

**GUÍA DE INTERVENCIÓN
PSICOSOCIAL
Y CUIDADOS DE DUELO**



Instituto Provincial de
Bienestar Social
Diputación de Córdoba

GUÍA DE INTERVENCIÓN PSICOSOCIAL Y CUIDADOS DE DUELO



Edita:
Instituto Provincial de Bienestar Social
Diputación de Córdoba.
info@ipbscordoba.es

©
Diputación de Córdoba
IPBS Córdoba

Diseño y maquetación:
Jacinto Lara.
Proceso de Datos y Comunicaciones.

Imprime:
Imprenta Provincial
Diputación de Córdoba.

ISBN: 978-84-692-8034-8
Depósito Legal: CO - 1578-2009
Impreso en España. (Printed in Spain)

Se autoriza su difusión, siempre
que se haga mención al editor
y autores de la obra.



Desde los Servicios Sociales se ha venido trabajando tradicionalmente con la población más desfavorecida, herencia ésta de la antigua Beneficencia. Pero con el paso de los años y la consolidación del Estado de Bienestar en nuestro país, son muchos los colectivos de personas que ven cómo desde los servicios sociales de su municipio se les puede ayudar a mejorar su calidad de vida sin importar su condición social, nivel socioeconómico, cultural,...

De hecho, en nuestros Centros de Servicios Sociales nos encontramos cada vez más a mayores, personas en situación de dependencia, cuidadores de personas dependientes, padres y madres, hijos e hijas, adolescentes, ... siendo atendidos por nuestros profesionales y que acuden a solicitar información, prestaciones, recursos, atenciones varias ,...

Esta apertura a la población general de los Servicios sociales Comunitarios ha requerido por parte del Instituto de Bienestar Social de la Diputación de Córdoba reforzar la cercanía a los ciudadanos y ciudadanas de la que siempre ha hecho gala, así como de la incorporación de nuevos perfiles profesionales que vengan a reforzar la red de Trabajadores y Trabajadoras Sociales en aras de atender las nuevas demandas de estos sectores de población. De esta forma, el Instituto de Bienestar Social ha ido incorporando desde el año 2000 a Psicólogos/as y Educadores/as Sociales a su red de profesionales.

Estas Guías que tienes en tus manos vienen a sistematizar parte del trabajo del colectivo de Psicólogos y Psicólogas del Instituto de Bienestar Social de la Diputación de Córdoba. En ellas se recogen intervenciones que se llevan a cabo con diversos colectivos y situaciones, que van desde la promoción de la autonomía hasta los cuidados paliativos y asesoramiento en procesos de duelo, pasando por el trabajo con familias en riesgo social, adolescentes con problemáticas familiares, mediación familiar, trabajo con familiares de drogodependientes o talleres para el apoyo de cuidadores de personas en situación de dependencia.

Para el desarrollo de estas guías se ha seguido una metodología de trabajo muy novedosa en Ciencias Sociales que parte de la sistematización del trabajo así como de la comprobación experimental de la validez del mismo. Para ello, se ha firmado un convenio de colaboración con la Universidad de Córdoba, concretamente con el Departamento de Psicología, contando con el asesoramiento de un profesor experto en el tema.

Por tanto, desde estos trabajos intentamos dar respuesta a las inquietudes y necesidades sentidas de las personas que acuden a los Servicios Sociales desde una perspectiva Psicosocial, intentando aportar de esta forma nuestro pequeño granito de arena a la mejora de sus condiciones de vida y así mismo, al Bienestar de los municipios de la provincia de Córdoba.

Córdoba, Octubre 2009

Francisco Pulido Muñoz
Presidente de la Diputación
María Reyes Lopera Delgado
Vicepresidenta de la Diputación

Protocolos de Actuación y Guías de Intervención Psicológica en Servicios Sociales Comunitarios

Introducción

La Psicología tiene una corta historia en nuestro país en el ámbito de la intervención social. Hasta la década de los ochenta no comienzan a incorporarse psicólogos/as a dicho ámbito.

La llegada de la democracia a nuestro país y el reconocimiento del mismo como un estado social y de derecho comienza a cambiar la conceptualización de los servicios sociales, con un marcado carácter asistencialista hasta ese momento, dando paso a una concepción en la que los individuos, hasta ese momento meros preceptores, asumen un papel más activo, siendo responsables de su propia situación.

Esta nueva perspectiva también alteró el objeto de la intervención social, ya no resulta suficiente satisfacer, de forma aislada, las necesidades y carencias del sujeto; es preciso contemplar los procesos sujeto-contexto social. Como consecuencia también se modifica la estrategia profesional, no basta la oferta de recursos, se precisa una intervención profesional que analice y explique las formas de prevenir las situaciones de marginación y resolver las ya existentes. La intervención incide en el comportamiento de las personas para favorecer que asuman un papel activo en la resolución de sus problemas.

Este nuevo escenario es en el que la figura del Psicólogo cobra sentido en los Servicios Sociales en general y en los Servicios Sociales Comunitarios en particular. El psicólogo/a es el “experto” en comportamiento humano, de ahí su necesaria actuación en esta nueva concepción de intervención social que requiere de una incidencia sobre el comportamiento de los individuos y colectivos.

La incorporación de los psicólogos a servicios sociales conlleva necesariamente una reflexión o análisis de las funciones que debe desempeñar este perfil, a qué problemáticas debe dirigir su atención y cuáles pueden ser los procedimientos más adecuados para emplear sus técnicas dentro del ámbito comunitario.

Teniendo en cuenta la multitud de problemas que se dan en entornos sociales tan cambiantes (aumento de la inmigración, envejecimiento de la población, problemáticas familiares, etc.) es preciso evaluar nuestros objetivos y actuaciones y adaptarnos a los cambios producidos en nuestra sociedad, evitando la cronificación del usuario en nuestros servicios y dando soluciones a problemas desde nuestra institución o desde la derivación a otros dispositivos más especializados.

En la actualidad se está trabajando en el desarrollo de procedimientos, guías y protocolos estandarizados para gran parte de intervenciones psicológicas con el objetivo de proporcionar a los profesionales técnicas de intervención efectivas adaptadas a su población diana. En un primer momento, su uso tuvo un desarrollo amplio en la psicología norteamericana, sobre todo en el ámbito de la psicología clínica, expandiéndose posteriormente al ámbito educativo y finalmente a los entornos sociales y comunitarios. La filosofía que impregnaba este cambio de concepción se fundamentaba en varias premisas:

1. Necesidad de trabajar con procedimientos y recursos técnicos tipificados, estandarizados en forma de guías y protocolos que cualquier profesional pudiera utilizar con pequeñas adaptaciones.
2. Someter a prueba dichos procedimientos, esto es, comprobar de forma empírica, bajo el auspicio del método científico si funcionaban y eran eficaces o no.
3. Adaptar dichos procedimientos a distintos ámbitos, poblaciones y servicios. Esto implicaba realizar todo tipo de adaptaciones (a objetivos, a presión asistencial, a población diana, etc.). Por ejemplo, si pretendemos que un grupo de personas mayores permanezca el mayor tiempo posible en su domicilio y evitar su institucionalización prematura podemos adaptar las intervenciones y dirigir las a ese objetivo, protocolizarlas, demostrar su eficacia comparando su permanencia con un grupo control y finalmente si el resultado es positivo dar a conocer dicha guía o protocolo.
4. Establecer un equilibrio entre costes y beneficios, en términos de aumento de la calidad de los servicios gracias a la optimización del uso de sus recursos humanos y a la utilización de protocolos y guías estructurados

En el caso de las actuaciones realizadas por los psicólogos, muchos de estos procedimientos se adaptaban a entornos comunitarios complejos y a situaciones en las que se esperaba una respuesta por parte del profesional dirigida a intervenciones breves en ámbitos con gran presión asistencial, a la no cronificación de usuarios y a dar respuestas eficaces a problemas cotidianos utilizando técnicas de intervención psicosocial breve (time-limited intervention/ treatment), centradas en el asesoramiento, la información, el counseling y/o el consejo psicológico.

Estos modelos pretenden realizar adaptaciones de técnicas psicológicas utilizadas tradicionalmente y aplicadas a problemas concretos tratados en un tiempo limitado, utilizando la información, instrucciones, orientación y asesoramiento técnico especializado.

Las Guías de Intervención Psicológica

En líneas generales podemos considerar que las guías de actuación o intervención (guidelines) son pronunciamientos, declaraciones o informes (statements) que sugieren y/o recomiendan unas líneas de intervención determinadas así como un comportamiento específico del profesional ante diversas situaciones. Estas guías no van dirigidas a determinar perfiles profesionales, roles o funciones sino que van orientadas a servicios de alta cualificación profesional dirigidos a la atención de múltiples cuidados o actuaciones con personas (cuidados sanitarios, sociales, educativos...).

Normalmente se suele distinguir entre dos tipos de guías:

- Las guías prácticas (practice guidelines)
- Las guías de tratamiento (treatment guidelines)

Las **guías prácticas** son recomendaciones dirigidas a profesionales sobre su conducta, problemas y principales temáticas para ser consideradas en diversas áreas o ámbitos específicos de intervención. Esto incluye recomendaciones sobre tratamientos específicos o aplicaciones de procedimientos de intervención.

Las **guías de tratamiento** focalizan su atención en el paciente o usuario del servicio recogiendo recomendaciones sobre cuales son las mejores intervenciones que pueden desarrollarse y sus condiciones específicas de aplicación.

Resulta importante especificar que el término guías “guidelines” se refiere al apoyo (support) o recomendaciones pero no implica una obligación de deber actuar de esa forma, solo es una recomendación.

Por otro lado, pero bastante relacionado con este concepto podemos decir que un **estándar** (standards) si estaría considerado como un mandato u obligación (o conjunto de mandatos y obligaciones) que pueden ser considerados o requeridos por una institución como de obligado cumplimiento por el profesional.

En esta línea, nosotros vamos a utilizar el termino “guía” con una connotación por debajo del concepto “estándar” dado que la guía es entendida de manera más laxa e implica una recomendación, una asistencia para escoger una actuación efectiva que, en ocasiones, no puede ser aplicable a todas las situaciones, es más flexible y acomodada a las diferencias que puedan encontrarse y no implica una obligación como en el caso del estándar. Esto es, una guía nos proporcionaría información sobre lo que deberíamos intentar hacer ante una situación concreta (como la actuación de elección o más acertada para esa ocasión, situación o problema).

Por otro lado tendríamos que diferenciar el concepto de Guía del concepto de protocolo ya que en muchas ocasiones en nuestro país se utilizan como sinónimos.

El protocolo tiene una fuerte connotación organizativa y suele referirse a la descripción de un procedimiento a ejecutar en un nivel asistencial predeterminado que organiza un servicio y a sus trabajadores de forma general o adaptado a una situación particular. De esta forma un hospital puede ordenar su servicio de urgencias con un protocolo que especifique que la entrada se hace a nivel administrativo en una unidad determinada, que la primera persona que ve al paciente es un enfermero/a que deriva según la gravedad y la especialidad, ... Por otro lado la guía práctica suele referirse más a la connotación comportamental de un conjunto de profesionales ante situaciones determinadas.

Suele ser frecuente que en las guías de intervención se recojan un gran número de recomendaciones propias de una guía práctica o que una guía de intervención pueda incluir un protocolo dentro de la misma (sobre todo cuando las guías se asocian o ejecutan en servicios bien conformados). Por esta razón son conceptos y contenidos muy relacionados, que en muchas ocasiones se utilizan como sinónimos o que incluyen aspectos unos de otros.

Ejemplificando el caso, desde el punto de vista aplicado, y adaptándolo a nuestras pautas de trabajo un Protocolo haría referencia al modus operandi, estructura básica, pasos o fases dentro de un proceso de intervención.

Por ejemplo, en el caso de atender un problema “x” lo primero que hay que hacer es a) luego b) luego c) a nivel general, recomendaciones, particularidades y nivel general de consideración de la actuación dentro del servicio o institución.

Los protocolos al ser una descripción de un procedimiento a desarrollar, solo pueden someterse a validación según criterios medibles en términos de tiempo, número de usuarios, profesionales necesarios, etc., ya que hacen referencia más a aspectos organizativos y procedimentales que a la intervención en sí. En definitiva, los protocolos representan el diseño de un procedimiento no contrastado empíricamente pero que representa una opción tentativa de lo que puede ser efectivo o ideal para una buena organización asistencial (sin olvidar criterios coste-beneficios).

Sin embargo, la utilización de guías, en España con más connotaciones clínicas, haría referencia a la concreción de la intervención específica de un problema o situación concreta, debiendo además demostrar su eficacia de forma científica

La utilización de guías y protocolos de intervención flexibiliza la opción del profesional de elegir actuaciones que han comprobado su eficacia y que de una forma flexible pueden adaptarse a distintos contextos, situaciones y personas.

Asimismo, el uso de guías de intervención puede reducir el coste de los servicios, aunque en ocasiones no tiene porque ser así, lo que realmente ocurre es que se maximiza el tipo de atención, los recursos utilizados y su efectividad.

La aplicación de guías de actuación tiene una serie de beneficios. Un mismo problema puede ser atendido desde diversos puntos de vista, modelos teóricos, profesionales, etc. La situación ideal sería que una disciplina científica demuestre sus teorías y presupuestos y trabajara sobre procedimientos aplicados que hayan demostrado su eficacia.

Los protocolos y guías a diseñar pueden ir dirigidos a diferentes tipo de colectivos, edades, situaciones y niveles. Protocolizar y confeccionar guías implica la adopción de una metodología específica que puede adaptarse a numerosos problemas y situaciones de forma que básicamente aplicamos un método de confección de guías y protocolos y posteriormente evaluamos sus resultados.

Para este fin vamos a utilizar una adaptación del proceso elaborado por la American Psychological Association (APA) para la valoración de guías de intervención y la consideración de tratamientos basados en la evidencia. La descripción de proceso es similar pero teniendo en cuenta que este procedimiento de la APA se creó, en primera instancia, para evaluar tratamientos de psicopatologías (en psicología clínica). Por esta razón ha sufrido una adaptación para generalizar su metodología al ámbito de la intervención social siguiendo la actual adopción del método que se está utilizando en EEUU bajo el sustento de actuaciones, procedimientos y técnicas basados en la evidencia empírica de sus resultados.

Líneas de actuación para el desarrollo de guías de intervención psicológica. Descripción del proceso

Las fases del proceso desarrollado en este Proyecto de Investigación han sido las siguientes:

- 1. Formación de técnicos.** Los técnicos deben recibir formación específica sobre la metodología de diseño de guías de intervención según el modelo de la APA. Esto incluye el uso de bases de datos bibliográficas, criterios y características de cumplimentación de guías, selección de indicadores e instrumentos de evaluación, estructuración de módulos, comprobación experimental de la guía, criterios de evaluación, etc. Tras el periodo de formación, los técnicos disponen de un técnico especialista en cuestiones metodológicas propias del desarrollo de las guías, que supervisa y complementa la configuración y diseño de las mismas a medida que se van desarrollando.
- 2. Evaluación de necesidad y elección del tema para el desarrollo de guías.** Una vez que los profesionales realizan una evaluación de las necesidades más importantes que encuentran en sus lugares de trabajo se realizan propuestas sobre posibles guías de intervención a desarrollar en función de dicha evaluación. Después de un período de análisis y debate se eligen los temas, objetivos principales y/o poblaciones diana para las que se van a diseñar guías. Asimismo se asignan para cada guía uno o varios profesionales responsables o encargados de su desarrollo e implementación.
- 3. Diseño del primer borrador o “esqueleto” de la propuesta inicial de guía.** Antes de iniciar el desarrollo de la guía extensa, los profesionales responsables de cada una deben presentar por escrito un documento borrador, resumido (entre 10 y 15 folios) de su propuesta inicial de guía señalando los aspectos fundamentales de la misma (justificar su necesidad, delimitar el problema y/o colectivos a los que va dirigida, señalar aspectos centrales de su evaluación, intervención y comprobación empírica). Esta propuesta se entrega por escrito al resto de compañeros y se presenta y defiende públicamente en un primer proceso de evaluación interna.
- 4. Evaluación interna (EI-1) de la propuesta inicial.** El grupo de trabajo analiza el documento inicial de propuesta de guía y estudia tanto su viabilidad como sus costes-beneficios, prioridad, etc. La propuesta inicial de guía puede ser rechazada, aceptada, aceptada con modificaciones, pendiente de aceptar según cambios o modificaciones propuestas. En el caso de ser aceptada pasaríamos al punto siguiente. Si la guía es aceptada con modificaciones o queda pendiente de aceptar según cambios o modificaciones propuestas se le da un tiempo a los responsables para realizar los cambios oportunos que deberán escribir y defender de nuevo hasta su aprobación o rechazo definitivo.
- 5. Desarrollo de la guía extensa.** Una vez aprobado el esqueleto o borrador inicial, el equipo de trabajo comienza a desarrollar la guía extensa siguiendo las recomendaciones establecidas según la APA, con el apoyo metodológico del coordinador del proyecto. Una vez finalizada la redacción de la guía se vuelve a someter a evaluación.
- 6. Evaluación interna (EI-2) y evaluación externa (EE-1) de la guía extensa.** En esta ocasión cuando ya disponemos del producto final y la guía está finalizada se envía a evaluación interna (realizada por profesionales de la misma institución ajenos al desarrollo de la guía a evaluar) y a evaluación externa (realizada por profesionales externos, independientes al equipo de trabajo y a la institución, que de

forma anónima y objetiva revisan la guía con un procedimiento de doble ciego –ni los autores conoce la identidad del evaluador ni el revisor la de los autores-). Todos los evaluadores redactan un informe sobre su valoración y rellenan un autoinforme que sigue los parámetros básicos de evaluación de guías de la APA y el documento AGREE (The Agree Collaboration, Agree Instrument Spanish Version). Al igual que en las evaluaciones anteriores los revisores pueden, de forma motivada, rechazar la guía o aceptarla totalmente o con pequeñas modificaciones o sugerir modificaciones sustanciales y volver a pasar el proceso de evaluación.

7. **Difusión de la guía y entrenamiento de los técnicos que van a aplicar la guía.** La guía definitiva se facilita a los técnicos responsables de su aplicación. Una vez leída, los profesionales participan en una sesión formativa (impartida por las personas que la han elaborado) en la que se entrenan los aspectos más importantes, se consensuan cuestiones prácticas de su aplicación en las zonas con usuarios (instrumentos a utilizar, pasos a desarrollar, tiempo, etc.).
8. **Aplicación de la guía en los territorios seleccionados.** Una vez entrenados los profesionales comienza su aplicación bajo el seguimiento y supervisión de los responsables institucionales y/o de los autores de la guía.
9. **Evaluación de los resultados obtenidos (evaluación interna-EI-3 y evaluación externa-EE-2) y validación empírica de la guía.** Cuando finaliza el periodo o intervalo temporal de aplicación de la guía se recogen los instrumentos e indicadores de evaluación, se analizan de forma cualitativa y cuantitativa los resultados (tanto desde el punto de vista de resultados obtenidos en la población como de percepción y análisis de los propios profesionales que las han aplicado).
10. **Valoración final.** Si los resultados son positivos, difusión y/o publicación definitiva de la guía. Puede darse el caso de que la aplicación real de la guía sugiera establecer o diseñar pequeños cambios a realizar que deberían efectuarse en la versión definitiva. Si los resultados son evaluados como negativos puede rechazarse la guía. Solo cuando este proceso es completado podemos hablar de que la guía ha demostrado desde el punto de vista científico su eficacia de forma empírica. A la versión definitiva de la guía, si ha sido capaz de “sobrevivir” a todos los procesos de evaluación, se le suele poner un periodo temporal de vigencia y una fecha de caducidad, tras el cual es conveniente revisarla o actualizarla, o al menos comprobar que sigue siendo útil.

Por esta razón en el ámbito de los tratamientos psicológicos una vez finalizado todo este proceso y en función de los resultados obtenidos se suelen distinguir entre:

- Tipo 1: Tratamientos o intervenciones que han demostrado su eficacia.
- Tipo 2: Tratamientos o intervenciones posiblemente eficaces.
- Tipo 3: Tratamientos o intervenciones en fase experimental.

En esta línea, es obvio que el hecho de elaborar una guía no tiene porque implicar que su resultado sea positivo hasta que no se demuestre. Por esta razón un técnico debe tener la información de si la guía que utiliza está en fase experimental o si ya ha demostrado su eficacia.

En el diseño de la guía se desarrollan los siguientes puntos en un documento que recoge de forma organizada

todas las actuaciones, instrumentos y procedimientos a emplear. Durante el periodo de formación, los profesionales disponen de esta monografía para consultar cualquier aspecto del desarrollo y aplicación de la guía así como para saber utilizar todos los anexos correspondientes a ejercicios, orientaciones, pruebas de evaluación, etc., necesarios para su implementación.

1. Título, autores y filiación
2. Resumen y palabras clave
3. Población diana, colectivo/s y/o perfil de usuarios
4. Justificación, descripción y evaluación de necesidades o problemáticas
5. Objetivos de la guía o protocolo
6. Temporalización. Intervalos variables de intervención
7. Evaluación
8. Proceso de intervención
9. Comprobación experimental de la eficacia e información sobre el proceso de construcción y elaboración de la guía
10. Perfil de los técnicos que participan y requerimientos de formación, entrenamiento y habilidades
11. Costes, requerimientos y recursos
12. Referencias bibliográficas y documentos utilizados
13. Observaciones/recomendaciones y sugerencias

La comprobación empírica de la eficacia de la guía de intervención

Para este tipo de metodología es fundamental demostrar que nuestras intervenciones son efectivas y eficientes (basándonos en datos empíricos). En consecuencia cuando se diseña partimos de una evidencia (la recogida de evidencias de otras investigaciones en la literatura científica sobre el tema sirve como base, por ejemplo) pero aun así debemos demostrar que nuestro trabajo es realmente útil y efectivo.

