

**UNIVERSIDAD DE COSTA RICA  
SISTEMA DE ESTUDIOS DE POSGRADO**

**MANEJO DE DUELO EN LAS MADRES Y  
PADRES QUE PIERDEN A SU HIJO O  
HIJA DE FORMA INESPERADA**

**Trabajo final de investigación aplicada sometido a la  
consideración de la Comisión de Estudios de Posgrado en  
Trabajo Social para optar al grado de Magister en  
Trabajo Social con Énfasis en Intervención Terapéutica**

**ADRIANA GUTIÉRREZ CUEVAS**

Ciudad Universitaria Rodrigo Facio, Costa Rica

2009

## ***Agradecimiento***

*A la Msc. Ana Josefina Güell, Directora de la Residencia Práctica, por su ayuda y dedicación a lo largo de este nuevo reto profesional y personal.*

*A la Msc. Iris María Obando, por creer en el trabajo profesional que se realiza en la Institución.*

*A cada uno de los compañeros que trabaja en la Clínica Dr. Clorito Picado, quienes facilitaron los espacios para desarrollar un proyecto novedoso, apoyando en cada momento e interpretando la intervención social como una herramienta de promoción, prevención y tratamiento para la salud integral.*

*A cada uno de los participantes y las participantes del primer grupo de duelo, quienes facilitaron su experiencia creyendo en el trabajo profesional que se realiza.*

*A todos, muchas gracias*

*Adriana Gutiérrez Cuevas*

***Dedicatoria:***

*A Dios, por el regalo de la vida.*

*A mi hermosa familia, mi mamá, mi papá, hermanos, hermanas y mis cuñados y cuñadas que, con su tiempo, me ayudaron a cumplir un sueño.*

*A todos aquellos familiares que con su partida me dejaron algo más que dolor, como las valiosas enseñanzas que me permitieron entender la pérdida y el significado de la vida. Pero sobre todo, a mí tío Luis, que con su partida me dejó un mensaje de ayuda para los que van por el camino de la pérdida, para que puedan vivir de una mejor forma.*

*Al amor y apoyo incondicional de mi esposo y a mi hijo Esteban, fuente de inspiración y pilar fundamental para la motivación y logro de cada una de las metas propuestas.*

*A cada una de las personas que asistieron al grupo, que creyeron en mí, en mi sueño y lograron sobrevivir después de su pérdida y decidieron cambiar su vida por algo mejor.*

*A Ana Josefina por sus enseñanzas, consejos, guía y profesionalismo en ese nuevo camino lleno de retos y grandes satisfacciones.*

*Muchas Gracias*

*Adriana Gutiérrez Cuevas.*

“Este trabajo final de investigación aplicada fue aceptado por la Comisión del Programa de Estudios de Posgrado en Trabajo Social de la Universidad de Costa Rica, como requisito parcial para optar al grado de Magister en Trabajo Social con énfasis en Intervención Terapéutica”

---

Dr. Freddy Esquivel Corella  
Representante de la Decana  
Sistema de Estudios de Posgrado

---

M.Sc. Ana Josefina Güell Durán  
Profesora Guía

---

Magister Iris María Obando Hidalgo  
Lectora

---

M.Sw. Carmen María Castillo Porras  
Lectora

---

Juan Carlos Vargas Aguilar  
Representante del Director  
Programa de Estudios de Posgrado en Trabajo Social

---

Adriana Gutiérrez Cuevas  
Sustentante

## Tabla de Contenido

<b>Contenido</b>	<b>Página</b>
Agradecimiento	ii
Dedicatoria	iii
Hoja de Aprobación	iv
Resumen	viii
Summary	ix
Listado de Cuadros	x
Listado de Tablas	xi
Listado de Figuras, Diagramas y Gráficos	xii
Introducción	1
Justificación	6
1. Estado de la Cuestión	12
2. Propuesta de Intervención para Residencia Práctica	24
2.1. Problema Objeto de Intervención	24
2.2. Variables y su Operacionalización	27
2.3. Sujetos de Intervención (Población Meta)	29
2.4. Imagen Objetivo (Impacto esperado)	31
2.5. Objetivos de la Intervención	33
2.5.1. Objetivo General	33
2.5.2. Objetivos Específicos	33
2.5.3. Objetivos Académicos	33
2.5.4. Objetivos de Servicio	34
2.6. Estrategia Metodológica	34
2.6.1. Enfoque Terapéutico	35
3. Enfoque Teórico- Epistemológico del Modelo de Intervención	43

3.1. Conceptualización del Duelo	43
3.2. Etapas del Duelo	47
3.3. Muertes Inesperadas	50
3.4. Modelo Terapéutico	55
3.4.1. Enfoque Cognitivo Conductual	55
3.4.2. Premisas Metodológicas	61
3.4.3. Premisas Epistemológicas	63
3.5. Modelo Terapéutico Grupal	64
3.5.1. Factores Terapéuticos	67
4. Modelo de Sistematización	73
4.1. Propuesta de Sistematización	76
4.1.1. Punto de Partida	76
4.1.2. Preguntas Iniciales	78
4.1.3. Recuperando el Proceso Vivido	79
4.1.4. Pensando y Repensando la Experiencia	81
4.1.5. Reflexionando la Experiencia	83
4.2. Instrumentos de Sistematización	83
5. Modelo de Evaluación	84
5.1. Propuesta de Evaluación	86
5.1.1. Problema y Objeto de Intervención	87
5.1.2. Objetivos del Modelo de Evaluación	87
5.1.3. Estrategias del Modelo	88
5.1.4. Periodicidad de la Evaluación	88
5.1.5. Variables del Modelo	89
5.1.6. Perfil de Entrada, Real, Ideal y de Salida	94
5.1.7. Instrumentos de Evaluación	95
6. Reconstruyendo desde el Dolor de la Pérdida del Ser Querido	96
6.1. Reconstruyendo el Contexto	96
6.2. Contexto Inmediato: Clínica Dr. Clorito Picado	99
6.3. Reconstruyendo la Intervención Terapéutica	106

6.3.1. Primera Etapa: Pre-Intervención	107
6.3.2 Segunda Etapa: Intervención	116
6.3.3. Tercera Etapa: Seguimiento	219
6.3.4. Cuarta Etapa: Supervisión	220
7. Evaluando la Experiencia Vivida	225
7.1. Viabilidad de la Propuesta	225
7.1.1. Perfil de Entrada	236
Reflexiones y Recomendaciones Finales	256
Evaluación y Sistematización como un Proceso de Registro	260
Experiencia de los Participantes	262
Experiencia Personal y el Programa de Maestría	263
Recomendaciones	265
Bibliografía	266
Anexos.	

## Resumen

La muerte de un ser querido es un evento que sobrepasa las fuerzas emocionales y físicas de las personas, sobre todo de las más cercanas, por el dolor que esto representa, el impacto en la vida cotidiana y el aumento de los sentimientos de tristeza cuando el que fallece es un hijo o hija.

En este documento se buscó detallar la experiencia práctica sobre la atención de los procesos de duelo vividos a raíz de la muerte de un hijo o una hija entre los 0 y 19 años de edad, sobre todo, si el hecho sucede de forma inesperada, por el impacto inicial y por el poco tiempo de adaptación que existe.

La propuesta de intervención se elabora sobre la base del enfoque cognitivo conductual, que es el marco teórico inicial; además, incorpora aspectos de lo social en la atención grupal de las personas. Unido a ello, se sistematiza y evalúa la propuesta con el fin de demostrar su viabilidad en las instituciones públicas donde calidad, tiempo y producción son ejes fundamentales.

Se definió como objeto de intervención el duelo y, como sujeto de intervención, los padres y madres que perdieron a un hijo en forma inesperada. Como novedad de la intervención, se desarrolló una metodología de trabajo replicable para el área de Trabajo Social.

Con el fin de conseguir que dicha propuesta sea implementada, se definieron una serie de fases que incluyen la selección de las participantes y los participantes, así como la construcción y ejecución del proceso grupal donde se revisaron pensamientos, sentimientos, distorsiones y creencias en torno al proceso de duelo.

Los resultados obtenidos en el proceso grupal permitieron revisar los pensamientos automáticos y las distorsiones cognitivas alrededor del tema, lo cual facilitó el cuestionamiento de las creencias intermedias, para que se realizaran modificaciones en cada uno de los participantes.

Entre los principales logros obtenidos, se encuentran: modificación de pensamientos distorsionados alrededor del tema de muerte y duelo, comprensión del duelo como un proceso que se vive en etapas que no son lineales, y la revisión de las creencias intermedias que apoyan las modificaciones realizadas.



## SUMMARY

The death of a lovely being is an event that exceeds the emotional and physical forces of people, over all to the most near, by the affliction that this situation represents, the impact in the daily life and the increase of the feelings when the person that expire is a son or a daughter.

In this document looked for to detail the practical experience about the attention of the proceeding of the sorrows have been lived right after of the death of a son or a daughter, between zero and nineteen years old, overall, if the fact happened in an unexpected way, by the initial impact and by the little time of adaptation that exists.

The proposal of intervention is elaborated on the base of the focusing cognitive behavioral that is the theoretic initial situation; furthermore, add aspects related with social situation in the groupal attention of the people. Beside of this, it is systematized an evaluated the proposal with the purpose to prove it's feasibility in the Public Institutions, where the quality, time and production are fundamental main points.

It was defined like an intervention object the sorrow and, as a subject of intervention, the parents that had lost a child in an unexpected way. As a newness of the intervention, it was developed a methodology of work repliering for the area of the social labor.

In order to obtain that the proposal was introduced, were defined a serie of phases that include the selection of the female and male participants, so the construction and execution of the groupal process, where reviewed thoughts, feelings, distortions and believes around the process of sorrow.

The obtained results in the groupal process allowed to review the authomatic thoughts and cognitive distortions about the theme, that afford the discuss of the intermediate believes, in order to realize modifications in each one of the participants.

Between the main obtained purposes, are: modification of the distortion thoughts about the theme of the death and sorrow, understanding the sorrow such a process that people live in parts which are not lineal, and the reviewing of the intermediate believes that support the realized modifications.

## Listado de Cuadros

<b>Cuadro</b>	<b>Página</b>
<b>Cuadro N. 1:</b> Total de defunciones violentas, según causa y año. Costa Rica, 2007-2008.	8
<b>Cuadro Nº 2:</b> Defunciones de San José, según causa violenta y año. Costa Rica, 2005 (Población 0-19 años)	9
<b>Cuadro Nº 3:</b> Total de defunciones, según causa y año. Costa Rica, 2007-2008	26
<b>Cuadro Nº 4:</b> Cronograma de la Residencia	109
<b>Cuadro Nº 5:</b> Datos Demográficos de los Participantes y las Participantes, Grupo de Duelo “La Esperanza” Julio –Octubre, 2007	116
<b>Cuadro Nº 6:</b> Perfil de entrada, entrevista inicial, 2007	232
<b>Cuadro Nº 7:</b> Comparación cualitativa inicial y final de conceptos Control, 2007	236

## Listado de tablas

<b>Tabla</b>	<b>Página</b>
<b>Tabla N° 1:</b> Variables e Indicadores	27
<b>Tabla N° 2:</b> Sesiones, Contenido y Actividades	37
<b>Tabla N° 3:</b> Análisis total de áreas afectadas	134
<b>Tabla N° 4:</b> Pensamientos automáticos (trabajo grupal)	136
<b>Tabla N° 5:</b> Pensamientos automáticos (trabajo grupal)	137
<b>Tabla N° 6:</b> Pensamientos automáticos por participante	144
<b>Tabla N° 7:</b> Distorsiones cognitivas (trabajo grupal)	147
<b>Tabla N° 8:</b> Distorsiones cognitivas (trabajo grupal)	148
<b>Tabla N° 9:</b> Analizando el problema e identificándolo	162
<b>Tabla N° 10:</b> Analizando e identificando el avance grupal	175
<b>Tabla N° 11:</b> Fortalezas, debilidades y cambios por participante	212
<b>Tabla N° 12:</b> Analizando objetivos y momentos evaluativos	229
<b>Tabla N° 13:</b> Analizando estructura y operatividad del proceso grupal	231

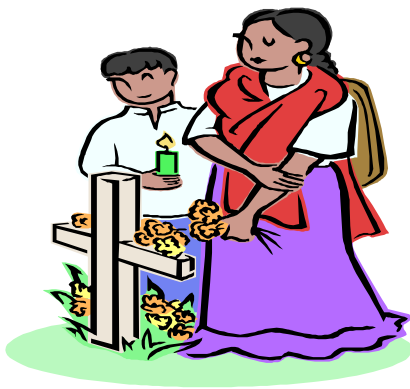
## Listado de Figuras, Diagramas y Gráficos

Contenido	Página
<b>Figura Nº 1:</b> Relación entre el mundo y la manera que se siente	146
<b>Diagrama Nº 1:</b> Diagrama de conceptualización cognitiva	194
<b>Diagrama Nº 2:</b> Diagrama de conceptualización cognitiva	202
<b>Esquema Nº 1:</b> Proceso de Intervención y Evaluación Socio-Terapéutico Madres y Padres que han Perdido un Hijo/a.	226
<b>Gráfico Nº 1:</b> Reconocimiento de Pensamientos Automáticos Grupo de Duelo “LA ESPERANZA”, Julio – Octubre 2007, Clínica Dr. Clorito Picado	245
<b>Gráfico Nº 2:</b> Conexión Pensamientos Automáticos y Reacciones Físicas y Emocionales Grupo de Duelo “LA ESPERANZA”, Julio – Octubre 2007, Clínica Dr. Clorito Picado	246
<b>Gráfico Nº 3:</b> Pruebas a Favor y en Contra de los Pensamientos Automáticos Grupo de Duelo “LA ESPERANZA”, Julio – Octubre 2007, Clínica Dr. Clorito Picado.	247
<b>Gráfico Nº 4:</b> Sustitución de Pensamientos Automáticos Grupo de Duelo “LA ESPERANZA”, Julio – Octubre 2007, Clínica Dr. Clorito Picado	248
<b>Gráfico Nº 5:</b> Desarrollo de Estrategias, Grupo de Duelo “LA ESPERANZA”, Julio – Octubre 2007, Clínica Dr. Clorito Picado	249

## VIVE PARA QUE VIVAN

*“La muerte siempre acontece. Hemos aprendido, a lo largo de la vida que este suceso inevitablemente ocurre. Pero, también, podemos llegar a aprender que es posible llenar de sentido una pérdida y dar significado a una muerte y no solo ser sus espectadores mudos o sufrientes. Que la muerte de alguien amado no necesariamente es una experiencia para ser cargada en la columna de las pérdidas, tal vez la oportunidad de un renovado comienzo. El comienzo de un nuevo horizonte no advertido hasta ese momento para los que quedamos vivos”.*

Greco Eduardo.



## INTRODUCCIÓN

Trabajar con el tema de la muerte, tiene como objetivo intentar descifrar como la pérdida de un hijo o una hija afecta a la madre y al padre; como esta situación entra en conflicto con la visión biológica de la vida, enfoque que plantea que los seres humanos nacen, crecen, se reproducen y mueren; y finalmente, pretende traer a discusión el hecho de que cuando la muerte llega en edades tempranas (0 – 19 años de edad), lleva a cuestionar las creencias personales y culturales aprendidas a través del tiempo.

