¿Para qué concretamente es bueno que yo exista?" o "¿Qué concretamente puedo hacer para que el mundo sea un poco mejor? ¿Algo que me involucre plenamente como persona?" (Gengler, 2009).

A lo largo de la intervención se aplican técnicas de la logoterapia como: *la derreflexión*, que para Frankl (2003), significa ignorarse a sí mismo, se refiere a la capacidad de auto distanciamiento, es decir, dejar de estar ensimismado en su dolor. El proceso consiste en ayudar a las personas a salir del egocentrismo acercándose a otros y a causas significativas, a buscar sentido más allá de la situación existente, a eliminar el sufrimiento evitable a través de la autotranscendencia, a motivar a la persona para que se comprometa y actúe. Otra de las técnicas utilizadas fue *El Cambio o modulación de actitud* cuyo objetivo consiste en corregir una actitud insana hacia un problema sobre el que no se tiene control (enfermedad incurable, muerte de alguien cercano). El proceso consiste en

ayudar a que las personas consigan una perspectiva que las capacite para ver lo viejo con nueva luz, para aceptar el destino con nueva actitud, para buscar sentido en las situaciones actuales, para cambiar el sufrimiento inevitable en logro humano, para motivar al individuo a actuar con coraje y dignidad.

La logoterapia supone la existencia del inconsciente espiritual del hombre, (Noblejas, 2002), donde éste conoce quién es en profundidad y qué valores tienen sentido para él, aunque conscientemente no logre saberlo, por lo que se usó también la técnica del *diálogo socrático* cuyo objetivo es hacer consciente tales contenidos para enfocar y superar la situación de sufrimiento desde ellos. En las técnicas aplicadas se procura que las personas encuentren sentido en el sufrimiento, ya que cuando no existe ninguna posibilidad de cambiar el “destino”, lo importante es la actitud con la que se afronta (Noblejas, 2002). Asimismo, se utilizó la técnica gestáltica de ‘La silla vacía’, pues al colocar en la *Silla Vacía* a una persona significativa en la vida del paciente, que puede no estar disponible por diversas causas (fallecimiento, distanciamiento, abandono, separación, etc.). La persona, si bien, ya no tiene existencia en la realidad física, existe en la realidad psicológica; de esta manera los participantes usaron su imaginación para rellenar con la presencia del ser querido ausente, el espacio vacío de la silla, con el objetivo de despedirse y expresar lo no dicho por lo imprevisto de la muerte.

Del mismo modo, se trabajó con los factores terapéuticos propuestos por Yalom, (2010), para optimizar el trabajo con el grupo, usando el hecho de *Infundir esperanza* a los participantes ya que los que acudieron era porque ya no querían seguir viviendo de la manera que lo hacían. También se usó *la universalidad*, que se da desde el primer contacto que los participantes tienen con el grupo, lo cual les impacta, ya que no se sienten únicos por el sufrimiento por la muerte de su hijo/a. Otro elemento que se trabaja es el de *Factores existenciales*, donde se enfatiza la labor de afrontar la vida solo, la responsabilidad por el modo en que se vive la vida, y que no importa cuanta guía y apoyo consiga uno de los demás, a fin de cuentas, cada quien decide cómo vivir su vida después de la muerte del ser querido.

También se trabajó a partir del modelo de las cuatro tareas del duelo de Worden (1997; 2010), cuyo objetivo se centra en ayudar a los participantes a hablar de su pérdida y las circunstancias que rodearon la muerte de su ser querido, así como a auxiliarlos para que puedan identificar sus sentimientos para que de esta manera puedan seguir adelante con un nuevo sentido de sí mismos y del mundo encontrando un lugar adecuado para el ser querido ausente, que les permita continuar su vida. También se aplicaron técnicas de relajación.

3.7. PROCEDIMIENTO DE APLICACIÓN

A continuación se describe el procedimiento de aplicación de la intervención psicoterapéutica por sesiones

Sesión 1: Bienvenida, reglas del grupo, presentación de los participantes.

Tareas y objetivo	Propuesta de trabajo	Mensaje de reflexión
<p><u>Sesión 1</u> presentación generar un clima cálido y de acogida, establecer reglas del grupo.</p>	<p>Los participantes se presentan y explican porque están en el grupo mencionando cuáles son sus expectativas y temores, cada persona escribe que le gustaría que sucediera en el grupo y que no, se lee y se debate Se entrega material de lectura.</p>	<p>La elaboración positiva del duelo es una decisión personal y requiere un esfuerzo</p>

En esta sesión se da la bienvenida y se mencionan las reglas del grupo. Los participantes se presentaron, mencionando las circunstancias por las que están en el grupo, asimismo expresaron sus expectativas sobre la terapia. A la mayoría les resultó difícil hablar y explicar acerca de la muerte de su hijo/a, ya que la voz se les quebraba por el llanto, pero en general pudieron expresar su sufrimiento. Todos mostraron emociones encontradas, por un lado, deseaban hablar y por otro la emoción se los impedía. Ed, es el primero en hablar haciendo referencia al accidente en que perdió a su hija y de cómo al ser hija única su vida había cambiado,

manifiesta no sentir interés por la vida, indica que al ver tan triste a su esposa hasta pensaron en acabar con sus vidas. Su esposa no habla, escucha asiente con la cabeza y llora, Ed, continúa diciendo que le resulta intolerable escuchar una ambulancia y que los ruidos del baño de su casa por las noches le recuerdan la clínica y hacen que se sienta muy triste. M, menciona que le pasa lo mismo, y por otro lado expresa que no puede escuchar música porque le recuerda mucho a su hija, ya que a ésta le gustaba mucho la música, dice sentirse incrédula ante la muerte de su hija, ya que estaba sana, refiere que su hija vivía fuera del país con su esposo y que la última vez que vio con vida fue 2 meses antes pues vino de visita, llora y se muestra con rabia ante su muerte, L, interviene y expresa que su hija nació con un problema cardíaco y que había pasado por varias cirugías y a pesar de todo nunca se preparó para perderla, pues siempre mantuvo la esperanza de que sanara, le dice a M, que no importa si la muerte fue repentina o por enfermedad el dolor es igual. dice que no le gusta hablar del accidente en que murió su hija, los demás permanecen en silencio, C, dice sentir mucha culpa ya que ella fue la que debió bajarse del carro y no su hija, menciona que lo que más le molesta son los comentarios que hace la gente, baja la cabeza y llora. Ed, menciona que también se siente culpable porque su hija no debió subirse al carro ya que siempre viajaba con ellos, luego menciona que le cuesta trabajo dormir y que su esposa Ni, ha estado medicada para poder hacerlo, asimismo refiere que cuando logra dormir tiene pesadillas y despierta agitada, los demás comparten sus problemas de sueño y mencionan que también tienen pesadillas. Ed, refiere que piensa que todo es un sueño y que va a despertar e ver a su hija. Se hace la relajación guiada, un resumen de la sesión y se pregunta a los participantes que se llevan, se les entrega el material de lectura para la sesión siguiente.

SESIÓN 2

Tareas y objetivo	Propuesta de trabajo	Mensaje de reflexión
<p>Tarea 1 Aceptar la realidad de la pérdida</p> <p>Objetivo: Indagar sobre el significado de la persona fallecida. Entender quién ha muerto.</p>	<p>Presentar al ser querido fallecido al grupo: ¿cómo se llamaba?, ¿cuál era tu relación de parentesco?, ¿cómo era físicamente?, ¿qué cosas le gustaban?, ¿a qué se dedicaba? etc.</p> <p>Indagar sobre el vínculo: ¿qué te aportaba tu ser querido? (seguridad, compañía, valía, diversión...), ¿qué se ha llevado con su muerte?, ¿qué es lo que más echas de menos de todo?</p>	<p>Para evitar enfrentar una realidad de pérdida como ésta, es tan dolorosa, los padres inician, en ocasiones, un proceso defensivo de compleja modificación por la intensidad de su contenido conflictuado: la negación, mecanismo de defensa emocional e interno con expresión racional y externa.</p>

Sesión 2: Tema: ¿Qué supone el duelo?

Inicio: ventilación emocional: ¿cómo te ha ido en la semana?

Objetivo: Indagar sobre el significado de la persona fallecida. Entender quién ha muerto.

Se comentan las preguntas de la lectura. Se recuerda las normas del grupo. Se presenta a los hijos fallecidos al grupo, con base a las preguntas de la tareas, a la mayoría al principio les cuesta trabajo hablar sin llorar de su hijo, pero poco a poco se van animando dar a conocer a su familiar al grupo siguiendo la guía de preguntas entregada: ¿ cómo se llamaba?, ¿cuál era tu relación de parentesco?, ¿cómo era físicamente?, ¿qué cosas le gustaban?, ¿a qué se dedicaba? etc. lo que los mueve a comentar diversas situaciones que vivieron con sus hijos y la mayoría expresa “era el mejor de mis hijos/as, el o la más cariñosa o alegre, Ed, menciona que está en el grupo porque ya no puede vivir como hasta ahora, dice sentirse sin ánimos ya que su hija era su “motor”, su socia pues siempre estaba pendiente de ellos, hace silencio, M, dice están enojada, que una amiga le recomendó el grupo ya que su vida ha cambiado pues no quiere salir de su casa y todo el tiempo está llorando. S, dice que no le gusta hablar de la muerte de su hija, la recuerda todos los días, ya que la llevaba a la escuela y dice sentirse muy triste porque la extraña mucho, le da coraje no tenerla y dice no tener ganas de vivir, su esposa C, dice sentirse molesta porque su hija no debió morir, pero a la ves piensa que por algo ella se quedó, “ tal vez por mis otras hijas”, L, dice sentirse por una parte aliviado porque su hija desde que nació estaba sufriendo, aunque mantuvo la esperanza de

que sanara y le duele que ya no este. Pero se siente feliz de haberle cumplido su ilusión de hacer un viaje de princesas y eso la hace sonreír, dice que tiene mucho dolor porque su hija murió, pero siente que ella ya no sufre y recuerda que era una niña muy valiente. I no se anima a hablar, su esposo le dice que se siente preocupado ya que no duerme, pero ella dice estar tranquila

Cierre: Se hace una síntesis de lo tratado, luego se pregunta: cómo me voy del grupo. Se entrega materia para siguiente sesión.

SESION 3

<p>Sesión 3: Nuestro proceso de duelo Tarea I: Aceptar la realidad de la pérdida. Objetivo: Tomar conciencia de la pérdida relatando la historia del propio duelo, en un clima de confianza.</p>	<p>Relato guiado de la pérdida, a través de 3 niveles, con el objetivo de aumentar la integración y conciencia del suceso (Neimeyer, 2007): 1. La historia objetiva: “¿dónde estabas cuando te dieron la noticia?”. 2. La historia enfocada a la emoción: “¿qué sentiste física y corporalmente?”. 3. La historia orientada al significado: “¿qué entendiste?”, “¿qué pensabas? Traer 5 ó 6 fotos impresas del fallecido/a</p>	<p>Identificar y expresar los sentimientos que surgen durante el duelo Todo duelo es el proceso normal que sigue a la pérdida de lo inmensamente querido.</p>
---	--	--

Sesión 3 Tema: Nuestro proceso de duelo

Objetivo: Tomar conciencia de la pérdida relatando la historia del propio duelo, en un clima de confianza.

Ventilación emocional.