La comprobación experimental parte normalmente de un planteamiento de diseño experimental o cuasiexperimental entre grupos cuyos sujetos han sido preferentemente elegidos al azar, en el mejor de los casos, o por asignación aleatoria en su defecto (sobre todo si su aplicación se hace en servicios asistenciales), con medidas pre-post con un número de casos lo suficientemente amplio como para contrastar nuestra hipótesis de eficacia.

La comprobación experimental puede establecerse de distintas formas. La decisión de adoptar una de ellas (o varias) se hará según las características de su aplicación final (características de la población, como se accede a esta, disponibilidad de grupos de comparación, listas de espera, etc.).

Uno de los aspectos más importantes de la comprobación experimental (muy criticado en el planteamiento inicial de la comprobación de tratamientos psicológicos eficaces en psicología clínica) ha sido la evaluación de una sola medida o la utilización de un solo criterio de eficacia. Por esta razón, esta guía cuenta con diferentes indicadores evaluados de forma tanto general o global (indicadores de este tipo pueden ser, por ejemplo, la calidad de vida, el

grado de malestar) como de forma específica (cualquier variable concreta sometida a evaluación). De esta forma intentamos que la evaluación y la estrategia pre-post no se realice en tan solo una medida global sino que aplicamos diferentes medidas tanto generales como específicas en diferentes momentos (tanto pre como post –incluso en seguimiento-) y de diferentes tipos (entrevista, test, cuestionario u otros autoinformes).

El objetivo a cumplir es obtener suficientes indicadores que nos permitan no solo tener información global sobre mejoría, incremento de habilidades, calidad de vida... sino también de otras medidas más concretas que normalmente están asociadas a la aplicación de técnicas o procedimientos que, si bien, tienen “aportación” al estado global de un usuario son susceptibles de ser evaluados también de forma individual (en cualquier caso siempre resulta complejo determinar que componente de una intervención tiene efecto o da como resultado una mejoría o en qué medida ha influido en el resultado u objetivo final).

El que la mayoría de guías utilicen una organización en módulos facilita la adopción de evaluaciones generales o globales (generalmente realizadas al comienzo de su aplicación) y evaluaciones específicas (normalmente asociadas a la aplicación de módulos o de técnicas específicas).

En España y en nuestros ámbitos asistenciales es usual diseñar protocolos o guías, pero después, no comprobarlas desde el punto de vista científico y esto influye tanto en sus puntos fuertes y virtudes como en sus puntos débiles y defectos. La comprobación experimental no está exenta de problemas y dificultades (como la generalización de resultados, la homogeneización de sus condiciones de aplicación, características de la población...) pero no deja de ser una alternativa deseable y de elección frente a la no evaluación de resultados e intervenciones.

Finalmente, si hemos aplicado todos los presupuestos recogidos en este apartado, podemos decir que hemos contemplado los parámetros básicos de comprobación experimental de esta guía. Algunos aspectos pueden ser modificados sobretodo teniendo en cuenta sus condiciones de aplicación pero, en líneas generales, la adopción de esta metodología nos permitirá su comprobación experimental.

A continuación presentamos los siguientes documentos que forman parte de la edición de protocolos o instrumentos para el IPBS que facilitan la comunicación entre profesionales, las derivaciones, la emisión de informes, etc.

A continuación presentamos las guías desarrolladas en el IPBS. Por razones de espacio y tiempo algunas de ellas no han finalizado el proceso de validación empírica y/o su revisión por los evaluadores. La mayoría de las guías utilizan instrumentos de evaluación e intervención, de creación propia junto a otros instrumentos ya validados y comercializados. Por esta razón, no podemos reproducir algunos de estos instrumentos. No obstante, en la página web del IPBS de Córdoba se ha creado un lugar para poder descargarse la versión extensa de estas guías así como sus anexos. También en esta web puede usted consultar información sobre el procedimiento empleado en su construcción, resultados obtenidos en su proceso de evaluación y posterior validación empírica. De esta forma puede conocer si una guía está en fase experimental, ha sido ya evaluada y/o probada con usuarios en contextos comunitarios.

Por último, se incluyen en la Web otros documentos que forman parte de la edición de protocolos o instrumentos para el IPBS que facilitan la comunicación entre profesionales, las derivaciones, la emisión de informes, etc.

ÍNDICE

1. RESUMEN	16
2. POBLACIÓN DIANA, COLECTIVOS Y PERFIL DE USUARIOS	17
3. JUSTIFICACIÓN, DESCRIPCIÓN Y EVALUACIÓN DE NECESIDADES	18
4. OBJETIVOS	24
4.1. Objetivos generales	24
4.2. Objetivos específicos	24
5. ESQUEMA GENERAL	25
6. TEMPORALIZACIÓN	26
7. EVALUACIÓN Y DIAGNÓSTICO PSICOSOCIAL	27
7.1. Perfil de duelo	29
7.2. Entrevista general del duelo	34
7.3. Pruebas específicas de duelo	36
7.4. Diagnóstico diferencial	38
7.5. Otras problemáticas asociadas	40
8. PROCESO DE INTERVENCIÓN	40
8.1. Principios generales de intervención	40
8.2. Módulos de intervención	40
8.2.1. Módulo 1. Recomendaciones y orientación de la demanda	41
8.2.2. Módulo 2. Asesoramiento en riesgo de duelo complicado	44
8.2.3. Módulo 3. Intervención en duelo complicado	50
8.2.4. Módulo 4. Asesoramiento psicosocial a grupos	56
8.2.5. Módulo 5. Asesoramiento e intervención a menores y adolescentes	61
8.2.6. Módulo 6. Intervención en situaciones de emergencias y desastres	79
8.3. Evaluación de la intervención	80
8.4. Seguimiento	81
9. COMPROBACIÓN EXPERIMENTAL DE LA EFICACIA E INFORMACIÓN DEL PROCESO DE CONSTRUCCIÓN	81
10. PERFIL DE LOS TÉCNICOS	83
11. COSTES, REQUISITOS Y RECURSOS	84
12. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	85
13. ANEXOS	86

Este trabajo ha sido desarrollado mediante la colaboración entre el Instituto Provincial de Bienestar Social (IPBS) de la Diputación de Córdoba y la Universidad de Córdoba (UCO) a través de un OTRI entre instituciones públicas. El título del proyecto es. Protocolos de actuación y guías de intervención psicológica en servicios sociales comunitarios. Y en su desarrollo han participado. Eva Alarcón, Mercedes Casado, Antonio Corpas, Victoria García, Diego Gómez, Pilar Jiménez, Carlos Martínez, Alfonso Montilla, Rosario Navarro, Ginés Ortiz, Jesús Ruiz y Antonio Soriano, psicólogos y psicólogas del IPBS y Juan Antonio Moriana, Profesor de la UCO y coordinador del proyecto.



GUÍA DE INTERVENCIÓN PSICOSOCIAL Y CUIDADOS DE DUELO

Eva María Alarcón Pulido
Carlos Martínez Martínez
María Mercedes Casado Morán
Antonio Jesús Corpas Ortiz
María Victoria García Campillos
Diego Gómez Gutiérrez
Pilar Jiménez Leal
Alfonso Montilla Velasco
Rosario Navarro Cubillo
Ginés Ortiz Recio
Jesús Ruiz Liébana
Antonio Soriano Márquez
Ana Anguita Parrado
Francisco Márquez Lopera
Juan Antonio Moriana Elvira



1. RESUMEN

Esta guía describe en líneas generales el diagnóstico, evaluación, orientación, asesoramiento e intervención a realizar en los casos de duelo normal, en riesgo de duelo complicado y en duelo complicado por fallecimiento de un ser querido. Está dirigida a la población general y rural que se atiende desde los Servicios Sociales Comunitarios de la provincia de Córdoba siendo extrapolable para cualquier otro contexto.

El objetivo que nos planteamos es dar respuesta a una nueva demanda social y comunitaria de una manera sistematizada y pionera en este ámbito teniendo en cuenta las líneas actuales de investigación sobre el tema. Dadas las características de nuestro servicio esta guía puede ser desarrollada en la misma comunidad (a domicilio) y/o en los centros correspondientes, facilitando al doliente el acceso al servicio. La intervención se desarrolla puntualmente, con seguimiento periódico y posibilidad de coordinación y/o derivación a otros servicios, contemplando el asesoramiento e intervención individual, grupal y/o familiar así como módulos específicos para la atención a menores.

Palabras clave: duelo normal, duelo complicado, asesoramiento, intervención psicosocial, pérdida.

2. POBLACIÓN DIANA, COLECTIVO, PERFIL DE USUARIOS

Esta guía de intervención está dirigida a cualquier usuario de Servicios Sociales Comunitarios de la provincia de Córdoba y concretamente de municipios menores de 20.000 habitantes. Está diseñada y adaptada para que los Psicólogos/as y otros profesionales del equipo (Trabajadores/as Sociales y Educadores/as Sociales) puedan atender a los usuarios que estén en situación de duelo. Por tanto va dirigido a la población general, y haciendo referencia a la ley 2/1988, de 4 de Abril, de Servicios Sociales de Andalucía en su Art. 3. *“tendrán derecho todos los residentes en Andalucía y los transeúntes no extranjeros”* ya que en Servicios Sociales Comunitarios se atiende cualquier problemática independientemente de la edad y colectivo social (mayores, niños, mujeres, inmigrantes, adolescentes...). En este sentido en el Art. 6 de la misma ley, las áreas de actuación son: *“atención y promoción del bienestar de la familia y unidades de convivencia alternativa, atención y promoción del bienestar en la infancia, adolescencia y juventud, atención y promoción del bienestar de la vejez, atención y promoción del bienestar de las personas con deficiencias físicas, psíquicas y sensoriales, prevención de todo tipo de drogodependencias... y promoción y desarrollo integral de las comunidades rurales y urbanas.”*

Aunque diseñada y pensada para este servicio, esta guía puede ser utilizada y adaptada a cualquier otro donde el objetivo de los profesionales sea atender los cuidados del duelo en cualquiera de sus modalidades.

3. JUSTIFICACIÓN, DESCRIPCIÓN Y EVALUACIÓN DE NECESIDADES

En España la intervención en duelo en la práctica psicosocial (aunque ya se venía tratando antes) ha obtenido desde nuestro punto de vista un mayor auge desde que también lo tiene la intervención psicológica en catástrofes y desastres. El punto de partida más significativo es la inundación del Camping las Nieves de Biescas en 1996 donde tras ser atendidos los afectados en ese momento se tratan también en el duelo posterior. A este acontecimiento le siguen los atentados de las torres gemelas de Nueva York, el 11-S (2001) y más tarde el atentado del metro de Madrid el 11-M (2004). Tras la intervención de Psicólogos/as en dichos incidentes se despierta en la sociedad un inusitado interés por la intervención psicológica en situaciones que anteriormente no eran objeto de tal demanda como por ejemplo accidentes de tráfico, muertes inesperadas, muerte por múltiples causas, etc.

La ocurrencia de tales sucesos unidos a la rapidez y cercanía al ciudadano de nuestro servicio determinó que comenzáramos a recibir demandas de intervención a las que podían dar respuesta los/las Psicólogos/as de Servicios Sociales Comunitarios de la provincia de Córdoba. Este fue precisamente el motivo de que se elaborara un protocolo de *“Intervención psicológica ante situaciones de emergencias y desastres”* (Alarcón y cols. 2005), en donde se sistematiza y se da respuesta de manera organizada a la intervención psicosocial en tales situaciones.

Junto a la necesidad de intervención inmediata a las personas afectadas por la emergencia, nos encontramos con la demanda de intervención y seguimiento en duelo de las mismas. A partir de aquí se empezó a ampliar el perfil de doliente al comenzar a recibir demandas de atención en duelo (natural, suicidio, enfermedad...) inéditas hasta entonces.

Teniendo en cuenta lo expuesto y el dato objetivo de que la tasa de mortalidad en el año 2007 para Córdoba y provincia fue de 7.206 fallecimientos (IEA, 2008), consideramos importante canalizar y dar una respuesta adecuada a los usuarios que demanden este tipo de ayuda.

Definiciones y consideraciones iniciales

Para comenzar es necesario que nos hagamos algunas preguntas sobre el estado de la cuestión *¿Qué es el duelo?, ¿Cómo y cuándo intervenir?, ¿Estamos dando categoría de enfermedad a un proceso natural? ¿Qué cambios culturales se están produciendo y cómo están afectando al duelo? ¿Qué dice la investigación al respecto?*

Si bien su respuesta no puede ser inmediata ni inequívoca, empezaremos por decir que todos nos enfrentamos en algún momento de nuestras vidas a la muerte, y cuando hablamos de esta podemos hacer referencia a tres dimensiones:

- *Muerte biológica*: parada de las funciones de nuestro organismo. Hay un cese del latir del corazón o de la actividad cerebral.

- *Muerte psicológica* (Bayés, 2001): conocimiento subjetivamente cierto que suscita en un momento concreto de la vida de que “voy a morir”.

- *Muerte socio-cultural*: que hace referencia al conjunto de rituales de luto y duelo que se realizan alrededor de la muerte de una persona en un contexto social y cultural determinado.

Por otra parte las situaciones de pérdida a las que nos podemos enfrentar también son diversas, y según Tizón (2004) pueden ser de cuatro tipos: materiales (posesiones, herencias, objetos...), evolutivas (infancia, adolescencia, menopausia y andropausia y jubilación), relacionales (de seres queridos, separaciones, abandonos...) e intrapersonales (pérdidas significativas como desengaños, corporales, capacidades...).

En general una pérdida supone experimentar momentos difíciles de la vida de una persona, a la que en la mayoría de los casos nos vamos adaptando para seguir viviendo. En particular la pérdida relacional por muerte de un ser querido suele ser una situación especialmente dura, por la que tarde o temprano todos vamos a pasar. No obstante, a pesar de ser un proceso natural del ciclo de la vida, sufriremos una serie de reacciones, en principio normales, que es lo que vamos a denominar duelo.

El término duelo etimológicamente, proviene del latín *dolus* (dolor) y han sido muchos los autores que lo han definido. Así, Freud en su trabajo *Duelo y melancolía* (1915), lo definió como *“una reacción a la pérdida de un ser amado o de una abstracción equivalente”*. Bowlby (1993) define el duelo como *“todos aquellos procesos psicológicos, conscientes e inconscientes, que la pérdida de una persona amada pone en marcha, cualquiera que sea el resultado”*. Según la Real Academia Española (2001), el concepto duelo tiene varios significados:

- Dolor, lástima, aflicción o sentimiento.
- Demostraciones que se hacen para manifestar el sentimiento que se tiene por la muerte de alguien.
- Reunión de parientes, amigos o invitados que asisten a la casa mortuoria, a la conducción del cadáver al cementerio o a los funerales.

El duelo como proceso se define como *“un conjunto de procesos psicológicos y psicosociales que siguen a la pérdida de una persona con la que el sujeto en deudo estaba psicosocialmente vinculado”* (Tizón, 2004).

En el proceso de duelo normal tradicionalmente se establecían una serie de etapas por las cuales el doliente tenía que pasar para la recuperación y superación del mismo. Estas son diferentes en función del autor, en el cuadro 1 se presenta un resumen de las etapas desarrolladas por distintos autores. Esta perspectiva ha sido criticada por Neimeyer (2002) y Fernández, Rodríguez, y Dieguez, (2006) que no comparten la visión pasiva y de escaso control en el proceso del duelo por parte del doliente al establecerlo por etapas. La visión del duelo que presentan estos autores es más activa y prefieren hablar de tareas que el doliente tiene que realizar y superar sin necesidad de seguir un orden determinado.

De esta forma el duelo tiene más en cuenta las diferencias individuales, que pueden variar en función de las características personales, la naturaleza de la relación con lo perdido o el contexto en donde se produce la pérdida. En esta línea nos encontramos con las facetas de afrontamiento activo propuestas por Atting (1996) y las tareas de William Worden (1997), siendo este último uno de los autores más reconocidos y aceptados por su modelo de *“tareas”* que el doliente tiene que elaborar tras la pérdida:

Tarea I: Aceptar la realidad de la pérdida

Tarea II: Trabajar las emociones y el dolor de la pérdida

Tarea III: Adaptarse a un medio en el que el fallecido está ausente

Tarea IV: Recolocar emocionalmente al fallecido y continuar viviendo

Cuadro 1. Resumen de modelos por fases (Nomen, 2007)

Autores Fases	Lindemann (1944)	Engel (1961)	Kübler-Ross (1972)	Parkes (1972)	Horowitz (1980)	Davidson (1979)	Bowlby (1980)	Martocchio (1985)
Shock e incredulidad	X	X						X
Negación			X		X			
Insensibilidad o incapacidad para sentir				X		X	X	
Aflicción y depresión aguda	X	X	X					
Anhelos y búsqueda del otro				X		X	X	X
Desesperanza y angustia (Ansiedad)				X			X	X
Identificación con el fallecido								X
Cólera e ira y protesta		X	X		X			X
Negociación			X					
Desorientación						X	X	X
Aceptación		X	X		X			
Reorganización	X			X		X	X	X

Una de las investigadoras más reconocidas de la perspectiva del duelo por etapas es Elisabeth Kubler-Ross. Esta autora establece cinco etapas necesarias para completar el proceso de duelo: negación, ira, negociación, depresión y aceptación. En una de sus últimas publicaciones junto con David Kessler, sale en defensa de este modelo aludiendo a que han sido malinterpretadas en las tres últimas décadas ya que no se concibieron para establecer paquetes estancos donde introducir las emociones. Plantea las etapas como un instrumento que nos ayuda a enmarcar e identificar lo que podemos estar sintiendo, lejos de un proceso de duelo lineal que sigue un orden preestablecido (Kübler-Ross, y Kessler, 2006). Si bien es cierto que el duelo es un proceso normal ante la pérdida, también este puede complicarse.

Si nos referimos al duelo complicado, nos podemos encontrar con distintos tipos (Worden, 1996):

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

Duelo retrasado: también se denominan duelos inhibidos, suprimidos o pospuestos. La reacción producida en un primer momento no fue suficiente, de manera que se pueden desencadenar respuestas retrasadas en cualquier otro momento posterior a la pérdida siendo estas desproporcionadas con respecto al acontecimiento que las desencadena actualmente.

Duelo exagerado: respuestas exageradas que el doliente experimenta tras la pérdida. La persona tiene una conducta desadaptativa y se siente desbordada. A diferencia del duelo enmascarado, la persona es consciente de que sus síntomas están relacionados con la pérdida.

Duelo enmascarado: el doliente experimenta síntomas y conductas que le dificultan su vida sin ser conscientes de ello ni lo relaciona con la pérdida.

Consideraciones actuales en la investigación del duelo

Si entendemos el duelo como un proceso normal de adaptación por el que todas las personas pasamos al sufrir una pérdida, ¿hay que intervenir con las personas en duelo? ¿hay que dejar que el tiempo sea el que cure?. Actualmente hay investigaciones centradas en esta cuestión, y en este sentido, Jesús A. García (2008) presenta un estudio con viudas en duelo temprano para evaluar la eficacia que puede tener intervenir en cuidados básicos por médicos de atención temprana comparándolos con la atención habitual realizada por los mismos. La conclusión a la que llega es que no solo no es más eficaz la intervención en duelo normal sino que incluso puede ser menos beneficioso que los cuidados habituales proporcionados por los médicos de atención primaria. Por lo tanto estaríamos en la línea de no intervenir en duelo normal.

En este sentido nos encontramos que el duelo en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales en su cuarta edición revisada, (DSM IV-TR), de la Asociación Psiquiátrica Americana (APA, 2002), está clasificado como otros problemas adicionales que pueden ser objeto de atención clínica. Estos no son considerados trastornos mentales sino problemas que son codificados en el Eje I, concretamente Z63.4 Duelo (V62.82). Por tanto se puede usar esta categoría cuando el objeto de atención clínica es una reacción a la muerte de una persona querida.

Como parte de la reacción de pérdida, algunas personas afligidas presentan síntomas característicos de un episodio de depresión mayor (p. ej., sentimientos de tristeza y síntomas asociados como insomnio, anorexia y pérdida de peso). La persona en duelo valora el estado de ánimo depresivo como “normal”, aunque puede buscar ayuda profesional para aliviar los síntomas asociados como el insomnio.

La duración y la expresión de un duelo “normal” varía considerablemente entre diferentes grupos culturales, y el diagnóstico de Trastorno Depresivo Mayor no está indicado a menos que los síntomas se mantengan 2 meses después de la pérdida. Sin embargo, la presencia de ciertos síntomas que no son característicos de una reacción de duelo “normal” pueden ser útiles para diferenciar el duelo del episodio depresivo mayor. Entre aquellos se incluyen:

1. La culpa por las cosas, más que por las acciones, recibidas o no por el superviviente en el momento de morir la persona querida.
2. Pensamientos de muerte más que voluntad de vivir, con el sentimiento de que el superviviente debería haber muerto con la persona fallecida.
3. Preocupación mórbida con sentimiento de inutilidad.
4. Inhibición psicomotora acusada.
5. Deterioro funcional acusado y prolongado.
6. Experiencias alucinatorias distintas de las de escuchar la voz o ver la imagen fugaz de la persona fallecida.