La muerte se esboza en el concepto humano como el fin de todo. Es un concepto impregnado de tristeza. Desde los primeros tiempos, el hombre ha sentido pavor ante la muerte, no sólo suya, sino de la de sus seres queridos.

Para la madre y el padre, el dolor de la pérdida de un hijo se vive como un dolor indescriptible; es una soledad que sobrepasa al ser humano; es un silencio que deja oraciones inconclusas y palabras sin decir.

Desde esta óptica, el trabajar con el dolor de los seres humanos, principalmente el de la madre y el padre que pierden un hijo o una hija, se convierte en un elemento central de Trabajo Social, debido a las crisis generadas por el evento, donde la vida se desmorona y deja de tener sentido.

La búsqueda de una respuesta a la muerte de su hijo o hija, es una pregunta continua y desesperada de cada uno de los padres y madres que ha pasado por ese momento. La necesidad de mitigar el dolor de la realidad y retomar la vida misma, es lo que motiva el ofrecer una alternativa socio-terapéutica para avanzar en el proceso de duelo y de aceptación.

Este trabajo busca brindar una alternativa de atención a las secuelas que sufren las madres y los padres cuando un hijo o una hija fallece de forma inesperada,

porque se afronta una pérdida que imposibilita comprender la vida y sobrellevar la carga que representa la ausencia de quien ya partió.

El ser humano a lo largo de su existencia ha buscado comprender la fragilidad humana, que genera una gran angustia, vivida por la mayoría de personas como un hecho propio, único, ontológico, inalienable, de total soledad, injusto y absurdo.

Las muertes inesperadas son una conmoción fuerte para los familiares que quedan vivos, ya que dejan poco tiempo para que estos adviertan y comprendan la magnitud de su pérdida. Corr (2001) calcula que, por cada muerte repentina e inesperada, al menos diez personas sufren un efecto directo; por ello, se podría pensar que en las sociedades actuales, la cantidad de familias que sufren procesos de duelo por muertes inesperadas es elevada, si se toman en cuenta los accidentes, homicidios, suicidios y problemas de salud.

Estas muertes inesperadas dejan secuelas en cada una de las personas que conforman la familia: padre, madre, abuelos, hermanos y tíos; dichas consecuencias se manifiestan de diversas formas, entre las que están sentimientos de culpa, sensaciones de vacío e impotencia. Además, se deben manejar todas las creencias sociales, culturales y personales alrededor de la situación vivida, lo cual se agrava en ocasiones por los conflictos de pareja y, por las diversas formas de enfrentar la pena, que van desde las desconcertantes, como la tristeza y el llanto, hasta las ansiosas y explosivas, marcadas por el fenómeno social de género.

Por lo tanto, afrontar la muerte de un ser querido es uno de los momentos más difíciles y complejos que se tienen que superar en la vida. Esta situación difícil no solo es para la familia doliente; también tiene relación con los profesionales que laboran en salud, ya que estos en algunos casos son los responsables de

[www.ts.ucr.ac.cr](http://www.ts.ucr.ac.cr)

comunicar la noticia del fallecimiento a la familia. Para estos profesionales, dicha situación está cargada de una connotación emocional, debido a sus creencias personales, culturales y sociales.

Los profesionales en salud son los que acompañan a la familia de la persona fallecida en los procesos que debe iniciar a raíz del evento; sin embargo, Carmona y Bracho (2008) plantean que la muerte de las pacientes y los pacientes es difícil de comprender y manejar emocionalmente, en forma especial para los médicos y enfermeras que fueron educados para salvar vidas.

La cultura occidental ha visualizado la muerte como un fenómeno negativo que debe ser vivido y sobrellevado de forma individual, sin dimensionar la complejidad que ella implica para cada ser humano y sus recursos personales internos o externos.

A raíz de los aspectos mencionados, se hace necesario reflexionar sobre la importancia de realizar, por parte de los profesionales de salud, una intervención social, terapéutica y oportuna, con las familias que pierden un hijo o una hija de forma inesperada. Esta intervención busca trabajar los pensamientos, distorsiones y creencias sobre la muerte.

En este sentido, Trabajo Social visualiza la necesidad de brindar una respuesta efectiva para estas familias, que requieren de apoyo y que se les ayude a rescatar sus recursos internos y externos, de modo que logren transitar con mayor alivio por la crisis y el dolor de la pérdida de su ser querido.

Trabajo Social centra su trabajo cotidiano en las diversas pérdidas de los usuarios y las usuarias que se atienden cotidianamente, lo cual constituye un eje transversal en la intervención y exige del profesional un conocimiento técnico suficiente que permita la sensibilidad, pero a su vez, que indique las reacciones típicas de los procesos.



La familia en proceso de duelo vive momentos de desorganización; posteriormente, requiere que los roles que el fallecido cumplía sean reorganizados, para adaptarse a la nueva situación en su dinámica familiar y en su modo de vida.

En estos espacios, Trabajo Social tiene un gran campo laboral. Uno de ellos puede ser la asesoría y el acompañamiento inicial que consiste en:

- Facilitar las tareas de elaboración del duelo para evitar complicaciones a raíz de este.
- Contribuir y apoyar la expresión de sentimientos en torno a la muerte.

Trabajo Social tiene experiencia en la atención socio-terapéutica. En el caso de la temática de duelo, esta se centra en el apoyo, acompañamiento y la ayuda para la elaboración del duelo, en la expresión de sentimientos, en la reflexión sobre los procesos personales, de pareja y familiares posteriores a la pérdida.

Los espacios grupales en situaciones de duelo proporcionan una alternativa eficiente, eficaz y de menor costo, ya que facilitan la atención de cierta cantidad de personas con una misma problemática.

Los espacios grupales pueden ser definidos por el profesional a cargo, quien plantea los objetivos. Estos pueden tener un carácter preventivo y/o curativo, orientado hacia el crecimiento, al descubrimiento de los recursos internos, a la superación de obstáculos y a la autoconciencia de las personas participantes.

Para el ejercicio de Trabajo Social, es fundamental tener conocimientos sobre la vida y la familia, pero también sobre la muerte, evento que genera historias de sufrimiento y dolor, que en muchas ocasiones son llevados como cargas interminables por su falta de resolución.

Trabajo Social posee los conocimientos técnicos para entender el sufrimiento y los procesos que este genera. La sensibilidad del profesional es una herramienta efectiva de apoyo, debido a que se cuenta con formación en el ciclo vital de la familia y en los roles y funciones de esta, así como en patrones de comunicación emocional y en los factores culturales.

La presente sistematización esta organizada en siete capítulos:

El primero realiza una revisión documental sobre el tema de duelo y muerte.

En el segundo capítulo se discute la propuesta de residencia y la estrategia metodológica que se utilizó en la intervención grupal.

En el tercer capítulo se retoman los aspectos teóricos y epistemológicos del modelo de intervención conceptualizando el duelo, sus etapas, las muertes inesperadas, el modelo terapéutico y lo grupal.

En el cuarto capítulo se analiza la forma que se sistematizará la intervención realizada.

En el quinto capítulo el modelo de evaluación que se utilizará, sus variables y forma de evaluación en el proceso de intervención grupal.

En el sexto capítulo se inicia con la reconstrucción de la experiencia grupal, la parte previa, la intervención, el seguimiento y la supervisión.

En el séptimo capítulo se evalúa la experiencia vivida y la viabilidad de la propuesta.

Para finalizar se plantean una serie de reflexiones y recomendaciones finales basadas en la experiencia desarrollada.

## JUSTIFICACIÓN

El duelo es un proceso natural de *“elaboración de una pérdida, tendiente a la adaptación y armonización de nuestra situación interna y externa frente a una nueva realidad”* (Bucay: 2002:85). El mismo autor citado anteriormente analiza la etimología de la palabra pérdida: *“pe”* quiere decir *“al extremo”*, *“por completo”*, y el morfema *“der”* es el antecesor del verbo *“dar”*, con lo que se genera el cuestionamiento sobre si *“pérdida”* es haber dado el máximo. Por lo tanto, la pérdida viene a denotar *“conceder mucho más de lo que estoy dispuesto a dar”* (Bucay, 2002:44-46).

La muerte inesperada de un hijo o una hija es uno de los escenarios más difíciles y desgarradores que viven las familias, debido a la incompreensión que esto genera, pues no tiene sentido para las personas que lo viven. Cuando uno de los hijos o hijas entre 0 y 19 años fallece, muere en el padre y la madre un poco de esperanza, se desprenden sueños, anhelos y parte del futuro pensado (Fundación para Malformaciones Congénitas March of Dimes: 1999).

La pérdida en los seres humanos tiene un impacto en distintas áreas: emocional, física, social, laboral y de salud. Este tipo de pérdida es individual y es vivida de diversas formas por cada persona; se va presentando en diferentes fases, en las cuales se experimentan momentos intensos que buscan en un futuro, incorporar la experiencia a su vida cotidiana (Fundación para Malformaciones Congénitas March of Dimes: 1999).

Las personas a lo largo de su vida tienen pérdidas que, según su significado, simbolismo y vínculo, las afectan de manera diferente, debido a sus pensamientos, distorsiones, creencias y su espiritualidad. (Fonnegra: 1999, Worden: 1991, Ruíz y Cano: 2005). Sin embargo, esas mismas creencias,

pensamientos y distorsiones pueden confundir, enojar y angustiar a la persona limitando así la elaboración de esa pérdida.

La pérdida de un ser querido de forma inesperada afectará a su familia cercana, a sus parientes y amigos de distintas formas como: alejamiento, cambios de tema, opiniones que parecen incoherentes ante el evento, por lo que los dolientes se sentirán cada vez más solos e incomprendidos (Bucay: 2002 y Fonnegra: 1999).

Si se analizan las estadísticas de Costa Rica, como se observa en el siguiente cuadro, hay un crecimiento de la incidencia de accidentes de tránsito en el transcurso de un año; sin embargo, para el año 2008, se nota una leve disminución de los homicidios y los suicidios en el grupo poblacional de los 0 – 19 años de edad.

**Cuadro N° 1**  
**Total de defunciones, según causa y año.**  
**Costa Rica, 2007-2008**

Defunciones	2007	2008
Total de defunciones (0-19 años)	-- *	1175
Accidentes de tránsito (Todos los grupo etarios)	1392	1556
Suicidios y homicidios (0-19 años)	735	673

Fuente Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC). 2008

\* Dato no disponible, INEC

Otro dato que resulta significativo para esta intervención, es que solamente en la provincia de San José, entre los años 2000-2005, en el rango de edad de 0– 19 años, se reportaron al INEC 3.040 fallecimientos. Esta cifra demuestra que si los jóvenes fallecidos poseían a sus dos padres, se tendría una población de 6.080 personas que vivieron procesos de duelo por la muerte de un hijo o una

hija. Hay que preguntarse cómo vivieron ese proceso de duelo, de qué forma lo resolvieron, cuántas personas presentaron problemas de salud y cuántas lograron resolverlo.

Por otro lado, si cada uno de estos 3.040 jóvenes tuviese al menos dos hermanos, tres tíos y sus cuatro abuelos, la muerte de cada uno de ellos en ese tiempo tocó al menos entre 9 y 11 personas.

De estas muertes sucedidas en el cantón de San José en el año 2005, 32 fueron inesperadas para sus familias, como se observa en el siguiente cuadro

**Cuadro N° 2**  
**Defunciones de San José, según causa y año**  
**Costa Rica, 2005**  
**(Población 0-19 años)**

<b>CAUSA DE DEFUNCIÓN</b>	<b>AÑO 2005</b>
Accidentes de tránsito	6
Homicidios	13
Suicidios	13
<b>TOTAL</b>	<b>32</b>

Fuente: Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC). 2008

Estos casos de muertes inesperadas provocan la necesidad de la intervención de los profesionales de Trabajo Social, como algo fundamental, según lo señala Güell (1999:14): “El manejo de crisis, duelo, pérdida, toma de decisiones, así como redescubrir la esperanza y definir un nuevo proyecto de vida” plantean la importancia de la intervención en este campo con poblaciones vulnerables.

Por lo tanto, en la profesión, el manejo de la temática de duelo es eje fundamental, transversal e interdisciplinario, porque permite intervenir en aspectos psicosociales con las personas, las familias y grupos. Parte de ahí la necesidad de brindar a las familias un espacio terapéutico para trabajar su dolor

por la pérdida de su hijo o su hija, revisar sus pensamientos, distorsiones y creencias referentes a la muerte y la pérdida de los seres queridos.

Se debe mencionar que el proceso socio-terapéutico es una oportunidad para la profesión, ya que *“este escenario ofrece para Trabajo Social, una oportunidad para aportar modelos terapéuticos que contribuyan a construir una mejor calidad de vida para las personas que sufren”* (Güell. 1999: 2) por la muerte de su ser querido.

Para ello se ha propuesto desarrollar y aplicar un modelo de intervención terapéutica, con un enfoque cognitivo conductual, dirigido a madres y padres en procesos de duelo, que han perdido de forma inesperada a un hijo o una hija con edad entre los 0 y los 19 años.

Se debe mencionar que se seleccionó el modelo cognitivo conductual, por su fundamento teórico y epistemológico, que permite la incorporación de técnicas de otros modelos, conforme la dinámica del proceso terapéutico lo demande.

Además, existe una serie de experiencias del enfoque descritas por autores como Worden (1991) que retoman el tratamiento del duelo desde el apego, la pérdida y las tareas del duelo, reacciones normales en el duelo, el duelo no complicado, así como el asesoramiento psicológico en el duelo.

Ana Josefina Güell (1999) desarrolla una experiencia grupal con pacientes VIH/SIDA con el enfoque cognitivo conductual, la cual documenta avances y logros de los participantes en el análisis de los pensamientos, sentimientos y creencias.

Además, el método de grupo permite el abordaje de una mayor cantidad de población, que presenta una problemática similar, donde el apoyo que este genera y la esperanza que infunde, facilita la satisfacción de necesidades especiales, como cambios en las personas participantes, en cuanto a pensamientos, sentimientos y conductas (Corey:1995). Su efectividad la plantea Corey (1995) ilustrándola con la práctica que pueden realizar sus miembros a lo interno, las interacciones que se generan, el *feedback* y el *insight* de los miembros y del terapeuta o la terapeuta. Adicionalmente, se incurre en

un menor costo institucional, ya que se atienden más personas en un espacio de tiempo programado (González, 1999).

González (1999:11) menciona que la ventaja de la terapia de grupo centra su éxito en que sus miembros se identifican, por medio de la expresión abierta, en la obtención de modelos de identificación, en la exploración de problemas para generar soluciones posibles y reales, y en múltiples transferencias; asimismo, brinda al terapeuta la oportunidad de utilizar diversos tipos de terapias.

La modalidad grupal para el manejo de muertes inesperadas se torna en un recurso adecuado, ya que da la oportunidad a los participantes de hablar de la muerte de su hijo o hija, de sus sentimientos, de sus pensamientos y de sus creencias, en un ambiente de confianza, donde el proceso de conocimiento y de conducta es revisado para modificarlo y transformarlo en uno más acorde con la realidad.

González (1999) plantea beneficios instrumentales. Menciona que el proceso grupal permite compartir sentimientos e ideas, potenciar la vivencia y la fuerza ideológica que influye en los participantes. Por lo tanto, las personas que viven una experiencia terapéutica de este tipo, señalan que ellos no son los mismos que ingresaron al grupo. En este sentido, después del impacto del duelo, la terapia les mostró una nueva forma de redescubrir la vida, de tal modo que detectaron nuevas fuerzas internas para asumir el presente, a pesar de la ausencia de su ser querido.