Ed, viene tranquilo, aunque dice haber llorado durante la semana, Manifiesta sentirse triste y sin deseos de salir, aunque sus hijas la animan a hacerlo. L, se muestra sin deseos de hablar, aunque al final dice sentirse casada pues no ha podido dormir bien.

Se comenta la lectura. Cada participante expresa los sentimientos y emociones que les produjo la lectura. A continuación, se realiza un ejercicio de

escucha: en parejas cada uno habla libremente de su pérdida, a través de 3 niveles, con el objetivo de aumentar la integración y conciencia del suceso 1. La historia objetiva: “¿dónde estabas cuando te dieron la noticia?”. 2. La historia enfocada a la emoción: “¿qué sentiste física y corporalmente?”. 3. La historia orientada al significado: “¿qué entendiste?”, “¿qué pensabas? (7 min x persona), el otro lleva tiempo y avisa cuando le falta 1 min. Luego el otro habla sobre su pérdida. Al terminar cada pareja relata lo que le conto su compañero. M refiere que a C lo que más le molesta es la culpa porque ella siempre se bajaba a comprar y no se perdona que ese día le haya dicho a su hija que ella se bajara por las tortillas, por su parte P expresa que Ma se siente molesta porque los médicos no encontraron una causa a la muerte de su hija y a la vez se siente muy triste porque nunca volvió a ver con vida a su hija desde que se fue, R se siente culpable por no haber notado ningún síntoma de depresión en su hijo y ese día no haberlo llamado por estar con una amiga, por su parte J explica que está enojado porque su hijo no pensó en él, dice que trata de seguir con su vida pero los recuerdos lo persiguen. I, dice que está muy enojada porque no puede soportar recordar a su hijo decir que quería vivir. L dice que F, esta triste porque se acerca el aniversario de su hija, dice que se siente frustrado por no poder verla más

Cierre: en una palabra ¿qué sentimiento me bloquea? (El dolor: produce culpa, rabia).

Se invita a los participantes a expresar: ¿Cómo me voy, ¿qué me llevo? Se les entrega el material.

Se entrega el material y se piden 5 o 6 fotografías de los hijos difuntos para la sesión siguiente y que escriban una carta al fallecido

SESION 4

<p>Sesión 4: Duelo y sentimiento 1</p> <p>Tarea II: Trabajar las emociones y el dolor de la pérdida. Objetivo: Ayudar a los pacientes a identificar y expresar sentimientos</p>	<p>Hablar sobre los sentimientos y reacciones por las que se pasa en un duelo, especialmente la tristeza y la desesperación.</p> <p>Presentar a la fallecida dinámica con fotos ¿Por qué escogiste esta foto? ¿Por qué te gustaba? ¿Qué edad tenía?, ¿dónde estaban?</p> <p>Tarea para casa: Escribirle una carta al fallecido</p>	<p>Es importante aceptar los sentimientos de tristeza, desesperación o rabia, aunque son normales son poco saludables si se prolongan. Es una decisión estancarse o caminar hacia las emociones positivas</p>
--	--	---

Sesión 4 Tema: Duelo y sentimientos. 1

Objetivo: Ayudar a los pacientes a identificar y expresar sentimientos

Ventilación emocional. L, comenta no haber llorado esta semana, aunque no ha podido dormir bien, Ed refiere que ha estado un poco más tranquila, aunque tampoco ha podido dormir, A, explica que esta semana fue muy dura porque recordó mucho a su hija lo cual le produjo tristeza. P, expresa que no ha podido dormir y se siente cansada. C, añade que todavía no puede hablar con su hija de la muerte de su hermana, dice que no le gusta que lo vean llorar.

Los participantes presentan a su hijo mostrando las fotografías describen la imagen, todos participan excepto F, que dice no poder decir nada, solo entrega las fotos, pero los demás le hacen preguntas y por fin se anima a comentar sus fotografías. Se les pide que elijan una y le pongan un título y la guarden para otra actividad.

Se pide a los participantes que expresen en una palabra el sentimiento que les impide seguir. La mayoría expresa sentirse enojado, con culpa y triste

Cierre: cómo me voy. Qué me llevo. Cómo me he sentido. Se entrega el material y se piden escribir una carta al fallecido

SESION 5

<p><u>Sesión 5:</u> Duelo y sentimiento 2</p> <p>Tarea II: Trabajar las emociones y el dolor de la pérdida. Objetivo: Normalizar y entender los miedos y la ansiedad.</p>	<p>El consuelo y soporte emocional de nuestros allegados en estos momentos nos puede ayudar a poner nombre a estas emociones, llegando a expresar aquello que sentimos y que todavía no hemos logrado verbalizar.</p> <p>Dinámica de los globos</p>	<p>Cada quien vive su ansiedad ante la muerte de manera distinta, pues los patrones de pensamiento, las experiencias y objetos que asociamos con la muerte son diferentes para cada uno. Al experimentar la muerte de un hijo todos los miedos y todas las aprehensiones surgen a la vez.</p>
---	---	---

Sesión 5 Duelo y sentimientos II.

Objetivos: Normalizar y entender los miedos y la ansiedad.

Ventilación emocional

C, dice haber llorado mucho porque es el aniversario de la muerte de su hija y dice sentirse muy triste, L, viene tranquila, aunque dice que se ha dejado llevar por la tristeza extraña a su hija ya que su cumpleaños está cerca, expresa haber pasado una de la peor semana de su vida pues su hija está embarazada y recuerda su embarazo y cuando nació su hijo. A, refiere que se obliga a salir mucho a la calle y se está acostumbrando a estar solo. Ed. se puso muy nervioso al tener que escribir la carta que se pidió. M, comenta que no pudo escribir la carta y siente que se está deprimiendo mucho y se está hundiendo en una tristeza profunda. La mayoría pudo identificar sus sentimientos y ponerles nombre. J explica que le removió mucho buscar fotografías de su hijo. F, manifiesta que no había podido ver fotos de su hija y que buscarlas la puso muy triste. A dice que, aunque tiene muchas fotos de su hija le dio trabajo escoger las que traería y que lloró mucho. Se comenta la lectura y se realiza la dinámica de los globos., a cada uno se le entrega un globo y se le pide que lo infle y se lo entregue a la persona que desee, se les enfatiza que es probable que no todos reciban globos ya que las personas que los reciben son las que a juicio de quien lo entrega necesitan más apoyo

Cierre: cómo se sintieron, qué se llevan. Se entrega el material para la siguiente sesión.

SESION 6

<p><u>Sesión 6:</u> Explicación del sufrimiento</p> <p>Tarea II: Trabajar las emociones y el dolor de la pérdida. Objetivo: Explorar sentimientos de enfado o culpa. Ayudarles a que puedan pedir perdón y perdonarse</p>	<p>Hablar sobre los temas por los que se sienten culpables. Luego han de contestar las siguientes preguntas: ¿pueden hacer algo actualmente para cambiar el pasado?, ¿se sienten perfectos o ilimitados?, ¿ha habido alguien en su vida al que hayan perdonado?, ¿por qué lo perdonaron? La culpa gira entorno a seguir viviendo mientras la persona querida está muerta</p> <p>Dibujo de sentimientos antes y después del fallecimiento</p>	<p>Identificar los errores que se cometen ante el sufrimiento culpa surge a partir de la presuposición errónea de que somos perfectos y por lo tanto no podemos cometer errores y de que somos ilimitados y podemos hacerlo todo bien siempre, e incluso, cambiar el pasado. Aceptando nuestra condición imperfecta se puede ir mitigando la culpa</p>
---	--	--

Sesión 6 Tema: Explicaciones al sufrimiento

Objetivo: Explorar sentimientos de enfado o culpa. Ayudarles a que puedan pedir perdón y perdonarse

Ventilación emocional. S, indica sentirse un poco más tranquila, luego su hermana vino a visitarla y dice que estar con ella le mejoró el ánimo. La expresa que estas semanas se sintió muy triste, fue cumpleaños de hijo menor y no quería hacerle festejo, pero luego pensó que no se tenía culpa y decidió hacer algo familiar. R, señala sentirse molesto por el accidente ya que su hija no tuvo oportunidad de vivir. M, dice sentir enfado con los médicos que no supieron que tenía su hija, Ed, manifiesta sentirse confuso ya que la persona que ocasionó el accidente donde falleció su hija, es conocido suyo, pero no se siente enojado con él. I, manifiesta también enojo, pero hacia su nuera ya que no le permite ver a su nieto.

Hablar sobre los temas por los que se sienten culpables. Luego han de contestar las siguientes preguntas: ¿pueden hacer algo actualmente para cambiar el pasado?, ¿se sienten perfectos o ilimitados?, ¿ha habido alguien en su vida al que hayan perdonado?, ¿por qué lo perdonaron? La culpa gira entorno a seguir viviendo mientras la persona querida está muerta

Dinámica del dibujo de sentimientos antes y después del fallecimiento, se les entregan hojas y colores y se les pide realicen un dibujo de sentimientos antes y después de su pérdida, al finalizar se les pide que expongan sus dibujos y los

describan. Se realizan una relajación guiada. Se entrega el material de lectura, con tareas de casa. (Epitafio y carta)

Cierre: cómo me voy, qué me llevo.

SESION 7

<p><u>Sesión 7:</u> Duelo y espiritualidad Tarea III: Adaptarse a un medio en el que el fallecido está ausente. Objetivo: Ayudar a que los pacientes se abran a la idea del enriquecimiento espiritual a través de la experiencia de la muerte y a que encuentren un nuevo sentido en sus vidas</p>	<p>Esta tarea implica adaptarse a una nueva vida cotidiana, a una nueva imagen de nosotros mismos y a una nueva manera de entender el mundo que debemos reajustar (reconstruyendo determinados valores y creencias) para que no se tambalee Las creencias ayudan a superar el duelo. Aprender que la muerte no se puede evitar. La pena por la ausencia continúa. Expresión de sentimientos con las personas cercanas. Sobre las fotos y pertenencias. Recordar sin amargura y sin temor. Forma personal de elaborar la pérdida</p>	<p>No volverán a ser las personas que eran antes de la pérdida, pero obtendrán la riqueza emocional y la profundidad que proviene de haber conocido el dolor intenso y también su curación.</p>
---	--	---

Sesión 7: Duelo y espiritualidad.

Objetivo: Ayudar a que los pacientes se abran a la idea del enriquecimiento espiritual a través de la experiencia de la muerte y a que encuentren un nuevo sentido en sus vidas

Ventilación emocional. A, indica que asiste tranquilo pero que le dio trabajo realizar su epitafio pero se sintió a gusto redactando las cartas para sus compañeros, R, explica que viene con más ánimos y sonríe cuando lee su epitafio dice que no quería ponerle fecha, L, señala que viene triste pero expresa que le agradó la actividad y que le fue fácil poner hasta la fecha de su deceso, C, acude contento, ya ha podido hablar con su hija de la muerte, dice que ambos lloraron juntos por primera vez, L, dice que no pudo hacer su epitafio, que se sintió nerviosa, S, llega triste ya que fue a visitar a sus sobrinos y verlos le recordó a su hija. F, no asistió su cuñado está en la clínica.

Entregan las cartas que hicieron para sus compañeros y comentan sus epitafios.