Por lo tanto el duelo patológico queda englobado dentro del Trastorno Depresivo Mayor. La siguiente pregunta cae por su propio peso: ¿debe considerarse trastorno mental?. Actualmente las investigaciones se centran en esta cuestión así como en la efectividad de su tratamiento. Pringerson, una de las principales investigadoras actuales del tema, ha realizado una propuesta para su inclusión como Trastorno del Duelo Complicado en el DSM-V. (Zhang, El-Jawahri, y Pringerson, 2006). Abriéndose el debate de la estigmatización o no del duelo al considerarlo trastorno mental. En este sentido existe evidencia de la efectividad del tratamiento psicoterapéutico en el Trastorno de Duelo Complicado (Shear et al. 2006) pero no en caso de duelo normal como ya hicimos referencia anteriormente.

Componente social y cultural del duelo

La participación comunitaria del duelo es un fenómeno que actualmente está sufriendo cambios importantes aunque en las culturas rurales se mantiene todavía bastante arraigado. Esta participación implica un acto de solidaridad ante un acontecimiento que no es sólo personal y familiar sino también comunitario. La muerte en las sociedades pequeñas es un acontecimiento que invade la estructura social, por tanto no sólo se debe estudiar como un hecho privado sino como un acontecimiento social (Di Nola, 2007).

Los cambios que se están dando en las sociedades industrializadas en cuanto a las relaciones sociales, nos están llevando a un proceso de individualización del duelo. En consecuencia se está perdiendo una parte importante de los rituales sociales cuya función es fundamental para ir del desorden de la crisis al orden dictado por la pauta cultural, y todo esto tiene repercusiones negativas en la elaboración del duelo. Cada sociedad tiene un conjunto de rituales que dan respuesta social a las emociones que produce el luto, entendiendo este como todos los actos sociales y culturales que se realizan después del fallecimiento y que van unidos a la cultura en la cual se produce.

Constituyen ejemplos representativos hechos tales como la aparición de tanatorios o lugares donde se vela a los muertos (sustituyendo al tradicional velatorio en los domicilios), el incremento de las donaciones de órganos, así como el de las cremaciones. Quizás este último sea uno de los más significativos si tenemos en cuenta que en Córdoba ha aumentado en un año un 45%.

Concretamente este último supone que podamos encontrar problemas con aquellas personas, sobre todo mayores, que no terminan de asumir la pérdida porque no tienen un lugar físico donde acudir a llevar flores, limpiar y visitar a su familiar. Actualmente, y como idea pionera en España, en Córdoba se ha realizado un proyecto destinado a esta nueva forma de exhumación de los cadáveres denominado *“El bosque de las cenizas”*. Consiste en un espacio verde con árboles dentro del cementerio donde los familiares de las personas incineradas pueden llevar las cenizas para esparcirlas o enterrarlas en una urna biodegradable. Este espacio además cuenta con una pérgola y un muro de los recuerdos donde los familiares pueden celebrar actos sociales o escribir un recordatorio a sus fallecidos. Todo esto facilita en el doliente la aceptación de la pérdida.

En resumen, nos encontramos con una nueva demanda de atención que implica al individuo, a la familia, y al entorno social y comunitario. Por tanto es preciso dar una respuesta adecuada y profesionalizada, entendiendo que el duelo es una respuesta normal que no tiene que ser negativa o anómala, pero que debemos saber orientar dados los nuevos cambios culturales y sociales que se están produciendo. No obstante, podemos encontrarnos con personas en riesgo de duelo con las que tengamos que prevenir la aparición de un duelo complicado, y en caso de que aparezca diseñar un tratamiento adecuado así como su derivación a un servicio especializado.

Esta misma línea es la que sigue la presente guía, planteando unas orientaciones generales en duelo normal, prevención en los casos donde se presentan factores de posible riesgo de duelo complicado e intervención en duelo complicado. Su elaboración siguió los trabajos de distintos autores así como nuestra propia experiencia en el trabajo de campo que venimos desarrollando desde los Servicios Sociales Comunitarios.

4. OBJETIVOS DE LA GUÍA

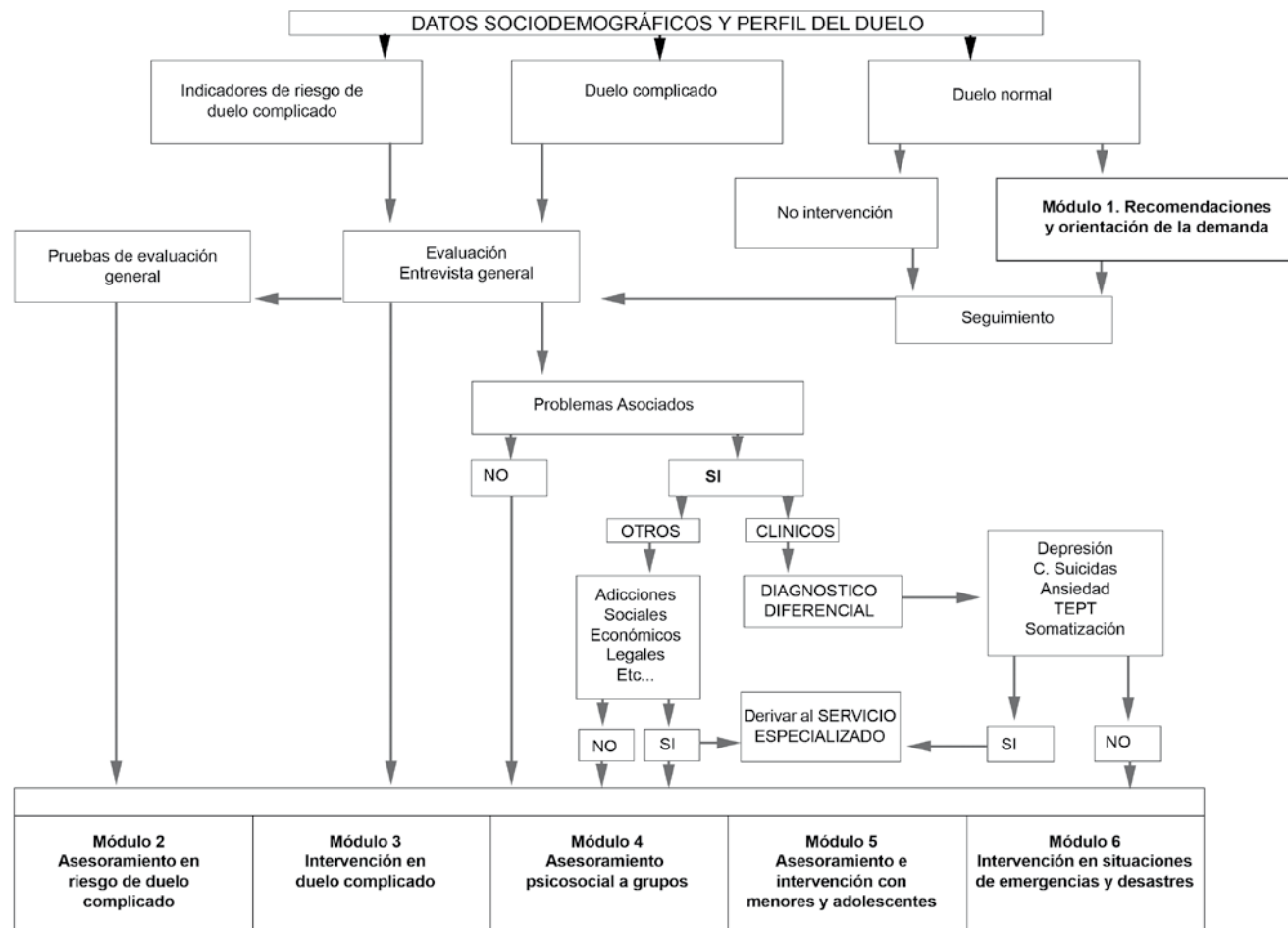
4.1. Objetivos Generales

1. Elaboración de una guía de actuación del Psicólogo/a en situaciones de duelo.
2. Ofrecer una atención comunitaria próxima y efectiva a la demanda de orientación, asesoramiento e intervención al duelo.

4.2. Objetivos Específicos

1. Establecer un procedimiento de evaluación, intervención y seguimiento en procesos de duelo.
2. Describir aspectos generales de la metodología de intervención psicológica con los afectados directos, familiares y grupos de intervención en situaciones de crisis para disminuir el impacto emocional y social.
3. Determinar los distintos escenarios y momentos de la intervención así como establecer la metodología de intervención en cada uno de ellos.
4. Crear documentos de información, organización de datos y documentos de apoyo a familiares que faciliten la intervención psicológica en una situación de crisis y su posible seguimiento.

5. ESQUEMA GENERAL



6. TEMPORALIZACIÓN

Teniendo en cuenta las características del tema que tratamos, la temporalización se definirá en función de cada caso concreto, por lo que tendremos que ser flexibles en cuanto al intervalo de intervención. En líneas generales podemos seguir una serie de recomendaciones:

- El intervalo temporal dependerá del módulo que desarrollemos:

- *Evaluación inicial general.* Puede oscilar de 1 a 3 sesiones.
- *Módulo de recomendaciones y orientaciones de la demanda.* Suele ser suficiente con una sesión, aunque puede que necesitemos alguna más por las circunstancias específicas del caso.
- *Módulo de asesoramiento en riesgo de duelo complicado.* De 5 a 10 sesiones.
- *Módulo de intervención en duelo complicado.* Es difícil determinar un número fijo de sesiones pero podemos necesitar entre 15 y 20, con un seguimiento de al menos el primer año.
- *Módulo de asesoramiento psicosocial a grupos.* De 1 a 10 sesiones, aunque se puede prolongar en el tiempo en función de la inclusión de nuevos miembros o por la dinámica peculiar de este tipo de grupos. En nuestro caso trataríamos de transformarlo en un grupo de ayuda mutua, esto es, gestionado por los propios componentes.

■ *Módulo de intervención con menores:*

- Asesoramiento a padres. Entre 3 y 4 sesiones.
- Asesoramiento al centro educativo. Entre 1 y 4 sesiones.
- Trabajo en grupo. Entre 8 y 10 sesiones.
- Intervención directa con el menor. De 3 a 15 sesiones.

■ *Módulo de intervención en situaciones de emergencia y desastres.* Variará en función de los requerimientos del suceso concreto.

- La intervención comienza desde el momento en que se recibe la demanda a instancias del usuario o derivación de cualquier servicio.

- La intervención se realizará en el despacho, en la casa del afectado o en cualquier otro lugar que por las circunstancias se considere apropiado.

- La intervención y seguimiento puede prolongarse durante un periodo variable de tiempo sin que cronifique el servicio, contemplando la coordinación y/o derivación al sistema sanitario.

7. EVALUACIÓN Y DIAGNÓSTICO PSICOSOCIAL

Como hemos indicado anteriormente, las investigaciones actuales apuntan a diferenciar entre duelo normal, indicadores de posible duelo complicado y duelo complicado. Respecto a las correspondientes intervenciones para cada uno de estos perfiles de duelo, autores como Pau Pérez (2006), consideran útil la distinción entre asesoramiento o counselling y terapia del duelo.

En el caso del asesoramiento, estaría indicado para profesionales que se encuentran en contacto con personas inmersas en un proceso de duelo que puede ser normal, aunque la mayoría de autores se decantan por ofrecer este asesoramiento sólo a aquellas personas que presentan factores de riesgo de duelo complicado o bien los que directamente soliciten ayuda. En el segundo caso, la terapia de duelo estaría indicada para personas que presentan duelo complicado y lo llevarían a cabo Psicólogos/as especializados y formados en la materia.

En la presente guía nos planteamos tres posibles perfiles del duelo, cuyas características pasamos a especificar y con las que vamos a establecer un diagnóstico diferencial. La demanda puede ser recogida por cualquier técnico del equipo (Trabajador/a Social, Educador/a Social o Psicólogo/a) que cumplimentará la tabla de datos sociodemográficos (tabla 1, anexo1). En esta tabla se recogen datos del profesional que recibe la demanda y del/la Psicólogo/a del equipo al que se deriva para que realice el perfil de duelo y el diagnóstico diferencial (esquema 1), además se recogen datos generales del doliente y también del fallecido. Aunque la ficha de datos sería adecuado completarla no es necesario que se realice en el primer contacto, especialmente determinados datos referentes a la persona fallecida, como ya se especifica en la misma. Lo fundamental son los datos personales del doliente para poder derivarlo, el resto puede ser cumplimentado posteriormente por el/la Psicólogo/a del equipo en el momento que este lo considere oportuno.

Esquema 1. Diagnóstico

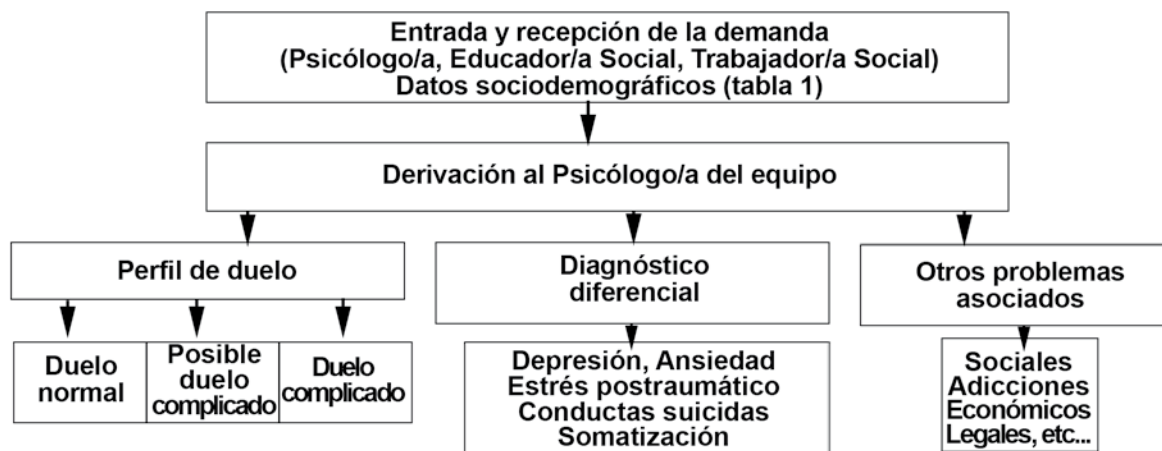


Tabla 1. Datos sociodemográficos y personales

	Recibe la demanda:				
Nombre y apellidos del profesional	Deriva a:				
Fecha actual					
Lugar de trabajo					
Nº SIUSS					
Datos Personales	Doliente				
Nombre y apellidos					
Domicilio					
Teléfono					
Localidad					
Motivo de consulta					
Datos sociodemográficos	Doliente				
Sexo	Mujer		Hombre		
Edad					
Estado civil	Casado	Viudo	Soltero	Divorciado	Pareja
Situación laboral	Activo	Baja	Paro	Invalidez	Jubilado
Estudios	No lee ni escribe	Lee y escribe	Primarios	Bachillerato	Superiores
Convivencia familiar	Sólo	Pareja	Padres	Hijos	Otros
Parentesco con el fallecido	Pareja	Hijos	Padres	Familiares 2º orden	Otros
Tiempo transcurrido desde el fallecimiento	1 día-2 meses	2-6 meses	6-12 meses	12-24 meses	Más 24 meses
Datos Personales	Fallecido				
Nombre y apellidos					
Domicilio					
Sexo	Mujer		Hombre		
Edad					
Localidad					
Fecha fallecimiento					
*Donación de órganos	SI		NO		
*Tipo ritual	Enterramiento		Incineración		
*Tipo de muerte	Natural	Enfermedad (especificar)	Accidental	Suicidio	Otros:

* Complimentar cuando el profesional lo considere oportuno, no siendo necesario en el primer contacto. Los datos fundamentales para la derivación son los datos del doliente y el motivo de consulta.

Una vez recogidos los datos básicos vamos a utilizar una serie de indicadores que especificamos a continuación así como una entrevista general y pruebas específicas. Los indicadores nos darían un primer screening del perfil de duelo, lo que permite al profesional valorar la necesidad de evaluar más a fondo el caso si entiende que podemos estar ante un duelo complicado o posible duelo complicado. En estos casos pasaríamos a desarrollar la entrevista general así como las pruebas específicas necesarias, mientras que se consideramos estar ante un duelo normal, no seguiríamos con la evaluación y pasaríamos a dar las recomendaciones u orientaciones pertinentes y planificar el posterior seguimiento.

7.1. Perfil de duelo

Para el perfil de duelo nos valdremos de los indicadores de duelo normal (tabla 2), indicadores de posible duelo complicado (tabla 3) y los criterios diagnósticos de duelo complicado (cuadro 2).

1. Duelo normal

Para hacer un diagnóstico de duelo normal vamos a tener en cuenta las manifestaciones de duelo normal según Worden (1997) (tabla 2). Para recoger esta información el profesional puede optar por realizarlo como entrevista semiestructurada o bien como autoinforme para lo cual se añade un anexo adaptado para la comprensión de los síntomas por parte del doliente. (anexo 2).

Tabla 2. Indicadores de duelo normal (Worden, 1997)

Sentimientos	Sensaciones físicas	Cogniciones	Conductas
Tristeza	Vacío de estómago	Incredulidad	Trastornos del sueño
Enfado	Opresión de pecho	Confusión	Trastorno de alimentación
Culpa y autorreproche	Opresión de garganta	Preocupación	Conducta distraída
Ansiedad	Hipersensibilidad al ruido	Sentimiento de presencia	Aislamiento social
Soledad	Sensación de despersonalización	Alucinaciones	Soñar con el fallecido
Fatiga	Falta de aire		Evitar recordatorios del fallecido
Impotencia	Debilidad muscular		Buscar y llamar en voz alta
Shock	Falta de energía		Suspirar
Anhelo	Sequedad de boca		Hiperactividad desasosegada
Emancipación			Llorar
Alivio			Visitar lugares o llevar consigo objetos que recuerdan al fallecido
Insensibilidad			Atesorar objetos del fallecido

También es conveniente valorar la calidad de vida general de la persona que consulta; para ello podemos utilizar el Cuestionario SF-36 sobre el estado de salud que nos permitirá marcar la línea base de su estado general. (Los datos específicos de esta prueba están en la tabla 8)

2. Indicadores de posible duelo complicado

Existe todo un abanico de circunstancias y características en las que se puede encontrar el doliente en relación al tipo de pérdida; características personales y sociales, de relación y apego con el fallecido o el tipo de muerte acaecida pueden ser obstáculos para que se dé un proceso de duelo normal. Es en este sentido en el que podríamos detectar y prevenir un posible duelo complicado, para lo que vamos a utilizar una serie de indicadores. (tabla 3, anexo 3).

Tabla 3. Indicadores de posible duelo complicado (Adaptado y modificado de Tizón, 2004)

Clasificación	Factores de riesgo
1. Relación de parentesco y apego con el fallecido	Pérdida de un hijo Pérdida del cónyuge Pérdida de familiar íntimo Pérdida de la madre, padre o hermanos en la infancia Relación muy ambivalente Si el sujeto dependía psicológica o socialmente del fallecido Conflictos importantes entre ambos Relaciones intensamente pasionales entre el sujeto y el objeto en las semanas anteriores

2. Características personales y circunstanciales del doliente	Edad y género	Infancia Personas muy mayores (+ 80 años) Mujeres más que hombres (indicar si es mujer)
	Variables de Personalidad	Tendencia a la vinculación insegura o ansiosa Personalidad dependiente Poca tolerancia a la frustración Tendencia a tener relaciones ambivalentes Trastornos de personalidad previos Trastornos mentales previos, especialmente depresión Ideación o intentos suicidas previos Duelos anteriores no resueltos Baja autoestima Baja autoeficacia Poca capacidad de afrontamiento Exceso de culpa ante la pérdida
	Circunstancias psicosociales	Condiciones de vida (soledad, hijos pequeños, vivir sin íntimos y sin intimidad) Especificar: Otros estresores concurrentes (económicos, laborales, familiares, salud...)Especificar: Poco apoyo social percibido Familia ausente o poco capaz de contener y ayudar Creencias y prácticas que pueden obstaculizar la elaboración del duelo: •Inexistencia al funeral •Inexistencia de prácticas sociales y/o religiosas acordes con las costumbres del doliente: -Por alejamiento del lugar de origen (emigrantes) -Por cambio en las costumbres (incineración, lugar donde velar al muerto...) -Otras circunstancias. Especificar: No existen personas con las que hablar del fallecido Relaciones no conocidas y /o aceptadas socialmente entre el doliente y el fallecido. Especificar:

3. Tipo de muerte y circunstancias de la pérdida	Pérdidas súbitas o inesperadas
	Muerte por suicidio (aumenta la mortalidad de los familiares, si son directos hasta siete veces) Muerte por homicidio Catástrofes (naturales, bélicas, accidentales , provocadas)
	Pérdidas anteriores recientes. (Especificar tiempo) Desapariciones Pérdidas prematuras (especialmente de la madre antes de los 11 años) Pérdidas múltiples Muertes estigmatizadas (sida, interrupción voluntaria del embarazo...) Si hay deformaciones o mutilaciones del fallecido o moribundo Muertes catastróficas, siniestras o aparatosas.