## **1. ESTADO DE LA CUESTIÓN**

El tema del duelo por la muerte de un ser querido es uno a los que distintos investigadores le han dedicado bastante tiempo y, como resultado, han facilitado información sobre los procesos o fases que atraviesan las personas que sobreviven al fallecido, principalmente las familias y los amigos.

A nivel internacional, una de las principales investigadoras, que han aportado elementos fundamentales a esta temática es Elizabeth Kübler-Ross. En su libro "Sobre la Muerte y los Moribundos" (1972) expone aspectos sobre el temor a la muerte y su asociación "a un acto de maldad". Agrega que la muerte se trata de

“un acontecimiento aterrador, algo que exige pena y castigo” (2006: 15); además, desglosa las fases por las que pasan las personas sobrevivientes: la negación y el aislamiento, la ira, el pacto de amor, la depresión y, por último, la aceptación.

“La rueda de la vida” (1997), de Elizabeth Kübler-Ross es una autobiografía que establece su testamento espiritual, retomando aspectos sobre la muerte, el acompañamiento a las personas moribundas y que toca el tema del SIDA. Propone que “la única finalidad de la vida es crecer. La lección última es aprender a amar y a ser amados incondicionalmente” (2003:386).

En su libro “Preguntas y Respuestas a la Muerte de un Ser Querido” (1974), Elizabeth Kübler-Ross busca profundizar sobre los cuestionamientos frecuentes que se realizan las personas cercanas a la muerte. Además, en su libro “Vivir hasta Despedirnos” (1991), retoma testimonios de algunos de sus pacientes, con el fin de enseñar lo que sucede a los seres humanos en su proceso de enfermedad terminal, buscando que cada uno de resurja como una mariposa de su crisálida, fomentando sentimientos de paz y libertad necesarios para que el enfermo encuentre en su interior la fuerza para despedirse de su familia e ingresar espiritualmente a un espacio diferente.

Plantea Kübler-Ross, en toda su extensa literatura, las diferentes formas que poseen las personas para enfrentarse a la muerte, a sus temores, al proceso de aceptación de su enfermedad, logrando que los sentimientos se expresen para trabajar la culpa, el miedo, y se encuentren las fortalezas que le brinden amor y respeto a sí mismo, para prepararse en la despedida de su familia y de sí mismo.

Leadbearer, C. W. (1988), en su libro “A los que Lloran la Muerte de un Ser Querido”, dice que a raíz de este evento el mundo se torna vacío y la vida pierde



el sentido. Por eso, dicho autor facilita herramientas o elementos que ayuden a solventar dudas, a abrir el corazón para que la persona que vive el duelo pueda caminar por el mundo de la pena y la aflicción.

Lee, C. (1995), en “La muerte de los Seres Queridos”, propone ampliar el entendimiento de la naturaleza de la muerte, de la experiencia del dolor y de las diferentes formas en que los seres humanos hacen frente a la pena o reaccionan ante ella.

Visualiza el amor como la experiencia que permite profundizar la vida y de cómo la muerte de un ser querido implica una revisión personal para el sobreviviente, que ella llama “el viaje de dentro hacia fuera”. Busca explicar, por lo tanto, ¿cómo se realiza esto?, ¿cómo logran las personas salvar el enorme foso entre los sentimientos intensos causados por el dolor y un mundo exterior ajeno a su desorden íntimo? y ¿cómo retornan al mundo tras haber sufrido un tremendo golpe? Finaliza su documento planteando que “en cada final hay un nuevo comienzo”.

Markham, U. (1997), en “Cómo Afrontar la Muerte de un Ser Querido”, expresa la inestabilidad que genera la pérdida de algún ser amado, y subraya la importancia de prepararse para afrontar este tipo de situaciones. Busca, por lo tanto, facilitar ayuda y consuelo para las personas que viven la pérdida.

Bertman, S. L. (1998), por su parte, en “Grief and Healing Arts: Creativity as Therapy”, ofrece una visión humanista, basada en su experiencia. Desarrolla un programa que combina el arte y las humanidades, el cual busca instruir a profesionales de la salud, pacientes y familiares de pacientes en fase terminal o en duelo, mediante la ayuda con literatura e imágenes artísticas, de muerte, pérdida y sufrimiento.

Bowlby, J (1993), retoma el tema en su texto “La Pérdida Afectiva. Tristeza y Depresión”, el cual es una trilogía dedicada al vínculo afectivo y sus vicisitudes. Analiza la forma en que repercute la muerte de un familiar en las vidas de niños y adultos. Además, aborda la dinámica del duelo, los problemas de la depresión y los procesos de acomodación que son esenciales para preservar la salud psíquica.

Colgrove, M., Bloomfield, H. y Mc Williams, P. (1993) en su libro “Cómo Sobrevivir a la Pérdida de un Amor”, retoman, desde la realidad, cómo los seres humanos hacen frente a las pérdidas constantemente a lo largo de la vida. Incorporan aspectos de la vida cotidiana, como proyectos fallidos, ilusiones, pérdidas y vivencias de la vida cotidiana. Estos mismos autores plantean que los procesos para llegar a la aceptación de la muerte de su ser querido, se subdividen en cuatro bloques que deben ser superados por los sobrevivientes: comprender la pérdida, sobrevivir, sanar y crecer.

Grollman, E. A. (1986), publica su libro “Vivir Cuando un Ser Querido ha Muerto”. En él expone como punto central la necesidad de la aflicción por parte de los sobrevivientes; asimismo, argumenta que la falta de vivir el proceso de dolor puede perjudicar el funcionamiento de la persona. Comenta sobre la confusión emocional inicial, así como la búsqueda de una nueva vida llena de esperanza. De este modo, Grollman ofrece opciones que le ayudarán al lector a afrontar la muerte de un ser querido y consuelo para seguir viviendo.

Hinton, J. (1996), en el último capítulo de su libro “Experiencias Sobre el Morir”, centra su atención en quienes quedan después del fallecimiento. Profundiza en las reacciones ante la pérdida y las diferentes formas de reconstruir el esquema existencial alterado por el luto y la recuperación posterior al momento vivido.

Pincus, L. (1974), en “Death and the Family: the Importance of Mourning” (“La Muerte y la Familia: la Importancia del Luto”), subraya la necesidad de ayudar a

[www.ts.ucr.ac.cr](http://www.ts.ucr.ac.cr)

los miembros de la familia a enfrentarse con problemas de muerte y pérdida. Demuestra cómo diferentes tipos de matrimonios dan lugar a diversos tipos de pena e indica los enfoques clínicos que ha encontrado de utilidad para estas situaciones de dolor familiar.

Por otro lado, Reoch, R. (1998) escribe “Morir bien”, obra basada en una plataforma de esperanza y dignidad, dirigida a las personas que están en la antesala de la muerte, así como a los amigos, familiares y profesionales que les rodean. Presenta elementos que permiten fortalecer la tranquilidad en las redes sociales y resume el resultado del abordaje multiprofesional para quienes desarrollan terapias complementarias. Aborda las despedidas, los recuerdos, y lo inesperado. Además, apunta aspectos referentes a las personas que amamos y recuerda que cuando dichas personas parten es necesario convivir con el dolor. Describe cómo pueden ser afrontadas las muertes imprevistas o prematuras por las personas dolientes; finalmente, realiza un análisis sobre la muerte en las diversas culturas del mundo.

Sahler, O. (1983) en “El Niño y la Muerte”, habla de la estructura y adaptación de la familia a la pérdida. Incluye, entre otros, los siguientes aspectos: reacción de la familia ante la crisis suscitada por la pérdida, función de los subgrupos familiares, modelos de resolución de conflictos funcionales, tensión en las familias de los niños y niñas hospitalizadas por enfermedades mortales, observaciones sobre la función de los padres y madres, evaluación del subsistema fraternal y técnicas de asistencia a los padres.

Destaca el papel que puede asumir el médico de cabecera para apoyar a la familia durante y después de la enfermedad terminal. Enfatiza en: la importancia de la coordinación para los pacientes hospitalizados; cómo ayudar a los niños y niñas a luchar contra la aflicción posterior a la pérdida; diversas reacciones que

puede presentar cada miembro de la familia, con énfasis en la etapa del adolescente.

Savage, J. A. (1992) "Duelo por las Vidas no Vividas": este es un estudio psicológico acerca de la pérdida en niños pequeños o recién nacidos y el duelo que ellos comparten. Comenta la experiencia de sus pacientes, así como de los grupos de apoyo o de acompañamiento, los cuales sirven de base para el análisis de los sueños de los padres de estos pequeños. Busca, por lo tanto, modificar el acontecimiento desde una óptica positiva para las personas que viven esa pérdida.

Worden, J.W. (1997), en "El Tratamiento del Duelo. Asesoramiento Psicológico y Terapia", propone una guía que describe principios y procedimientos específicos del asesoramiento psicológico, útiles para trabajar con pacientes en proceso de duelo y con ciertas reacciones emocionales. El autor describe los mecanismos del duelo y los procedimientos que deben llevarse a la práctica, a fin de que las personas ejecuten las "tareas" correspondientes a su superación. Explica cómo la no resolución del duelo puede generar la necesidad de buscar recursos terapéuticos para trabajar las emociones generadas a raíz del evento.

Para Bucay, Jorge (2002), en "El Camino de las Lágrimas", el dolor del duelo es un camino imprescindible, porque no podremos seguir un rumbo si no se consigue dejar atrás lo que ya no está con nosotros. Afronta una de las situaciones más complejas y delicadas de la experiencia humana: la pérdida de un ser querido. Busca enseñar que el duelo y la pérdida forman parte del desarrollo personal. Invita a reflexionar sobre las distintas etapas que conlleva la pérdida, sobre la necesidad de enfrentarnos a la realidad, de adoptar una actitud positiva, tratando de hallar el lado enriquecedor del duelo: la pérdida y el dolor como parte imprescindible de nuestra comprensión del mundo, del crecimiento y la evolución personal.

Deits, Bob (1992), escribe “Vivir después de la Pérdida”, donde define que las personas, por medio de procesos de autoayuda, pueden sobrellevar su pesar y disfrutar la vida de nuevo, sin sentir desesperación o remordimientos que abran las puertas a la enfermedad. Plantea que nadie es inmune a la pérdida. Todos, en alguna etapa de nuestra vida, sentimos el dolor de quedarnos sin una persona verdaderamente querida. Sin embargo, brinda referencias para sobreponerse, conservar la salud y vivir con plenitud y seguridad de que la felicidad puede surgir.

El Dr. Dobson, James (1993) en su libro “Cuando lo que Dios hace no Tiene Sentido”, presenta, desde un enfoque bíblico, explicaciones y respuestas sobre los hechos que ocurren en la vida y el proceso de muerte y que, desde la perspectiva humana, no tienen sentido pero que, desde su perspectiva, Dios brinda la solución para enfrentar tales hechos.

Bejarano, Pedro (1992), en su libro “Morir con Dignidad, Fundamentos del Cuidado Paliativo, Atención Interdisciplinaria del Paciente Terminal” se centra en los cuidados paliativos, el control del dolor y las formas para mantener en condiciones adecuadas a las personas que están en esa fase.

El estudio de Bejarano también describe aspectos sobre el cuidado psicológico, social y espiritual que se le debe brindar al paciente en fase terminal; entre ellos: la terapia ocupacional, el cuidado paliativo, el estrés que puede enfrentar el equipo que trabaja con esta problemática, la comunicación del paciente y su familia, el derecho a morir en la casa, el niño como paciente terminal, el niño ante la proximidad de la muerte, cómo preparar a la familia para el duelo de una forma anticipada, la atención espiritual y el duelo cuando el paciente ya ha fallecido.

El manual de autoayuda de Grecco, E. H. (1998) “Muertes Inesperadas” habla de la experiencia del autor, de haber ayudado a personas que de forma sorpresiva perdieron a su ser querido. Grecco busca imprimir fuerza y esperanza por medio de su obra para que las lectoras y los lectores puedan sanar el dolor, la tristeza y el apego, con el fin de que comprendan la muerte desde los que quedan vivos. Plantea la existencia del “gran temor del mundo occidental” debido a “la incertidumbre de la muerte”. Según él, el temor por la partida del ser querido puede paralizar a las personas, quienes visualizan las pérdidas inesperadas como “el temor a la incertidumbre, el secreto final, aquél que nos inmoviliza hasta la desesperación”.

Sherwin B. Nuland (1993), inicia su libro titulado “Cómo Morimos. Reflexiones sobre el Último Capítulo de la Vida”, con una reflexión sobre la curiosidad del ser humano, para conocer cómo es la muerte. Desarrolla temas relevantes para la investigación planteada, como son el asesinato, la serenidad, los accidentes, el suicidio, la eutanasia, la vida de un virus y la muerte de un hombre; y por último, las lecciones de la experiencia.

Christine Longaker (1997), en “Afrontar la Muerte y Encontrar la Esperanza”, amalgama su experiencia personal al fallecer su esposo y tener un encuentro espiritual con la cultura tibetana. Enfoca la experiencia de morir y la muerte, la forma de enfrentarla, las necesidades de las personas moribundas y el descubrimiento de la esperanza en la muerte.

Desglosa y explica cuatro tareas para la vida y la muerte: comprender y transformar el sufrimiento; sanar las relaciones; prepararse espiritualmente para la muerte y, por último, encontrarle sentido a la vida. Además, brinda consejos a cuidadores, parientes y sobrevivientes sobre el tema del duelo sanador, la dimensión espiritual, la comprensión, las ideas de los niños sobre la muerte y la asistencia como práctica espiritual.

René Juan Trossero (2000) escribe el documento “No te Mueras con tus Muertos”, el cual está constituido por una serie de fotografías, combinadas con el ensayo, desde una temática religiosa que brinda orientación y guía a las personas al momento del duelo. Para ello, utiliza una serie de reflexiones, oraciones, meditaciones, donde sustrae elementos de su experiencia en procesos de duelo.

Pérez (2009) plantea lo espiritual como el ámbito en donde se cuestiona y se buscan respuestas sobre el sentido de la vida, como la dimensión en la que se viven los valores decisivos que influyen en nuestras opciones fundamentales. Conviene distinguir entre la dimensión espiritual y la religiosa. La primera es más amplia y se da incluso en personas que no se adhieren a ninguna denominación religiosa. La dimensión religiosa, en cambio, se refiere al ámbito más restringido de los credos y las convicciones religiosas concretas. El progreso que se dé en la asimilación del duelo en el ámbito religioso-espiritual, suele repercutir positivamente en los demás ámbitos, el físico, el psicológico, y el social.

Esta literatura internacional permite centrar las bases teóricas sobre la temática de duelo; además, contiene ideas que pueden ser utilizadas en el proceso de intervención para las sesiones magistrales y la biblioterapia. Mediante esta revisión, también, se dilucida que las respuestas de duelo están en función de la historia de vida (creencias centrales), de las características personales (creencias intermedias) y de la dinámica familiar. Se determina que el dominio cognitivo de la muerte y su proceso de duelo disminuye las distorsiones cognitivas y proporciona mayores elementos de autocontrol.