Como se acerca la navidad se les pide que expresen cómo pasaran las navidades o los que han pasado alguna ya sin su hijo ausente que comente cómo lo hicieron. L, dice que la primera navidad huyó de la ciudad, se refugió en un pueblito y no quería ver a nadie pues no soportaba ver la felicidad de otros, C, expresa que esta será la primera navidad que pasará sin su hija y no sabe qué hará, dice tener miedo, F manifiesta que la primera navidad solo se encerró en su cuarto y no quiso salir a cenar, toda la familia estaba con ella pero ella no quería ver a nadie, M, explica que no podía salir a la calle porque la iluminación navideña lo ponía muy mal y que para la navidad se quedó solo en casa con su mujer, cenaron solos y no salieron. R, dice tener miedo ya que es la primera vez que su hijo no estará. A, expresa que no sabe qué hará, que todos los años su casa estaba llena de gente para las fiestas, pero ahora muchos se han alejado y no quiere ver a nadie. Ed, explica que a su hija le gustaba mucho la navidad y hacía juegos para sus sobrinos más pequeños, no sabe lo que hará, se siente muy triste.

Cierre: Qué me llevo, se entrega material

SESION 8

<p>Sesión 8: Evolución del duelo Tarea III: Adaptarse a un medio en el que el fallecido está ausente. Objetivo: Ayudar a que los pacientes a identificar la fase del duelo en la que se encuentran.</p>	<p>Con su muerte, hemos perdido una parte de nuestra identidad que tendremos que reconstruir. También deberemos tomar nuevas responsabilidades, desarrollar nuevas habilidades y asumir roles que antes no desempeñábamos. Evolución del duelo Presentación Exponer si identificaron la etapa del duelo en la que se encuentran</p>	<p>Identificar la fase del duelo en que se encuentran En el duelo no elaborado la persona doliente se bloquea durante un largo tiempo en alguna de las tareas. Por lo que conocer la etapa por la que estamos pasando facilita la elaboración de la tarea</p>
--	---	--

Sesión 8: Evolución del duelo

Objetivo: Ayudar a que los pacientes a identificar la fase del duelo en la que se encuentran.

A ha echado de menos las sesiones, lloró mucho para navidad y ya el 25 estuvo más tranquilo. No hicieron celebración. O, expresa que estuvo con miedo para afrontar las fiestas, pero me he sentido muy arropada y mi familia se ha volcado conmigo. L, estuvo junto a su familia el 24 y 25 todo el día caminando con su marido,

quería que acabaran ya las fiestas. R, pasó la nochebuena con su hermana, muy tranquila, encendieron una vela por su hijo, el 25 comió con sus hijos y pasaron el día tranquilo, estaba deseando volver a las sesiones para volver a hablar. P, manifiesta que se le han hecho muy largos los días de navidad, pero cree que es bueno que hayan pasado y dice que es bueno cerrar círculos para que entren nuevas cosas. C, ha aplazado su duelo por los niños pequeños, aunque se siente muy triste.

Se les realiza una presentación PP sobre las etapas y fases del duelo y se les pide que identifiquen la etapa de duelo en que creen que se encuentran de acuerdo al material y a la exposición.

R, se ha identificado con la aceptación de la realidad, M, se ve en la etapa de rabia por la forma en que murió su hija, A, se ha desahogado y se va más tranquila se identifica con la etapa de aceptación, L se identifica con la etapa de aceptación, pero con dolor, F manifiesta estar en la fase de aceptación, pero con tristeza, aunque se da cuenta que la vida sigue y por los que están debe sobreponerse, I, quiere comenzar a vivir de nuevo.

Cómo me voy. Se hace una relajación. Se entrega material

SESION 9

<p><u>Sesión 9:</u> La aceptación Tareas III Adaptarse a un medio en el que el fallecido está ausente. Objetivos: Replantear nuevos roles y actividades.</p>	<p>Acceptar la realidad de que nuestro ser querido se ha ido físicamente es importante comprender que esta nueva realidad que vivimos sin él será nuestra realidad permanente de ahora en adelante. Aquí es importante depositar nuestras energías en nuestras amistades y en nosotros mismos estableciendo una relación distinta con la persona fallecida Tarea de casa :hacer una lista de planes a corto, mediano y largo plazo</p>	<p>Enfrentar la pérdida, aunque el espacio que ocupaba la persona querida no nunca se podrá llenar, si es posible volver a abrirse a la experiencia en el mundo de los vivos y posicionarse de una forma responsable con el propio bienestar. Esta reinención de uno mismo es, al fin y al cabo, lo que la persona amada hubiera querido para nosotros</p>
--	--	--

Sesión 9: La aceptación

Objetivos: Replantear nuevos roles y actividades.

Ed, refiere que le causó mucho trabajo aceptar que su hija nunca iba a regresar ya que habían pasado dos años y siempre pensaba que estaba viviendo un sueño y que en cualquier momento se iba a despertar y darse cuenta que todo había sido una broma de mal gusto, pero nunca sucedió y ahora está comenzando a aceptar que no es un sueño. C, expresa que ahora ha soñado con su hija y que le pregunta si está bien y ella le dice que sí, ese sueño le dio paz, refiere que en el sueño le decía a su esposa que la niña está ahí, pero ella no le creía. O, señala que al principio ella pensaba que su hijo estaba de viaje y así no se afligía tanto, pero ahora se da cuenta que estaba en negación. M, por otro lado, señala que la imagen de su hijo muerto la perseguía a toda hora y no se la podía borrar y que poco a poco ha ido supliendo esa macabra imagen por imágenes de momentos felices que pasó con su hijo,

Se comentó la tarea anterior sobre la lista que hicieron sobre los planes y proyectos que tienen.

Ejercicio de relajación. Cómo me voy

SESION10

<p><u>Sesión 10:</u> Elaborar el sufrimiento Tarea III Adaptarse a un medio en el que el fallecido está ausente. Objetivo: Ayudar a los participantes a integrarse de nuevo a la vida</p>	<p>Compartan con el grupo cuáles serían sus planes o metas a corto, medio y largo plazo y cuáles serían sus nuevos vínculos e intereses. Se trata de aprender a convivir con esta pérdida y crecer a través del conocimiento de nuestros sentimientos.</p>	<p>La persona que se ha marchado para siempre ha dejado un espacio vacío. Pero es importante continuar manteniendo razones para vivir. Tienen un futuro por el que vale la pena resistir y merecen encontrar un nuevo sentido de propósito y placer en la vida.</p>
---	--	---

Sesión 10 Tema: Elaborar el sufrimiento

Objetivo: Ayudar a los participantes a integrarse de nuevo a la vida

Ventilación emocional

P, viene feliz ya que va a ser abuela de nuevo. C, encontró una carta de su hijo que escribió en 2010, se sintió muy reconfortada al leerla. S, viene preocupada

ya que está pasando un mal momento económico pues las empresas de su esposo no van bien. P, se encuentra mejor, dice que disfruta mucho de sus nietas y ha comenzado a salir con sus amigas. M, se ha dado cuenta que está disfrutando de nuevas amistades que la están ayudando mucho incluso se da cuenta que está participando en más actividades.

Continuaron comentando sus nuevos proyectos.

Cierre. Cómo me voy

Se realiza un ejercicio de relajación

SESION 11

<p><u>Sesión 11:</u> Elaboración del duelo Tarea III: Adaptarse a un medio en el que el fallecido está ausente Objetivo: Ayudar a que los pacientes cierren asuntos inconclusos.</p>	<p>Abordar la cuestión de los asuntos inconclusos: ¿Qué cosas les hubiera gustado decir que no hicieron?, ¿qué cosas dijeron o hicieron de las que se arrepienten?, ¿qué acciones reparadoras podrían realizar en la actualidad para tratar de subsanar las cosas que no hicieron La aceptación Dinámica La silla vacía con foto Con ayuda de la foto decir unas palabras de despedida.</p>	<p>Cuando quedan asuntos inconclusos se hace muy difícil la resolución adecuada del duelo. Es importante entonces ir resolviendo dichos asuntos para poder gradualmente dedicar la energía a los vínculos e intereses que les esperan en la vida, es muy recomendable poder desplazar la atención de la persona fallecida al mundo de los vivos.</p>
--	--	--

Sesión 11 Tema: Elaboración del duelo

Objetivo: ayudar a los participantes a integrarse de nuevo a la vida

C, comenta que se siente más tranquila y ha pensado hacer un viaje con su esposo, O, quiere disfrutar a su “bebe” ya que durante meses no tenía ánimos de nada y solo quería estar en la cama y le duele que su pequeño hijo ya no tenga a su hermana. S, dice que “se ha puesto las pilas” y el negocio que trabajaba con su hija lo va a echar a andar de nuevo” A, expresa que lo ha ayudado mucho la religión, pero aun siente culpa ya que antes de morir su hijo le pidió que fuera a verlo pero cuando llego al hospital ya había fallecido, J dice estar más tranquilo pero se reprocha no haber llamado a su hijo ese día, en general los participantes se arrepienten de acciones que dejaron de hacer con sus hijos

Dinámica La silla vacía con foto Con ayuda de la foto decir unas palabras de despedida. Expresar todo lo que hubieras querido decir, en la silla se puso la foto que eligieron en las primeras sesiones

Fue una sesión muy fuerte ya que todos lloraron por ellos y por los otros, pero en general se fueron más tranquilos

Ejercicio de relajación. Material para la siguiente sesión.

SESION 12

<p>Sesión 12: Mi historia de pérdidas Tarea IV: Recolocar emocionalmente al fallecido y continuar viviendo Objetivo: Animar al paciente a decir un “adiós temporal”.</p>	<p>Mi historia de pérdidas Dinámica mis pérdidas significativas Al principio del proceso no se sentían capaces de vivir sin esta persona, se creíamos inútiles e ineficaces para muchas cosas. Al acabar el duelo, nos damos cuenta de que hemos puesto en marcha recursos que no sabíamos que teníamos y que nos hacen sentir bien, más fuertes.</p>	<p>No significa que hayamos dejado de amar a la persona que ha fallecido: la seguimos queriendo aunque no esté físicamente con nosotros, la seguimos teniendo dentro de este nuevo sentido que le hemos dado a nuestra vida y la seguimos recordando sin sentir por ello un dolor tan desolador que nos impida vivir</p>
--	--	--

Sesión 12: Tema: Mi historia de pérdidas

Objetivos: Animar al paciente a decir un “adiós temporal”.

Ventilación emocional

M ha venido tranquila ya que ha pensado mucho en “la silla vacía”, dice que va a ser abuela otra vez y tiene la sensación de sobreproteger más a sus hijos, L explica que viene con mucha tranquilidad después de la experiencia de la silla vacía y que está ocupando su tiempo en salir con nuevas amistades que van llenando su vida, C, sintió gran desahogo con la actividad de la silla vacía, dice que tenía ganas de estar todo el día en la cama pero su hijo menor la obligó a levantarse, tiene el propósito de intentar salir de nuevo con sus amigas. P, ha tenido a sus nietas el fin de semana y ha disfrutado mucho de ellas. Está disfrutando los momentos. A, ha pasado una semana normal, dice que ya puede comunicar sus sentimientos a su esposa y que es tiempo de volver a sonreír.

Dinámica las pérdidas de mi vida

Pérdidas significativas en tu vida, el grupo habla de todos los tipos de pérdidas que han experimentado en sus vidas desde cambios de trabajos, de ciudades, y de muertes de familiares cercanos y como las han manejado. Pero coinciden que la muerte que han sentido más dolorosa es la de sus hijos.