Como podemos observar, parte de estos indicadores ya han sido recogidos en la ficha de datos sociodemográficos, por lo que solo tendríamos que valorar el resto de variables a modo de entrevista semiestructurada, de manera que podamos extraer un perfil (o no) de posible duelo complicado. Además, el profesional puede utilizar como prueba específica el cuestionario de Riesgo de Duelo Complicado (tabla 7).

3. Duelo Complicado

Para el diagnóstico de duelo complicado vamos a tomar como referencia los criterios diagnósticos del “Trastorno por Duelo Complicado” propuestos para el DSM-V (Zhang, El-Jawahri, y Pringerson, 2006). (cuadro 2)

Cuadro 2. Criterios diagnósticos del “Trastorno por Duelo Complicado” propuestos para el DSM-V. (Zhang, El-Jawahri, y Pringerson, 2006)

Criterio A

- Añoranza, aflicción y anhelo por la persona fallecida.
- La añoranza se debe experimentar a diario por lo menos durante el último mes o en un grado estresante o muy alterador.

Criterio B

Presentar a diario, al menos 4 de los 9 síntomas de manera significativa:

1. Estar confuso acerca de cuál es el papel de uno en la vida, o sentir que se ha muerto una parte de sí mismo.
2. Dificultad para aceptar la realidad de la pérdida.
3. Tratar de evitar todo lo que le recuerde que su ser querido ha muerto.
4. Sentirse incapaz de confiar en los demás desde el fallecimiento.
5. Estar amargado o enfadado en relación con el fallecimiento.
6. Sentirse mal por seguir adelante con su vida (p. ej. hacer nuevas amistades o interesarse por cosas nuevas).
7. Sentirse frío e insensible -emocionalmente plano- o tendencia al aislamiento desde el fallecimiento.
8. Sentir su vida sin sentido, vacía sin el fallecido. Sentirse frustrado en la vida.
9. Sentirse agitado, nervioso o encontrarse al límite desde el fallecimiento.

Criterio C

La duración de estos síntomas es de al menos 6 meses.

Criterio D

Estos síntomas causan un malestar clínicamente significativo o un importante deterioro de la vida social, laboral u otras actividades significativas (p. ej. responsabilidades domésticas) de la persona en duelo.

Para el diagnóstico de duelo complicado también sería adecuado tener presente los distintos tipos que pueden darse

(Worden, 1997): duelo crónico, retrasado, exagerado y enmascarado.

7.2. Entrevista general de duelo









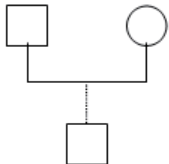

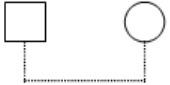

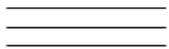



Utilizando la propuesta de Barreto y Soler (2007) para la elaboración personal del duelo, hemos modificado y adaptado este cuestionario biográfico elaborando una entrevista semiestructurada que recoge todas las áreas importantes a evaluar en el Duelo. A continuación se presenta un resumen de estas áreas (cuadro 3) adjuntando en el anexo 4 la entrevista completa. En esta se dan instrucciones para su realización, entendiéndose que a la hora de evaluar a una persona en duelo hemos de ser flexibles y dar el tiempo que sea necesario, sobre todo en los primeros contactos. Por esta razón el número de sesiones puede ser flexible (entre 1 y 3 sesiones). Se recomienda iniciarla con una pregunta general referida a cada apartado, para lo que se recomienda utilizar la primera que se presenta, pudiendo completar la información bien a posteriori o bien en otra sesión. Posiblemente nos encontremos con información que ya tenemos recogida anteriormente.

Cuadro 3. Resumen de la entrevista general de duelo (Modificado y adaptado de Barreto y Soler, 2007)

1. DATOS PERSONALES
 - 1.1. Afectado
 - 1.2. Fallecido
2. CIRCUNSTANCIAS DE LA PÉRDIDA
3. SITUACIÓN ACTUAL
4. HISTORIA DE LA RELACIÓN
5. RECURSOS PERSONALES
 - 5.1 Habilidades sociales y de resolución de problemas
 - 5.2 Salud
 - 5.3 Situación laboral
 - 5.4 Valores y creencias
6. FUNCIONAMIENTO FAMILIAR
7. EXPECTATIVAS
8. DIAGNOSTICO PSICOSOCIAL
9. LÍNEAS DE INTERVENCIÓN
10. DERIVACIÓN A OTROS SERVICIOS
11. PRONÓSTICO
12. OBSERVACIONES

En el apartado de funcionamiento familiar hemos incluido un genograma que es muy útil para ofrecernos de un vistazo información sobre la estructura familiar y la relación que guardaban los familiares y dolientes con el fallecido. En horizontal tenemos el ciclo de la vida y en vertical a través de generaciones, permitiéndonos ver el lugar que ocupa cada miembro de la familia y mostrándonos información del funcionamiento, cambios y las crisis sufridas, a las que se han ido adaptando y en las que actualmente se encuentran, etc. Aunque lo hemos incluido dentro de la entrevista igualmente se puede realizar de manera independiente. Los símbolos básicos (McGoldrick y Gerson, 1987) que nos permiten su composición los podemos ver en el tabla 4 y un ejemplo gráfico en el anexo 5.

Tabla 4. Símbolos básicos de un genograma

Hombre Mujer 	Persona referente 	Fecha nacimiento 	Fallecimiento 
Parto feto muerto 	Aborto 	Matrimonio 	Separación 
Hijo adoptivo 	Miembros que conviven en el mismo hogar 	Pareja no casada 	Embarazo 
Muy unidos 	Unidos 	Relación pobre o conflictiva 	Distantes 

7.3. Pruebas específicas del duelo

Una vez realizada la evaluación general podemos llevar a cabo la específica utilizando básicamente tres pruebas de duelo:

- Inventario de Experiencias de Duelo (IED) (tabla 5)
- Inventario Texas Revisado de Duelo (ITRD) (tabla 6)
- Cuestionario de Riesgo de duelo Complicado (CRDC)(tabla 7)

Tabla 5. Datos inventario de experiencias de duelo

Prueba	Inventario de Experiencias en Duelo (IED) (The Grief Experience Inventory)
Autor/año	Sanders, Mauger y Strong, (1985). Adaptado al castellano por García- García, Landa, Trigueros y Gaminde (2001)
Análisis y estudios	Ver referencias bibliográficas
Administración /duración	Autoadministrado Duración 20 minutos
Aplicación	Adultos
Significación/factores	Explora las áreas somática, emocional y relacional del doliente
Tipificación	El Coeficiente alfa de Cronbach que varía en las distintas subescalas entre 0,52-0,81
Descripción general de la prueba	135 ítems dicotómicos (V/F) 18 Escalas: 3 validez, 9 clínicas, 6 experimentales
Bibliografía científica relacionada	- Prigerson, H.G. y Jacobs, S (2001), Traumatic grief as a distinct disorder: a rationale, consensus criteria, and a preliminary empirical test” en Stroebe, M.S. et al. (ed.), Handbook of bereavement research: Consequences, coping, and care. American Psychological Association. Washington, pp. 613-645.

Tabla 6. Datos Inventario Texas Revisado de duelo

Prueba	Inventario Texas Revisado de Duelo (ITRD) (The Texas Revised Inventory of Grief)
Autor/año	Faschingbauer, Zisook y DeVaul, 1987. Adaptado al castellano y validado por García- García, Landa, Trigueros y Gaminde (1995)
Análisis y estudios	Ver referencias bibliográficas
Administración/duración	Autoadministrado Duración 10 minutos

Aplicación	Adultos
Significación/factores	Permite agrupar al doliente en cuatro categorías: ausencia de duelo, retardado, prolongado y agudo. Conducta y sentimiento justo después de la pérdida y del momento actual, permite medir los cambios.
Tipificación	Fiabilidad alta Coeficiente de Cronbach, 0,77(primer parte), 0,86 (segunda parte)
Descripción general de la prueba	Consta de dos partes la primera de 8 ítems y la segunda de 13, evaluadas con escala tipo likert de 5 categorías de respuesta
Bibliografía científica relacionada	- Prigerson, H.G. y Jacobs, S (2001), "Traumatic grief as a distinct disorder: a rationale, consensus criteria, and a preliminary empirical test" en Stroebe, M.S. et al. (ed.), Handbook of bereavement research: Consequences, coping, and care. American Psychological Association. Washington, pp. 613-645.

Tabla 7. Datos del cuestionario de riesgo de duelo complicado

Prueba	Cuestionario de Riesgo de duelo Complicado (CRDC) (The Risk Index)
Autor/año	Parkes y Weiss, 1983. García- García, Landa, Grandes, Mauriz y Andollo (2002) lo han traducido al castellano
Análisis y estudios	Ver referencias bibliográficas
Administración/duración	Autoadministrado Duración 10 minutos
Aplicación	Adultos
Significación/factores	Se cumplimenta por el profesional con la intención de identificar los dolientes con riesgo de duelo complicado
Descripción general de la prueba	8 preguntas con una escala tipo likert

7.4. Diagnóstico diferencial

Durante el proceso de duelo pueden aparecer otros trastornos y conductas concomitantes, como depresión, estrés postraumático, ansiedad, conductas suicidas y somatización. Siendo la primera (depresión) con la que más síntomas y criterios diagnósticos se ha asociado. En este sentido, un estudio realizado por Zisook y Shuchter (1991) señala que el 24% de su muestra de viudos cumplieron los criterios de un episodio depresivo y el 10% de trastorno de estrés postraumático a los dos meses del fallecimiento. Al respecto, añadir que estudios sobre el tema también han demostrado que la añoranza por el fallecido, el estrés por separación, la incapacidad para aceptar la muerte y hacer real la pérdida, la amargura y la agitación son indicadores específicos del Trastorno de Duelo Complicado (Zhang, El-Jawahri, y Pringerson, 2006).

Por lo tanto para detectar algún trastorno asociado, además de la entrevista, podemos utilizar pruebas específicas y derivar al servicio especializado que en este caso sería a Salud Mental.

Tabla 8. Pruebas específicas para el diagnóstico diferencial y de valoración global

	Prueba, autor y año	Administración duración y aplicación	Descripción general	Bibliografía científica relacionada. Observaciones
Depresión	Escala de depresión de Hamilton	Autoaplicada 10 minutos adultos	Intensidad de los síntomas depresivos 17 ítems	
Estrés Postraumático	Cuestionario de experiencias traumáticas (TQ) (Davidson y cols., 1990)	Autoaplicada, adultos 20 minutos	Cribado. Tres parte: -17 experiencias traumáticas más frecuentes -9 ítems características del acontecimiento traumático -18 síntomas	-Davidson, JRT y cols. (1990). Traumatic experiences in psychiatric outpatients. J trauma Stress. 3: 459-475. -Bobes, J. Y cols. (2003) Trastorno de estrés postraumático. Barcelona: Masson.
	Escala de trauma de Davidson (DTS) (Davidson y cols., 1997)	Autoaplicada, adultos 10 minutos	Frecuencia y gravedad de los síntomas. 17 ítems que evalúan los 17 síntomas del DSM-IV-TR	-Davidson, JRT y cols. Assesment of a new self-rating scale for post-traumatic stress disorder. Psychol Med 1997; 27:153-160. -Bobes, J. Y cols. (2003) Trastorno de estrés postraumático. Barcelona: Masson.

Ansiedad	Escala Hamilton para la ansiedad (HARS)	Heteroaplicada adultos. 10 minutos.	Intensidad de la ansiedad 14 ítems que evalúan aspectos físicos, psíquicos y conductuales.	The assessment of anxiety status by rating. Br J Med Psychol 1959; 32:50-55.
Conducta suicida	Escala de riesgo suicida de Plutchik (Risk of Suicide, RS)	Autoaplicada adultos. 10 minutos.	Evalúa riesgo suicida, diferencia entre individuos normales y los que han realizado alguna tentativa. Consta de 15 ítems cuyas respuestas son sí/no	- Rubio, G. y cols. (1998). Validación de la escala de riesgo suicida de Plutchik en población española. Arch Neurobiol (Madr) 61:143-152. - Plutchik, R. et cols, 1989. Correlates of suicide and violent risk, I: The suicide risk measure. Compr Psychiatry; 30:296-302
	Escala de Intencionalidad Suicida de Beck (Suicide Intet Scale, SIS)	Heteroaplicada, adultos. 15 minutos.	Recomendada en personas que han realizado una tentativa, evalúa las características de la tentativa 20 ítems	
Calidad de vida	Cuestionario SF-36 sobre el estado de Salud (Short-Form, SF-36) J.E. Ware, C.D. Sherbourne.	Autoaplicada, adultos. 20 minutos.	Calidad de vida relacionada con la salud física y mental. 36 ítems que agrupa en 8 escalas: funcionamiento físico, rol físico, dolor, salud general, vitalidad, funcionamiento social, rol emocional, salud mental.	The MOS 36-item Short-Form Health-survey (SF-36): I. Conceptual framework and item selection. Med Care 1992; 30:473-483. Alonso, J., Prieto, L. y Antó J.M. (1995) La versión española del SF-36 Health Survey (Cuestionario de Salud SF-36): Un instrumento para la medida de los resultados clínicos. Med Cin (Barc); 104: 771-776.
Somatización	Test de Othmer y DeSouza para la Detección del Trastorno de somatización	Heteroaplicada, adultos. 10 minutos.	Detección del trastorno de somatización. 6 ítems de respuesta dicotómica	A screening test of somatization disorder (histeria). Am J Psychiatry 1985;142:1146-1149

7.5. Otras problemáticas asociadas

En la evaluación podemos encontrar otras áreas de la vida cotidiana y funcionamiento familiar que puedan estar afectadas. Puede ser que la persona ya tuviera antes de la pérdida problemas asociados o bien que estos surjan a partir de la pérdida. La presencia de dificultades (económicas, sociales, legales, adictivas...) pueden perjudicar o agravar el proceso de duelo. En estos casos desde el equipo de servicios sociales se trabajará con los recursos propios que contamos y/o se derivará a los recursos especializados para facilitar en la medida de lo posible una vía de solución.

8. PROCESO DE INTERVENCIÓN

8.1. Principios generales de la intervención.

Trabajar con personas que están pasando por una situación de pérdida de un ser querido es estar en contacto con fuertes emociones y con un sufrimiento extremo. Cuando orientamos, asesoramos y/o intervenimos en un proceso de duelo es necesario que el profesional que lleve a cabo esta tarea tenga en cuenta los siguientes principios generales:

- Motivación. Querer trabajar con personas en estas circunstancias.
- Formación. Tener formación especializada en este tema.
- Habilidades y destrezas. Saber realizar este trabajo.
- Conocer las costumbres y ritos sociales de la comunidad a la que pertenece el doliente.
- Conectar con el doliente y saber desconectar.
- Establecer una relación adecuada.
- Comunicarse apropiadamente mediante la escucha activa y la empatía.
- Respetar los tiempos y privacidad de cada persona.
- Facilitarle información y aclarar todas las dudas que tenga sobre el proceso.
- Respetar el código deontológico del/la Psicólogo/a.

Una vez que finalizada la fase de evaluación pasamos a desarrollar los módulos de intervención dirigidos a cada perfil de duelo.

8.2. Módulos de intervención

Desarrollamos aquí los seis módulos de intervención que comprende la guía. Se presentan estructurados aunque dejando margen al profesional para que pueda aplicarlos en función de la casuística, dado que no es factible tratar el duelo con módulos completamente cerrados.

8.2.1. MODULO 1. RECOMENDACIONES Y ORIENTACION DE LA DEMANDA

8.2.1.1. Introducción

Este módulo va dirigido a aquellas personas que llegan a nuestro servicio y valoramos que siguen un proceso normal de duelo y que en principio no es necesario una intervención. En este caso ofrecemos una serie de orientaciones y recomendaciones de carácter general y corta duración aunque es recomendable realizar un seguimiento puntual a través del cual valorar la evolución del duelo. Este puede realizarse a través de contacto telefónico, visita domiciliaria o cita al centro de trabajo.

Duración: 1-2 sesiones, con un seguimiento y posibilidad de consultar en cualquier momento que la persona lo necesite.

Profesionales: cualquier profesional entrenado en esta materia, Psicólogos/as, Trabajadores/as Sociales, Educadores/as, como es el caso de servicios sociales comunitarios, aunque también pueden ser Enfermeros/as, Médicos, etc.

Lugar: centro de servicios sociales o cualquier otro lugar de trabajo del profesional que orienta, domicilio familiar u otro que por las necesidades se considere necesario.

8.2.1.2. Objetivos

- Orientar en resolución de problemas y en aquellas cuestiones que nos soliciten.
- Tranquilizar y normalizar con la información acerca del proceso.

8.2.1.3. Sesiones de orientación

Las pautas generales a seguir son las siguientes.

1. NORMALIZAR síntomas. Cuando una persona pasa por una situación “anormal” experimenta una serie de reacciones adaptativas a nivel físico, conductual, emocional y/o cognitiva. Puede que nunca las haya padecido con anterioridad y la interpretación que haga de ellas no sea la más ajustada a la realidad. Es, por tanto, fundamental informarle de que sus respuestas (a cualquier nivel) en este momento son normales, en concordancia con la situación que soporta, suele ser una información bastante tranquilizadora.

2. INFORMAR sobre el proceso de duelo. Ofrecer información a la persona sobre la normalidad del proceso. Es importante dejar claro que deben darse tiempo y no tratar de acelerar el proceso; es una situación por la que pasan todas las personas que sufren una pérdida importante, aunque cada una es única y diferente. En este sentido podemos utilizar para informar terminología como duelo, proceso de duelo, luto (Tizón, 2004), siempre adaptándola en función de cada persona:

- Definición de duelo: conjunto de fenómenos que se ponen en marcha tras la pérdida. Estos pueden ser psicológicos (proceso de duelo), psicosociales, sociales (el luto), antropológicos e incluso económicos.

- Proceso de duelo: conjunto de cambios psicológicos y psicosociales, fundamentalmente emocionales, por lo que implica que la pérdida se elabora internamente. Son un conjunto de emociones, representaciones mentales y conductas vinculadas con la pérdida afectiva, la frustración o el dolor. Como características más relevantes podemos resaltar (Poch y Herrero, 2003):

- Es un proceso: las personas pueden tener la sensación de que van a estar siempre así, de manera que les tranquiliza saber que el duelo evoluciona en el tiempo.
- Normal: nos sucede a todos cuando padecemos una pérdida significativa, no obstante, existen diferencias individuales en la forma de afrontarlo. Aunque pensemos, sintamos o hagamos cosas que antes no pensábamos, sentíamos o hacíamos es normal reaccionar así.
- Dinámico: cambia a lo largo del tiempo, tiene oscilaciones del humor y de la sensación de bienestar-mal-estar. Según Neimeyer, (2002), es un proceso largo que tiende a durar años en lugar de meses e implica la aparición de “*picos de duelo*” que constituyen una parte normal y habitual de la acomodación a la muerte de un ser querido.
- Que depende del reconocimiento social: cuando una persona sufre una pérdida, es ella y su entorno los que se ven afectados, y por tanto el proceso es individual y colectivo. Este componente individual hace que la persona tenga reacciones diferentes ante el mismo acontecimiento. La vertiente social implica los rituales propios de la cultura.

- Luto: Son ritos psicosociales del duelo; manifestaciones externas, culturales, sociales y antropológicas e incluso económicas, que ayudan o reglamentan la reacomodación social y psicosocial tras la pérdida, en particular de una persona allegada.

- Elaboración del duelo: el trabajo psicológico que, comienza con un impacto afectivo y cognitivo, y termina con la aceptación de la nueva realidad interna y externa.

3. RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS. Es importante ayudar y orientar a las personas a solucionar determinados problemas que pueden surgir o agravarse a raíz de la pérdida. Podemos orientar en función del caso:

- Derivando a algún servicio especializado si fuera pertinente (abogado, servicios sociales,...)
- Asesorando en la toma de decisiones precipitadas. No es el momento de hacer grandes cambios en su vida, es más adecuado intentar seguir donde vivíamos, no vender ni comprar, etc... pedir ayuda ante problemas que le preocupan.

4. ORIENTACIÓN acerca del luto. En este punto hay que tener en cuenta las diferencias culturales y es necesario conocer y respetar los ritos referidos al duelo que propugna cada cultura. No obstante podemos tener en cuenta algunos aspectos generales de nuestra cultura, a la que pertenecerán la mayoría de los casos con los que trabajemos.

- ¿Es o no apropiado vestir de negro?, ¿poner la televisión?, ¿salir a la calle?,... son situaciones socio-culturales asociadas al duelo que hay que ir normalizando conforme pase el tiempo. Puede ser importante llevar a cabo algún ritual, informar de lo adecuado en ese momento de ir al cementerio, llevar flores o realizar cualquier otro ritual público (celebrar una misa...) y/o privado para ayudar a hacer real la pérdida.

- Hablar o no del fallecido. Es importante que la persona tenga alguien con quién poder expresar sus pensamientos, emociones, recuerdos... siendo apropiado hablar del fallecido.

- Importancia del apoyo social, es fundamental en este momento tener una red social de apoyo, personas cercanas y con las que el doliente se encuentre cómodo.