En Costa Rica se han realizado estudios al respecto. Por ejemplo, Jiménez y Vargas (1993), retoman las características del duelo anticipado en los niños con cáncer que se encuentran en fase terminal; se trata de una revisión extensa [www.ts.ucr.ac.cr](http://www.ts.ucr.ac.cr)

sobre los recursos internos y externos que poseen las familias para enfrentar la situación.

Por su parte, Fernández y Ramos (2000) centran su investigación en las familias y el proceso de duelo cuando existe un miembro con cáncer en fase terminal, cómo enfrentan la pérdida y cómo la vinculan con la dinámica familiar; además, se retoman aspectos de la teoría de duelo para combinarlos con los significados culturales.

Al igual que en el estudio de Jiménez y Vargas, no se aborda el duelo de las familias producto del fallecimiento de forma inesperada.

Obando y Villalobos (1994) focalizan su estudio sobre el proceso de duelo en familias con pacientes en fase terminal, circunscribiendo la investigación a un modelo de Terapia Familiar Sistémica en una familia con un miembro varón homosexual, con diagnóstico de sida. A pesar de su abordaje terapéutico, nuevamente el proceso de duelo es visto dentro de una situación de salud, que ha permitido a los familiares acercarse paulatinamente a la idea de que ese ser querido en algún momento ya no se encontrará físicamente con ellos.

Ramos (1992) dirige su trabajo hacia los factores asociados con la mortalidad infantil, por medio de un estudio de casos, que le permite visualizar tendencias e indicadores sobre el nivel de desarrollo social y económico alcanzado por la sociedad desde un enfoque estadístico.

Otro de los trabajos consultados es el de Acuña y Bolaños (2001), quienes realizan un estudio epidemiológico de la mortalidad infantil, centrándose en las malformaciones congénitas en dos regiones del país. El mismo posee un carácter retrospectivo de casos, y busca los factores condicionantes que se asocian con la mortalidad infantil.



A partir de la revisión documental, se concluye que existen pocos estudios o estrategias para una adecuada intervención y elaboración del duelo, en las familias donde fallece un hijo o una hija entre los 0 y los 19 años de forma inesperada. La anterior afirmación plantea un reto y obliga a los profesionales y las profesionales de la salud que trabajan de forma directa con las familias que viven esta situación, a brindar una alternativa terapéutica que les permita la superación del dolor y la pérdida.

Como se puede observar, la mayoría de estudios se han realizado en el área de Psicología; en Trabajo Social, los trabajos específicos sobre la muerte y los procesos de duelo no han sido abordados en los niveles de grado ni de posgrado.

La revisión documental deja entrever que la mayoría de las investigadoras y los investigadores han trabajado con los procesos de duelo, los cuales han tenido un proceso de duración mediano o largo. Sin embargo, cuando la situación de muerte se presenta de forma inesperada, el vacío de cómo brindar apoyo y orientación no ha sido abordado de forma amplia, lo que da pie a la interrogante de qué sucede con esas personas que pierden a un familiar (hijo, hija, hermano, sobrino, etc.) tan rápidamente y que nubla la visión del camino y facilita la desconcentración y la negación.

Esta bibliografía revisada facilita la reflexión sobre la importancia del trabajo con este tipo de personas que se pierden en esa neblina de dolor y sufrimiento, por una situación que no fue esperada, donde la esperanza debe renacer para retomar el camino que nunca se detuvo.

De ahí la importancia de desarrollar en nuestro país una experiencia con estas familias o personas que pierden de forma inesperada a un ser querido, ya sea [www.ts.ucr.ac.cr](http://www.ts.ucr.ac.cr)

al momento del nacimiento o en su paso por la vida, donde dejaron una huella profunda y un dolor intenso cuando partieron de este mundo.

En el área de Trabajo Social, la intervención que se ha realizado ha sido la experiencia sistematizada por la Master Ana Josefina Güell (1999). El informe resultante constituye la sistematización de esta práctica. En ella se trabaja con un grupo de hombres homosexuales portadores del VIH, con el fin de modificar esquemas de pensamientos –desde un modelo cognoscitivo– y así cambiar percepciones de la enfermedad y fomentar un estilo de vida saludable. Este trabajo es de las pocas investigaciones que se atreve a tocar el tema de pérdidas en el área de la salud, discutiendo aspectos sobre el duelo; también describe cómo las personas con VIH presentan un temor a la muerte.

Sin embargo, sobre el tema de duelo, no hay evidencia de que Trabajo Social aborde el tema a nivel documental, a pesar de que parte del servicio que se brinda a las personas es el trabajo con las pérdidas, principalmente en el sector salud.

Trabajo Social no ha incorporado dentro del esquema profesional, la labor con personas que han perdido a un ser querido de forma inesperada o en fase terminal. Los profesionales no han visto este asunto como un tema que requiere capacitación, o un manejo técnico. Sin embargo, es evidente que esta profesión puede realizar aportes valiosos que faciliten la apertura de nuevos espacios laborales y de aprendizaje.

El abordaje interdisciplinario del tema del duelo ha sido manejado principalmente por el área de cuidados paliativos. Fonnegra (1999) en su libro “De Cara a la Muerte”, plantea el papel del médico en la atención del paciente en fase terminal y el conflicto ético-profesional por su convicción de salvar vidas, analizando la carencia de herramientas que se poseen para enfrentarse a

[www.ts.ucr.ac.cr](http://www.ts.ucr.ac.cr)

la muerte. Además, destaca la importancia de la asistencia emocional, centrándola específicamente en el profesional de psicología y menciona a otros profesionales en caso de ausencia del primero, para que el paciente terminal pueda romper las barreras de comunicación para expresar sus sentimientos, temores y angustias y, al mismo tiempo, logre que lo acompañen.

Cabe destacar que el papel del equipo interdisciplinario no se menciona y la labor del profesional de Trabajo Social no es visualizada ni en el entorno familiar, ni con el enfermo terminal, con lo cual se dejan de lado los aportes que los diversos profesionales podrían ofrecer en el proceso del paciente en fase terminal.

Cuando los profesionales visualizan el trabajo interdisciplinario con objetivos y metas comunes, pueden enriquecerse de los aportes de cada uno; sin embargo, en cuidados paliativos se ha destacado solo el papel de médicos, enfermeros y psicólogos, y el rol de Trabajo Social no ha sido validado. La Fundación Pro Unidad de Cuidado Paliativo (2007) lo confirma en la historia y en los servicios que brinda.

## **2. PROPUESTA DE INTERVENCIÓN PARA RESIDENCIA PRÁCTICA**

La estrategia metodológica requiere mencionar el problema de investigación que guía la intervención, la imagen objetivo, los objetivos, el objeto de estudio, las técnicas e instrumentos utilizados, el tipo de estudio medio del cual se comprende la interrogante que sustenta la serie de pasos para el logro de los objetivos.

### **2.1. PROBLEMA OBJETO DE INTERVENCIÓN**

[www.ts.ucr.ac.cr](http://www.ts.ucr.ac.cr)

Las familias que pierden a un hijo o una hija de forma inesperada, generalmente entran en crisis, debido al apego y al amor, que tiene significado para cada persona. Al enfrentar el proceso de duelo y de pérdida, las familias viven momentos de caos y desesperación, donde los recursos internos y externos que brindan apoyo emocional no pueden ser accesados.

Para las familias, la muerte es una separación inesperada, además de un desprendimiento del afecto, la persona, los lugares y los objetos para las personas que quedan vivas. Según Grecco (1998), es un hecho incomprensible, inexplicable e irreversible, que le da una visión de fatalidad e "injusticia", que no permite realizar despedidas, dejando sensaciones de indignación e impotencia que rompen el orden natural de las cosas.

Las personas, a lo largo de su existencia, van realizando diferentes aprendizajes sobre la vida y la muerte, que están condicionados por la familia, la cultura, la espiritualidad y las experiencias mismas. Esto genera creencias sobre los diversos momentos de la vida y sobre la muerte, y condiciona una serie de respuestas.

Grecco (1998) menciona que las personas analizan la muerte desde diversas ópticas: como una enemiga que busca generar dolor en cualquier momento de la vida, que forja sentimientos de rechazo y temor, que bloquea la posibilidad de aprendizaje de la experiencia; se le ve también como un cobro que se debe pagar y ser aceptada con resignación y, a la vez, como la conclusión del camino que permite finalizar con los problemas que presenta la vida. También, como un momento en el que se dictará sentencia, de acuerdo con la visión religiosa y moral; la vida, de acuerdo con este enfoque, es el destierro y la muerte es un elemento seguro que tienen las personas.

Así mismo, se concibe la muerte como algo desconocido que no se puede cambiar, por lo que los esfuerzos para vivir se minimizan por la condición de mortalidad que se posee. El individuo debe hacerse cargo de vivir, pero, a la vez, debe aceptar que la muerte se presentará inevitablemente y que por lo tanto generará angustia y, al mismo tiempo, dará paz y libertad.

En los últimos años, Costa Rica ha presentado un acelerado estilo de vida, ligado a la globalización económica mundial, la cual genera una polaridad sobre los bienes materiales y un vida de ritmo agitado que, en muchas ocasiones, ha derivado en males sociales que han aumentado las muertes inesperadas de las personas:

El Instituto Nacional de Estadísticas y Censo de nuestro país reporta los datos que se ven a continuación:

**Cuadro N° 3**  
**Total de defunciones, según causa y año.**  
**Costa Rica, 2007-2008**

<b>Defunciones</b>	<b>2007</b>	<b>2008</b>
Total de defunciones (0-19 años)	-- *	1175
Accidentes de tránsito (Todos los grupo etarios)	1392	1556
Suicidios y homicidios (0-19 años)	735	673

Fuente: Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC). 2008

\* Dato no disponible, INEC

El cuadro muestra cómo el crecimiento de estos rubros, donde las personas fallecen de forma inesperada, aumenta cada año, generando así más familias que viven procesos de duelo sin estar preparadas para enfrentar el camino que deben iniciar después de la pérdida de su ser querido.

Analizando otros datos significativos, solamente para la provincia de San José, para el año 2007, 6.335 personas fallecieron por distintas causas, y para el 2008, murieron 6.839.

Trabajo Social, a nivel mundial, ha jugado un papel pionero al brindar aportes significativos para fortalecerse, en el ámbito profesional, en la formación académica para el trabajo de apoyo en situaciones de duelo y de crisis. Por ello se han desarrollado maestrías con énfasis en intervención terapéutica, lo cual permite brindar una oportuna y adecuada respuesta a las familias, madres, padres y otros miembros que enfrentan situaciones dolorosas y de difícil manejo para ellos.

Se está frente a un reto para la profesión, que convoca a las diferentes disciplinas a unificar esfuerzos. Por lo tanto, este escenario constituye para Trabajo Social, una oportunidad para aportar modelos terapéuticos que contribuyan a cimentar una mejor calidad de vida para las personas que sufren por la pérdida de su ser querido.

Esta experiencia práctica plantea brindar apoyo terapéutico a las familias que han perdido un hijo o una hija de forma inesperada, trabajando con las creencias que derivan en pensamientos y sentimientos que limitan enfrentar la vida, y superar las situaciones de crisis surgidas a raíz de la muerte.

Surge la necesidad de brindarles una oferta socio-terapéutica, que les permita a las personas sobrevivientes encontrar una salida ante tan difícil momento de la

vida. Por dicha razón, la presente investigación busca trabajar con esta hipótesis: ***“Las creencias centrales que presentan los padres y madres cuyos hijos han muerto de forma repentina, con edades entre 0 y 19 años de edad, generan pensamientos y sentimientos que afectan el proceso de duelo, lo cual repercute negativamente en el ámbito familiar, social y emocional con énfasis en las figuras parentales”.***

## 2.2. VARIABLES Y SU OPERACIONALIZACIÓN

Las variables permitieron medir el avance y los efectos del proceso terapéutico en las personas sujetas de intervención, con los indicadores que se observaron en cada una de estas.

**Tabla Nº 1**  
**Variables e Indicadores**

<b>VARIABLE</b>	<b>DEFINICIÓN CONCEPTUAL</b>	<b>INDICADORES</b>
Proceso de duelo	“Reacción natural ante la pérdida de una persona, objeto o evento significativo. Incluye componentes físicos, psicológicos y sociales, con una intensidad y duración proporcionales a la dimensión y significado de la pérdida” (Fonnegra y Mantilla, citado por Bejarano y Jaramillo, 1992)	-Intensidad y reacción hacia el evento: ❖ Negación, enojo, depresión. - Recursos internos presentes en la persona. - Recursos externos que brindan apoyo emocional.
Pensamientos	Son las ideas interpretadas por	- Creencias centrales.

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	INDICADORES
Disfuncionales	las personas con una connotación negativa, de una situación que está marcada de forma profunda por los sentimientos, por lo que la respuesta emocional está condicionada por la percepción de la situación (Beck, 2000)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Creencias intermedias.</li> <li>- Pensamientos automáticos.</li> <li>- Distorsiones cognitivas</li> <li>- Conductas, respuestas fisiológica y emocional.</li> </ul>
Consecuencias sociales y emocionales	Causas y consecuencias que vive la persona después del fallecimiento de su hijo o hija de forma inesperada.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Efectos sociales               <ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Pérdida de confianza.</li> <li>❖ Enojo.</li> <li>❖ Problemas de salud.</li> <li>❖ Incapacidades.</li> <li>❖ Pérdida del Trabajo.</li> </ul> </li> <li>- Efectos emocionales               <ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Depresión.</li> <li>❖ Agresividad.</li> <li>❖ Aislamiento.</li> </ul> </li> </ul>
Proceso Terapéutico	El proceso terapéutico es la base para realizar modificaciones y brindar estabilidad de las conductas, ya que el sistema mental o cognitivo se inclina por la búsqueda del orden y dar	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Conceptualización del proceso:               <ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Conocimientos adquiridos.</li> <li>❖ Aplicación progresiva.</li> </ul> </li> </ul>



VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	INDICADORES
	significado a la experiencia humana. Por lo tanto, la solicitud de apoyo de las personas es su tendencia a cambiar respuestas, sus estructuras y su esquema cognitivo (Naranjo: 2004 y Manual de Psicoterapia Cognitiva: 2005).	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Redefinición de pensamientos, sentimientos y conductas.</li> <li>❖ Generación de alternativas.</li> <li>❖ Estado emocional</li> <li>- Rol del terapeuta: <ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Manejo de situaciones de crisis.</li> <li>❖ Manejo del enfoque.</li> </ul> </li> <li>Espacio seguro (empatía, asimilación, acomodación)</li> </ul>

### 2.3. SUJETOS DE INTERVENCIÓN (POBLACIÓN META)

La propuesta se dirigió a madres y padres que hubiesen perdido a un hijo o una hija con edades entre 0 meses y 19 años, que falleciera de forma inesperada, pertenecientes al área de atracción de la Clínica Dr. Clorito Picado, específicamente, en los distritos de Cinco Esquinas, Merced y Central, además de personas referidas de hospitales nacionales.

Se seleccionaron candidatos para el tratamiento grupal, las personas que cumplieron con los siguientes criterios de inclusión:

- Capacidad para la realización de tareas.
- Motivación para participar en grupo.
- Personas comprometidas con el grupo (deseos de superar su situación y que pudieran hablar de ella).
- Padres y madres que presentaran la problemática seleccionada.
- Que vivieran en el área de atracción de la Clínica o que fueran referidas de hospitales nacionales.