Ed, indica que perdió a su hermano hace 20 años, pero no sintió que fuera tan doloroso cómo perder a su hija. P, indica que perdió a un bebe antes de nacer y C, manifiesta tener la sensación de haber perdido unos gemelos antes de nacer. M, indica que de pequeña ha tenido que cambiarse mucho de ciudades por el trabajo de su padre, luego éste murió y su hermana se casó y se fue al extranjero, aunque “me ha ayudado a llevar la pérdida de mi hija”.

C ha emigrado de Guanajuato y ahí tuvo que dejar a sus padres y a su hijo, perdió a su abuela paterna y no pudo ir al funeral. S emigró a la ciudad de México, no iba al colegio, sus padres trabajaban y recuerda una infancia muy mala

Se realiza una visita al cementerio, cada uno pone una flor en la tumba de su ser querido al final se quema la carta que habían escrito y dejaron las cenizas en el jardín.

Cómo me voy. Al final todos se van tranquilos es notorio como van evolucionando en su proceso de duelo ya que cada vez su ansiedad disminuye y pueden expresar mejor sus sentimientos

Tarea: escribir una carta para cada uno de sus compañeros.

SESION 13

<p>Sesión 13: Tarea IV: Recolocar emocionalmente al fallecido y continuar viviendo Objetivo: Razonar el significado de despedirse</p>	<p>Para proseguir con nuestras vidas sintiéndonos felices de nuevo a pesar de la pérdida, buscamos un “sitio” (un lugar simbólico) donde recolocar emocionalmente (y también cognitivamente) al difunto. No se trata de renunciar a él, sino de encontrarle un lugar adecuado en nuestra historia emocional que nos permita continuar percibiendo que la vida tiene sentido y que queremos vivirla</p>	<p>Nuestro ser querido ha fallecido pero el vínculo que teníamos permanece vivo. Este vínculo será diferente del que manteníamos antes de su muerte y nos permitirá aceptar que podemos sentir bienestar de nuevo. Quizás creemos un grupo de padres cuyos hijos hayan fallecido en las mismas circunstancias que el nuestro, de modo que nuestra vida adquiera un nuevo sentido. De esta manera le damos una nueva perspectiva a la pérdida y experimentamos una transformación personal en nosotros.</p>
--	--	--

Sesión 13: Reflexiones finales

Objetivo: Entender el significado de despedirse

Hoy a todos se les entregan las cartas. Se hace una reflexión sobre los momentos más emotivos del taller. Para P, el momento más emotivo fue el de la silla vacía, I, dice que ya viste más colorido y también para ella, la dinámica de la silla vacía fue el momento más emotivo. C, dice que el domingo fue aniversario de su hijo, sabe que tiene que salir adelante, pero ha tenido unos días muy derrumbados y que también la silla vacía fue el momento más emotivo. S, viene con nostalgia porque ya se acaba el curso, para ella el motivo más importante fue la relajación porque pudo despedirse de su hijo. Para E, la silla vacía fue lo mejor, pero también lo ayudo hacer su lista de planes y metas pues a raíz de eso ha comenzado de nuevo el negocio que tenía con su hija. M, dice que a ella le ha gustado todo, pero llevar las fotos de su hijo es lo que más la emocionó. Para J escribir la carta de despedida la tranquilizó pues piensa que pudo decirle adiós a su hijo. F, refiere que se sintió emocionada con la dinámica de los globos ya no pensó que le llegaran tantos.

SESION 14

Sesion14 Evaluación de mi proceso	Cada participante resolverá un cuestionario sobre satisfacción con el taller (anexo 4). Para acabar, les recuerdo las palabras de Víctor Frankl: <i>“Al hombre se le puede arrebatar todo salvo una cosa: la última de las libertades humanas —la elección de la actitud personal ante un conjunto de circunstancias— para decidir su propio camino”.</i>	La muerte de un hijo, en la mayoría de casos se trata de una herida que nunca se cierra. Pero si la elaboración de la pérdida se da de manera adecuada, podemos afirmar que el duelo tiene un poder transformador ya que constituye una oportunidad para el crecimiento personal del sujeto que lo sufre.
-----------------------------------	---	---

Sesión 14: Evaluación del taller

Se les entrega una hoja de evaluación del taller en la que evalúan cómo les ayudo en su proceso de duelo. Se realiza el cierre con una convivencia (Ver anexo 4)

3.8. Conclusión de la intervención.

El efecto de la intervención se comienza a hacer evidente durante el desarrollo de las sesiones, al inicio es lento el avance, pero conforme pasan las semanas las personas y el grupo va avanzando. En su primer contacto con el grupo es notorio el impacto que produce en los participantes ver que no son los únicos ya que, como refiere Yalom (2010), a los pacientes le inquieta ser únicos en su desdicha pues piensan que sólo ellos tienen esos problemas. Por otro lado, es visible el factor existencial de los factores terapéutico que propone Yalom, pues los pacientes expresaron que son responsables por el modo en que viven su vida después de la muerte de su hijo/a y aquí se relaciona con lo que dice Frankl, (2012), en cuanto a que el individuo sin importar las circunstancias que le hayan tocado vivir, es responsable de la actitud que tome ante siempre habrá un motivo por el cual vivir, es decir darle un sentido a la vida.

CAPITULO 4. EVALUACIÓN DE LOS EFECTOS

En este capítulo se presentan la evaluación realizada después de la intervención psicoterapéutica a partir de los instrumentos aplicados y de la entrevista realizada. A continuación, se presentan los resultados obtenidos para la calidad de vida, calidad del sueño, depresión y los discursos de los padres respecto a la muerte de su hijo.

4.1. Calidad de vida.

Para conocer si la intervención psicoterapéutica mejoró la calidad de vida en un grupo de padres en duelo por la muerte de un hijo se utilizó la prueba de rangos asignados de Wilcoxon debido al tamaño de la muestra y al diseño de investigación aplicada (pre-post). Los resultados (ver Tabla 7) indican que para todos los factores de la calidad de vida se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas entre los puntajes pre y post, mejorando significativamente las puntuaciones de todos los factores en la situación posterior a la intervención psicoterapéutica

Tabla 7. Análisis de diferencias pre-post para los factores de la escala de calidad de vida y salud para la muestra total (N= 12).

Factores	Media		z	p.
	pre	post		
Salud física	2.41	3.00	-2.979	.003**
Salud psicológica	2.88	3.35	-2.591	.010*
Independencia	2.91	3.50	-2.808	.005**
Relac. sociales	2.69	3.41	-2.820	.005**
Medio ambiente	3.28	3.76	-2.940	.003**
Espiritualidad	2,75	3.75	-2.585	.010*
Áreas general	2.95	3.66	-2.979	.003**

*p≤ 0.05 **p≤ 0.01 *** p≤ 0.001

4.2 Calidad del sueño.

Para determinar si la intervención psicoterapéutica mejoró la calidad del sueño en un grupo de padres en duelo por la muerte de un hijo, se presenta una comparación de las frecuencias obtenidas para las cuatro preguntas realizadas sobre la calidad del sueño. Como puede observarse en la tabla el porcentaje de personas insatisfechas disminuye posteriormente a la intervención psicoterapéutica; asimismo, el porcentaje de participantes que reporta tener dificultades para conciliar el sueño, para permanecer dormido y para lograr un sueño reparador disminuye en forma importante.

Tabla 8: Porcentaje de participantes que responde estar insatisfechos o tener dificultades con el sueño (ítems 1 a 4) en la condición pretest y pos test.

Ítems		pre-test	post-test
		%	%
<i>¿Cómo de satisfecho ha estado con su sueño?</i>	Bastante insatisfecho	17	16
	Insatisfecho	41	16
	Término medio	25	8
	Satisfecho	17	8
	Bastante satisfecho	0	50
<i>¿Cuántos días a la semana ha tenido dificultades para conciliar el sueño?</i>	6 a 7	8	0
	3 a 5	59	16
	1 a 2	25	25
	Ninguno	8	58
<i>¿Cuántos días a la semana ha tenido dificultades para permanecer dormido?</i>	6 a 7	17	1
	3 a 5	33	0
	1 a 2	42	58
	ninguno	8	34
<i>¿Cuántos días a la semana ha tenido dificultades para lograr un sueño reparador?</i>	6 a 7	8	0
	3 a 5	50	17
	1 a 2	25	33
	ninguno	15	50

4.3 Depresión.

Por ultimo para conocer si la intervención psicoterapéutica disminuyó los síntomas de depresión en un grupo de padres en duelo por la muerte de un hijo se utilizó la prueba de rangos asignados de Wilcoxon debido al tamaño de la muestra y al diseño pre-post. Los resultados indican que se obtuvo una puntuación $Z = -3.06$; $p = 0.002$ lo cual indica que la diferencia de puntajes en el pos test es negativa, es

decir disminuye la puntuación de depresión en el post test para todos los participantes (ver Tabla 9).

Tabla 9: Análisis de diferencias pre-post para la escala de depresión.

	Media		z	p.
	Pre test	Post test		
Depresión	2.41	1.08	3.061	.002

4.4 Cambio en los discursos de los padres.

Respecto a los cambios encontrados en los discursos de los padres, se manifiesta que, al inicio de la intervención, a los padres se les hacía muy difícil hablar ya que el llanto se los impedía. Seguidamente, se describen los cambios en los discursos de las parejas de padres.

Pareja 1. Al inicio el que llevaba la voz era el padre, él estaba siempre dispuesto a hablar y mostraba tener una gran necesidad de escucha, haciendo referencia al accidente de su hija, mostraba mucha culpa, ya que su hija venía en el coche de adelante y se dio cuenta cuando el conductor se durmió y no pudo hacer nada. Su esposa no podía hablar, su apariencia era desaliñada y vestía de negro, solo bajaba la cabeza y asentía a lo que su esposo expresaba. El esposo también expresaba que nunca iban a tener nietos, y que estarían siempre solos; también se quejaba de que antes del fallecimiento de su hija su casa siempre estaba llena de gente y que ahora los amigos se habían alejado, mencionaba que su esposa había pensado en quitarse la vida y que le dijo “lo que decidas dímelo y yo te acompaño, pero no me dijés solo”. Asimismo, manifestaba que el negocio que tenía con su hija lo habían abandonado y ya no tenían interés en él, pues su hija era “su motor” ... afirmaba también que “... el cuarto está tal y como le dejó, no podemos entrar ahí”. Al final de la intervención, el cambio era evidente ella se vestía con ropa de colores, se arreglaba y maquillaba y se peinaba con el pelo recogido y con adornos. Se mostraba contenta, sonreía y manifestaba que por amor a su hija ya habían surtido la tienda y que ella misma estaba al frente. También expresaba que a su hija no le hubiera gustado verla mal, y decía “...quiero que mi hija esté orgullosa de mi”.

También afirmó: “Entré al cuarto de mi hija y saqué una caja de peluches y se los regalé a mi sobrina, me sentí feliz, al ver que le gustaron”.

Pareja 2. Al inicio de la intervención tenían mucha rabia, en especial ella, ya que no encontraba una explicación a la muerte de su hija y no estaba satisfecha con los resultados de la autopsia ya que había visto a su hija dos meses antes y estaba bien. Ella manifiesta “no quiero salir”, “me molesta ver a la gente feliz”, “no puedo escuchar música, me duele mucho porque a mi hija le gustaba la música”. La señora decía no poder disfrutar a sus nietas y no tener ilusión por la vida. Vestía de negro y lloraba mucho. Al final de la intervención, decía, “estoy emocionada, habrá un bebé en la familia” “he salido con mis amigas, fuimos a cenar y había música, pude escucharla y sonreír”. Aunque aún lleva luto los colores llevan más blanco que negro, se nota más alegre ya no llora y puede participar en las sesiones.