5. ORIENTACIÓN SOBRE MENORES. Nuestra tendencia cultural es alejar a los menores de todo lo referente a la muerte. Cuando se produce una pérdida y hay menores involucrados directa o indirectamente, una de las demandas más comunes que consultan los familiares es el asesoramiento acerca de las siguientes cuestiones:

- *Participación de menores en el funeral.* En este sentido las orientaciones que hay que hacer van en función de la edad y madurez del menor. (ver Módulo 5). Pero en general es adecuado que el menor participe siguiendo estas pautas:

- Si lo solicita expresamente. No se debe obligar.
- Una edad adecuada puede ser a partir de los 6-7 años.
- Ir acompañados de un mayor que le explique la situación de manera apropiada.
- Evitar los momentos donde el nivel de emoción expresada sea más alto (momentos iniciales...).
- Decirle la verdad, sin enmascararla con historias “*se ha ido de viaje*”, “*desde donde está nos mira y protege*” etc...

- *Hablar con el menor de lo sucedido y responder a todas sus preguntas.* Esta información tiene que ser clara y adaptada a su edad. La persona más apropiada será un familiar cercano. Se trata de dedicar un tiempo a hablar de la persona fallecida, de la situación, emociones etc., sin que tenga que estar hablando constantemente del tema.

- *Intentar no cambiar la rutina normal del niño,* ni hacer grandes cambios que afecten a su vida cotidiana.

- *Informar al centro educativo de la situación,* simplemente por si observan algún cambio digno de mención en el menor.

- *Informar sobre las reacciones normales*, en distintas edades (anexo 6), facilitando a la persona estas indicaciones y la posibilidad de consultar en cualquier momento.

Desde nuestra experiencia éstas son las cuestiones más comunes que en caso de duelo normal suelen plantearse. Por último, es recomendable dejar abierta la posibilidad de consultar cualquier duda o cambio que consideren oportuno al igual que hacer un seguimiento. Suele tener efecto tranquilizador y facilita el proceso.

8.2.2. MODULO 2. ASESORAMIENTO EN RIESGO DE DUELO COMPLICADO

8.2.2.1. Introducción

Cuando nos encontramos indicadores de riesgo de duelo complicado en un doliente será preceptivo desarrollar un programa de prevención y asesoramiento. Este irá dirigido a trabajar los principios básicos o tareas que plantea Worden (1997). También podemos utilizar, si fuera necesario, algunas técnicas del Módulo 1 e incluso del Módulo 3 (ej: resolución de problemas...). Una vez finalizada la intervención es necesario realizar un seguimiento para evaluar el proceso.

Duración: entre 5-10 sesiones pudiendo ser variable en función del caso. Es recomendable que sean semanales al menos las cinco primeras y después ir espaciándolas en el tiempo. El seguimiento debería realizarse durante el primer año.

Profesionales: Psicólogos/as especializados y formados.

Lugar: centro de servicios sociales o cualquier otro lugar de trabajo del profesional que orienta, domicilio familiar u otro que por las necesidades se considere necesario.

8.2.2.2. Objetivos

Objetivos Generales

- Prevención de un posible duelo complicado.
- Ayudar y facilitar el proceso de duelo.

Objetivos Específicos

Según Worden, (1997), los objetivos específicos del asesoramiento son:

- Ayudar a aceptar la realidad de la pérdida.
- Facilitarle la expresión de emociones.
- Ayudar a la persona a adaptarse a la nueva vida sin el fallecido.
- Ayudar a situar emocionalmente al fallecido de manera adecuada y seguir viviendo.

8.2.2.3. Sesiones de intervención

Las sesiones a realizar en el asesoramiento van a seguir fundamentalmente los principios básicos que propone este autor. El orden de intervención y el número de sesiones dedicadas a cada tarea será variable en función del resultado que arroje la evaluación de las necesidades particulares de cada persona. (Modificado a partir de Worden, 1997).

1. Ayudar a hacer real la pérdida

Una de las primeras reacciones que nos vamos a encontrar es la negación de la pérdida, una sensación de irrealidad, de sopor, invade a la persona que necesita de un periodo de tiempo, indeterminado, para aceptar y comprender que su ser querido ha muerto y que esta pérdida es irreversible. La persona que lleve a cabo el asesoramiento puede ayudar en esta tarea:

- Promoviendo que hable de lo sucedido. Para facilitar esta tarea el asesor puede preguntar; ¿qué ha sucedido?, ¿dónde se encontraba?, ¿quién le informó? ¿cómo fue el funeral? etc. Si conseguimos que la persona se exprese estamos dando un paso importante para ayudar a aceptar lo ocurrido. Hay que recordar que desde la entrevista general ya estamos efectuando esta tarea con las preguntas que realizamos. Es importante dar tiempo para que la persona responda y complete esta entrevista respetando su ritmo y el momento en el que se encuentra. Esto es muy importante ya que no se trata de presionar a la persona para que hable sino en proporcionarle el apoyo y la escucha que puede necesitar en estos momentos. Por ello intentaremos ser cuidadosos, mostrarnos pacientes y afinar la sensibilidad.

- Incorporar la palabra “muerte” al relato del afectado. En relación con la facilitación del relato de lo sucedido, valoraremos si la persona tiene incorporada o no palabras como muerte, o por el contrario las evita o sustituye. Si es así seremos nosotros quienes vayamos incorporándolas al discurso, usando el tiempo verbal pasado, para facilitar la asimilación de la realidad de la pérdida.

- Ritual de despedida. También es importante valorar cómo se desarrolló el ritual de despedida y cómo está siendo en este momento. Podemos encontrarnos que la persona no participó en los actos que normalmente se realizan en su cultura, como asistencia al funeral, cementerio, tanatorio, luto, visitar o no en los días posteriores el lugar donde se encuentran los restos del fallecido, etc. En este punto es importante tener en cuenta:

- *La causa* de la no asistencia puede ser:
 - Circunstancial, por encontrarse en otro lugar, enfermedad, hospitalización, etc...
 - Voluntaria, la persona voluntariamente decidió no participar en los actos de despedida.
 - Involuntaria, porque una tercera persona le aconsejara o incluso le “prohibiera” asistir para evitarle esos duros momentos. (esto es importante tenerlo en cuenta con menores, adolescentes, personas mayores o personas en situaciones especiales como embarazos, etc...)

▪ *Tipo de ritual.* Actualmente, en nuestra cultura, los rituales y actos de despedida están cambiando (incineraciones, tanatorios, actos religiosos, ...), lo que nos lleva a encontrarnos a personas, sobre todo mayores y en zonas rurales, que no viven bien los rituales de despedida porque no son acordes con sus creencias y costumbres.

Ejemplo; una mujer de 75 años de un municipio de 8.000 habitantes, cuyo hijo muere de cáncer con 35 años, su voluntad fue ser incinerado y arrojado al mar lejos de su lugar de origen. Ella no superaba la fase de aceptación, no encontraba un lugar donde ir a “visitar” a su hijo, llevarle flores, y realizar todos los rituales que hacían las personas de su entorno.

Finalmente, una vez recogida la información anterior, nuestra labor como asesores será facilitar la despedida si ésta no se ha realizado de la manera adecuada para la persona, entendiéndola como una labor conjunta de encontrar una alternativa que le sirva para decir adiós de manera personalizada. Puede ser pública o privada, religiosa o laica, acorde a lo establecido o diferente, etc., pero lo importante es que ayude a hacer real la pérdida y facilite el duelo. Algunos ejemplos de rituales que pueden ser útiles para hacer real la pérdida:

- Acudir al lugar donde se encuentra la persona fallecida.
- Ver a la persona fallecida en el funeral, hospital, etc.
- Asistencia y participación de los actos fúnebres.

2. Ayudar a identificar y expresar los sentimientos

Cuando una persona vive una situación de pérdida, pueden aflorar fuertes sentimientos que nunca ha experimentado e incluso que no reconoce; algunas personas llegan a tener la sensación de estar “volviéndose locos” por el dolor y el sufrimiento emocional que sienten. Nuestra labor entonces sería:

- Ayudar a identificar y validar los sentimientos positivos y negativos.
- Ayudar a expresar y ventilar las emociones.
- Dar información para normalizar sentimientos y emociones.

Aunque podemos encontrarnos con cualquier tipo de sentimiento (tristeza, enfado, culpa y autorreproche, ansiedad, soledad, fatiga, impotencia, shock, anhelo, emancipación, alivio, insensibilidad...). Los más problemáticos suelen ser:

- *Enfado*, en estas situaciones la persona que pierde un ser querido se siente enfadada, impotente ante la situación, y esta emoción puede ser dirigida hacia el personal sanitario, familiares e incluso contra sí mismo, ejecutando conductas autolesivas. La labor del asesor será reconducir este sentimiento y sondear las conductas autolesivas y/o suicidas. Las técnicas que podemos utilizar serán:

- Preguntar por las cosas positivas y negativas de la persona fallecida, o por las cosas que echa de menos y las que no.
- Explorar las conductas autolesivas mediante preguntas como ¿te encuentras tan mal que incluso has pensado hacerte daño? O bien utilizando alguno de los instrumentos específicos que se indican en el apartado 7.4.

- Culpa. Este sentimiento es bastante común, dado que está presente en nuestra vida cotidiana y forma parte de nuestra cultura. Puede aparecer en cualquier momento de nuestra vida y es uno de los sentimientos más frecuentes ante la pérdida de un ser querido. Podemos diferenciar distintos tipos de culpa:

▪ *Culpa irracional*: es la más común, en este caso podemos utilizar como técnica la confrontación con la realidad, consiste en preguntar al doliente qué fue lo que hizo, de manera que vaya expresando todo lo que realizó por la persona. Esta técnica se puede materializar mediante preguntas como: ¿qué hiciste...?, ¿qué más hiciste...?

▪ *Sentimiento de culpa racional*: se puede dar el caso en que la persona se sienta realmente culpable de la situación (ej: accidentes donde conducía...). Este caso es más difícil trabajar y probablemente tengamos que utilizar técnicas psicológicas específicas como reestructuración cognitiva, terapia de grupo... En el asesoramiento es recomendable analizar con la persona la intencionalidad de su conducta, que es de donde surge el sentimiento de culpabilidad.

▪ *Culpa por sobrevivir*: sentimiento que se da cuando la persona vive la misma situación que el fallecido y sobrevive al acontecimiento.

- Ansiedad. Frente a una nueva situación donde se rompe la estructura de vida de la persona, pueden surgir muchos miedos y sentimientos de impotencia que le hacen sentirse ansiosa. La ansiedad la podemos expresar a través de los pensamientos, sintomatología física (ahogo, sudor, palpitaciones,...) y conductas. Para potenciar recursos de afrontamiento y mayor autocontrol emocional, el asesor puede optar por trabajar los distintos niveles:

- Reestructuración cognitiva.
- Información de la sintomatología física.
- Técnicas de relajación.

- Tristeza, el sentimiento de tristeza puede en algunas situaciones ser reprimido por el entorno social; en este sentido, llorar delante de alguna persona puede resultar difícil. En el asesoramiento podemos trabajar este sentimiento:

- Facilitando el desahogo emocional permitiendo el llanto, dando tiempo y transmitiendo respeto y comprensión, manifestando además lo adecuado de permitirse expresar este sentimiento.
- Normalizando la tristeza como parte adaptativa del proceso de duelo.
- Ayudando a conocer el significado de la misma y su evolución en el proceso de duelo.
- Animando a recuperar (si es el momento) alguna actividad gratificante que ante realizaba (ejercicio físico, escuchar música, leer...).
- Evitando el aislamiento.

3. Ayudar a vivir sin el fallecido

Después de la muerte de un ser querido hay un proceso de adaptación a la nueva vida. Esta adaptación va a ir en función del rol que el fallecido ocupaba y las características del doliente.

Nos podemos encontrar con personas que pierden el pilar fundamental de su vida, en más de un aspecto: bien porque el fallecido era el que tomaba las decisiones en la familia y/o pareja, era quien resolvía los problemas, quien facilitaba o llevaba la iniciativa en las relaciones sociales... o bien porque la vida del doliente giraba en torno a esta persona sin tener ámbitos privados (amigos propios, aficiones, trabajo independiente...) que pudieran amortiguar esta pérdida. De manera tal que, cuanto más dependiente era de la persona fallecida, más le va a costar tomar las riendas de su vida. En general la pregunta a responder y sondear por parte del asesor sería *¿qué aspectos (sociales, económicos, laborales, emocionales...) de la vida de la persona han cambiado desde el fallecimiento?*. Tener en cuenta que ante este perfil es conveniente sondear ideas y/o actos suicidas (*¿ha pensado en algún momento hacer algo que le produzca daño? y/o realizar pruebas específicas*).

Por último, una vez sondeados todos los ámbitos podemos ayudar:

- Facilitando la toma de decisiones, empezando por aquellas que requieran poco riesgo y asegurando el éxito de las mismas. Puede servir realizar una lista de tareas que la persona necesite solucionar y ayudar a priorizar haciendo un seguimiento. Es también útil aplazar decisiones y cambios de vida radicales en este momento, sin dar impresión de incapacidad, se podrán retomar más adelante.
- Evitando el aislamiento, fomentando los contactos sociales con aquellas personas cercanas y que le puedan servir de apoyo.
- Entrenando en solución de problemas.

4. Facilitar la recolocación emocional del fallecido y seguir viviendo

Nos podemos encontrar con dos situaciones opuestas que las personas pueden adoptar ante la pérdida:

- Necesidad de encontrar otra persona para poner en el lugar del fallecido.

Ejemplo: Ante la pérdida de un hijo querer tener rápidamente otro.

- Autocastigo y renuncia a la vida, utilizando términos como “nunca más volveré a tener pareja”, “no volveré a tener hijos”... La filosofía es no deshonrar la memoria del fallecido.

Ejemplo: Una mujer de 60 años tras la muerte de su hija de 34, se autoimpuso una serie de castigos que llevaba años cumpliendo, entre ellos; nunca asistiría a ninguna celebración familiar de ningún tipo, nunca vestiría otro color que no fuera el negro...”

Tanto en un caso como en otro el asesor tiene que ayudar al doliente a darse cuenta de que no se trata de sustituir, ya que en el primer caso puede ser contraproducente retomar rápido otra relación, tener otro hijo... pensando que va a sustituir la pérdida y en el segundo la sensación de que la persona nunca va a poder ser reemplazada, cosa que es cierta, no se trata de reemplazar, se trata de permitirse llenar un vacío.

Muchas personas sienten que tienen que olvidar a su familiar fallecido. Por lo tanto parten de una idea equivocada. Según Neimeyer (2002), quizá lo más acertado sea que la muerte transforma las relaciones, en lugar de ponerles fin. En general se trata de trabajar en esta línea poniendo al fallecido en el lugar que le corresponde, utilizando el recuerdo de manera tranquila, sin sufrimiento, y dándose una oportunidad sin tener prisa.

5. Otros aspectos a tener en cuenta en el asesoramiento

- Dar tiempo para elaborar el duelo, informar que se trata de un proceso gradual, que es diferente en cada persona.
- Ayudar en momentos, y fechas más importantes. Anticipar determinados acontecimientos, ya que durante el primer año la persona va a pasar por todas las fechas importantes para ella y pueden ser momentos duros (cumpleaños, aniversarios, fiestas, vacaciones...)
- Normalizar y legitimizar los síntomas que presenta.
- Dar apoyo continuado, si en algún momento lo necesita, estar disponible y llevar un seguimiento.
- Valorar posibles estilos de afrontamiento poco sanos (alcohol, drogas...)
- Identificar patologías y derivar, ya sea al inicio o durante el proceso.

8.2.3. MODULO 3. INTERVENCIÓN EN DUELO COMPLICADO

8.2.3.1. Introducción

Una vez evaluado y diagnosticado un duelo complicado, vamos a desarrollar una serie de técnicas utilizadas por distintos autores y desde diferentes perspectivas para trabajar las reacciones y los síntomas anormales que presente la persona.

Es importante tener en cuenta los Módulos 1 y 2 ya que pueden ser utilizados si fuera necesario de forma completa o parcial, como complemento de las técnicas específicas que se plantean en este módulo.

La propuesta de intervención no va a estar organizada por sesiones, se describirá un conjunto de estrategias de intervención para que el profesional sea el que elija el orden y el número a utilizar en función de cada situación.

Duración, variable en función del caso, pero puede oscilar entre 15-20 sesiones; es difícil en el caso de duelo complicado limitar el número de sesiones. Es muy importante el seguimiento durante al menos el primer año.

Profesionales, Psicólogos/as formados en tratamiento del duelo.

Lugar, puede realizarse en el domicilio de la persona afectada, despacho o en cualquier otro lugar que por las circunstancias el profesional lo considere oportuno.

8.2.3.2. Objetivos

- Normalizar aquellas áreas de la vida del doliente que estén afectadas por la pérdida. (personal, social, emocional, familiar...).
- Reestructurar los pensamientos negativos desproporcionados que presente.
- Mejorar la calidad de vida ayudando a la adaptación a la nueva situación.

8.2.3.3. Técnicas de intervención

Técnicas cognitivo-conductuales

Estas técnicas están indicadas para procesos de duelo atascados en el ajuste, evitando así afrontar activamente planteamientos más saludables, culpa u otros pensamientos distorsionantes.

- Reestructuración de pensamientos distorsionados. A menudo la persona en duelo suele presentar distorsión de pensamientos. Para ello vamos a utilizar un autorregistro (anexo 7) de pensamientos de manera que la persona pueda ser consciente. Recurriremos al debate para hacer frente a tales pensamientos: *¿qué evidencia sustenta este pensamiento? ¿es útil pensar así?*

- Parada de pensamiento. Es una técnica útil para detener los pensamientos automáticos rumiantes que pueden aparecer. Se trata de detectarlos y utilizar una palabra (stop, basta...) o bien alguna señal (goma en la muñeca...) que signifique cambiar de pensamiento.

- Saciación cognitiva. Se pide a la persona que repita o grave varias veces al día el pensamiento que le preocupa.

- Dedicar un momento al día para el pensamiento distorsionante. La persona elige un momento al día en concreto para poder pensar sobre lo que le preocupa pero no debe hacerlo fuera de ese intervalo determinado.

- Métodos de relajación. Hay muchas técnicas de relajación y la elección de la más apropiada dependerá de cada caso y profesional. Se pueden utilizar cuando se presentan problemas de ansiedad, y entre las más recomendables están:

- Relajación muscular de Jacobson. Se basa en contracción y relajación de manera ordenada y guiada de todos los músculos del cuerpo.
- Técnica de relajación autógena. Se utiliza la imaginación, es una técnica guiada que consiste en visualizar y pensar sensaciones.
- Relajación diafragmática. Es la técnica más sencilla y fácil de usar, se trata de concentrar la atención en la respiración haciéndola consciente.

- Técnicas de exposición. Tras la pérdida la persona afectada puede evitar determinados lugares (cementerio, la habitación o casa del fallecido...). Es una técnica que se debe utilizar en el momento más apropiado y de manera progresiva. Al exponer a la persona a una situación dolorosa corremos el riesgo de que abandone el tratamiento, por tanto el tipo de intervención recomendable es la desensibilización sistemática, estableciendo muy bien la jerarquía de exposición por el propio doliente. Es aconsejable que se utilicen también técnicas de relajación.

- Técnicas operantes. Son muy útiles para aumentar y mantener conductas adaptativas y facilitadoras del duelo o disminuir aquellas conductas disfuncionales. Para que sean efectivas deben proporcionarse de manera adecuada (conducta concreta, de manera contingente y automática, fácil de aplicar en el tiempo, evitando la saciación del reforzamiento).

- Resolución de problemas. Las técnicas de resolución de problemas son muy útiles en los procesos de duelo ya que la persona se enfrenta a situaciones novedosas, que tiene que afrontar y resolver. Muy a menudo nos encontramos que el doliente presenta inseguridad a la hora de tomar decisiones. Al respecto, recordar la indicación de no tomar decisiones importantes en los primeros momentos del proceso y, o bien posponerla o bien delegar en otra persona cercana que le ayude a decidir. Nuestro objetivo es que el doliente sea lo más eficiente posible y esto le suponga el menor coste emocional. Los pasos más adecuados para lograrlo son (Barreto y Soler, 2007):

- Orientación general. Mostrar a la persona que el caos, desorientación y demás problemas pueden ser normales en esta situación y no se puede actuar de manera impulsiva. Es aconsejable, antes de entrenar en resolución de problemas, mejorar el estado emocional con las técnicas anteriormente propuestas.
- Definición operacional del problema. Para ello podemos utilizar preguntas como ¿quién tiene el problema?, ¿en qué consiste? ¿cómo afecta a mi vida? ¿qué pienso y cómo me siento? ¿estoy haciendo algo para mejorarlo? Etc. Las respuestas nos van a permitir localizar la dificultad y poder generar alternativas.
- Generar el mayor número de alternativas posibles. Cuantas más alternativas tengamos más probabilidad de encontrar la más eficaz. Por ejemplo si el objetivo es disminuir la tristeza que nos produce el aislamiento, las alternativas podrían ser:

- Contactar con amigos que conozcan la situación y la comprendan de manera que la persona se sienta que puede compartir su pena.
- Participar en alguna actividad agradable para la persona donde no se sienta presionada ni incómoda con las personas presentes.
- Recobrar algunas actividades de la vida diaria que haya abandonado y que no requieran mucho esfuerzo etc...

▪ Toma de decisiones. Una vez que tengamos un abanico de posibilidades podemos ver los pros y contras de cada una de las opciones, de manera que podamos decidir cual es la más beneficiosa para el doliente en cuanto a la relación coste-beneficio. De esta manera puede valorar como la más adecuada una actividad que requiera de mayor esfuerzo pero también le vaya a suponer mayor beneficio.