Además, se definieron una serie de criterios de exclusión:

- Personas con problemas psiquiátricos como esquizofrenia, brotes psicóticos agudos, depresión crónica.
- Personas con problemas de retardo mental.
- Personas con poca tolerancia para el trabajo en grupo o con conducta individualista que afectara el desarrollo de la cohesión del grupo.
- Personas con un alto nivel de conflictividad por manejo inadecuado de confidencialidad.

Con los criterios citados se fomenta la cohesión grupal, evitando conductas equivocadas que desvíen de la tarea al grupo y al terapeuta (Vinogradov y [www.ts.ucr.ac.cr](http://www.ts.ucr.ac.cr)

Yalom: 1998). De este modo, se busca que los participantes y las participantes se puedan beneficiar del tratamiento grupal.

Para la selección de las personas participantes, se les entrevistó con el fin de conocer sus motivaciones, su capacidad para realizar la tarea grupal, sus posibles incompatibilidades con la tarea o con la modalidad grupal, o con las normas del grupo, ya que esto determina el éxito y la supervivencia del proceso terapéutico.

Otro criterio que primó en la entrevista fue el de las experiencias grupales previas que poseían los candidatos, pues Vinogradov y Yalom (1998) plantean que, del relato inicial, se puede pronosticar el comportamiento en el siguiente grupo, lo que ayuda al terapeuta a observar y analizar fracasos previos, hostilidad ante la idea grupal, uso del grupo para hacer contactos sociales, conductas inadecuadas, poco compromiso con la tarea y expectativas poco realistas sobre el trabajo grupal.

Para los autores mencionados, este proceso previo permite a los participantes del grupo prepararse para la tarea, reduciendo así el número de abandonos, incrementando la cohesión y acelerando el establecimiento de las conductas que facilitan el cambio.

#### **2.4. IMAGEN OBJETIVO (IMPACTO ESPERADO)**

Cuando las madres y los padres viven un proceso de duelo, en la gran mayoría de ocasiones se genera una serie de emociones negativas, dolor y sentimientos de culpa, enojo, e ira que hacen que las personas no posean los recursos internos y externos para el manejo de la crisis.

La modalidad grupal para el manejo de los procesos de duelo se ve como una alternativa que permite el acompañamiento y el apoyo de otras personas que viven situaciones similares.

Unido a ello, el modelo cognitivo conductual permite revisar las creencias que llevan a pensamientos distorsionados, así como los sentimientos que ayudarán a las personas a enfrentar el proceso de duelo con mejores herramientas internas y externas.

Esta forma de intervención con las madres y los padres que sufren un proceso de duelo debido al fallecimiento de su hijo o hija de forma inesperada, busca brindarles herramientas internas y externas que les permitan enfrentar la pérdida de ese ser querido, esperando que revisen las creencias, los sentimientos y pensamientos automáticos en torno al duelo y que tomen decisiones para un futuro.

Esto permitirá que la población que reciba el apoyo de la terapia disminuya sus consultas médicas por problemas psicosomáticos y les facilite retomar las actividades diarias a las que se dedican e involucrarse en su comunidad.

Busca por lo tanto que las personas construyan estrategias para enfrentar la crisis, el caos que genera la situación de la muerte de un familiar de forma inesperada, pero principalmente, se orienta a la intervención para brindar bienestar personal y familiar por medio del apoyo emocional y psicosocial de otras personas que viven una situación similar.

Lo ideal sería que las familias inicien el proceso de atención terapéutica entre los tres meses y los doce meses de que su hijo o hija fallece, para valorar los avances y el tiempo en el que pueden superar la situación con el apoyo del profesional y del grupo de personas que ha vivido una situación similar.

## **2.5. OBJETIVOS DE LA INTERVENCIÓN**

### **2.5.1 Objetivo General**

Desarrollar y aplicar un modelo de intervención terapéutica, con un enfoque cognitivo conductual, dirigido a madres y padres en proceso de duelo, que han perdido a un hijo o una hija de forma inesperada, con edades entre los 0 y los 19 años, con la finalidad de facilitarles herramientas que apoyen la reconstrucción de las creencias, pensamientos y sentimientos.

### **2.5.2. Objetivos Específicos**

- Abordar de forma grupal el proceso de duelo que enfrentan las personas que pierden a un hijo o hija de forma inesperada.
- Analizar las creencias, pensamientos y sentimientos que poseen las personas sobre la muerte, con el fin de brindar herramientas cognitivas para su sustitución.
- Identificar y utilizar los recursos externos e internos que tienen las personas para superar el duelo que enfrentan por el fallecimiento de su hija o hijo de forma inesperada.
- Promover el desarrollo de habilidades y destrezas cognitivas, conductuales y sociales que contribuyan a mejorar su calidad de vida.

### **2.5.3. Objetivos Académicos**

- Desarrollar habilidades terapéuticas que permitan la aplicación del modelo cognitivo conductual, con fundamento epistemológico, teórico y metodológico, en situaciones de pérdida y duelo.

- Crear un modelo de atención para personas en proceso de duelo al fallecer un ser querido de forma inesperada.
- Sistematizar la intervención terapéutica, con el fin de que permita la generación de nuevo conocimiento, nuevas estrategias de atención para la diversidad de problemas sociales existentes.
- Determinar la efectividad del modelo terapéutico cognitivo conductual para el manejo del duelo en las personas, con el fin de brindar una propuesta alternativa para las personas en duelo.

#### **2.5.4. Objetivos de Servicio**

- Ofrecer los resultados obtenidos durante la implementación de la experiencia terapéutica, dirigida a personas en procesos de duelo, implementada por el Servicio de Trabajo Social de la Clínica Dr. Clorito Picado, a otros profesionales que atiendan esta problemática.
- Analizar y reflexionar sobre la experiencia práctica para visualizar los logros y los beneficios alcanzados en la Residencia Práctica.

## **2.6. ESTRATEGIA METODOLÓGICA**

Se planteó y efectuó una experiencia de intervención en Trabajo Social dentro de la modalidad de grupo terapéutico, con enfoque cognitivo conductual, que tiene como finalidad el cambio de conductas que faciliten la sustitución de pensamientos distorsionados y negativos, por unas más adecuadas, referentes a la situación de duelo.

La reestructuración de pensamientos facilitó a las personas participantes modificar sentimientos de culpa, dolor, ira, enojo, angustia y depresión, mediante la revisión de sus creencias en torno al tema de duelo y las muertes inesperadas.

Se debe mencionar que se seleccionó la modalidad de grupo cerrado, debido al escenario clínico; además, los objetivos permiten definir la cantidad de sesiones, lo que facilita un hilo conductor en cada una de las sesiones (Vinogradov y Yalom: 1998).

Corey (1995) propone que este tipo de grupos proporciona una práctica estable a cada participante y potencia la cohesión, por lo que el número de personas inicial y final puede variar solamente por el abandono de alguna de ellas.

Otro aspecto que se consideró es que en cuanto a la problemática de duelo, ambos autores mencionan que esta debe ser trabajada de forma cerrada a nivel grupal, porque posee un protocolo predeterminado de las sesiones y de la agenda diaria y la planificación previa es fundamental en cada sesión.

El grupo se desarrolló con siete personas; sin embargo, la convocatoria se cursó a doce personas. El trabajo se ejecutó en las instalaciones de la Clínica Dr. Clorito Picado.

Se desarrollaron doce sesiones, con una duración aproximada de dos horas, una vez por semana, en horario nocturno, accesible para las personas que laboran.

### **2.6.1. Enfoque Terapéutico**

Se formó un grupo terapéutico con enfoque cognitivo conductual que, por su fundamento teórico y epistemológico, facilitó la incorporación de técnicas de otros modelos, conforme la dinámica del proceso lo demandó.

La experiencia terapéutica se basó en las cinco fases propuestas por Aaron Beck (1999):

1. Aprender a identificar y registrar sus propios pensamientos automáticos negativos, disfuncionales e ineficaces que no conducen al crecimiento e incorporar en forma positiva la experiencia vivida.
2. Enseñar a identificar las conexiones que hay entre esos pensamientos negativos, las emociones que crean y sus propias acciones.
3. Aprender a examinar las pruebas a favor y en contra de sus pensamientos automáticos distorsionados.
4. Sustituir los pensamientos negativos distorsionados con interpretaciones más realistas.
5. Enseñar a identificar y cambiar las suposiciones inadecuadas que predisponen a la distorsión de sus experiencias.

Durante estas etapas se trabajó con diversas actividades como son:

- Exposición magistral de temas.
- Discusión grupal.
- Ejercicios individuales escritos y verbales.
- Construcciones colectivas.
- Biblioterapia (lecturas facilitadas sobre el tema)
- Ejercicios y dinámicas grupales.
- Relajación.
- Reflexiones.
- Tareas.

Inicialmente, en el contenido del proceso grupal se contemplaron 12 sesiones de carácter cerrado, terapéutico, directivo y bajo el enfoque cognitivo-conductual. Esto, en el contexto de un ambiente de iguales y en el que fuera



factible el intercambio de experiencias y el abordaje de los temas generadores planificados. En la tabla N° 2 se observa el desglose de dichos temas, así como los objetivos y las actividades para cada uno.

**Tabla N° 2**  
**Sesiones, Contenido y Actividades**

<b>Sesión</b>	<b>Objetivos</b>	<b>Contenidos</b>	<b>Actividades</b>
1	Desarrollar un espacio de confianza y <i>rappor</i> con las personas integrantes del grupo.	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Dinámica de presentación.</li> <li>➤ Definición grupal de las reglas.</li> <li>➤ Definición del contrato terapéutico.</li> <li>➤ Conociendo las expectativas individuales.</li> <li>➤ Aspectos de trabajo logístico y funcional del grupo.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Presentación individual de la terapeuta y de los participantes, por parejas.</li> <li>➤ Técnica de lluvias de ideas para definir las reglas del grupo (haciendo énfasis en las normas del uso de celulares, asistencia, puntualidad, respeto, tolerancia, seguridad y confidencialidad.</li> <li>➤ Asumiendo la responsabilidad del grupo por medio de un contrato.</li> <li>➤ Proyección de lo que se espera lograr cuando finalice el grupo.</li> <li>➤ Evaluación inicial por medio de formulario definido por la terapeuta.</li> <li>➤ Mensaje de reflexión sobre el tema de pérdida y dolor.</li> </ul>
2	Explicar el enfoque cognitivo conductual.	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Compartiendo el conocimiento por medio de una exposición magistral.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Construyendo un hilo conductor o puente recordando elementos centrales de la sesión anterior.</li> </ul>

Sesión	Objetivos	Contenidos	Actividades
	Construir el concepto de pérdida y dolor que tienen las personas participantes	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Técnica de <i>collage</i> en la construcción grupal del concepto personal de pérdida y dolor.</li> <li>➤ Técnica de relajación para el manejo de las emociones.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Exposición magistral de sobre el modelo cognitivo conductual.</li> <li>➤ Expresando por medio del <i>collage</i>, el concepto personal sobre el duelo y la pérdida.</li> <li>➤ Apliquemos lo aprendido en el hogar, repasando lo visto.</li> <li>➤ Biblioterapia material de lectura.</li> <li>➤ Relajémonos por medio de una lectura guiada de relajación y música.</li> <li>➤ Mensaje de reflexión sobre el tema de pérdida y dolor.</li> </ul>
3	<p>Conocer e identificar las distorsiones cognitivas conductuales</p> <p>Brindar información sobre temas referentes al duelo y la pérdida.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Compartiendo el conocimiento por medio de una exposición magistral sobre distorsiones cognitivas.</li> <li>➤ Compartiendo el conocimiento sobre el duelo problemático por medio de exposición magistral.</li> <li>➤ Técnica de relajación para el manejo de las emociones.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Construyendo un hilo conductor o puente, recordando elementos centrales de la sesión anterior.</li> <li>➤ Exposición magistral sobre distorsiones cognitivas.</li> <li>➤ Exposición magistral sobre el tema de duelo problemático.</li> <li>➤ Apliquemos lo aprendido en el hogar, repasando lo visto.</li> <li>➤ Biblioterapia material de lectura.</li> <li>➤ Mensaje de reflexión sobre el tema de pérdida y dolor.</li> </ul>
4	Brindar información sobre el	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Compartiendo el conocimiento por medio de una</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Construyendo un hilo conductor o puente, recordando elementos</li> </ul>

Sesión	Objetivos	Contenidos	Actividades
	<p>significado de la pérdida y sus características.</p> <p>Expresión de pensamientos y sentimientos sobre la muerte.</p>	<p>exposición magistral.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Expresándose por medio de dibujos con colores, cómo se siente el dolor.</li> </ul>	<p>centrales de la sesión anterior.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Exposición magistral de sobre pérdida y dolor.</li> <li>➤ Expresando por medio de dibujos y color los sentimientos de dolor.</li> <li>➤ Relajémonos por medio de una lectura guiada de relajación y música.</li> <li>➤ Mensaje de reflexión sobre el tema de pérdida y dolor.</li> <li>➤ Biblioterapia material de lectura.</li> <li>➤ Apliquemos lo aprendido en el hogar</li> </ul>
5	<p>Identificar pensamientos distorsionados y sentimientos con referencias a la muerte y el duelo.</p> <p>Retomar elementos referentes al dolor, pérdida y muerte.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Construcción y análisis del dolor con un compañero.</li> <li>➤ Analizando el nuevo conocimiento y mi experiencia.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Construyendo un hilo conductor o puente recordando elementos centrales de la sesión anterior.</li> <li>➤ Técnica del <i>collage</i>, describir pensamientos y sentimientos que veo en el dolor vivido.</li> <li>➤ Hablemos de lo vivido y de la muerte de mi ser querido.</li> <li>➤ Relajémonos por medio de una lectura guiada de relajación y música.</li> <li>➤ Mensaje de reflexión sobre el tema de pérdida y dolor.</li> <li>➤ Apliquemos lo aprendido en el hogar</li> </ul>
6	Construcción de un nuevo	➤ Con preguntas generadoras,	➤ Construyendo un hilo conductor o puente,

Sesión	Objetivos	Contenidos	Actividades
	<p>concepto de duelo.</p> <p>Retomar el trabajo asignado para analizarlo</p>	<p>analizar los pensamientos y sentimientos sobre la muerte, duelo y la pérdida.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Evaluando los avances obtenidos.</li> </ul>	<p>recordando elementos centrales de la sesión anterior.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Preguntas generadoras sobre los pensamientos y sentimientos en torno al duelo.</li> <li>➤ Escalas de avance visualizando los logros.</li> <li>➤ Construcción individual y grupal sobre pensamientos y sentimientos actuales.</li> <li>➤ Biblioterapia material de lectura.</li> <li>➤ Mensaje de reflexión sobre el tema de pérdida y dolor.</li> <li>➤ Apliquemos lo aprendido en el hogar</li> </ul>
7	Conocer el camino de las pérdidas y el duelo	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Compartiendo el conocimiento por medio de una exposición magistral.</li> <li>➤ Conversatorio sobre las pérdidas y el duelo.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Construyendo un hilo conductor o puente, recordando elementos centrales de la sesión anterior.</li> <li>➤ Exposición magistral sobre las etapas en el proceso de duelo.</li> <li>➤ Construcción de las etapas vividas por cada uno de los participantes.</li> <li>➤ Mensaje de reflexión sobre el tema de pérdida y dolor.</li> <li>➤ Apliquemos lo aprendido en el hogar</li> <li>➤ Biblioterapia material de lectura.</li> </ul>
8	Resignificar la	➤ Abriendo mi dolor	➤ Construyendo un hilo