Pareja 3. Al inicio de las sesiones ella era la que más hablaba, expresaba que fue muy doloroso ver sufrir a su hija desde que nació ya que desde los dos días de nacida había pasado por una cirugía de corazón abierto. La señora expresaba: “por qué mi hija, por qué a mí?”, “desde que nació viví entre doctores y pensando que la perdería en cualquier momento” “fue todo muy doloroso” “me dijeron que mi hija no viviría mucho y me enoje con los médicos.” Ella nunca usó luto, vestía con colores alegres y siempre estaba arreglada aunque lloraba mucho al inicio, al final de la intervención expresó: “saber que la muerte rondaba a mi hija, me hizo disfrutar cada momento con ella como si fuera el último” “aunque me duele no tenerla el llevar un duelo anticipado me hizo disfrutarla más, le festejaba todos su cumpleaños” “me duele que mi hijo no tenga a su hermana pero soy feliz de tenerlo a él” y merece tener una mamá feliz.”

Pareja 4. Al inicio de la intervención, como a la mayoría de los participantes, a esta pareja les costaba trabajo hablar, él casi no participaba sólo escuchaba, ella -aunque lloraba mucho- hablaba más y a diferencia de los demás no le gustaba hablar del accidente en que murió su hija, se sentía culpable. “Yo debí morir, no

ella”, decía que ya no tenía amigas pues “la gente solo se acerca por morbo, quieren saber detalles”, “no son mis amigos” “no puedo hablar de mi hija con sus hermanas” “no quiero salir a la calle, porque no quiero que la gente me vea” “no soporto ver a los amigos de mi hija, ya que me recuerdan que ella no está”. Vestía de luto usando mayormente blanco y negro. Al final de la intervención se evidenciaba un cambio, ya no lloraba tanto, y expresaba que ya podía salir con sus amigas, aunque no eran las mismas, “ya puedo ir a lugares públicos y no sentirme mal con la gente” “mis hijas se acercan y hablan de su hermanita, recordamos como era y nos reímos de sus travesuras” “las compañeras de escuela de mi hija hicieron un álbum con sus fotos y me lo trajeron, lloré, pero lo disfrute mucho, ellas también la extrañan.”

Pareja 5. Al inicio de la intervención venían con mucha carga, sobre todo él, y hasta llegó a reclamarle a su esposa por no haberle dado más hijos, sentía mucha culpa y rabia porque no se pudo despedir de su hijo: “no es justo, mi hijo era todo para mí, él quería hablar conmigo y no llegué” ... “me da rabia ver como gente mala, viciosa, sigue viva y porque mi hijo tuvo que morir” “yo lo llevaba al béisbol, era todo para mí”. Su esposa siempre mantuvo baja la cabeza, como aceptando la culpa, no llevaba luto, pero lucía muy desarreglada. Manifestaban que su vida nunca sería igual. Al final de la intervención su cambio era evidente, se notaba sonriente, y expresaba “mi hijo fue un luchador y por él voy a seguir”. Incluso llegó a pedirle perdón a su esposa por haberle reclamado que no le diera más hijos y reconoció: “aunque hubiera tenido 20 hijos nunca ninguno podría ocupar el lugar de otro, cada uno es especial”. Comentó también “ahora mi hijo menor me acompaña al béisbol, sentí que podía compartir con él una afición como lo hice con su hermano.”

Pareja 6. Esta pareja llega con mucha aflicción pues se sienten culpables de la muerte de su hijo, además porque que nunca lo volvieron a ver vivo. Manifestaba el papá: “no puedo ni siquiera ver una foto de mi hijo” “no es justo ¿porque lo hizo?”. Ella llora mucho, se le nota cansada y expresa que no duerme bien, Manifiesta el papá: “no he sacado las cosas que tenían aquí en su cuarto, me siento mal cada vez que las veo”... “ya no quiero salir, solo voy al trabajo como autómatas y lo único

que quiero es estar en casa” “nunca voy a volver a ser feliz”. Al final de la intervención, la señora ya no lloraba tanto y se arreglaba un poco más. Una sesión antes de concluir dice: “hoy revisé las fotos que tenía de mi hijo y escogí una y la puse en un lugar especial, junto a la foto coloqué una gorra que le gustaba mucho a mi hijo”. “no me gusta lo que hizo mi hijo, pero acepto su decisión” ... “ya salgo con mis amigas y hace dos noches vinieron a casa, hablamos de mi hijo, recordamos situaciones divertidas que pasamos con él y nos reímos, me pareció extraño escucharme reír”.

4.5 Análisis de los resultados de la intervención.

Los padres se sienten responsables de la protección de sus hijos y pueden vivir su pérdida como un fracaso y con una gran culpabilidad, por ejemplo, hacer el uno al otro responsable de la muerte de su hijo y esto llevarles a reproches continuos o sentimientos de impaciencia e irritabilidad. Tal como Tizón, (2004) refiere, puede ocurrir que no vivan al mismo tiempo los momentos de mayor dolor o las recaídas, lo cual puede crear la sensación de que uno siempre está inmerso en el dolor, que no hay tregua. Roitman, Armus y Swarc (2002), afirman que la propia muerte resulta inconcebible y es pospuesta hasta un futuro indefinido, y esta actitud tanto más se refuerza en el caso de la muerte de un hijo. A pesar de lo dicho por Freud: “*on meurt a tout âge*” (se muere a cualquier edad), la muerte de un hijo produce una abrupta ruptura de la idea de la “inmortalidad del yo” y de la “continuidad generacional”. Se desgarran la vida porque se coló definitivamente la muerte. No se puede aceptar haber sido padre como algo efímero; es decir, asumir la destitución de ser padre de ese hijo. En estas circunstancias cae violentamente el proyecto de investidura de futuro, a través de la continuidad generacional que un hijo implica para sus padres.

Es por ello que este trabajo tuvo como objetivo evaluar la eficacia de una intervención terapéutica con el propósito de mejorar la calidad de vida, la calidad del sueño y disminuir la depresión en un grupo de padres en duelo por la pérdida de un hijo. Los resultados encontrados en la evaluación después de la intervención evidencian una mejoría notablemente en todas las dimensiones evaluadas.

En las primeras sesiones era evidente el alto nivel de abatimiento que predominaba entre los participantes, incluso a algunos les era imposible articular palabra sin romper en llanto, otros abiertamente manifestaban que no querían vivir sin su hijo/a, pero en el transcurso de las sesiones, lo que al inicio parecía que no se lograría, se fue facilitando paulatinamente el cambio, fue innegable observar varios de los factores terapéuticos para la efectividad de la terapia, mencionados por Vinogradov y Yalom (1996) como la universalidad, el altruismo, la cohesión grupal y el aprendizaje intrapersonal entre los más evidentes.

El aspecto que más los afectaba en la calidad de vida era el relacionado con el aspecto social a causa del aislamiento que se imponían y la falta de deseos de salir a eventos sociales, ya que como refiere un participante: *“mi casa estaba siempre con gente, llegaban familiares, casi como un hotel, ahora no va nadie, estamos solos”*. En el transcurso de las sesiones fueron dándose los cambios de manera paulatina, en la mayoría de los participantes, quienes poco a poco comenzaron a salir de su aislamiento y a tener contacto con personas ajenas a su familia y muchos afirmaban que se daban cuenta *“que los que lo extraños se convertían en amigos y los amigos en extraños”*. Mencionaban también que asistir al grupo le hizo darse cuenta que no estaban solos. María expresó *“ahora ustedes son mi familia, siento que formo parte de ustedes”*. En esa misma línea la mayoría de los participantes expresaban que ya podían realizar actividades que habían abandonado, como Rocío que no podía escuchar música, ahora ya lo hacía sin llorar. Antonio un día llegó y dijo que ya estaba armando otra vez su negocio, que se había dedicado a pintar y a surtir la tienda y que lo hacía como homenaje a su hija. Paulatinamente, los participantes fueron recobrando su calidad de vida, sus relaciones sociales se incrementaron, aunque manifestaban que se habían vuelto más selectivos en este sentido ya que buscaban personas positivas y trataban de alejarse de aquellas que solo se acercaban a ellos *“por morbosidad”*, es decir para conocer detalles de la muerte del hijo/a.

Aquí se confirma lo que Urzúa (2012), señala ya que en la vivencia de un duelo por la pérdida de un ser querido se ve afectada la calidad de vida de las personas, tanto en el contexto cultural como en el sistema de valores en que vive, así como en relación con sus metas, objetivos, expectativas, valores y preocupaciones. Dicho contexto fue evidente al inicio del proceso de intervención ya que los participantes se hallaban en un estado de indefensión. Tres de ellos incluso desatendieron sus negocios, dos participantes habían dejado proyectos abandonados y la mayoría de las mujeres se negaba a salir o asistir a eventos sociales. Al finalizar la intervención, estaban motivados a continuar con sus proyectos y dispuestos a retomar las riendas de su vida social y familiar, a disfrutar de sus hijos vivos y de sus nietos.

Con relación a la calidad del sueño, los datos evidencian que una alta proporción de los participantes estaban insatisfechos con su calidad de sueño, tenían dificultades para dormir y tener un sueño reparador. La mayoría solo podía conciliarlo a base de somníferos y algunos aún con ellos no lo lograban, referían que tenían pesadillas o que si lograban dormir el sueño no era reparador. Durante las sesiones se les instruyó en técnicas de relajación, lo que mejoró su calidad de sueño. Aunque la mayoría continuó tomando somníferos, manifestaron estar más tranquilos y tener un sueño reparador, y que las veces que lograban soñar con sus hijos eran sueños que los dejaban con una sensación de paz, a diferencia de lo que les ocurría antes de la intervención psicoterapéutica, cuando sus sueños eran pesadillas que les producían ansiedad y angustia.

Con respecto a las puntuaciones de depresión, los resultados también evidencian una mejoría en los participantes, disminuyendo el estado depresivo de inicio, previo a la intervención. Como menciona Echevarría (2005), las pérdidas de los seres queridos desbordan, con frecuencia, la capacidad de respuesta de una persona, que se siente sobrepasada para hacer frente a las situaciones que se ve obligada a soportar. Pero una herida de esa naturaleza también se puede superar. El mismo autor señala que existen personas que consiguen sobreponerse al terrible

impacto de la muerte inesperada de un ser querido o de la pérdida violenta de un hijo y descubren de nuevo, sin olvidar lo ocurrido, la alegría de vivir. Lo que se observa es que, tanto ante los acontecimientos traumáticos como ante las situaciones de duelo, las personas reaccionan de forma distinta, e igualmente son variables de unos individuos a otros las estrategias de afrontamiento que emplean para superar estas circunstancias adversas.

Sin embargo, como Rojas (2002) afirma, la muerte de un hijo deja frecuentemente secuelas imborrables, que moldean la visión del mundo, limitando la capacidad de entusiasmo y hacen a las personas más vulnerables a las depresiones y a las enfermedades.

Siempre hay un antes y un después en un suceso traumático. Pero no es menos cierto que sólo una minoría de las personas que se exponen diariamente a las pruebas más penosas de la vida renuncia o enferman. Después de todo, la esperanza y el espíritu de superación forman parte del instinto de conservación y de supervivencia del ser humano (Rojas Marcos, 2002).