▪ Planificación, aplicación, verificación y eficacia de la alternativa propuesta. Si una vez llevada a cabo no funciona podemos modificar la alternativa utilizada o bien poner en marcha otra.

- Entrenamiento en habilidades sociales. Si consideramos que el apoyo social es fundamental para un buen desarrollo del proceso del duelo, es necesario y nos servirá de gran ayuda que el doliente maneje una serie de recursos que le faciliten un contacto social adecuado. Por lo tanto se aplicará el programa que se considere apropiado para el caso.

- Los rituales de despedida. Son conductas que facilitan hacer real la pérdida. (ver Módulo 2).

- Ventilación de emociones. Hablar del fallecido, expresando lo que piensa y siente acerca de lo sucedido puede favorecer la elaboración del duelo.

Técnicas desde una perspectiva constructivista (Neymeyer, 2007)

Esta perspectiva plantea la Teoría de la reconstrucción del significado. Al producirse una pérdida la persona tiene que volver a construir un mundo de significados que le permita vivir adaptado a la nueva situación. La propuesta de este autor engloba el contexto general del doliente (familiar, espiritual, social...). Esta consta de una serie de ejercicios que pueden ser utilizados por el/la Psicólogo/a en las sesiones de tratamiento o bien como ejercicios para casa apoyando el trabajo terapéutico.

- Biografías. Como su nombre indica trata del relato de la vida del ser querido de manera que nos permite tener una visión más global. Para realizarla podemos seguir las siguientes directrices:

- Fuentes que va a utilizar: relato en primera persona, utilización de objetos como cartas, documentos...
- Datos sorpresas: si tenemos en cuenta distintas fuentes podemos reflexionar sobre los puntos contradictorios acerca de la persona querida.
- Tiene limitaciones: no pretendamos hacer una biografía con todo detalle, aceptemos que es incompleta.
- Utilizar datos objetivos pero también podemos interpretar qué significado tuvieron en ese momento, qué dicen de esa persona...
- Dirigirse a un público en concreto: puede ser para la propia persona, público en general, para su familia...

- Caracterizaciones de la pérdida. Es una técnica narrativa que sirve para explorar la pérdida y el impacto en la identidad de la persona. Se dan estas instrucciones:

- En el espacio que sigue haga un esbozo del personaje (fallecido) visto desde su propia perspectiva. Escriba como si se tratara del personaje principal de una película, obra de teatro o libro. Hágalo como si fuera un amigo y lo conociera muy bien. Asegúrese de hacerlo en tercera persona. Por ejemplo empiece "...es"
 - ¿Qué aspecto tiene el mundo visto desde el personaje?
 - ¿Hay pautas inesperadas?
 - ¿Hay términos que se repiten y pueden hacer referencia a algo importante?

- Cartas que no se envían. Son cartas dirigidas a la persona fallecida y que expresan algo que no pudieron decirle. Son útiles cuando hay resentimiento y culpa por la pérdida.

- Diarios. En pérdidas traumáticas son muy útiles ya que le sirven al doliente de descarga de los recuerdos dolorosos. Las normas que nos propone este autor para que sean efectivas son:

- Centrarse en una pérdida traumática.
- Comentar aquellos aspectos que no ha comentado con nadie y que piensa que nunca lo hará.
- No preocuparse por la ortografía o el modo de escribir, lo importante es el contenido.
- Es importante escribir como mínimo unos quince minutos al día, al menos durante cuatro días.
- Es necesario darse un tiempo después de escribir para empezar con nuestra actividad normal. Es necesario reponerse a nivel emocional.

- Dibujos e imágenes. Es otra forma más de expresión, se pide que realice un dibujo en relación con la pérdida y comentamos el contenido.

- Entrevista de reconstrucción de significados. Consta de una serie de preguntas organizadas en tres apartados y cuyo objetivo es ayudar en la reconstrucción de significados.

▪ Preguntas de entrada

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

▪ Preguntas de explicación

- ¿Qué sentido le dio a la muerte en aquel momento?
- ¿Cómo interpreta la pérdida ahora?
- ¿Le ayudaron sus creencias religiosas? ¿qué efecto tuvo sobre ellas?

▪ Preguntas de elaboración

- ¿Cómo ha afectado a sus prioridades?
- ¿Cómo afecta a su visión del mundo y de sí mismo?
- ¿Qué ha aprendido a raíz de la pérdida?
- ¿De qué modo cambiaría su vida si esta persona no hubiera fallecido?

- Epitafios. Se trata de elegir una frase adecuada que tenga significado en la relación del doliente con el fallecido y dejarla tallada o no donde se encuentre el fallecido.

- Galería de fotografías. Las fotografías nos permiten recordar a la persona fallecida de manera clara, de forma que pueden servir para la reconstrucción del significado. Puede llevarse en la cartera, hacer una galería de fotos...

- Huella vital. Se trata de encontrar la huella que la persona fallecida ha dejado en el doliente. Es una forma de homenajear al fallecido pueden ser gestos, formas de hablar, actividades laborales o de ocio, características de personalidad...

- Lectura reflexiva. Los libros de autoayuda suelen servir a la persona que está afrontado la pérdida, pero para que la lectura sea aprovechada debemos tener en cuenta las características lectoras del doliente (creencias religiosas, hábitos de lectura...)

- Elaborar un libro de recuerdos. Se trata de recoger un documento donde los sentimientos y pensamientos puedan ser compartidos con otras personas. Para su elaboración se puede utilizar cualquier material de recuerdo.

- Objetos de vinculación. Conservar o utilizar de manera cotidiana algún objeto que nos recuerde a la persona fallecida.

- Peregrinación personal. Se trata de la necesidad que puede surgir de visitar lugares o personas relacionadas con el fallecido. Esto puede generar recuerdos de nuestra historia y el lugar que ocupamos en la familia o con nuestros seres queridos.

- Poesía de la pérdida. A veces con el lenguaje normal no podemos expresar sentimientos o darle significado a la pérdida. A través del lenguaje poético podemos articular de manera simbólica lo que no podemos expresar de manera directa.

- Rituales. Los rituales tanto formales como informales son una pieza fundamental para dar sentido a los cambios de nuestras vidas, no importa la forma en la que se hagan lo importante es la acción simbólica que nos ayuda a asumir la pérdida.

Técnica gestáltica (Worden, 1997)

- Técnica de la silla vacía. Se trata de que el doliente hable directamente con el fallecido, es decir, se dirija a él. Consiste en poner en frente de la persona en duelo una silla vacía y que se imagine que el fallecido está sentado en ella. A continuación se le pide que hable directamente con él, en primera persona y en presente, sobre sus sentimientos y pensamientos acerca de la muerte y sobre su relación.

Una versión diferente de esta técnica es la de Megles y DeMaso (1980), que proponen que se haga en imaginación, se le pide que cierre los ojos y que imagine que está hablando con su familiar querido.

8.2.4. MODULO 4. ASESORAMIENTO PSICOSOCIAL A GRUPOS

8.2.4.1. Introducción

Desde el ámbito en el que trabajamos, el asesoramiento en grupo es muy efectivo en distintas situaciones, y se dirige a cualquier grupo social (familias, grupos de vecinos, amigos, etc) que haya sufrido un mismo tipo de pérdida o haya vivido situaciones parecidas. De esta manera, las situaciones susceptibles de ser tratadas mediante asesoramiento a grupos son diversas, considerando distintas opciones:

- Grupo informativo. Asesorar a afectados o allegados de una situación de crisis o duelo (Ej: vecinos afectados por una inundación, incendio...)
- Grupo de apoyo psicológico. Asesorar y guiar a un grupo de personas que tienen en común una pérdida.

La *duración*. Las sesiones serán entre una hora y hora y media, ya que en menos tiempo resulta difícil trabajar con un grupo de personas y más de hora y media puede cansar. La temporalización aconsejable de las sesiones es semanal, al menos en un principio, e ir espaciándolas en función del desarrollo del grupo. Nos podemos encontrar que en el grupo informativo, por ejemplo, sus necesidades sean cubiertas en la primera sesión; es decir, el número de sesiones será flexible según valore el profesional. No obstante suelen necesitarse entre 1-10 sesiones con el fin de que el grupo de apoyo psicológico se convierta en grupo de ayuda mutua y pase a ser gestionado por sus propios miembros.

El *tamaño del grupo*. En el grupo informativo la primera sesión es “accidental”, es decir, en función del suceso o pérdida. En este momento no debe restringirse la participación de ninguna persona que de manera directa o indirecta quiera estar presente. Si por las circunstancias nos encontramos con un número desproporcionado, como puede ser una comunidad, o con alguna problemática que nos haga valorar la necesidad de separar a las personas, en estos casos se procederá a formar distintos grupos gestionados por profesionales. En caso de grupo de apoyo psicológico, seguir el mismo criterio.

El *profesional* que guía las sesiones será el/la Psicólogo/a en el grupo de apoyo psicológico; en el caso de grupo informativo, Psicólogo/a inicialmente pudiendo valorar la necesidad de que en otras sesiones posteriores puedan incorporarse otras figuras como Educador/a Social, Trabajador/a Social, Médico, Abogado/a,...

El *lugar* de encuentro se realizará en función de los recursos con los que se cuenten en el municipio en cuestión y del tamaño del grupo. En el caso de que el asesoramiento esté dirigido a miembros de una sola familia, y se considere oportuno, se puede realizar en el domicilio familiar.

8.2.4.2. Grupo informativo

Objetivos

1. Orientar y asesorar a las familias o afectados de una situación de pérdida.
2. Informar de los recursos disponibles para las necesidades planteadas.
3. Poner en contacto a personas con una misma experiencia.

Sesiones

1ª SESIÓN. Recogida de información y problemáticas. (anexo 8)

Esta primera sesión debe ser lo antes posible, siempre teniendo en cuenta las necesidades y las demandas que nos realicen. El desarrollo de las sesiones seguirá un esquema similar al siguiente.

- Presentación individual de cada participante utilizando una dinámica sencilla y adaptada al tamaño del grupo.
- Parentesco con la persona/as fallecida o relación con el acontecimiento vivido.
- Motivo por el cual ha asistido a la sesión y principal problema con el que se encuentra en este momento.
- Introducción por parte del profesional del motivo que nos lleva a estar reunidos, dando información aclaratoria del duelo y su proceso. O bien de la situación de estrés en caso necesario.
- Turno abierto de preguntas, problemáticas y necesidades que puedan plantear los participantes, dando respuesta a las mismas.
- Recogida de datos con la utilización de autoinforme. Cuestionario de experiencias traumáticas (TQ) (tabla 8). Pueden realizarlo fuera de la sesión para entregarlo posteriormente.
- Antes de terminar, hacer un resumen de la sesión.
- Fijar la próxima cita. En caso de que sea asesoramiento familiar debemos establecer un representante familiar de manera que sea nuestro contacto con la familia y portavoz en caso de necesidad.
- Turno de dudas o sugerencias por parte de los participantes.

Tras la primera sesión nos encontramos con información importante que puede determinar la configuración del resto de sesiones: la incorporación o no de otros profesionales, la división del grupo, la finalización del mismo, la atención individualizada de alguno de sus miembros, etc. También podemos decidir si este grupo o parte de él se puede convertir en un grupo de apoyo psicológico.

8.2.4.3. Grupo de apoyo psicológico (Romeo, 2008)

Al igual que cualquier grupo tiene que tener de partida unas reglas básicas a cumplir por los miembros:

- Confidencialidad de lo tratado en el grupo.
- No criticar ni juzgar las opiniones de los miembros.
- Principio de igualdad y respeto dentro del grupo.
- Respetar el turno de palabra, teniendo cada persona derecho a hablar si así lo considera sin ser presionado para hacerlo.
- Respetar las diferencias personales en la vivencia del duelo en cuanto tiempos, proceso...
- La finalidad común del grupo es sentirse apoyado, compartir y aprender.
- Cualquier otra norma que por las características del grupo, el asesor o facilitador considere necesarias y sean consensuadas por todos.

El conocimiento y respeto de las normas del grupo facilitará la confianza y cohesión, y por extensión, el buen funcionamiento de mismo.

Además de las normas básicas el asesor debe tener en cuenta a la hora de llevar un grupo de apoyo una serie de parámetros relevantes:

- Su formación en esta materia.
- Sus habilidades de comunicación y escucha.
- Su capacidad para estimular la participación de aquellos que lo deseen.
- Pasar desapercibido, aquí los protagonistas son los dolientes.

Objetivos

- Permitir a las personas que han perdido un familiar que dispongan y compartan un espacio en común.
- Compartir sentimientos y experiencias.
- Aprender sobre el duelo y su proceso.

Sesiones

1ª SESIÓN. Punto de encuentro

En esta primera sesión se formará el grupo y se expondrán los siguientes temas:

- Presentación de las personas asistentes.
- Objetivos del grupo.
- Normas básicas del grupo.
- Dinámica de las sesiones.
- Establecer el lugar, horarios, periodicidad.
- Escuchar las peticiones, dudas o sugerencias de los participantes.

Se deberá valorar la necesidad o no de dividir el grupo, aunque podemos dejar que evolucione una o dos sesiones más, puesto que puede ocurrir que el número de asistentes disminuya.

En las sesiones posteriores se desarrollarán una serie de propuestas para trabajar, organizándolas en el orden que el asesor considere más apropiado:

Tareas del grupo

- *Gestión de las emociones*
 - Mediante preguntas acerca de cómo se siente, enfadado, triste... de lo que hace en estos momentos.
- *Recuperación de la cotidianidad*
 - ¿Cómo ha cambiado tu vida?
 - ¿Qué dificultades encuentras?
 - ¿Qué cosas tienes que hacer que antes no hacías?
- *Rituales*
 - ¿Visitas el lugar donde se encuentra la persona fallecida?
 - ¿Hay algo que no has hecho todavía y te gustaría hacer?
 - ¿Qué has hecho con sus cosas?
 - ¿Te has despedido?
- *Recuerdos intrusivos*
 - ¿Qué recuerdos tienes de esos momentos?
 - ¿Hay alguna imagen, recuerdo, sonido, olor... que no te puedas sacar de la cabeza?
 - ¿Tienes a veces la sensación de oír, ver, o sentir la presencia de la persona fallecida?

- *Relaciones familiares*

- ¿Qué ha cambiado en tus relaciones familiares desde la pérdida?
- ¿Se habla en casa de la persona fallecida?
- ¿Asistes a las celebraciones familiares? ¿Cómo te sientes?

- *Relaciones sociales*

- ¿Has retomado las actividades que hacías antes de la pérdida?
- ¿Ha cambiado la relación con tus amigos?

- *Primer aniversario de la muerte*

- ¿Qué ha sido lo más difícil afrontar en este año?
- ¿Cómo has vivido el primer aniversario?

- *Gestión de los recursos personales*

- ¿Qué ha cambiado de tu vida desde el fallecimiento?
- ¿Cómo has solucionado los problemas que te han surgido?

- *Gestión de los problemas cotidianos*

- ¿Hay algún problema de tu vida que te cueste especialmente solucionar?

- *Cambios personales*

- ¿Qué cambios a nivel personal has tenido desde el fallecimiento?
- ¿Has aprendido algo de esta pérdida?

- *Creencias*

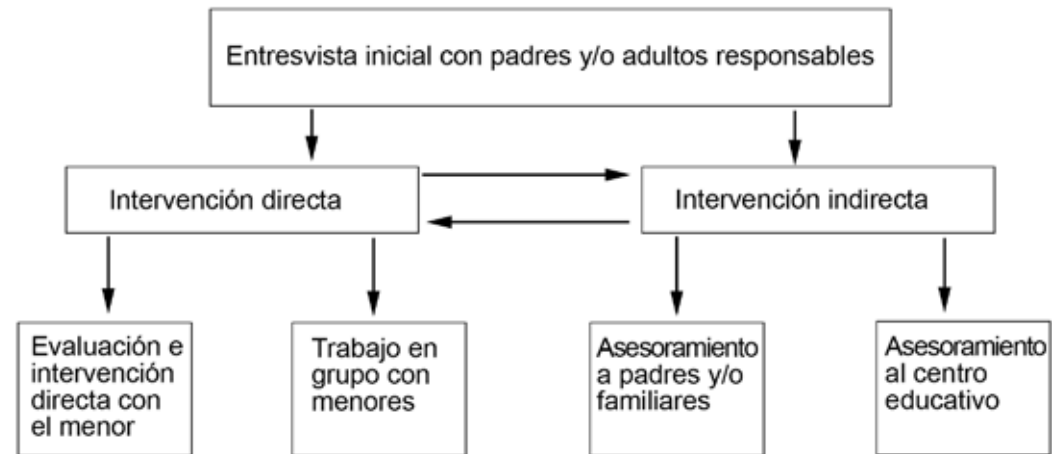
- ¿Han cambiado tus creencias o tu religión desde el fallecimiento?
- ¿Te han servido tus creencias e incluso se han visto reforzadas desde la pérdida?

Es aconsejable que la sesión termine de forma positiva, mediante una técnica de relajación, música, con una lectura... cualquier herramienta que pueda servir para finalizar de una manera agradable.

El grupo de apoyo psicológico puede derivar en un grupo de ayuda mutua donde los componentes lo gestionen y la figura del asesor se retire. Este cambio no tiene que ser radical, puede ser progresivo dando la oportunidad de consultar con el asesor cuestiones puntuales.

8.2.5. MODULO 5. ASESORAMIENTO E INTERVENCIÓN A MENORES Y ADOLESCENTES

8.2.5.1. Esquema general



8.2.5.2. Introducción

La muerte en nuestra cultura ha sido y sigue siendo tabú, si es así en la población general, más aún respecto a los menores. Cuando un familiar o allegado de un menor fallece, la tendencia es apartarlos, aislarlos y posponer o evitar informarles del fallecimiento, con el objetivo de no hacer sufrir y proteger. Sin embargo las investigaciones y la práctica clínica (Poch y Herrero, 2003) avalan la idea de que tanto los niños como los adolescentes necesitan comprender y dar un significado a la pérdida de manera adecuada al momento evolutivo.

Para ello es imprescindible que formen parte de los procesos familiares y que no se les excluya de los procesos de duelo. Esto desmonta algunos mitos, como que los menores no se dan cuenta, que no comprenden los rituales o que no elaboran el duelo. En estas situaciones los menores perciben la angustia de los adultos, saben que algo está pasando, si no son informados pueden imaginar cualquier cosa o bien recibir información de una fuente que no sea la más adecuada.

Al igual que los adultos, necesitan experimentar sus sentimientos (tristeza, pena...), recibir información adecuada, preguntar sus dudas acerca de lo sucedido, en definitiva poder experimentar la pérdida de un familiar y comprender el ciclo de la vida de forma natural. Se trata de respetar el derecho del menor a tener la información de manera adaptada a su edad así como de la elaboración del duelo. Esta elaboración va a depender de la edad o momento evolutivo, del entorno social, de los modelos de afrontamiento que tenga y del apoyo familiar.

Para cumplir este objetivo debemos tener en cuenta el proceso que sigue el concepto de muerte en los niños a lo largo de la infancia Tizón, (2004), Baum, (2003) (tabla 9). La clasificación está realizada por edades y en este sentido es importante tenerlo en cuenta a la hora de evaluar e intervenir en el proceso de duelo.

La pérdida en la infancia y los sentimientos que produce pueden ser muy variados; desde la pérdida de un ser querido (madres, familiares, profesores...), de un objeto (juguete,...), de una parte de su cuerpo (mano, dedo,...) hasta la pérdida de la casa (por inundación,...). Sin embargo la pérdida y el concepto de muerte evolucionan y son diferentes en según que edad. Los conceptos básicos a tener en cuenta son: universalidad, irreversibilidad, no-funcionalidad, causalidad y la continuación no corpórea. En general estos conceptos parece que se producen alrededor de los 7 años aunque no se empieza a ser consciente de la propia muerte hasta aproximadamente 11-13 años, dependiendo también de las experiencias del menor.

El proceso de duelo es similar en menores y adultos sobre todo a partir del momento en que entiende la irreversibilidad de la muerte. La duración en duelo normal puede variar en función de las circunstancias de la pérdida y del apoyo con el que cuenta el menor.

En cuanto a los profesionales, pueden intervenir desde distintas áreas como: Pediatra, Psicólogo/a, Profesores/as... El lugar de atención puede ser variado: colegio, domicilio, etc...

Tabla 9. Desarrollo del concepto de muerte y sus manifestaciones

Edad	Concepto de muerte	Reacciones /manifestaciones
Hasta los 2 años	No existe comprensión cognitiva de la muerte	Ansiedad a la separación, disminución de la actividad, pérdida de peso, quietud, sueño precario.
	Son sensibles a los cambios que se pueden producir en su entorno	
	Muerte como abandono	
De 3-5 años	Muerte reversible y temporal, como dormir	Pueden presentar trastornos del sueño de la alimentación y de control de esfínteres. Miedo a ser abandonados, a dormir solo, a la oscuridad... Pensamiento mágico (¿pensé algo que causó la muerte?) y culpa.
	Continuidad de la vida después de la muerte	
	Pueden entender la muerte como castigo	
	Muerte relacionada con la vejez o enfermedad	
De 6-9 años	Comprensión progresiva del carácter real e irreversible de la muerte	Curiosidad por la muerte, preguntas acerca de ella, sentimiento de abandono, agresividad, miedos a subir alguna enfermedad...
	Carácter no universal (les pasa a otros no a mí)	
	Imagen de la muerte como un fantasma, esqueleto...	
De 10-13 años	Muerte es real, irreversible y universal (todo el mundo morirá)	Trastornos del sueño y de la alimentación. Cambios de humor, rabia y culpa. Miedo y ansiedad por su propia muerte
De 14-18 años	Comprensión de las consecuencias de la muerte por la adquisición del pensamiento formal y abstracto.	