Sesión	Objetivos	Contenidos	Actividades
	historia personal sobre las pérdidas y el duelo.	<p>desde el nuevo conocimiento.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Conversatorio sobre las pérdidas y el duelo.</li> <li>➤ Evaluando los avances obtenidos.</li> </ul>	<p>conductor o puente, recordando elementos centrales de la sesión anterior.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Conversatorio sobre las distintas formas de analizar el dolor.</li> <li>➤ Escalas de avance visualizando los logros.</li> <li>➤ Relajémonos por medio de una lectura guiada de relajación y música.</li> <li>➤ Mensaje de reflexión sobre el tema de pérdida y dolor.</li> <li>➤ Apliquemos lo aprendido en el hogar.</li> </ul>
9	<p>Identificar las fortalezas y el estado emocional para superar la pérdida y el dolor.</p> <p>Utilizar la relajación como medio para canalizar los sentimientos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Recuperar las fortalezas y las emociones de su nuevo aprendizaje en la vida cotidiana.</li> <li>➤ Técnica de relajación para el manejo de las emociones.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Construyendo un hilo conductor o puente, recordando elementos centrales de la sesión anterior.</li> <li>➤ Técnica del <i>collage</i>, trabajar y analizar las fortalezas y las emociones aplicadas a la vida cotidiana.</li> <li>➤ Relajémonos por medio de una lectura guiada de relajación y música.</li> <li>➤ Mensaje de reflexión sobre el tema de pérdida y dolor.</li> <li>➤ Biblioterapia material de lectura.</li> <li>➤ Apliquemos lo aprendido en el hogar</li> </ul>
10	Conocer e identificar las creencias y el	➤ Compartiendo el conocimiento por medio de una	➤ Construyendo un hilo conductor o puente, recordando elementos

Sesión	Objetivos	Contenidos	Actividades
	entorno del tema del duelo y la pérdida.	exposición magistral. ➤ Hoja de trabajo sobre el diagrama cognitivo. ➤ Evaluando los avances obtenidos. ➤ Preparándose para el cierre del grupo.	centrales de la sesión anterior. ➤ Exposición magistral sobre las creencias centrales e intermedias. ➤ Técnica del diagrama cognitivo, trabajar la construcción de las creencias centrales. ➤ Escalas de avance visualizando los logros. ➤ Relajémonos por medio de una lectura guiada de relajación y música. ➤ Mensaje de reflexión sobre el tema de pérdida y dolor. ➤ Apliquemos lo aprendido en el hogar.
11	Trabajar en la modificación de las creencias intermedias.	➤ Trabajo en el hogar sobre las creencias intermedias. ➤ Preguntas generadoras que aporten al diagrama cognitivo ➤ Evaluando los avances obtenidos. ➤ Preparándose para el cierre del grupo	➤ Construyendo un hilo conductor o puente, recordando elementos centrales de la sesión anterior. ➤ Revisión y trabajo sobre creencias intermedias por medio de conversatorio. ➤ Preguntas generadoras que faciliten el cambio en las creencias. ➤ Escalas de avance visualizando los logros. ➤ Relajémonos por medio de una lectura guiada de relajación y música. ➤ Mensaje de reflexión sobre el tema de pérdida y dolor. ➤ Apliquemos lo aprendido en el hogar.

Sesión	Objetivos	Contenidos	Actividades
12	<p>Evaluar los resultados del trabajo grupal.</p> <p>Finalizar el trabajo grupal.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Consolidando el cambio realizado por las personas participantes.</li> <li>➤ Evaluación final.</li> <li>➤ Cierre del grupo.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Construyendo un hilo conductor o puente, recordando elementos centrales de la sesión anterior.</li> <li>➤ Conversatorio sobre los avances y cambios visualizados.</li> <li>➤ Mantenimiento del aprendizaje posterior al grupo.</li> <li>➤ Mensaje de reflexión sobre el tema de pérdida y dolor.</li> <li>➤ Evaluación final</li> </ul>

### 3. PREMISAS TEÓRICO-EPISTEMOLÓGICAS DEL MODELO DE INTERVENCIÓN

La implementación de la propuesta de atención desarrollada hace necesaria la definición de algunos conceptos básicos que permitan entender los comportamientos, sentimientos, dificultades y fortalezas asociadas al proceso de muerte de un ser querido de forma inesperada y su relación con el duelo y la pérdida y sus manifestaciones en la conducta de la vida cotidiana.

Los seres humanos analizamos y comprendemos el proceso de la muerte y su forma de sentirla o vivirla en relación directa con la cultura, la cual genera creencias que están influenciadas por la subjetividad y por la experiencia (Rojas: 2005).

### 3.1. CONCEPTUALIZACIONES DEL DUELO

La palabra duelo, desde el punto de vista etimológico, significa “dolor y aflicción”; se liga a la experiencia de pérdida de una persona cercana, afectivamente hablando, e implica una separación debido a la muerte (Caruso: 1996).

El duelo, según Rojas (2005:33), *“es la respuesta psicológica –sentimiento y pensamiento– que se presenta ante la pérdida de un ser querido”*. Esta respuesta es de carácter subjetivo y depende de estructuras mentales y emocionales de cada persona. Por lo tanto, el dolor por la *“pérdida es inherente a los seres humanos, los sistemas de creencias que tenga quien lo sufre modifican sustancialmente su expresión y desarrollo haciéndolo más manejable, en muchos casos, o, por el contrario, mucho más complejo de lo que en realidad es”* (Rojas, 2005:34).

Según Freud (1915), el duelo es la reacción a la pérdida de un ser amado o de una abstracción equivalente, que hace que se presente una cesación del interés por el mundo en el que se vive; no hay capacidad para elegir nuevas emociones y actividades que despierten el interés.

Desde esta perspectiva, Freud (1915) visualiza el duelo como la pérdida de un objeto amado que se manifiesta de forma directa en el “yo”, el cual se destruye en la pérdida.

Bowlby (1983) plantea que la tristeza se manifiesta como una forma de reaccionar ante cualquier evento de carácter negativo y que se vive con mayor intensidad cuando se pierde una persona amada.



Al momento en que un ser querido se va, manifiesta el mismo autor citado en el párrafo anterior, se presenta la necesidad de llamar, buscar y recuperar a la persona perdida. Basándose en el mecanismo interno de esperanza y acción para recuperar lo perdido, en busca de esa situación, la persona que vive el duelo inactivo se encierra para no expresar sus sentimientos. Unido a ello, hay otros mecanismos de defensa en el ser humano que no facilitan la dirección de la energía, la cual recae sobre el "yo".

Cuando se presentan estas pérdidas significativas, las personas que las viven desarrollan en muchas ocasiones sentimientos de ansiedad, enojo, cólera y odio que se manifiestan de forma inconsciente o consciente, contra la persona o el objeto que la abandonó.

Esta ambivalencia, dice Bowlby (1983), caracteriza las situaciones de duelo que siguen un curso sano de superación, pero son vividas muy intensamente por las personas que desarrollan un duelo patológico. Por ello, todos los que viven dicha situación buscan refugio en las personas cercanas en las cuales confía, lo que les permitirá irse restableciendo con el pasar del tiempo.

Bowlby (1983) refuerza su planteamiento afirmando que la desorganización y depresión, que van de forma paralela al duelo, son dolorosas, desconcertantes, lo que fortalece los mecanismos de adaptación. En otras personas, estas situaciones no les permiten guiar el curso del duelo y pueden ser elementos patológicos que no facilitan la superación del dolor.

Desde esta visión existencialista, es la temporalidad y la intensidad la que hace que el duelo sea patológico o una experiencia fortalecedora, y que permitirá el crecimiento de la persona que lo vive.

Según Freud (1981), el trabajo con las personas que viven situaciones de duelo es lento y difícil, debido a que es un proceso interno doloroso en el cual se debe aceptar el abandono.

Viorst (1990) sugiere que la forma en que vivimos y terminamos el duelo, está matizada por la forma en que percibimos la pérdida, por la edad, por las personas amadas que están cerca, por lo preparado que se está, por las fuerzas interiores y los apoyos externos, por el vínculo que se poseía con la

persona fallecida, pero sobre todo, por nuestra propia historia de amor y pérdidas.

Bowlbly (1983) agrega que el duelo está ligado a la desorganización y la depresión, que son dolorosas y desconcertantes, pero que cumplen la función como mecanismos de potencial adaptación. Esto permite que puedan eliminarse los patrones de conducta que estaban organizados para interactuar con la persona amada, con el fin de construir nuevas interacciones. *“Es característico de la persona mentalmente sana, el hecho que pueda tolerar esta fase de depresión y desorganización y emerger de ella al cabo de cierto tiempo con una conducta, pensamientos y sentimientos que comienzan a reorganizarse para interacciones de nuevo tipo”* (Bowlbly, 1983:257).

Rojas (2005) menciona la importancia de visualizar el duelo como un proceso en movimiento, que tiene cambios y múltiples posibilidades en su expresión, donde los límites rígidos y estáticos no tienen lugar.

Rojas (2005: 48-49-50) propone la existencia de diferentes tipos de duelo que tienen que ver con la intensidad y duración del mismo. Para el autor, se presentan cuatro expresiones:

1. Duelo deformado o crónico: este es arrastrado durante años; la persona vive en los recuerdos y no tiene capacidad para reincorporarse a la sociedad, viviendo su pérdida como si acabara de ocurrir.
2. Duelo ausente, diferido, suprimido o retardado: se da principalmente en personas que en sus fases iniciales mantienen el control de la situación sin mostrar signos de sufrimiento. Pero el tiempo, los recuerdos y las vivencias con la persona fallecida se enfrentan con los sentimientos que no se vivieron y no se resolvieron.
3. Duelo eufórico: se expresa negando la realidad de la muerte o reconociendo el evento, pero analizándolo como un beneficio para el doliente.

4. Duelo patológico: su proceso de adaptación y elaboración es insuficiente, sus reacciones son de mucha intensidad que no pueden ser manejados por la persona que las siente. Pueden caer en dependencia de fármacos, drogas, aislamiento social y conductas autodestructivas.

Otros autores conciben el duelo crónico como un estado de desconsuelo permanente, en donde se observan variaciones y se perfilan signos de una depresión que está teñida de tensión, ansiedad, anhelo y resentimiento (Fernández y Ramos, 1992).

### **3.2. ETAPAS DEL DUELO**

El duelo, comentan Obando y Villalobos (1994), está dividido en etapas:

1. “*Shock*”: es visto como la conmoción, la insensibilidad, la incredulidad y la irrealidad que vive la persona; su duración es variable y dependerá del tiempo que se vivió la enfermedad. Se activan los mecanismos de defensa que le permiten a la persona abstraerse del dolor y funcionan de forma automática y superficial. Esta situación se modifica un poco cuando la muerte no estaba esperada, ya que no se poseía ninguna idea de que esa persona podía morir.
2. Desorganización: esta fase es más larga. Las personas viven un intenso dolor psíquico, se siente la pérdida y se debe aprender a vivir con la realidad de esa persona ausente. Se pueden presentar alteraciones del sueño, sueños con la persona fallecida, problemas sexuales, problemas alimenticios, alucinaciones, llanto, cambios emocionales, problemas de salud somáticos, desesperanza y ansiedad por la separación.

3. Finalización del duelo o etapa de reorganización: se presentan avances en la aceptación y adaptación. Se recupera la esperanza y se retoma la vida y el espacio físico; se dispone de los bienes de la persona fallecida. Se interioriza y se identifica la pérdida.

Según otros autores como Kübler-Ross (1992), las personas que viven el proceso de duelo y las que conocen su situación que las llevará a la muerte viven las siguientes etapas.

- a. **Negación:** Es el elemento que amortigua la noticia inesperada; le facilita a las personas tiempo para movilizar sus defensas, le facilita un distanciamiento emocional con respecto a lo que sucede en su entorno, y así mismo, las personas evitan hablar del problema de salud de su ser querido o de sí mismas.
- b. **Rabia e ira:** Se reemplaza la fase anterior por sentimientos de enojo, rabia, cólera, envidia y resentimiento hacia su entorno y se inician los cuestionamiento del “¿por qué yo?” El enojo se proyecta contra todos, cuando el doliente se da cuenta de que la vida del otro se interrumpirá o se interrumpió de forma inesperada.
- c. **Negociación y regateo:** Se pospone el dolor con el objetivo de negociar con un ser supremo, para que este extienda el tiempo de vida.
- d. **Depresión:** Cuando ya la situación no puede ser negada, porque el avance de la enfermedad ya no se puede ocultar, los sentimientos de pérdida afloran y una gran tristeza surge. La persona se encuentra en el momento de perderlo todo, busca

retirar su energía de los objetos amados, sus proyectos, su mundo y volcarlo hacia sí mismo. En los casos de las muertes inesperadas de los niños y niñas recién nacidos, es al momento de salir del hospital sin su bebé, que se debe enfrentar la familia y la comunidad. Lo mismo se presenta para situaciones de hijos e hijas que residen en el hogar y fallecen de forma inesperada, ya que la persona estaba integrada en forma activa en la casa y la comunidad.

- e. **Aceptación:** Si la persona ha tenido tiempo y se le ha acompañado durante el proceso, vive este momento con aceptación, sin tristeza, con paz, con poca actitud comunicativa y deseos de estar sola.

Se puede concluir de los aspectos analizados, que la muerte posee una connotación de temor, culpa, dolor, vacío y soledad, lo que facilita que las personas desarrollen mecanismos de defensa que les permitan enfrentar la angustia, el dolor, los sentimientos y las emociones, utilizando los recursos que tienen a mano. Uno de los recursos más importantes, dentro de la cultura, es la religión: las personas se apoyan en las creencias religiosas y la existencia de un ser supremo que aliviará el dolor.

Unido a ello, se conoce que el significado de la muerte no siempre fue el mismo y que el tiempo, la ciencia médica y los criterios técnicos, han llevado a lo que hasta en nuestros tiempos se piensa y cree sobre la muerte, lo cual ha marcado de forma dramática el abordaje que muchos médicos y personal de salud manejan (Obando, Villalobos, 1994).

La muerte, según la visión de Kübler-Ross (citado por Obando y Villalobos, 1994), es por lo tanto el cierre del círculo de la vida y estar en un estado de pasividad. Consiguientemente, la muerte es vista como parte del proceso de la vida.

Los existencialistas como Yalom (1984) manifiestan que el ser humano puede enfrentar el miedo a la muerte, basándose en la creencia de un ser supremo,

salvador y en la fe de que la persona que murió estará en los pensamientos, y en la inmortalidad divina.

Desde esta óptica, dice Bowlby (1983), el sustento universal de esta situación está centrada en tres aspectos:

1. En la gran mayoría de ciudades se cree que la muerte corporal es un paso, que la persona continúa de forma abstracta en el mundo, manteniendo relación con las personas cercanas por un tiempo, lo que puede ser visto desde dos ópticas, una beneficiosa y otra dañina.
2. Las personas cercanas canalizan su enojo hacia las personas que consideran responsables de la muerte de su ser querido.
3. Los duelos tienen un tiempo definido para su finalización, el cual es designado de forma previa por nuestra sociedad.