Respecto a la intervención terapéutica realizada con el grupo, los resultados se obtuvieron de forma gradual durante las sesiones, de tal manera que se pudo apreciar un pronóstico favorable en los participantes durante toda la intervención. Lo cual confirma lo que Mesa (2009) señala, que no necesariamente el hecho de sufrir una pérdida y atravesar un duelo va a desencadenar en una depresión. La diferencia radica en que el proceso de duelo se va revirtiendo a medida que pasa el tiempo, recuperando el estado de ánimo normal.

Un aspecto importante que se evidenció desde el inicio de la intervención fue la dificultad de los participantes para el manejo y control de sus emociones negativas. El buen manejo de éstas en el proceso de duelo es una parte muy importante para resolver muchos temas que generan conflictos. El uso de técnicas emocionales ayudó a los participantes a enfrentar la realidad y aceptar que las cosas no se pueden cambiar, en la línea de lo expresado por Worden, (1997) en

sus tareas de duelo ya que la aceptación es la primera tarea del proceso de duelo, y es el momento de afrontar que esa persona se ha marchado y que no se le volverá a ver.

Una vez establecidos los objetivos de la intervención, la participación en las sesiones fue lenta ya que algunos miembros se mostraban incómodos al manifestar su dolor ante su pérdida. Como Worden (2015) expresa, si el dolor no se reconoce y no se resuelve, se manifiesta en síntomas físicos o mediante alguna forma de conducta anormal. No todos viven el dolor de la misma manera o con la misma intensidad, pero es imposible perder a alguien con quien se estaba muy unido sin sentir dolor. La mayoría de los participantes lograron afrontar y resistir la pena que produce la muerte de un hijo.

La decisión de los participantes por salir adelante y superar la pérdida fue un factor importante en los avances logrados, ya que se encontraban muy motivados pues “no querían seguir viviendo como estaban”; a lo largo del proceso terapéutico fue evidente el avance logrado por los participantes, fueron de gran ayuda las técnicas aplicadas y la que más impacto causó fue la de la *silla vacía*, ya fue un momento en que pudieron sacar todo su dolor y expresarlo a su ser querido ausente.

Sin que se les entrenara en una forma directa en las técnicas de logoterapia utilizadas, los participantes se fueron interesándose cada vez más en sus compañeros y al hacerlo salían de su hiperreflexión, logrando de esta manera olvidarse de sí mismo para atender al que sufre más, lográndose así la derreflexión (Espinosa, 1994).

Se pudo observar un grupo cohesionado, atendiendo a la definición de Vinogradov y Yalom (1996) en el que las pacientes encontraban apoyo y podían expresar, sin miedo a la crítica, su soledad y sufrimientos y en el que se trabajó el

concepto de duelo como un proceso a elaborar mandando un mensaje a los pacientes de esperanza y responsabilidad con sus propias vidas (Díaz Curiel, 2011).

A lo largo de este trabajo con grupos de padres sufrientes, se evidenció que la tarea tiene que ver con un sufrimiento inevitable y que por lo tanto debe estar orientada hacia el hallazgo de sentido en ese sufrimiento, que el objetivo común en los grupos, no debe ser no sufrir sino no sufrir en vano (Lukas, 1994).

La literatura respecto a este tema concuerda en que hay padres que pueden resolver su dolor más rápido que otros y obtener así una mejor calidad de vida, que son capaces de trascender su sufrimiento y usar su capacidad para auto-distanciarse y muy rápidamente comienzan a ayudar dentro del grupo al compañero que sufre más, y es cuando los padres en duelo comienzan a distanciarse de su dolor y empiezan a prestar más atención al de los otros, comprenden que la vida, después de todo, necesita seres compasivos, y que como dice Frankl (1987) es a través del "sufrimiento sufrido con coraje" que la compasión puede ser ganada.

En este sentido Pérez, Hernangómez y Santiago (2000), en su trabajo sobre la eficacia del tratamiento grupal en los procesos de duelo, destacan la efectividad y eficacia de la intervención psicoterapéutica, ya que ésta ayudó a los participantes en el estudio a elaborar la pérdida, a adaptarse a la nueva situación, así como en la mejora de los aspectos depresivos, y en sus relaciones interpersonales (Cuenca y Álvarez 2015).

Por lo tanto, resulta decisivo ayudar a los pacientes a no a trabajar con los hechos del pasado que no pueden ser cambiados (Frankl, 1986) sino a abrirse a ese mundo en el que esperan las posibilidades aún latentes en sus vidas, que deben ayudarlos a elegir correctamente entre todas las posibilidades, y encontrar opciones con sentido, que deben emprender el camino, el único camino con sentido que esa conmoción existencial les plantea: *el camino final de humanización*.

Se puede apreciar en los pacientes mejoría en su experiencia subjetiva (al reducirse su soledad, su tristeza y mejorar su calidad de sueño) y evidenciar sentir un alto grado de alivio de la sintomatología depresiva, asimismo es evidente que la terapia les ha ayudado a tomar decisiones o a realizar cambios conductuales con respecto a su proceso de duelo. Además, se muestran muy satisfechos con la terapia.

Los padres y las madres en duelo de este estudio coinciden en considerar que perder a un hijo los “transformó”, no en mejores ni peores personas, pero sí les permitió crecer y relativizar muchas cosas que antes eran importantes para ellos, y descubrir que sus hijos siguen y seguirán con ellos mientras vivan. Y así finalmente, los padres pueden decir junto a Frankl: *hemos encontrado sentido a nuestras vidas, ayudando a otros padres dolientes a encontrar sentido en las suyas* (Frankl, 1986).

Los resultados obtenidos durante el proceso de intervención demuestran que se lograron cambios significativos tanto en la calidad de vida, como una mejora en los índices de depresión y una notable mejoría en la calidad de sueño en la mayoría de los participantes en el grupo. Los participantes se reunieron con el propósito de enfrentar su dolor, aprender de él, otorgarle un sentido a ese sufrimiento, lograr finalmente trascenderlo y en ese proceso encontrar un nuevo significado a la vida.

Al iniciar el proceso los participantes mostraban gran necesidad de escucha, con deseos de compartir su experiencia, pero solo unos pocos podían lograrlo ya que pronunciaban unas cuantas palabras, pero el llanto les impedía continuar, lo cual provocaba que los otros participantes se encerraran en un mutismo. Por otro lado, la mayoría de los integrantes expresaban que les era imposible tener un sueño reparador y asimismo mencionaban que se sentían con una tristeza y que no encontraban consuelo. Como refiere Gala León *et al.*, (2002) el duelo es la respuesta psicológica-sentimiento y pensamiento- que se presenta ante la pérdida de un ser querido y dicha respuesta es totalmente subjetiva y depende de las estructuras

mentales y emocionales de quien la vive, lo cual determina si se involucran o no síntomas físicos en ella, ya que cada persona es única y tiene diferentes sentidos de vida en sus mentes y en su entorno.

Durante las primeras sesiones los participantes se encontraban en la fase de crisis ya que los efectos de ésta en su salud fisiológica, psicológica y espiritual eran evidentes puesto que le encontraban poco sentido a la vida, carecían de una dirección en sus propósitos y estaban experimentando un caso severo de lo que Frankl (2003) llama “vacío existencial”. Este vacío interno que posee una fuerza arrolladora deja a las personas con un sentimiento que muchos de los participantes describieron como una sensación de estar “atrapados en un agujero oscuro y sin salida”. La primera meta de la intervención inicial es *engendrar algún sentido de esperanza y en este sentido* el objetivo no era resolver repentinamente los problemas de los participantes, sino más bien ayudarlos a ponerse por encima (aunque sea ligeramente) de su abismo de desesperación y lograr que vieran algo de luz, así como una parte de su vida como positiva y significativa (mientras que antes no podían encontrar nada). Aunque en ocasiones volvían a caer en esta desesperación, el proceso de curación realmente comienza mientras cada participante es guiado suavemente a decir sí a la vida.

En trascurso de las siguientes sesiones los participantes fueron evidenciando las diferentes etapas del duelo propuestas por Kübler-Ross (2012), como la negación, la cual fue experimentada casi por todos, pero el participante que la tuvo por más tiempo fue Antonio ya que como refiere: “*durante dos años pensé que mi hija no había muerto, que todo era una broma de mis compañeros, esperaba que en cualquier momento aparecieran las cámaras de tv diciendo que el juego había terminado y que mi hija aparecía sonriente y me abrazaba*”. Este estado de shock tiene una función protectora, pues la persona tiene que ir asimilando lo sucedido y la negación es un mecanismo defensivo para salvaguardar al abrumado Yo.

La otra fase que menciona Kübler-Ross (2012), es el enojo, el grupo lo experimentó, pero en especial Rocío quien mostró su ira ante una situación que vivió cuando escuchó que una compañera hablaba de su hijo relatando lo contenta que estaba por sus logros y ella expresó en el grupo con lágrimas de rabia: *“Quise levantarme en ese momento y golpearla, me costó mucho trabajo contenerme, porque mi hijo no estaba vivo y no tuvo oportunidad”*. Ella experimentó sentimientos de ira, enojo, envidia y resentimiento. Se logró calmarla utilizando la empatía, la calidez, la aceptación y el respeto, lo que es fundamental para que la persona pueda ir procesando estos sentimientos, clarificando y aceptando la pérdida. La fase del regateo, se pudo observar claramente en el grupo ya que seis decesos habían ocurrido por enfermedad, y estos manifestaron haber hecho tratos para que Dios salvara a sus hijos.

La depresión fue la etapa más patente en los participantes ya que todos estaban atravesando momentos de dolor, llanto, desesperación, de tristeza profunda, acompañada de sentimientos de culpa, reducción en actividades y aplanamiento emocional. También presentaron síntomas físicos como alteraciones en el sueño, -sea insomnio o dormir mucho- falta de energía, cansancio y retraimiento. En este sentido la mayoría de los participantes mostraron intensos sentimientos de culpa, como cuando S, expresa que su hijo no debió morir sino ella ya que ella siempre se bajaba a hacer las compras y ese día se lo pidió a su hija por estar cansada y ahí sobrevino el accidente en que ésta falleció. Como refiere Mesa (2009), no necesariamente el hecho de sufrir una pérdida y atravesar un duelo va a desencadenar en una depresión, en el proceso de duelo ésta se va revirtiendo a medida que pasa el tiempo, y se logra recuperar el estado de ánimo normal. En el duelo aparecen auto reproches y sentimientos de culpa que suelen estar motivados porque se piensa que no se ha hecho lo suficiente por el fallecido antes de morir.

Asimismo, la mayoría de los participantes experimentaron la reducción de actividades ya que su vida social se vió disminuida y en algunos casos descartada por negarse a salir y a tratar a las personas. Durante la intervención gradualmente

los participantes fueron reintegrándose a su vida social, algunos con nuevas amistades y aquí se hace evidente lo que dice Worden (2015) de que la última parte consiste en hallar una conexión perdurable con el fallecido y continuar con la vida. Finalmente, viene la aceptación y es cuando la persona asimila, acepta, elabora la pérdida, la integra a su historia de vida, le da un sentido al sufrimiento, aprendiendo a vivir, a valorar y agradecer todo lo vivido con la persona ya fallecida, pues como dice la Dra. Elisabeth Lukas (1999), el amor pervive y hace eterno el vínculo afectivo, más allá de la muerte física.