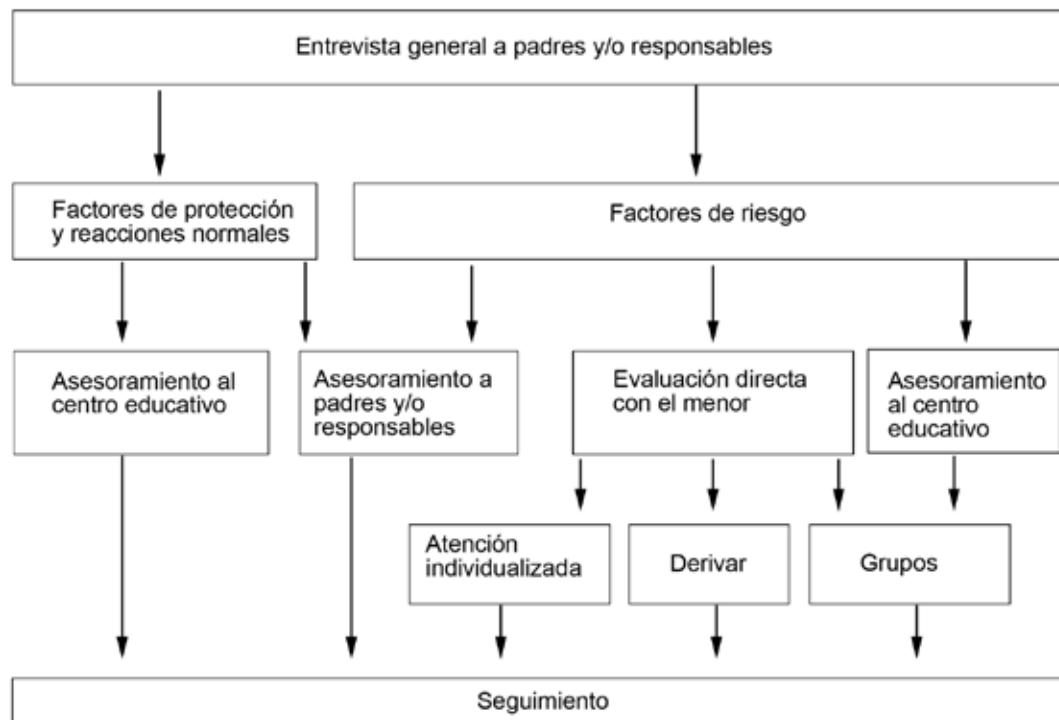
8.2.5.3. Objetivos

- Prevención de un posible duelo complicado.
- Ayudar y facilitar el proceso de duelo del menor.
- Normalizar su situación y fomentar la seguridad del menor.
- Dotar de formación y herramientas a familiares, Psicólogos/as, Educadores/as así como, cualquier profesional que pueda estar implicado en el proceso de duelo del menor.

8.2.5.3. Evaluación

Antes de iniciar un proceso de evaluación e intervención directa con el menor, deberíamos recabar información de un adulto cercano (padres, hermanos, abuelos...) y/o de otros ámbitos que el profesional considere (colegio, amigos...) ya que no en todos los casos es necesario llevar a cabo una intervención directa. En el primer contacto vamos a valorar qué tipo de intervención es la adecuada al caso, directa o indirecta. (esquema 2)

Esquema 2. Evaluación de menores en duelo



Para ello iniciaremos una entrevista inicial (cuadro 5) (anexo 9) a los padres o responsables del menor; también utilizaremos factores de protección (cuadro 6) e indicadores de riesgo de posible duelo complicado (cuadro 7).

Cuadro 5. Resumen de la entrevista inicial a padres de un menor en duelo

1. Datos de filiación
 - 1.1. Padres /tutores
 - 1.2. Menor
 - 1.3. Ámbito escolar
 - 1.4. Fallecido
2. Motivo de consulta
3. Datos referentes a la pérdida
 - 3.1. Circunstancias de la pérdida
 - 3.2. Comunicación del fallecimiento al menor
 - 3.3. Ritual de despedida
4. Antecedentes de pérdida
 - 4.1. Pérdida de algún familiar
 - 4.2. Pérdida de algún animal
 - 4.3. Pérdida de algún amigo (fallecimiento, cambio de domicilio y/o Centro Educativo)
 - 4.4. Pérdida de algún profesor
 - 4.5. Separación de los padres
 - 4.6. Otras pérdidas significativas (especificar)
5. Situación familiar
 - 5.1. Miembros de la unidad familiar
 - 5.2. Situación laboral
 - 5.3. Enfermedad
 - 5.4. Problema de adicciones
 - 5.5. Relación entre los miembros de la familia
 - 5.6. Modelo educativo
 - 5.7. Cambios significativos después de la pérdida (agresividad, nerviosismo, aislamiento, pasividad, cansancio, alimentación, sueño...)
6. Datos Escolares (cumplimentados por el familiar y/o tutor)
 - 6.1. Antecedentes escolares
 - 6.2. Situación actual
 - 6.3. Tratamiento del tema en el Centro Educativo
7. Historia Clínica
 - 7.1. Enfermedades físicas
 - 7.2. Enfermedades mentales
8. Socialización con los iguales (recogida de datos familia, colegio y/o amigos)
9. Otros datos de interés
10. Observaciones

En caso de inclinarse por la intervención indirecta es necesario un seguimiento del caso donde el profesional puede optar por citar a la persona para que acuda al servicio, llamar por teléfono, hacer una visita a domicilio... según lo que considere apropiado. El objetivo será sopesar si hay o no una mejora progresiva del duelo del menor. En caso de no haberla se considerará la intervención directa. El seguimiento se iniciará un mes después de la evaluación inicial, dejando siempre abierta la posibilidad de consultar en cualquier momento las dudas, cambios o mejoras del proceso de duelo.

En el caso de valorar riesgo o duelo complicado a través de la información recogida, iniciaremos un proceso de intervención directa donde tendremos un primer contacto con el menor y un proceso de evaluación e intervención, en esta evaluación podemos utilizar pruebas específicas (tabla 10).

Cuadro 6. Factores de protección

- Un entorno socio-familiar adecuado y estable.
- Un tratamiento adecuado del fallecimiento (en información y participación), (Punto 1.1 y 1.2)
- Relación segura y agradable con el fallecido
- Un apoyo emocional seguro y estable
- Un buen afrontamiento de duelo anteriores
- En definitiva unas condiciones generales positivas para el menor

Cuadro 7. Indicadores de riesgo de duelo complicado (modificado de Rosa Jové, 2008)

- Cuando el entorno familiar y social no es adecuado. No hay una persona adulta responsable de los cuidados del duelo del menor.
- En situaciones especiales (catástrofes, desastres...), donde el menor no tenga próxima una figura de apego.
- Si ya ha pasado un tiempo (a partir del segundo mes, aunque hay que tener en cuenta las diferencias individuales) y el menor no progresa en las tareas anteriormente descritas.
- Si presenta las reacciones normales de manera excesiva y continuada en el tiempo (a partir del segundo mes, aunque hay que tener en cuenta las diferencias individuales).
- Si presentan nuevos síntomas como ideas de suicidio o de querer reunirse con la persona fallecida, ideas delirantes etc.

Ante la situación de pérdida la reacción inicial de un menor puede ser muy variada en función de variables tales como la edad, vivencias, etc... Es importante conocerlas y tener en cuenta a la hora de evaluar qué es normal en menores y adolescentes.

En función de los datos obtenidos y teniendo en cuenta las siguientes reacciones normales que pueden presentarse, nos vamos a plantear la intervención directa o indirecta con el menor.

Niños hasta los 9 años

- Miedos (a la separación de los seres queridos, a quedarse solo, a la muerte propia o de otras personas...)
- Irritabilidad
- Rabietas
- Tristeza y llanto
- Exceso de actividad
- Falta de interés por cosas que antes le interesaban
- Conductas regresivas (volver a chuparse el dedo...)
- Problemas de sueño
- Retraimiento
- Aislamiento
- Negación
- Culpa
- Problemas de atención y concentración
- Agresividad
- Dolores físicos (cabeza, barriga...)
- Disminución del rendimiento escolar
- Conductas de imitación a la persona fallecida
- Problemas alimentación (pérdida de apetito, peso...)
- Ansiedad

Preadolescentes y adolescentes

- Retraimiento
- Cansancio
- Problemas para dormir
- Problemas para comer
- Cambio de amistades
- Tristeza
- Aislamiento
- Negación
- Culpa
- Cambios en el rendimiento escolar
- Conductas peligrosas (antisociales, incluso intentos de suicidio)
- Quejas físicas
- Miedos (a la enfermedad, a la muerte...)
- Evitación
- Irritabilidad y agresividad
- Cambios de humor y depresión
- Resentimiento
- Ansiedad
- Absentismo escolar

En los días y meses posteriores a la pérdida es necesario valorar las reacciones anteriormente expuestas así como otras que puedan presentarse. Es importante determinar si son o no son normales, para ello tendremos en cuenta la edad, intensidad, duración o cualidad del síntoma que presenta (anexo,6). Esto nos dará información sobre la necesidad de pedir ayuda o no a un profesional. Se asesorará a la familia para ello, informándoles de cuáles son las reacciones que pueden presentar los menores como respuestas normales a la situación, siempre que no sean excesivas o duren demasiado, indicándoles como deben actuar y si es necesario deben pedir ayuda a un profesional.

Tabla 10. Pruebas específicas en la evaluación del menor en duelo

Prueba	Autor/es y año	Administración	Descripción general	Observaciones
Inventario de pérdidas	Montoya, (2003)	Heteroaplicada 10 minutos	Listado de 36 pérdidas y 9 preguntas relacionadas con las pérdidas producidas. Evalúa pérdidas previas y su impacto en la pérdida actual	No está validada
Cuestionario de aproximación al concepto de muerte en el niño	Montoya, (2004)	Heteroaplicada 15 minutos	Aproximación al concepto de muerte.	No está validada
Inventario de duelo complicado para niños	Pringerson, H.G. y cols (1999)	Autoadministrada 20 minutos	23 preguntas acerca de cómo se siente desde el fallecimiento.	
Escala para el trastorno de ansiedad por separación para niños y adolescentes	Caballo	Autoadministrada 10 minutos menores entre 6-16 años	Mide pensamientos, sentimientos y conductas características del trastorno que presenta el niño cuando se separa de sus padres 16 ítem	Se puede utilizar para el diagnóstico diferenciar

8.2.5.5. Intervención

A continuación pasamos a especificar las distintas intervenciones que pueden llevarse a cabo:

- Orientación a los padres o adulto responsable.
- Intervención directa con el menor.
- Orientación al profesor/tutor del Centro Educativo.
- Trabajo en grupo.

No obstante, las tareas en general que debemos tener presentes en la elaboración del duelo de un menor son:

- Que el menor comprenda y acepte que la pérdida es definitiva.
- Que sepa identificar sus sentimientos y expresarlos.
- Que se adapte a la nueva vida sin la persona fallecida.
- Colocar de manera no traumática a la persona fallecida en su recuerdo.

Orientación a los padres/madres o adulto responsable

En este tipo de orientación el número de sesiones nuevamente dependerá del caso y de la valoración profesional al igual que el seguimiento.

A continuación desarrollaremos algunos principios básicos que la persona responsable debe saber para poder afrontar el tratamiento de la muerte con un menor. Esta información puede ser utilizada individualmente o bien con un grupo de padres en sesiones de psicoeducación. Para este último caso podemos utilizar como medida para valorar la información recibida por los padres el cuestionario facilitado en el anexo 10.

1. La información del fallecimiento

Normalmente, para cuando se recibe la demanda de ayuda de un familiar, el menor ya ha sido informado del fallecimiento. No obstante, hay situaciones donde nos podemos encontrar que ha pasado poco tiempo (uno o dos días) y el menor no tenga información porque lo hayan alejado del suceso (por ej. en casa de un familiar de otro municipio...). También puede suceder que nos pidan ayuda en los primeros momentos para informar al menor, que sea una muerte anunciada o bien que sea una situación de emergencia o desastres y se atienda desde el primer momento. En todo caso es adecuado conocer cómo tratar la información que debe darse tanto en los primeros momentos cómo posteriormente.

Así pues, las dudas más comunes sobre el tratamiento de la información suelen ser:

- *¿Cuándo?* Lo antes posible. Los menores al igual que los adultos necesitan que se les informe de lo que sucede, ya que la incertidumbre hace volar la imaginación, aún más en el caso de los menores. Si no es así posiblemente reciban información de alguna fuente que no sea la más adecuada.

- *¿Quién?* Dar la noticia de un fallecimiento a un menor es una situación difícil de afrontar que los adultos tienden a evitar, bien por desconocimiento, por miedo a afrontarla o por creer erróneamente que evitan el sufrimiento. Puede ocurrir que un familiar nos pida que seamos nosotros los que informemos, sin embargo lo más recomendable es que lo haga un familiar cercano. Como profesionales podemos asesorar al familiar, en algunos casos podemos acompañar (si pensamos que por la situación socio-familiar es recomendable) y en situaciones especiales informar directamente (como puede ser el caso de un desastre, catástrofe... donde no haya familiares cercanos, etc...).

- *¿Qué?* La verdad, adaptada a la edad del menor. Esto es importante para el proceso de duelo. A veces creemos que por ser pequeños tenemos que contar historias o cuentos falsos para no hacer daño, sin embargo con la utilización de eufemismos estamos cometiendo un error. Cuando decimos que el familiar “se fue”, “está en un viaje largo”, (el menor espera que vuelva en algún momento), “durmió para siempre”, (puede tener problemas de sueño, miedo a dormir...).

- *¿Cómo?* Se aconseja que el familiar esté calmado, le dé la información de manera progresiva, simple y adaptada al lenguaje y a la capacidad de comprensión del menor. Debe estar preparado para responder a cualquier reacción, desde seguir jugando sin decir nada, hasta hacer cualquier tipo de pregunta. Puede abrazarlo, besarlo, etc... dándole el soporte emocional adecuado para que amortigüe la información.

- *¿Dónde?* en un lugar tranquilo y habitual para el niño, donde esté cómodo y le transmita confianza.

2. La participación del menor en el funeral

- Se recomienda la participación en el funeral a partir de los siete años aproximadamente teniendo en cuenta la madurez del menor (respecto a su edad) y su historia de duelo.

- No se debe obligar a asistir. El menor tiene que querer participar.

- Debe estar acompañado por un adulto que le explique el proceso y resuelva sus dudas.

- No es aconsejable la presencia del menor en los primeros momentos, donde las reacciones de los adultos y la organización de la situación puedan ser más descontroladas.

- Si no ha participado y se considera adecuado que se haga una ceremonia de despedida, podemos asesorar al familiar para que se proceda de la manera más adecuada teniendo en cuenta las características culturales y familiares. Así pues se puede escribir una carta y llevarla al lugar donde esté el familiar fallecido, hacer una visita al lugar del fallecimiento, llevar flores, dibujos...

3. Orientaciones generales para facilitar el duelo del menor

En los dos puntos anteriores hemos tratado dos situaciones que pueden ser útiles en los primeros momentos del fallecimiento. A continuación vamos a describir algunas recomendaciones generales que pueden hacer los familiares en el día a día después de la pérdida y que pueden ayudar a que la evolución del duelo del menor no sea complicada.

Crear un ambiente adecuado

- Se debe tratar que el menor recobre cuanto antes la rutina normal sin hacer grandes cambios en su vida. Por ejemplo:

- Cambiar de ciudad, casa y/o colegio.
- Cambiar su rutina diaria de actividades (jugar con sus amigos, actividades extraescolares...).

- Informar al centro educativo de lo sucedido.
- Hacerle participe de la nueva situación en cuanto la organización familiar a partir de este momento.
- Es muy importante darle seguridad, *“a él no le va a pasar nada”* y estabilidad. Para conseguirlo debemos expresarlo de manera verbal y no verbal (manteniendo el contacto físico, abrazándolo, besándolo, dedicándole tiempo...) e intentar mantener un ambiente calmado y cercano.
- Dedicarle y darle tiempo.
- No caer en la sobreprotección, apoyarlo pero fomentando su autonomía.

Comunicación con el menor

- Reforzar que el menor hable de lo sucedido, mostrando una actitud de escucha y respondiendo a sus preguntas de manera sincera. Si no quiere hablar hay que respetarlo:

- Podemos aprovechar cualquier pregunta o comentario para fomentar que se exprese.
- Podemos utilizar cuentos sobre el tema, leerlos y comentarlos (cuadro 8).
- Es adecuado hablar sobre el fallecido y responder a las preguntas pero no es conveniente que esto sea continuamente y se convierta en el único tema de conversación, hay que generar espacios.
- Si en algún momento el adulto no sabe qué responder debe reconocerlo honestamente.
- Hablar de la muerte de manera natural, explicando y dando respuesta a todas sus dudas.
- Debemos permitir que exprese sus sentimientos libremente (ej. con el llanto, con dibujos, cartas, poesías, juegos...) y ayudarle a ponerle nombres (estás triste, estás enfadado,...).
- Los adultos debemos ser buenos modelos de expresión de sentimientos, sin esconder el dolor, sino expresándolo con normalidad y de forma adecuada.
- Podemos elaborar un cuaderno de historia de vida del fallecido utilizando fotos, tarjetas o cualquier elemento que sea significativo y que haga que el niño guarde un recuerdo agradable sobre su ser querido.

Cuadro 8. Cuentos infantiles para tratar el duelo

- Osito y su abuelo. Gray, N. y Cabban, V. (1999) (hospitalizaciones y muerte del abuelo)
- Te echo de menos. Verrept, P. (2003) (muerte de la abuelita y pérdida de una amiga)
- Mamá qué es el cielo. Shriver, M. (2000) (explica la muerte para todas las religiones)
- Tom en el hospital. Bawin, M.A. y Le Masne, C. (1998) (para familiarizar al niño con el mundo sanitario y para aquellos que tienen que pasar por la experiencia de un ingreso sanitario)
- Recuerda el secreto. Kübler-Ross, E. (1992) (dos amigos enfrentados a la realidad de la muerte)
- Cuando los abuelos nos dejan. Ryan, V. y Alley, R.W. (2002)
- Cuando estoy triste. Ante la pérdida de un ser querido. Mundy, M. (2001)
- ¿Está la abuelita en el cielo? Baum, H. (2003). (orientación para padres y educadores en el duelo para niños de tres a siete años.)

Intervención directa con el menor

En la intervención directa deberemos tener en cuenta la edad del sujeto para seleccionar las técnicas más apropiadas:

De 3 a 8 años. Las técnicas que mejor funcionan son los dibujos, explicar historias relacionadas con el suceso, canciones, etc. Es fundamental utilizar el juego como instrumento.

De 9 a 12 años. Además de las técnicas anteriores podemos sondear que nos puede servir con cada uno en particular, según sus gustos, características....

De 13 a 18 años. A este grupo de edad no les gusta ser tratados como niños, por tanto deberíamos eliminar todas las técnicas más básicas (dibujos) utilizando más el diálogo.

Las técnicas a utilizar pueden ser variadas, pudiendo utilizar y adaptar las que se presentan en el siguiente apartado de trabajo con grupos.

Orientación al profesor/tutor del centro educativo

A la hora de orientar al tutor del menor, podemos utilizar las orientaciones realizadas anteriormente con la familia; además de hacerle observar que:

- La situación es especial.
 - Al pasar muchas horas en el centro educativo el profesor debe observar si se producen cambios significativos como para comunicarlo a la familia y/o profesional de referencia.
 - Si es conveniente o no hacer algún trabajo de grupo que le facilite el proceso de duelo.
- Podemos formar o participar utilizando el material que se desarrolla en el apartado que sigue.
- Estar a disposición para cualquier duda o comentario que nos quiera plantear acerca del menor.

Trabajo en grupo

El grupo de trabajo dirigido a menores y adolescentes, está basado en el material de Morganett (1990), “Afrontar la aflicción y la pérdida de seres queridos” y de Poch y Herrero (2003), “La muerte y el duelo en el contexto educativo”. Reseñar que este material puede utilizarse a modo preventivo con grupo de adolescentes o bien en el caso de haber sufrido una pérdida. Se puede realizar en los centros educativos, centros de servicios sociales, asociaciones y otras entidades que consideren necesario este trabajo.

A continuación se presenta un esquema general de este material dividido en sesiones de trabajo. Consta de 7 sesiones, no es necesario desarrollarlas todas, pueden ser seleccionadas en función de la temática a tratar y de las características del grupo.

Objetivos

- Constituir un marco adecuado para que los adolescentes puedan expresar sus sentimientos sobre la muerte o enfermedad de personas cercanas.
- Ayudar a comprender qué significa la muerte.
- Informar sobre los ritos culturales y sociales para que puedan comparar y ver las distintas realidades.

Sesiones

Consta de 7 sesiones de trabajo organizadas con objetivos, material y procedimiento. Podemos resumirlo como sigue:

Sesión 1. Introducción

- Dinámica de presentación
- ¿Qué esperan del grupo?
- Establecer las reglas del grupo
- Trabajar los sentimientos

Sesión 2. ¿Qué es la muerte y cómo sucede?