Se puede decir por lo tanto que la forma en que las personas enfrenten su vida, así enfrentarán su muerte o la muerte de otros, porque si no se percibe la vida como una experiencia de crecimiento, esta será el fin de algo que nunca creció; de esta manera, la muerte será el fin de una vida no realizada de forma plena.

### **3.3. MUERTES INESPERADAS**

La muerte, establece Kübler-Ross (1975:18), *“es todavía un acontecimiento terrible y aterrador, y el miedo a la muerte es un miedo universal aunque creamos que lo hemos dominado en muchos niveles”*.

Isa Fonnegra (1999:25) la describe como el evento que *“sucede súbitamente sin un síntoma previo”*. Este estado de sorpresa plantea tres aspectos que

generan preocupación en los sobrevivientes. Uno de ellos es la existencia de señales previas de una enfermedad. El segundo es la preocupación sobre si la persona sufrió o no al morir y el tercero, si la persona fallecida sabía que estaba muriendo. Lo anterior genera cuestionamientos durante un período de tiempo, que tienen que ver con la posibilidad o no de haber hecho algo para evitar la muerte.

Plantea la autora mencionada que estas muertes inesperadas son un choque inicial al que se le suman otra serie de elementos como la culpa, los cuestionamientos internos, la revisión minuciosa de los últimos días, la rabia, los sentimientos de injusticia o resentimiento.

Grecco (1998) refiere que la muerte es una separación, un desprendimiento del ser amado, pero las muertes inesperadas no dan tiempo para resolver situaciones pendientes ni para las despedidas. Dificulta la comprensión y el entendimiento del evento sucedido; trunca proyectos y sueños que nos enfrentan a la pérdida, la soledad y el desapego.

La muerte sorpresiva es una situación que paraliza, que no se incorpora con facilidad y que transforma, dejando un trauma con una tendencia dolorosa (Grecco: 1998). Implica un sobresalto; es un peligro inexplicable que asusta a las personas, las desordena y las paraliza, ya que la incredulidad se apodera de quienes le sobreviven.

Grecco (1998) sugiere que las muertes inesperadas transitan por tres etapas diferentes:

1. **Sorpresa:** es la reacción emocional a lo inesperado. Las personas que reciben la noticia de la muerte inesperada, reviven en ese momento sus historias anteriores de sorpresa, en su mayoría no elaboradas. La sorpresa es natural ante la comunicación de una muerte repentina; es necesaria para asimilar la información; es la primera herramienta que utiliza el organismo para una situación dolorosa y desbordante.
2. **Dolor:** se vive en compañía del sufrimiento, generando sensaciones y cambios fisiológicos, donde intervienen

motivaciones emocionales, sensaciones que capta el sistema nervioso y el cerebro. La finalidad del dolor es de defensa ante el peligro o la gravedad del evento.

El dolor es algo que podemos ubicar en el cuerpo, pero el sufrimiento es temporal, se vincula con la historia y biografía de la persona; es una respuesta emocional a la experiencia de vivir, es el motor de cambio y transformación.

3. **Despedida:** durante el proceso de duelo se pasa por diversos estados emocionales que van desde el odio, la culpa, la pena, la ira, la tristeza, la exaltación, la tristeza, la añoranza, la negación, etc., y con el tiempo se logra acercar al recuerdo con menos sufrimiento.

Cuando la muerte se produjo, generó crisis en la seguridad, en la autoestima, y esto debe repararse para despedirnos, para desprendernos y crear nuevos espacios para vivir. Se trata de aprender una lección de independencia y de poder continuar viviendo.

Visto de esa forma, la muerte inesperada da una doble tarea: descubrir el sentido de la pérdida y hacer el duelo de la persona que falleció. Este trabajo inicia en el momento en que se conoce la noticia y finaliza cuando se retoma la vida (Grecco: 1998).

Las respuestas en el proceso de duelo pueden ser concebidas como una oportunidad o como un castigo. Grecco,(1998:90-92) que pueden presentarse de estas diferentes maneras:

- Negando la realidad, suprimiendo el dolor.
- Sintiendo una víctima; dejando al desamparo el dominio de la vida y buscando depender de otros.
- Aprovechándose de la tragedia, para buscar ganancias personales.



- Colocándose en el lugar de mártir, para manipular a los otros usando la culpa.
- Buscando lo perfecto, para encontrar una respuesta precisa a lo sucedido.
- Destruyendo todo lo que está alrededor por el dolor y la pérdida que se experimenta.
- Refugiándose en el desborde, en búsqueda de una alternativa poco positiva que aleje a la soledad.
- Aferrándose a un proyecto; el mundo se ve como una carga, por lo que desarrollar una tarea de forma obsesiva busca calmar el dolor y el sufrimiento.
- Controlando todo, mediante la imposición de la autoridad para enfrentar el momento.
- Desvalorizándose y bajando autoestima, con pensamientos negativos.
- Juzgando y criticando.
- Dramatizando.
- Aceptando que es una oportunidad de aprender y crecer, a pesar del dolor que se vive.

Las muertes que ocurren por situaciones traumáticas (homicidios, accidentes de tránsito y accidentes laborales, entre otras), tienden a complicar la realidad de las familias, debido a que estas deben enfrentar en un solo evento dos situaciones complejas: el dolor de la muerte y el estrés postraumático. (Fonnegra, 1999)

Las situaciones traumáticas se caracterizan por lo sorpresivo y súbito del evento; por el nivel de violencia empleado en la persona agredida; por muertes múltiples o por factores que se pudieron evitar (Fonnegra, 1999).

Fonnegra (1999: 34-35) traza una serie de elementos que pueden complicar el duelo de una persona cuyo familiar fallece de forma repentina. Entre estos menciona:

- La capacidad de adaptación disminuye como consecuencia del evento; se sobrecarga la persona y los factores estresantes aumentan.
- El mundo que se cree seguro cambia y las creencias que daban un orden confiable se modifican y muestran la vulnerabilidad.
- Se analiza como una muerte absurda que no puede comprenderse y que no permitió un cierre o una despedida.
- Los síntomas agudos del duelo afectan lo emocional y lo físico por una mayor cantidad de tiempo.
- El doliente reconstruye los eventos y los escenarios del evento de forma continua para comprender y poder controlar el mismo.
- Se sobredimensiona la muerte y los eventos previos, con lo que se generan sentimientos de culpa.
- Las reacciones emocionales se intensifican con el fin de encontrarle un sentido a la muerte.
- El estrés postraumático lleva a la generación de imágenes y recuerdos que aumentan las respuestas del cuerpo.

### **3.4. MODELO TERAPÉUTICO**

El enfoque cognitivo conductual fue la base del trabajo terapéutico, con miras a la modificación de pensamientos que influyen negativamente en los procesos de duelo. Para ello, las personas participantes trabajaron en la identificación, la comprensión de los pensamientos, sentimientos y conductas presentes en el proceso de duelo, así como en la búsqueda del cambio de ciertas creencias por otras más adecuadas, positivas y funcionales.

### 3.4.1. Enfoque Cognitivo Conductual

Se puede definir este enfoque de atención según Burns (1990), que cita al Dr. Aarón Beck, como la forma de pensar y sentir de una persona en determinado momento de su vida. Es por lo tanto el modo en que las personas perciben las cosas, sus actitudes mentales, creencias y la manera en que las interpretan.

Según Beck (2000), este modelo propone que las perturbaciones psicológicas producen una distorsión en el pensamiento que influye directamente en el estado de ánimo y en las conductas de las personas, por lo que una evaluación realista y una modificación de los pensamientos facilitarán una mejoría que puede ser permanente si se cambian las creencias disfuncionales.

Se puede decir que uno de los principios fundamentales de este modelo, en lo teórico, se encuentra en los movimientos de la terapia conductual con el condicionamiento de Pavlov y la teoría de aprendizaje de Hull. En 1950, varios investigadores iniciaron la aplicación de los resultados en los seres humanos para la eliminación de la ansiedad. Joseph Wolpe comenzó trabajando con la reducción de temores en las personas, mientras ellas se encontraban en un estado de relajación conocida como la técnica de desensibilización sistemática (Phares, Trull, 1999). Unido a ello, Jones usó, a nivel clínico, la terapia de reflejo condicionado y buscó la opción de una terapia desde los planteamientos de Pavlov, introduciendo así nuevas técnicas para la atención de temores neuróticos (Phares, Trull, 1999).

Durante el mismo periodo, Skinner planteó los conceptos de caja negra y condicionamientos operantes, mediante los cuales se limita la descripción y el control de conductas, en ambientes controlados. Él considera que la comprensión de la personalidad evolucionará sobre la comprensión del desarrollo conductual del organismo humano en su interacción con el ambiente (Romero, 1997). Desde esta visión, la parte interna del ser humano era ignorada.

Julia Rotter en 1954 plantea una unión de la motivación con el reforzamiento, donde la conducta está determinada por el valor de los reforzamientos y por la expectativa de que estos ocurrieran. Se apoyaba la investigadora en una serie de estudios de laboratorio donde se veía la unión de las teorías de aprendizaje y lo cognoscitivo. Por su parte, Bandura contribuía al aprendizaje social dándole así un enfoque más amplio y de servicio a este modelo (Phares, Trull, 1999).

Entre los teóricos que han contribuido de forma positiva a la construcción de este modelo, se puede citar a Albert Ellis, con su terapia racional emotiva; Donald Meichenbaum, con la modificación cognitivo-conductual; Arnold Lazarus, con la terapia multimodal, y también las contribuciones de Michael Mahoney, Vittorio Guidano y Giovanni Liotti (Beck, 2000).

Por lo tanto, se deduce que el enfoque cognitivo conductual se puede aplicar a casi cualquier problemática existente con patologías como depresión, trastornos obsesivos compulsivos, trastornos de ansiedad, trastornos de pánico, fobias sociales, trastornos alimenticios y problemas de pareja, entre otras.

La terapia cognitivo conductual “permite aplicar una perspectiva cognitiva a los problemas clínicos, dirige la atención hacia el papel del pensamiento, en la etiología y conservación de los problemas. Busca modificar o cambiar patrones de pensamiento que contribuyan a los problemas del paciente” (Phares, Trull, 1999, Pág. 395).

Este enfoque posee una serie de principios básicos para su aplicación:

1. Se fundamenta en una formulación dinámica del paciente y sus problemas planteados en términos cognitivos.
2. Requiere de una sólida alianza terapéutica.
3. Enfatiza la colaboración y la participación activa.
4. Está orientada hacia objetivos y centrada en problemas determinados.
5. Se ubica en el aquí y el ahora; el pasado es un referente según la problemática.
6. Es educativa, ya que tiene por objeto enseñar al paciente a ser su propio terapeuta y pone énfasis en la prevención de las recaídas.
7. Tiene tendencia limitada en el tiempo.
8. Las sesiones terapéuticas son estructuradas.
9. Ayuda a los pacientes a identificar y a evaluar sus pensamientos y comportamientos disfuncionales y actuar en consecuencia.

Se sirve entonces de una variedad de técnicas para cambiar el pensamiento, el estado de ánimo y la conducta (Beck, 2000).

Entre los elementos positivos que posee esta terapia están: la efectividad, la eficiencia, el amplio conjunto de técnicas de fácil aplicación, la buena tecnología, la sustitución de síntomas, la amplitud de aplicación científica practicante y científico clínica.

Las estrategias cognitivo-conductuales consisten en entrenar sistemáticamente a una persona para que distingan o discriminen entre “hechos y creencias” como elementos del mundo circundante que tienen el poder de determinar esas conductas.

- a. Se analizan las situaciones causales o funcionales haciendo énfasis en los componentes cognitivos (subjetivos o mentales). Se identifican los errores que caracterizan la experiencia de la persona.
- b. Se le demuestra a la persona, mediante ejemplos emanados de situaciones interpersonales de situaciones analizadas, cómo estos errores cognitivos operan de manera consistente distorsionando la relación con la realidad.
- c. Se alienta la elaboración, por parte de la persona, de nuevas conclusiones de la experiencia pasada y presente. Se trata de hacer objetiva la responsabilidad del propio paciente en cuanto a generar situaciones de distinto tipo en sus interacciones con la gente y con las cosas.
- d. Se ejercitan las nuevas habilidades de la persona en las situaciones que va enfrentando, estableciendo contrastes con los diferentes modos de

interpretación de lo que ocurre (Castañedo, Brenes, Jensen y otros, 1993).

Según Kuehlwein (1999), el modelo de terapia cognitiva desarrollada por Aarón Beck contiene tres niveles de cognición: el primero es el de los pensamientos automáticos, el segundo es el de las creencias intermedias y el tercero son las creencias de fondo.

Las creencias automáticas distorsionadas o disfuncionales son el foco de la intervención terapéutica, sin dejar de lado los otros dos niveles, pues se parte de la premisa de que los pensamientos inciden sobre las emociones y un cambio de los mismos altera la emoción, el comportamiento y la respuesta fisiológica a las situaciones, con lo que se logran resultados en poco tiempo y con carácter duradero, porque la persona aprende técnicas que usará cuando las necesite.

El centro de la teoría de Beck afirma que hay una tendencia a un procesamiento cognitivo negativo, con errores lógicos en ese procesamiento. Hay una relativa persistencia de creencias y actitudes negativas, manifiestas en los esquemas cognitivos y en la presencia de pensamientos automáticos.

De ahí que la terapia busque reducir los esquemas disfuncionales y las distorsiones, e incrementar las percepciones objetivas y un uso de una lógica correcta, además de disminuir la frecuencia de los pensamientos automáticos y el contenido negativo del pensamiento acerca del sí mismo, del mundo y del futuro (Free: 2000).

Otro aspecto importante que aporta la teoría racional emotiva (de Albert Ellis), afirma que la perturbación emocional es el resultado de creencias irracionales. Estas no siguen un orden lógico en relación con los hechos asociados al evento que perturba; las ideas están mediatizadas por la forma como una persona construye un evento, por sus creencias personales, las que pueden ser racionales o irracionales e influyen en las emociones (Free: 2000).

El aporte más importante de Ellis es el modelo de tres componentes, los cuales se influyen mutuamente.

- A** se entiende como un evento activante o un sumario de eventos
- B** es la creencia o pensamiento
- C** es la consecuencia emocional.

Los elementos del modelo según Free (2000) son:

1. **El pensamiento:** incluye conversaciones que se llevan en la mente, imágenes, la memoria, las ilusiones, los pensamientos automáticos, las actitudes, las reglas de conducta, las creencias.
2. **La conducta/emoción:** contiene las cosas que hacemos, tensar los músculos, relajarse, evadir a una persona, entre otras.
3. **La fisiología:** se refiere a factores como la cantidad de adrenalina en la sangre o del dióxido de carbono, una sensación de pesadez en el abdomen, entre otros.

De acuerdo con Free (2000), cada uno de estos componentes puede afectar al otro. Además de que existen factores que favorecen la aparición de los desórdenes emocionales y psicológicos, que predisponen, precipitan y/o los mantienen.

Los predisponedores consisten en eventos que ocurrieron en el pasado, tales como: condiciones genéticas, aprendizaje en la infancia, defectos físicos producto de ciertas características nutricionales.