CAPÍTULO 5. Conclusiones

La intervención psicoterapéutica permitió mejorar notablemente la calidad de vida, la calidad del sueño y disminuir la depresión en los padres participantes. Después de la intervención, las conductas anteriormente descritas manifiestan un cambio observable no solo estadísticamente sino también conductual pues en la mayoría de las participantes mujeres se observó que ponían más cuidado en su arreglo personal ya que comenzaron a sustituir la indumentaria de luto por ropa con colores, usar maquillaje y mostrar una mayor participación en las sesiones. Asimismo, se mostraban más pendientes de sus compañeros y cuando alguno faltaba lo llamaban por teléfono para conocer el motivo de la ausencia. Del mismo modo, la mayoría de los participantes expresa sus deseos de reanudar las actividades que habían abandonado al morir sus hijos, como un matrimonio que había desatendido el negocio familiar y se decide a echarlo a andar de nuevo o de iniciar proyectos nuevos como la pareja que decide crear un espacio con árboles para honrar a los hijos fallecidos. Lo que demuestra que la intervención tuvo efectos positivos en la mayoría de los participantes.

A partir de los resultados obtenidos y de las observaciones cualitativas, se puede concluir lo siguiente:

1. La intervención psicoterapéutica realizada fue efectiva para motivar un cambio y facilitar la elaboración del duelo, en el grupo de personas que participaron.
2. Se evidencian cambios positivos en la calidad de vida y la calidad del sueño de los participantes como consecuencia de la intervención.
3. Se evidencian cambios en la depresión, resultando estos en una mejoría del estado de ánimo como consecuencia de la intervención.
4. Del mismo modo los participantes sienten un alivio en su sufrimiento que parece estar relacionada con la psicoeducación y el desahogo emocional brindado por la intervención terapéutica.

5.1 Limitaciones y sugerencias.

5.1.1 Limitaciones.

1. El problema del duelo es complejo y requiere la aplicación de instrumentos que reflejen realmente las pérdidas de la calidad de vida de las personas en duelo.
2. El reducido número de la muestra dificulta probar la validez de la intervención
3. Los participantes no constituyen un grupo homogéneo pues la pérdida de los hijos en los diferentes grupos de padres se debió a circunstancias muy diversas (enfermedad terminal, accidente, muerte autoinflingida, entre otras).

5.1.2 Sugerencias derivadas de este estudio.

Tras la experiencia realizada con esta intervención psicoterapéutica con este grupo de padres se presentan las siguientes sugerencias para futuras intervenciones psicoterapéuticas:

- a). Excluir de la terapia personas inestabilidad emocional previa. En concreto, las personas con antecedentes de depresión o de trastornos de ansiedad, con estilos de afrontamiento inadecuados o con características problemáticas de personalidad (dependientes emocionalmente, obsesivas, acomplexadas, etcétera) ya que corren un mayor riesgo de derrumbarse emocionalmente y de sufrir un duelo patológico (Clayton, 1985).
- b). Incluir un cooterapeuta que ayude en la contención de las emociones y en el señalamiento de resistencias.
- c). Fomentar desde el inicio que el problema no es tanto el sufrimiento y las emociones desgarradoras que acompañan al duelo, sino dificultad de integrar la experiencia de la muerte y afrontar o dar significado a una nueva

vida sin la persona amada. Para Frankl, lo esencial en la forma de su disposición es “el cómo” se sobrelleva el sufrimiento para poder vislumbrarle un sentido con significado, ya que, de lo contrario, se interpretará como un acontecimiento absurdo y sinsentido, destructivo de la persona, como una odiosa causa de tristeza y desesperación. Al rebelarse frente al sufrimiento, no sacan de ello ningún provecho existencial, y se produce la paradoja de que su obsesión para escapar del mismo a toda costa, aún agudiza más la mordedura estéril de sus propios sufrimientos. El cómo se sobrelleva un sufrimiento ineludible, encierra ya un sentido del sufrimiento. Ya que como refiere Frankl. (2011) en su libro *La voluntad de sentido*, el sufrimiento que parece no tener sentido, lleva a la desesperación.

REFERENCIAS

- Barañano Cid, A. (2010). Introducción a la antropología social y cultural: materiales docentes para su estudio. Disponible en <http://eprints.ucm.es/11353/>
- Beck, A., Steer, R. & Brown, G. (2011) *Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II)*. Madrid: Pearson Educación.
- Berti, G. & Schneider A. (2003) *Revista Mexicana de Logoterapia*. Cuando un hijo muere.
- Biegel, D.E., Sales, E., & Schul, R. (1991). *Family Caregiving in Chronic in chronic illness: Alzheimer`s disease, cancer, heart disease and stroke*. Thoueans Oaks CA: Sage.
- Bloch, S.; Crouch, E. & Reibstein, J. (1981). Therapeutic factors in-group psychotherapy. *Archives Geneneral in Psychiatry*. 38(5), 519-26.
- Bobes García J, González G.-Portilla M. P., Saiz Martínez P. A., Bascarán Fernández M.T., Iglesias Álvarez C. & Fernández Domínguez J.M. (2000). Propiedades psicométricas del cuestionario Oviedo de sueño. *Psicothema*, 12(1), 107-12.
- Bowlby J. (1961). Processes of mourning. *International Journal of Psychoanalysis*, 42, 317-39.
- Bowlby, J. (1993). *El apego (el apego y la perdida I)*. Madrid: Paidós Ibérica.
- Buela-Casals, G. & Caballo, V. (1991) *Patrones del sueño y diferencias individuales*. Madrid: Siglo XXI.
- Buendía. (2001) *Duelo. Factores que lo obstaculizan y lo facilitan*. Tesis de licenciatura inédita. Universidad Nacional Autónoma de México. México
- Cabodevilla, I. (2007). Las pérdidas y sus duelos. *Anales del sistema sanitario de Navarra*, 30, 163-176.
- Cardona, A. Agudelo G, & Byron H. (2005). Construcciones culturales del Concepto Calidad de Vida. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 23 (1), 79-90.
- Castro, M. (2010). *Cómo enfrentar las pérdidas de la vida*. México: Minos, III Milenio Editores.

- Cuenca, I. M. G., & Álvarez, E. C. (2015). Tratamiento del duelo en Salud Mental: Una experiencia grupal. *Revista de Psicoterapia*, 25(99), 115-133.
- Cuesta, E. (2008). Días de duelo. Encontrando salidas. *Norte de Salud mental*, 7(31), 112-114.
- Díaz Curiel, J. (2011). Estudio de variables asociadas a la psicoterapia grupal en los procesos de duelo patológico. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 31(1), 93-107.
- Doenges, M. (2014). *Proceso y diagnóstico de enfermería: Aplicaciones*. Bogotá: El Manual Moderno.
- DSM IV. *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. Barcelona, Masson, 1995.
- DSM V, *Manual Diagnóstico y Estadística de Trastornos Mentales* (2014). Barcelona: Panamericana.
- Dyregrow, A. (1990). Parental reaction to the lost of an infant child: A review. *Scandinavian Journal of Psychology*, 266-280.
- Echeburúa, E., & Herrán Bolx, A. (2007). ¿Cuándo el duelo es patológico y cómo hay que tratarlo? *Análisis y Modificación de Conducta*, 33(147), 32-50.
- Echeburúa, E., De Corral, P., & Amor, P. J. (2005). La resistencia humana ante los traumas y el duelo. *Alivio de las situaciones difíciles y del sufrimiento en la terminalidad*. En R. Baños (Ed.), *El duelo "aquí y ahora"* (pág. 337-359). Barcelona: Sello Editorial.
- Espinosa, N. A. (1994). *La concepción de la conciencia en logoterapia de V. Frankl*. Buenos Aires: San Pablo.
- Fernández-López, J., Fernández-Fidalgo, M., & Cieza, A. (2010). Los conceptos de calidad de vida, salud y bienestar analizados desde la perspectiva de la clasificación internacional del funcionamiento (CIF). *Revista española de Salud Pública*, 2, 169 -184.
- Ferrans, C. (1996). Desarrollo de un modelo conceptual de la calidad de vida. Investigación académica para la Práctica de Enfermería: *An International Journal*, 10 (3), 293-304

- Frankl, V. (1990). *Psicoanálisis y existencialismo*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- Frankl, V. (2003). *Ante el vacío existencial*. Barcelona: Herder.
- Frankl, V. (2011). *La voluntad de sentido*. Barcelona: Herder.
- Frankl, V. (2012). *El Hombre en Busca de Sentido*. Barcelona: Herder
- Frankl, V. (1955). Logos y existencia en psicoterapia. *Revista de Psiquiatría y Psicología Médica de Europa y América Latina*, (2), 153-162.
- Frankl, V. (1990). *Psicoanálisis y Existencialismo*. Fondo de Cultura Económica. Buenos Aires,
- Gala León, F. J., Lupiani Jiménez, M., Raja Hernández, R., Guillén Gestoso, C., González Infante, J. M., Villaverde Gutiérrez, M., & Alba Sánchez, I. (2002). Actitudes psicológicas ante la muerte y el duelo: Una revisión conceptual. *Cuadernos de Medicina Forense*, 30, 39-50.
- Gamo Medina, E., & Pazos Pezzi, P. (2009). El duelo y las etapas de la vida. *Revista de la asociación española de neuropsiquiatría*, 29(2), 455-469.
- Gamo, M. M., del Álamo, J., Hernangómez, C. L. y García, L. A. (2003). Follow-up of patients who seek treatment for grief. *Acta Española de Psiquiatría*, 31, 5, 239-243.
- Gengler, J. (2009). Análisis Existencial y Logoterapia: Bases Teóricas para la Práctica Clínica. *Psiquiatría y Salud Mental*, 26(3-4), 200-209.
- Gil-Juliá, B., Bellver, A., & Ballester, R. (2008). Duelo: evaluación, diagnóstico y tratamiento. *Psicooncología*, 5(1), 103.
- Gómez-Dantés, O., Sesma, S., Becerril, V. M., Knaul, F. M., Arreola, H., & Frenk, J. (2011). Sistema de salud de México. *Salud Pública de México*, 53 (2),138-148.
- Gómez-Gutiérrez, J. (2011). La reacción ante la muerte en la cultura del mexicano actual. *Investigation y Saberes*, 1(1), 39-48.
- Greenberg, L. (2002) *Emotion-focused therapy: Coaching clients to work through Feelings*. Washington, D.C.: American Psychology Association Press.
- Guía de bolsillo de la clasificación CIE-10*. (2000). (2ª ed., Vol. 4). Madrid: Editorial Medica Panamericana.