- Trabajar el concepto de muerte que tienen los adolescentes
- Definición legal de muerte
- Ciclo de la vida. No sólo las personas morimos
- Cómo podemos morir
- Trabajar los sentimientos de la muerte inesperada

Sesión 3. Sentimientos producidos por la pérdida

- Trabajar los sentimientos normales de la muerte y su proceso
 - Negación
Ej: *¿Conocéís a alguien que se haya negado a reconocer que su familiar padecía una enfermedad?*
¿Creéis que la negación es buena o mala?
¿Tratamos de negar otras cosas negativas que pueden suceder?
 - Enojo
 - Tristeza
 - Aceptación
 - Miedo

Sesión 4. La importancia del funeral

- Trabajar e informar sobre lo que pasa tras la muerte
 - Fotografías, folletos
 - Posibles visitas al cementerio

Sesión 5. Un epitafio personal

Esta sesión se elaborará en caso de que haya fallecimiento de algún familiar del grupo.

- Elaborar documento de despedida, ayuda al adolescente a despedirse de su familiar. Puede tener los siguientes contenidos:
 - Nombre de la persona
 - Edad de fallecimiento
 - Relación personal
 - Afición de la persona fallecida
 - Acontecimiento relevante que vivió
 - Comida, colores, lugares... favoritos
 - Algo que el adolescente y la persona compartían

Sesión 6. El suicidio

Se trata de una sesión de información y prevención del suicidio. Los temas a tratar son:

- Tipos de suicidio
- ¿Qué razones pueden llevar a una persona a suicidarse?
- Dónde acudir si se encuentran con una persona en esta situación.

Sesión 7. Autosuperación

- Aborda los temas que pueden llevar a la autodestrucción de las personas como manera inapropiadas de afrontar los problemas:
 - Consumo de sustancias
 - Promiscuidad
 - Aislamiento social
 - Negación y evitación de los problemas
 - Criticar a los demás
 - Actuar impulsivamente
 - Agresividad o pasividad extremas
 - Rechazo a aprender habilidades de afrontamiento adecuadas
 - Deterioro de la relación con los demás
 - Métodos de afrontamiento positivo

Sesión 8. Despedida

En esta sesión se hace un repaso de lo aprendido, se tratan las dudas y se ofrecen recursos si hay algún adolescente que lo necesite.

Técnicas específicas (Poch y Herrero, 2003)

Actividades de carácter general

- Poemas y canciones (a partir de los 3 años)
 - Objetivos: facilitar la visión de la vida, la muerte, el amor.... a través de la música, la poesía etc...
 - Descripción: grupal o individual. Aportar un material seleccionado por el asesor o miembros del grupo y analizarlo.

- El trabajo con materiales fáciles de manipular (a partir de 3 años)
 - Objetivo: expresar a través de materiales como barro, plastilina... materiales fáciles de manipular para que los menores expresen sus sentimientos.
 - Descripción: individual, grupal o familiar. Se trata de que los niños manipulen y trabajen con formas colores y expresen sentimientos que puedan transformarse en otros.

- Trabajo con títeres o muñecos (3-5 años)
 - Objetivo: expresar sentimientos haciendo hablar a través de títeres, muñecos...
 - Descripción: grupal, familiar o individual. Construir historias donde los protagonistas hayan tenido alguna pérdida.

- Lluvia de ideas (a partir de 6 años)
 - Objetivo: construcción de los conceptos claves mediante preguntas, dudas...
 - Descripción: todos en círculo se distribuyen tarjetas donde se deben plantear preguntas sobre la muerte. A continuación se ponen en una caja y van sacando una a una y discutiendo acerca de cada cuestión.

- Técnicas narrativas (a partir de los 12 años)
 - Objetivos: expresión de pensamientos y sentimientos acerca de la persona fallecida.
 - Descripción: individual o grupal.
 - Cartas de despedida.
 - Diario.
 - Narrativa de identidad (escribir acerca de quién es y cómo le ha afectado la muerte a su identidad).

- Trabajo con metáforas (a partir de los 12 años)
 - Objetivo: expresión y trabajo con sentimientos
 - Descripción: Grupal o individual. Utilizar las metáforas que pueden ser importantes para la persona y trabajar todos sus matices. Esto lo podemos hacer mediante preguntas:
Ejemplo: "...he construido una barrera desde la muerte de mi padres".
¿de qué material está hecha? ¿qué tamaño tiene? ¿qué hay a cada lado? Etc...

- Trabajo con valores (a partir de los 12 años)
 - Objetivo: reflexionar sobre el sufrimiento y la muerte para conocer mejor qué piensan los adolescentes sobre el tema.
 - Descripción: son frases inacabadas que tienen que completar.
Ej. La muerte es un tema _____
El sufrimiento me produce _____
Si pudiera escoger me gustaría morir _____

También podemos utilizar la literatura y el cine para trabajar el duelo con los niños:

- Cuentos
 - Yo siempre te querré (3-8 años). (Wilhelm, 1985)
 - Abuela de arriba, abuela de abajo (6-9 años) (De Paola, 1994)
- Novelas
 - Un mundo feliz (adolescentes y jóvenes) (Huxley, 1995)
- Películas
 - Hércules (8-12 años) (Walt Disney, 1998)

Este material puede ser completado por otro que el asesor conozca y pueda facilitar el trabajo de grupo o individual.

8.2.6. MODULO 6. INTERVENCIÓN EN SITUACIONES DE EMERGENCIAS Y DESASTRES

Este módulo comprende el material elaborado con anterioridad por el Instituto Provincial de Bienestar Social. De la misma forma, también es importante tener en cuenta la “Guía del IASC sobre Salud Mental y apoyo Psicosocial en emergencias Humanitarias y Catástrofes” (Inter-Agency Standing Comité, 2007).

A continuación se presenta el índice de temáticas que se tratan en el primero, pudiendo acceder al texto completo, Alarcón y cols, (2005) en la página web. www.ipbscordoba.es

1. INTRODUCCIÓN

2. LEGISLACIÓN BÁSICA

3. JUSTIFICACIÓN TEÓRICA

3.1. Modelo de intervención psicosocial en desastres

3.2. Delimitación conceptual

4. OBJETIVOS

4.1. Objetivos generales

4.2. Objetivos específicos

5. INTERVENCIÓN

5.1. Procedimiento de actuación e intervención

5.1.1. Roles y funciones generales del Equipo de Psicólogos/as

5.1.2. Valoración General del Suceso

5.1.3. Niveles de intervención. Definición y características

5.1.4. Organización General del Suceso

5.1.5. Evaluación directa con las personas afectadas

5.1.6. Intervención psicológica

5.2. Situaciones especiales

5.2.1. Comunicación de malas noticias

5.2.2. Apoyo Psicológico en el reconocimiento de cadáveres

5.2.3. Intervención con menores

5.2.4. Conductas autolesivas, parasuicidas y suicidas

5.3. Post-impacto y seguimiento familiar y/o individual

- 5.4. El cuidado de los técnicos. Apoyo psicológico a los miembros del equipo de intervención
- 5.5. Evaluación global y valoración de la intervención

- 6. CONCLUSIONES
- 7. BIBLIOGRAFÍA
- 8. ANEXOS

- Anexo 1. Ficha de datos generales
- Anexo 2. Ficha de datos familiares
- Anexo 3. Datos provinciales
- Anexo 4. Psicofarmacología básica
- Anexo 5. Documento para familiares. Guía para la atención a menores
- Anexo 6. Recomendaciones para familiares y acompañantes del duelo
- Anexo 7. Evaluación general de la intervención

8.3. Evaluación de la intervención (y posibilidad de evaluación externa)

Toda intervención realizada según protocolo o guía debe evaluar los resultados que produce. Por esta razón en la aplicación de la guía planteamos dos sistemas de evaluación posibles que se efectuarán si las condiciones de aplicación lo permiten (ver esquema del proceso):

1. Evaluación interna. Realizada por el equipo que desarrolla la intervención y ha evaluado antes del inicio de la misma y una vez finalizada esta. Preferentemente utilizando la metodología pre-post tal y como viene descrita en el apartado 9 (de comprobación experimental respecto a la eficacia e información del proceso de construcción)

2. Evaluación externa. Siempre que las condiciones lo permitan sería adecuado que un equipo externo evaluará los resultados de forma independiente. La situación ideal describiría un proceso en el que los profesionales que evalúan, tanto pre como post, son independientes a los que realizan la intervención. En caso de imposibilidad de estas condiciones, el menor nivel de evaluación externa ocurriría cuando expertos externos e independientes “supervisan” o realizan un seguimiento de la aplicación de la guía (aunque no puedan participar en su evaluación directa).

Las condiciones de evaluación estarán supeditadas al acceso que tengamos de la población de usuarios y de los medios a nuestra disposición. En cualquier caso, antes de la aplicación en la guía deben quedar bien especificados los mecanismos de evaluación a los que se va a someter el proceso de intervención. Este es uno de los puntos fundamentales de la psicología basada en la evidencia, el hecho de poder demostrar de forma empírica que los resultados obtenidos son positivos tras un proceso de evaluación de los resultados.

8.4. Seguimiento

El seguimiento es fundamental tanto en cualquiera de las casuísticas que presenta este documento. Sería recomendable, después de la fase de intervención, unos seis meses de seguimiento para que se complete un primer ciclo del proceso. También en este caso la evaluación al año de intervención también sería un punto de inflexión para valorar el resultado.

9. COMPROBACIÓN EXPERIMENTAL DE LA EFICACIA E INFORMACIÓN DEL PROCESO DE CONSTRUCCIÓN

La metodología basada en la evidencia se fundamenta en la demostración de que nuestras intervenciones son efectivas y eficientes (basándonos en datos empíricos). En consecuencia cuando se diseña partimos de una evidencia (la recogida de evidencias de otras investigaciones en la literatura científica sobre el tema sirve como base), pero aun así, debemos demostrar que nuestro trabajo es realmente útil y efectivo.

La comprobación experimental parte normalmente de un planteamiento de diseño experimental o cuasiexperimental entregrupos cuyos sujetos han sido preferentemente elegidos al azar, en el mejor de los casos, o por asignación aleatoria en su defecto (sobre todo si su aplicación se hace en servicios asistenciales), con medidas pre-post con un número de casos lo suficientemente amplio como para contrastar nuestra hipótesis de eficacia.

La comprobación experimental puede establecerse de distintas formas. La decisión de adoptar una de ellas (o varias) se decidirá según las características de su aplicación final (características de la población, como se accede a esta, disponibilidad de grupos de comparación, listas de espera, etc.). Algunas de las posibilidades son:

Diseño intrasujeto de medidas repetidas: en el que el propio sujeto es su control y en el que se establecen comparativas entre la medida pre y post de forma intragrupal. Este diseño se utiliza cuando no tenemos un grupo de características homónimas con el que hacer una comparación y/o cuando interesa (por las características de la población) establecer una comparación entre variables medidas por un mismo sujeto en dos momentos diferentes (normalmente una primera medida de línea base, pre o anterior a la intervención y al menos otra medida una vez finalizada la intervención, como medida de retirada de tratamiento o post).

Diseño entregrupos con medidas repetidas: cuando disponemos de varios grupos que pueden ser comparados (por ejemplo un grupo al que se le aplica la guía frente a otro grupo al que no se le aplica, grupo de lista de espera, grupo be-friendly o un grupo al que se le aplica una intervención convencional). Al igual que en el caso anterior se pueden utilizar dos o más medidas (pre-post intervención) e incluso poder analizar dos tipos de efectos diferentes (el de comparación intrasujetos –como en el primer caso- y de comparación entregrupos).

Uno de los aspectos más importantes de la comprobación experimental (muy criticado en el planteamiento inicial de la comprobación de tratamientos psicológicos eficaces en psicología clínica) ha sido la evaluación de una

sola medida o la utilización de un sólo criterio de eficacia. Por esta razón, esta guía cuenta con diferentes indicadores evaluados de forma tanto general o global (indicadores de este tipo pueden ser, por ejemplo, la calidad de vida, el grado de malestar) como de forma específica (cualquier variable concreta sometida a evaluación). De esta forma intentamos que la evaluación y la estrategia pre-post no se realice en tan solo una medida (global) sino que aplicamos diferentes medidas (tanto generales como específicas) en diferentes momentos (tanto pre como post –incluso en seguimiento-) y de diferentes tipos (entrevista, test, cuestionario u otros autoinformes).

El objetivo a cumplir es obtener suficientes indicadores que nos permitan no solo tener información global sobre mejoría (incremento de habilidades, calidad de vida, etc.) sino también de otras medidas más concretas. Estas, normalmente están asociadas a la aplicación de técnicas o procedimientos que si bien tienen “aportación” al estado global de un usuario son susceptibles de ser evaluados también de forma individual. Como sea, siempre resulta complejo determinar que componente de una intervención tiene efecto o da como resultado una mejoría o en que medida a influido en el resultado u objetivo final.

El que la mayoría de guías utilicen una organización en módulos facilita la adopción de evaluación generales o globales (generalmente realizadas al comienzo de su aplicación) y evaluación específicas (normalmente asociadas a la aplicación de módulos o de técnicas específicas). Por ejemplo, si dentro de un módulo voy a utilizar un entrenamiento en un tipo de habilidades, la posible adquisición de nuevas habilidades puede medirse fácilmente con una metodología pre-post (como una conducta discreta o concreta) independientemente de su aportación al estado “global” o mejoría del individuo.

En España, dentro del ámbito asistencial, es usual diseñar protocolos o guías de intervención, pero que posteriormente no son contrastadas con rigor, desde el punto de vista científico y esto influye tanto en sus puntos fuertes como en sus puntos débiles y defectos. La comprobación experimental no está exenta de problemas y dificultades (como la generalización de resultados, la homogeneización de sus condiciones de aplicación, características de la población...) pero no deja de ser una alternativa deseable y de elección frente a la no evaluación de resultados e intervenciones.

En líneas generales el proceso se sintetiza en las siguientes fases:

- Fase 1. Preliminares. Formación de un comité de expertos o técnicos acreditados. Diseño general de la guía. Análisis de necesidades, revisión bibliográfica, puesta al día...
- Fase 2. Trabajo en grupo, elaboración de borrador, evaluación del primer borrador y (si la evaluación es positiva) redacción de la guías.
- Fase 3. Formación-entrenamiento de los profesionales que la van a aplicar.

- Fase 4. Fase experimental. Adopción de metodología (normalmente cuasiexperimental) y medidas pre-post.
 - Evaluación
 - Intervención
 - Evaluación de la intervención
 - Seguimiento

- Fase 5. Valoración de protocolos y guías (normalmente evaluadores-revisores externos). Comunicación científica. Entrenamiento y formación de técnicos, generalización y uso de la guía en la red o en el servicio correspondiente, etc

Una vez finalizada la última fase y según el resultado obtenido podemos modificar algunos aspectos menores, realizar cambios sustanciales motivados, revisarla, obtener datos positivos, negativos o datos confusos o poco concluyentes.

En un primer momento recibimos un periodo formativo sobre la construcción de guías de intervención cumpliendo los criterios dictados por la APA y sobre psicología basada en la evidencia. Posteriormente trabajamos para concretar borradores de propuestas de guías que podían resultar de interés para desarrollar en nuestros puestos de trabajo y que fueran factibles en su construcción siguiendo los criterios científicos para el diseño y evaluación de guías.

Tras una primera fase de diseño del borrador y aprobación interna del mismo se comienza el desarrollo de la guía extensa. Para la actualización y búsquedas bibliográficas se utilizaron las siguientes bases de datos: CSIC, TESO, ISBN, PSYCINFO, OVID, PROQUEST, ISI-SOCIAL-SCIENCES, MEDLINE, CURRENT CONTENTS, GOOGLE SCHOLAR, TEMPUS-INE. Como estrategias de búsqueda acuñamos palabra clave (Duelo, duelo complicado, pérdida, muerte, asesoramiento psicológico en duelo).

Posteriormente se diseña la guía extensa y se procede a su evaluación.

10. PERFIL DE LOS TÉCNICOS

El perfil de los técnicos que participan son Psicólogos/as entrenados y con formación específica en intervenciones en duelo así como otros técnicos (Trabajadores/as Sociales, Educadores/as Sociales, Profesores/as...) formados que puedan participar en módulos concretos y en la derivación de casos.

11. COSTES, REQUERIMIENTOS Y RECURSOS

Los técnicos del Instituto Provincial de Bienestar Social van a ser formados en esta guía a distintos niveles.

Los autores de la guía realizarán la formación completa a todos los/as Psicólogos/as. Entrenarán a estos profesionales en la aplicación de toda la guía. Para ello es necesario unas 6 horas en las que se entrenará en la administración de las pruebas específicas de evaluación, procedimiento a seguir y aplicación de módulos.

En el caso de Trabajadores/as Sociales y Educadores/as Sociales, será el/la Psicólogo/a de la Zona de Trabajo Social el que llevará a cabo la formación. Para estos perfiles se realizará en unas 3 horas y principalmente en procedimiento, recogida de datos, derivación y en el módulo 1 de asesoramiento.

A nivel general esta guía no implica costes sustanciales ya que para su puesta en marcha solo se requiere a los profesionales internos de este organismo previamente entrenados.

12. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS Y DOCUMENTOS UTILIZADOS

- Alarcón. E y cols. (2005). Intervención psicológica ante situaciones de emergencias y desastres. Patronato provincial de bienestar social.
- APA (2002). DSM IV-TR. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. Masson: Barcelona.
- Arranz. P, Barbero, J.J. Barreto, P. y Bayés R. (2003). Intervención emocional en cuidados Paliativos. Modelo y protocolos. Barcelona: Ariel.
- Attig, Y. (1996). How we grieve: Relearning the world. New York, Oxford University Press.
- Barreto, P. y Soler, M.C. (2007). Muerte y duelo. Madrid: Síntesis
- Baum, H. (2003). ¿Está la abuelita en el cielo? Cómo tratar la muerte y la tristeza. Barcelona: Paidós
- Bayés, R. (2001). Psicología del sufrimiento y de la muerte. Barcelona: Martínez Roca
- Bowlby J. (1993). La pérdida afectiva. Barcelona: Paidós
- Di Nola, A.M. (2007). La muerte derrotada. Antropología de la muerte y el duelo. Belacqva.
- Freud S. (1968). Duelo y Melancolía. Obras completas. Amorrortu. Buenos Aires.
- Fernández A., Rodríguez, B. y Dieguez, M, (2006). Intervenciones sobre duelo. En: Pérez, P. Trauma, culpa y duelo. Hacia una psicoterapia integradora. 2ª edición. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- García, J.A. y Landa, V. (2008, junio). Cuidados básicos de duelo en viudas, un ensayo clínico... o la búsqueda de una quimera. 7º Congreso Nacional SECPAL.
- Kübler-Ross, E. y Kessler, D. (2006). Sobre el duelo y el dolor. Barcelona: Luciérnaga.
- Instituto de estadística de Andalucía (IEA) (2008).
- Inter-Agency Standing Comité (IASC) (2007). Guía sobre Salud Mental y apoyo Psicosocial en emergencias Humanitarias y Catástrofes. Ginebra: IASC.
- McGoldrick, M. y Gerson, R. (1987). Genogramas en la evaluación familiar. Barcelona: Gedisa.

- Morganett, S.R. (1995). Técnicas de intervención psicológica para adolescentes. Barcelona: Martinez Roca.
- Megles, F.T y DeMaso, D.R. (1980). Grief-resolution therapy: Reliving, revising and revisiting. *American Journal of Psychotherapy*, 34, 51-61.
- Neimeyer, R.A. (2002). Aprender de la pérdida. Una guía para afrontar el duelo. Barcelona: Paidós.
- Nomen, L. (2007). El duelo y la muerte. El tratamiento de la pérdida. Madrid: Pirámide.
- Nomen, L. (2008). Tratando... El proceso de duelo y del morir. Madrid: Pirámide.
- Pérez, P. (2006). Trauma, culpa y duelo. Hacia una Psicoterapia integradora. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Poch, C. y Herrero, O. (2003). La muerte y el duelo en el contexto educativo. Reflexiones, testimonios y actividades. Barcelona: Paidós.
- Real Academia Española. (2001). Diccionario de la lengua española.
- Romeu, A.M. (2008). Los grupos de duelo: "Tornar a Somriure", una experiencia práctica. En Nomen, L. (2008). Tratando... El proceso de duelo y del morir. Madrid: Pirámide.
- Shear et al. (2006). En Zhang, B, El-Jawahri, A. y Pringerson, H.G. 2006. Update on Bereavement: Evidence-Based Guidelines for the Diagnosis and Treatment of Complicated Bereavement. *Journal of Paliative Medicine*, Vol. 9, Nº 5.
- Tizón, J.L (2004). Pérdida, pena, duelo. Vivencias, investigación y asistencia. Barcelona: Paidós.
- Worden, J.W. (1997). El tratamiento del duelo: asesoramiento psicológico y terapia. Barcelona: Paidós.
- Zisook, S. Shuchter, S.R. (1991). Depression through the first year after the death of a spouse. *Am J Psychiatric*; 148: 1346-1352.
- Zhang, B, El-Jawahri, A. y Pringerson, H.G. (2006). Update on Bereavement: Evidence-Based Guidelines for the Diagnosis and Treatment of Complicated Bereavement. *Journal of Paliative Medicine*, Vol. 9, Nº 5.

13. ANEXOS*

* Todos los anexos se pueden descargar en la página web. www.ipbscordoba.es