- Gurméndez, C. (1990). *La melancolía*. Madrid: Austral
- Illness. USA, Sage Publications *Informe de la salud en el mundo*. Luxemburgo: OMS. (2013).
- Instituto Mexicano de Tanatología. (2008) *¿Cómo enfrentar la muerte?* México: Trillas.
- James, J. W. & Friedman, R. (2001). *Manual para superar pérdidas emocionales*. Madrid: Editorial Los libros Del comienzo
- Katz, A.H.-Bender, E.T. (1976): Self-help groups in western society: History and prospects. *Journal of Applied Behavioural Science*, 12, 265-282.
- Kerlinguer, F. (2002). *Investigación del comportamiento humano*. México: McGraw Hill.
- Kübler-Ross E. (1969). *On Death and Dying*. New York: Macmillan,
- Kübler-Ross, E. (2012). *Entre la muerte y los moribundos*. México: Drokerz Impresiones.
- Londoño, O. (2006). *El lugar y no lugar para la muerte y su duelo*. Bogotá: Universidad Nacional.
- Lukas, E. (1983a). *Tu vida tiene sentido. Logoterapia y salud mental*. Madrid: S.M. (Original de 1980).
- Lukomski, A. (2000). Calidad de vida: historia y futuro de un concepto problema. En M. Boladeras (ed.), *BioÉtica y calidad de vida* (pág.153-161). Bogotá: Ediciones El Bosque.
- Mesa, S. F. (2009). Duelo. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*. 25, 77-85.
- Meza Dávalos, E. G, García, S., Torres Gómez, A, Castillo, L., Sauri Suárez, S. & Martínez Silva, B. (2008). El proceso del duelo. Un mecanismo humano para el manejo de las pérdidas emocionales *Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas*, 13 (1), 28-31.
- Millán-González, Ricardo, & Solano-Medina, Nicolás. (2010). Duelo, duelo patológico y terapia interpersonal. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 39(2), 375-388.
- Miró, E., Cano-Lozano, C., & Buela-Casal, G. (2008). Sueño y calidad de vida. *Revista Colombiana de Psicología*, 14, 11-27.

- Morales, E. M., Lozano, M. D. C. C., & BuelaçCasal, G. (2005). Sueño y calidad de vida. *Revista Colombiana de Psicología*, (14), 11-27.
- Neimeyer, R. A., & Ramírez, Y. G. (2002). *Aprender de la pérdida: una guía para afrontar el duelo*. Barcelona: Paidós.
- Noblejas de la Flor, M. Á. (2002). *Logoterapia: fundamentos, principios y aplicación una experiencia de evaluación del Logro Interior de Sentido*. Universidad Complutense de Madrid, Servicio de Publicaciones.
- O'Connor, N. (2014). *Déjalos ir con amor*. México: Trillas.
- Olmeda, M. S. (1998). *El duelo y el pensamiento mágico*. Madrid: Master Line.
- Ortiz, F. (2005). *Muerte, morir, inmortalidad*. México: Taurus.
- Pangrazzi, A. (2006). *Los grupos de ayuda mutua en el duelo*. Bogotá: Sociedad de San Pablo.
- Paz, R. (1993). *Los procesos de duelo y el desarrollo humano. Psicoanálisis. Diez conferencias de divulgación cultural*. Valencia: Editorial Promolibro.
- Pérez, P., Hernangómez, L., & Santiago, C. (2000). Terapia de grupo en duelo complicado: un enfoque desde los factores de cambio positivo. *Psiquiatría Pública*, 12(3), 273-284.
- Posada, S. R. (2005). *El manejo del duelo*. Barcelona: Grupo Editorial Norma.
- Preston, J. (2004). *Cómo vencer la depresión*. México: Pax México.
- Quesada, C. V. (1996). Los grupos de apoyo basados en la autoayuda: una propuesta para el inicio y acompañamiento profesional. *Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid*, 38, 519-526.
- Rivera, J. (2005). *Grupos de ayuda mutua y asociaciones relacionados con la salud*. México: Plaza y Valdés.
- Roitman, A., Armus, M., & Swarc, N. (2002). El duelo por la muerte de un hijo. Aperturas psicoanalíticas. *Revista internacional de psicoanálisis*, (12), 26-38.
- Rojas Marcos, L. (2002). *Más allá del 11 de septiembre. La superación del trauma*. Madrid. Espasa-Calpe.

- Rojas, A. C. N., Tobón, S., Henao, D. A., Rasmussen, C. A. H., Téllez, F. S. & San Martín, A. H., Adolec, B. (2010). Calidad de vida, salud y factores psicológicos asociados. *Perspectivas en Psicología*, 13, 11-32.
- Rojas, S. (2008). *El manejo del duelo*. España: Norma.
- Ruíz, A. (2015). Procesos de Duelo. Disponible en <http://terapia-de-pareja-granada.com/psicologos-granada/duelo.html>
- Sánchez, H. P., Corbellas, S. C., Camps H. C. (s/f). Depresión y duelo anticipatorio en el paciente oncológico *Duelo en Oncología*, 237-252. Disponible en <http://www.seom.org/seomcms/images/stories/recursos/sociosyprofs/documentacion/manuales/duelo/duelo19.pdf>
- Secretaría de Salud. (2011). Informe sobre el sistema de salud mental en México. México.
- Soto, S. O., Falcón, F. P., & Volcanes, M. M. (2009). La muerte y el duelo. *Enfermería Global*, 8(1), 18-26.
- Tercero, R. P. (2010). Evolución y diagnóstico del duelo normal y patológico. *FMC-Formación Médica Continuada en Atención Primaria*, 17(10), 656-663.
- The World Health Organization Quality of life (WHOQOL)-BREF World Health Organization. (2004).
- Tizón, J. L. (2004). *Pérdida, pena, duelo: vivencias, investigación y asistencia* (Vol. 12). España: Grupo Planeta.
- Tizón, J. y. (2008). *Días de duelo*. España: Alba.
- Universidad de Navarra. Instituto Empresa y Humanismo. Bienestar y felicidad, nivel de vida y calidad de vida. [Sitio en internet]. Disponible en: <http://www.unav.es/empresayhumanismo/2activ/seminario/miembros/sison/ii16/default.html>. Consultado: 25 de abril de 2015.
- Urzúa, A. y Caqueo, A. (2012). Calidad de vida: una revisión teórica del concepto. *Terapia psicológica*, 30(1), 61-71.
- Weisman, A. (1972) *Sobre la muerte y negar: un estudio psiquiátrico de terminalidad*. Nueva York: Behavioral Publications.
- Worden, W. (1997) *El tratamiento del Duelo: Asesoramiento psicológico y terapia*. Barcelona: Paidós.

Worden, W. (2015) *El tratamiento del duelo: asesoramiento psicológico y terapia*.
Barcelona: Paidós.

Yalom, I. (2010). *Psicoterapia Existencial y Terapia de Grupo*. Cuarta edición
Madrid: Paidós.

ANEXOS

ANEXO 1

INTERVENCIÓN PSICOTERAPÉUTICA PARA PADRES EN DUELO POR LA MUERTE DE UN HIJO

Recursos utilizados.

Recursos humanos: Los participantes y la facilitadora

Materiales: local, sillas, papelería de oficina, fotocopias. Libros de lectura.

Procedimiento de aplicación.

El programa de intervención se inició con el proceso de selección de los participantes, la primera entrevista se realizó con aquellos padres que consentían voluntariamente al tratamiento grupal, en esta entrevista se les administró, previa firma del consentimiento informado las pruebas psicométricas pre del tratamiento. Al final de la última sesión se administraron las pruebas psicométricas post tratamiento. Los padres y madres participantes respondieron a la entrevista y los instrumentos en forma individual, durante aproximadamente de 60 minutos. Se les comunicó a todos los participantes que la información era confidencial y del objetivo de las mismas.

El encuadre del grupal tuvo las siguientes características: grupo cerrado con una asistencia media de 11 pacientes por sesión, sesiones prefijadas que sumaron un total de 14 de frecuencia quincenal y dos horas de duración. El tratamiento se prolongó durante siete meses.

En cuanto a las sesiones, se desarrollaron de acuerdo con la siguiente estructura:

1) En el primer momento previo a la sesión los participantes tienen un espacio de tiempo (aproximadamente 15 minutos), donde interactúan unos con otros, en una atmósfera distendida, de una manera cálida, relajada. Desde este primer momento los padres pueden verse reflejados en sus pares, teniendo así la posibilidad de incluir a otros en su vida.

2) Ventilación emocional, por parte del paciente que no es simplemente el hecho de contar que le sucede. Es una forma de liberación de las emociones, normalmente negativas (tristeza, preocupación, ira, etc.), que además sirve para reorganizar sus ideas, se trataba de que los participantes respondieran a la pregunta ¿cómo te sientes? Para que fueran capaces de manifestar su estado emocional en el aquí y el ahora y expresar de ser necesario su malestar. En todos los casos el terapeuta debería ayudar a los pacientes en la identificación de estas diferentes capas de emociones (Greenberg, 2002).

3) Resumen de los aspectos relevantes de la sesión anterior

4) Reflexión acerca del tema propuesto, que solían ser algunas de las tareas del duelo de Worden (2010), lo que promovió que pudieran compartir las impresiones que les produjo el material de lectura entregado con anterioridad y de ahí surgen emociones y sentimientos y se trabaja sobre los mismos dándoles la libertad de expresarse.

5) Mensaje de cambio en el que el terapeuta utilizaba frases alentadoras y de búsqueda de insight

6) Ejercicios finales de relajación. Entrega el material de lectura para la siguiente sesión.

ANEXO 2

Cuestionario demográfico. Datos personales

Cuestionario demográfico. Datos personales.

NOMBRE: _____

FECHA DE NACIMIENTO: DÍA: ___ MES: ___ AÑO: ____ EDAD _____

ESTADO CIVIL: SOLTERO/A (SEPARADO/A CASADO/PAREJA ESTABLE VIUDO/A

OCUPACIÓN: AUTOEMPLEO EMPLEADO EMPRESARIO HOGAR

OTRO _____

ESTUDIOS: SIN ESTUDIOS

PRIMARIA

SECUNDARIA

CARRERA TÉCNICA

BACHILLERATO

LICENCIATURA

POSGRADO

OCUPACIÓN: _____

VIVE SOLO

EN FAMILIA CONYUGE /HIJOS

FAMILIARES ABUELOS/PADRES/HIJOS

CON OTRAS PERSONAS

CASA PROPIA RENTADA PRESTADA COMPARTIDA

DIRECCION: CALLE ___ NÚMERO ___ CRUZAMIENTOS _____ COLONIA _____ CP

CORREO ELECTRONICO: _____

AFILIACION RELIGIOSA: SI NO

ENFERMEDAD: NO ALGUNAS GRAVE

DATOS DEL FALLECIDO/A

NOMBRE _____

Α FECHA DE NACIMIENTO: DÍA ___ MES ___ AÑO _____

Ω FECHA DE DEFUNCIÓN: DÍA ___ MES ___ AÑO _____

CAUSA DEL DECESO _____

ANEXO 3

EVALUACIÓN DEL TALLER DE ELABORACIÓN DE DUELO

EVALUACIÓN Del taller de elaboración de duelo.

1. El taller inicio y terminó a tiempo
Siempre la mayoría de las veces casi nunca nunca
2. Los temas fueron claros
Siempre la mayoría de las veces casi nunca nunca
3. La facilitadora dio con claridad las instrucciones
Siempre la mayoría de las veces casi nunca nunca
4. Las dinámicas fueron pertinentes
Siempre la mayoría de las veces casi nunca nunca
5. Me sentí escuchada y respetada
Siempre la mayoría de las veces casi nunca nunca
6. Pude expresarme con libertad
Siempre la mayoría de las veces casi nunca nunca
7. Pude identificar con exactitud la etapa del duelo en la que me encuentro
Siempre la mayoría de las veces casi nunca nunca
8. Sentí que avancé en mi proceso de duelo SI_____ NO_____
9. Explica cómo: _____

10. Recomendaría el taller SI_____ NO_____