Los precipitadores son los eventos que están asociados con la manifestación de desórdenes. Pueden ser -en ausencia de factores que predisponen-, la causa o contribuir a ello, o quizás actúan conjuntamente. Son eventos externos a la persona, tales como perder un trabajo, terminar una relación, una experiencia de desastre natural; también, pueden ser internos, producto de una enfermedad; repentinos, aparecer como un torrente de agua y ocurrir por largo período de tiempo.

Los mantenedores son los que causan la continua manifestación del desorden. Pueden ser externos, como el continuar con una mala relación o internos, como el seguir con una enfermedad. Pueden ser una respuesta o patrón de mala adaptación conductual, o un camino de interpretación a situaciones sociales, de carencia de habilidades críticas.

Las siguientes son las premisas teóricas del modelo, las que se elaboran con base en los aportes de Burns (1990), Kuehlwein (1999), Beck (2000), y Free (2000):

- El pensamiento precede a la emoción, influye en el estado de ánimo y en la conducta.
- Los sentimientos no están determinados por las situaciones, sino por el modo por el que las personas interpretan esas situaciones.
- Pensamientos, conducta/emoción y fisiología son componentes que las personas deben comprender para poder desarrollar habilidades que les ayude con sus dificultades.

### **3.4.2. Premisas Metodológicas**

Lo esencial en este modelo de terapia es debatir las creencias irracionales, la realización de tareas para hacer en la casa, la biblioterapia, con la cual la persona debe leer y aprender sobre la terapia y sus técnicas, y darse cuenta de que debe reemplazar sus creencias con nuevos pensamientos (Phares, 1999; Kaplan y Sadock: 1998; Vonogradov e Yalom: 1996).

Las siguientes son las premisas metodológicas que orientan la intervención en el modelo cognitivo:

- El problema debe visualizarse y formularse en términos cognitivos. Se explora la experiencia idiosincrásica y se conceptualiza e identifica el pensamiento del momento y los comportamientos problemáticos.



- Se trabaja el tiempo presente.
- Utiliza el cuestionamiento socrático y el descubrimiento guiado.

Mischel (1988) plantea 5 pasos básicos a seguir para realizar una terapia, según el modelo de Aarón Beck, y consisten en que las personas:

- Identifiquen y registren sus propios pensamientos automáticos
- Aprendan a identificar las conexiones entre pensamientos y reacciones
- Aprendan a examinar las pruebas a favor y en contra de los pensamientos automáticos
- Sustituyan pensamientos negativos por interpretaciones más realistas.
- Identifiquen y cambien suposiciones inapropiadas que predisponen a la distorsión

Free (2000) por su parte menciona cuatro pasos, los cuales no resultan incompatibles con los anteriores:

1. Identificar los pensamientos automáticos negativos de la persona, los esquemas y el proceso de pensamiento inadecuado.
2. Implementar una comprensión de la estructura cognitiva de la persona.
3. Desafiar y cambiar los aspectos críticos de esa estructura cognitiva.
4. Desarrollar estrategias para mantener el nuevo camino de pensamiento.

### **3.4.3. Premisas Epistemológicas**

El modelo se fundamenta en la fenomenología, el humanismo y el existencialismo, lo que se evidencia en el concepto de persona, el papel del terapeuta y el enfoque de tratamiento que se utiliza.

## **Fenomenología**

La fenomenología, menciona Güell (1999), busca comprender los fenómenos desde el “aquí y ahora”. Las acciones poseen un significado específico para quien las ejecuta y pueden ser interpretadas en la motivación particular. Las situaciones para las personas tienen una forma de interpretación que parte de la subjetividad individual. Por lo tanto, las acciones son de índole social, ya que surgen de la historia pasada y presente de las personas.

## **Humanismo**

El humanismo, de acuerdo con Phares (1999), destaca la valía y la dignidad de la persona; cada uno busca su potencial interno y autorrealización; el ser humano es completo, unificado y único. Este mismo autor dice que “la comprensión sólo puede lograrse mediante la conciencia de la experiencia de la persona” y enfatiza en la autorrealización y la naturalidad.

Otro elemento que Phares reafirma es la importancia del trabajo en el presente, en el “aquí y ahora”, porque las personas no son producto del pasado. Al mismo tiempo refuerza el potencial de cambio que tiene los seres humanos a lo largo de la vida.

## **Existencialismo**

Phares (1999) considera que los seres humanos participan de forma constante en la búsqueda de significados, del crecimiento individual y del despertar espiritual, en contraposición a una sociedad conformista. Concibe a la persona como un ser biológico, social y psicológico, cuya toma de decisiones es fundamental y para ello recurre al mundo de los hechos y de las posibilidades.

A la vez, considera que la toma de decisiones implica un conjunto de elecciones que pueden trabajarse en el presente, por medio de una alianza con el futuro

aunque este produzca ansiedad. Se asume que el pasado solamente reforzará la culpa.

A partir de los planteamientos anteriores, y con base en la experiencia terapéutica, se abordó un concepto de ser humano indivisible, que intenta buscar el crecimiento positivo y la plenitud del proceso, trabajando la temporalidad del aquí y el ahora.

### **3.5. MODELO TERAPÉUTICO GRUPAL**

En la actualidad, los profesionales de la salud mental afrontan el desafío de elaborar nuevas estrategias de atención que permitan ampliar la oferta de servicios en diversidad y cantidad; siendo la terapia grupal una alternativa que facilita trabajar con varias personas a la vez y que facilita ventajas en el aprendizaje, el terapeuta deberá contar para ello con bases teóricas y creatividad en su aplicación (Corey, 1995).

González (1999) plantea que en los procesos grupales las personas están en constante interrelación con otras, por lo que tienen la posibilidad de crear una red de apoyo social que, desde el punto de vista terapéutico, constituye una fortaleza para el proceso de cambio.

Corey (1995) argumenta que la modalidad grupal permite a los participantes y los participantes, practicar nuevas habilidades dentro del grupo y sus interacciones diarias fuera del mismo, además de ejercitar el modelo y aprender a manejar los problemas observando a los otros asistentes.

La terapia grupal busca objetivos preventivos y curativos, con un centro de interés específico, donde se potencian los pensamientos, sentimientos, y conductas conscientes. (Corey: 1995)

Los grupos socio-terapéuticos están *“orientados hacia el problema, su contenido y centro de atención está determinado por los miembros, quienes normalmente son individuos con buen funcionamiento, que no requieren una reconstrucción*

*extensiva*” (Corey: 1995, 25). Por lo tanto, se centran en el crecimiento, en el descubrimiento de los recursos internos, proporcionando empatía y apoyo para crear un espacio de confianza a fin de explorar los problemas.

El grupo es como un microcosmo de la sociedad, ya que los problemas y los conflictos hallados dentro de él no tienen mucha diferencia con los que experimentan fuera; sin embargo, ofrecen una retroalimentación constante que amplía la variedad de las respuestas de las personas (Corey: 1995).

Por lo tanto, la terapia grupal se centrará “*en el crecimiento, desarrollo, potenciación, prevención, autoconciencia y superación de obstáculos, que impiden el crecimiento*” (Corey: 1995, 30), y se visualizará como una reconstrucción personal durante el proceso de tratamiento.

Analizando los aspectos mencionados anteriormente, la terapia de grupo es una actividad estructurada, dirigida a poblaciones muy distintas, con una diversidad de fines, como compartir información, experiencias, enseñanza en la resolución de conflictos y apoyo (Corey: 1995).

Entre los pioneros de la terapia de grupo se encuentran: Joseph Pratt (1922), quien realizaba sesiones de lectura con sus pacientes tuberculosos, para que las personas que asistieran pudiesen vivir con su enfermedad. Edward Lazell (1921), quien usó el método de Pratt para trabajar con personas esquizofrénicas, realizando discusiones con orientación psicoanalítica y las lecturas de apoyo (Kaplan y Sadock, 1998).

Históricamente, diferentes profesionales han fomentado el proceso de intervención grupal, buscando probar su efectividad. En Estados Unidos, en el siglo pasado, autores como Louis Wender, Paul Schilder, Jacob L. Moreno, Fritz Redl y Alexander Wolf, buscaban que se valorara el aporte a la terapia de

www.ts.ucr.ac.cr

dicha modalidad; para ello utilizaban conceptos freudianos para las interpretaciones de la transferencia, el psicodrama y la teoría de roles para inducir cambios (Kaplan y Sadock, 1998).

Samuel R. Slavson, educador y trabajador social, desarrolló la “terapia de actividad grupal”, orientada a la expresión de fantasías y sentimientos por medio del juego y la acción. Aplicó protocolos de abordaje para grupos de discusión psicoanalítica de diversas edades (Kaplan y Sadock, 1998).

En la Segunda Guerra Mundial, la terapia de grupo recibió un impulso importante y cobró popularidad, debido a la abundancia de casos psiquiátricos que se presentaron y la escasez de psiquiatras militares, por lo que la implementación de grupos de terapia fue una alternativa efectiva para el tratamiento de las situaciones que se presentaron ( Kaplan y Sadock, 1998).

### **3.5.1. Factores Terapéuticos**

Con el transcurso del tiempo, la terapia grupal ha ganado un espacio dentro de los procesos terapéuticos demostrando sus beneficios para las diferentes patologías existentes. Según Vinogradov y Yalom (1996), existen varios factores terapéuticos; dentro de ellos encontramos:

- ❖ *Infundir esperanza*: Observar a las personas que asisten al grupo y que dan luchas exitosas frente a sus problemas ayuda a infundir esperanza.
- ❖ *Universalidad*: Al conocer y escuchar a otras personas del grupo, se descubre que poseen los mismos problemas, temores y preocupaciones; se conocer que no se está solo genera un alivio.

- ❖ *Compartir información:* Los miembros del grupo no solo reciben consejo y orientación del terapeuta, sino también de otros miembros del grupo.
- ❖ *Instrucción didáctica:* la utilización de textos informativos y de superación personal permite a las personas del grupo intercambiar información sobre su situación particular.
- ❖ *Dar consejo:* Permite que los miembros del grupo brinden consejos de forma directa a las otras personas del grupo, mediante una interacción dinámica.
- ❖ *Altruismo:* En todo grupo, los pacientes se ayudan entre sí, ya que comparten ideas similares, sugerencias e *insights*. El poder ser útil es gratificante para las personas y el grupo, ya que incrementa la autoestima de sus participantes.
- ❖ *Desarrollo de técnicas de socialización:* Interactuar con los demás en el grupo puede ayudar a que las personas aprendan sobre las relaciones interpersonales, habilidades sociales, sensibilidad hacia los demás y resolución de conflictos, entre otros aspectos.
- ❖ *Conducta imitativa:* El observar, escuchar y compartir con las personas del grupo, puede facilitar el modelamiento de conducta más aceptada por la sociedad.
- ❖ *Catarsis:* El facilitar un espacio para expresar las emociones, posibilita darnos cuenta de que seguimos siendo aceptados o aceptadas por las demás personas del grupo.

- ❖ *Recapitulación correctiva de la familia primaria:* El contexto grupal puede ayudar a los individuos a comprender y resolver problemas relacionados con su grupo primario de origen, la familia, y permitirá ensayar nuevas forma de relación.
  
- ❖ *Cohesión de grupo:* Las personas que participan en el grupo se vuelven más unidas, se aceptan y apoyan, lo que facilita el crecimiento de la autoestima y resulta adaptativo para la vida social.

Por lo tanto, el grupo de intervención socio-terapéutica permite que las personas que pierden a un hijo o una hija de forma inesperada puedan compartir su dolor en un entorno seguro, donde puedan expresar sus sentimientos y pensamientos alrededor del evento, se acerquen a la realidad para modificarla y retomen su historia de vida.

Facilitará por lo tanto un espacio donde se comparten las vivencias, los temores, las angustias, el vacío que queda después de la muerte de ese ser querido en el cual se encontraban cifradas las esperanzas e ilusiones.

### **Modalidad Grupal**

La intervención terapéutica con grupos contiene un método que permite normalizar y validar en los participantes, sentimientos de temor, desorientación, desesperanza, a raíz de la muerte de su hijo o una hija, los cuales repercuten en la vida cotidiana por medio de dificultades psico-sociales.

Los grupos tienden a enfatizar en la ayuda mutua y en la resolución de problemas en los ámbitos familiar, laboral, cuidado de la salud y tratamiento médico.

Existen dos modalidades de grupos que pueden implementarse. Uno es el abierto (Vinogradov y Yalom, 1996): este tipo de grupo permite el ingreso de personas nuevas en cualquier momento; solamente se fija el horario, el lugar y en algunas ocasiones el tiempo de duración.

El otro tipo de grupo es el cerrado, que facilita un proceso más estructurado y estable y que permite el crecimiento de las personas que lo conforman. Es el caso del grupo que se utilizará para trabajar los aspectos del duelo. A su vez, facilita la presentación de los resultados terapéuticos. Este tipo de grupo es de particular importancia dentro de las instituciones del Estado y específicamente en el área de salud.

Algunas de las ventajas de la terapia grupal de tipo cerrado utilizando el modelo cognitivo conductual en los procesos de duelo son:

- ❖ Es más eficaz y económica, en especial los tratamientos grupales con límite de tiempo.
- ❖ Reexperimentar es posible y es útil para otras personas.
- ❖ Se puede compartir sentimientos y experiencias con personas que han tenido historias similares
- ❖ Se facilita el empoderamiento mediante la promoción del apoyo mutuo
- ❖ Se comparte el sentimiento de dolor y de culpa que poseen las personas que perdieron a su ser amado.
- ❖ Permite la oportunidad de practicar el aprendizaje y las nuevas respuestas.
- ❖ Facilita la creación de alternativas de apoyo para los asistentes (González, 1999).



La terapia de grupo exige una serie de requisitos previos a la implementación de la experiencia, los cuales facilitarán el éxito terapéutico; para ello es importante tener clara la información del mismo Vinogradov y Yalom (1996):

- ❖ Conocer y evaluar las limitaciones existentes en el terapeuta y en la institución para la implementación del proceso grupal. Se deben valorar las condiciones intrínsecas que no pueden modificarse y a las que el profesional debe adaptarse. Posteriormente, se deben evaluar y modificar los factores extrínsecos que afectan al grupo para que el grupo trabaje de forma efectiva.
- ❖ El autor no lo menciona, pero es importante que, antes del planteamiento de la estructura básica, se defina el modelo terapéutico con el que se va a trabajar, debido a la influencia directa que esto ejercerá en la toma de decisiones sobre el planeamiento, ejecución y finalización del proceso terapéutico.
- ❖ La estructura básica debe tomar en cuenta la duración del proceso, la frecuencia y el horario de las sesiones, las metas generales que se desean obtener y la población con la que se trabajará, facilitando así la construcción de los otros elementos del proceso de grupo.
- ❖ La elección de los objetivos deben ser apropiados para la situación clínica con la que se va a trabajar contemplando lo establecido en el punto anterior. Lo que se busca es ofrecer alivio al síntoma y cambiar la estructura de los pensamientos, sentimientos y de las creencias. Los objetivos planteados por lo tanto deben ser asequibles, y contemplar la capacidad y el potencial de los miembros del grupo.

- ❖ Es importante que se defina el lugar donde se realizarán las sesiones, el espacio físico, su capacidad; dicho lugar debe permitir la intimidad y la concentración.
- ❖ El tamaño del grupo se encontrará estrechamente ligado a dos factores: uno, el modelo terapéutico seleccionado, y dos, los factores terapéuticos que se desea fomentar. El trabajo se realizará con aproximadamente ocho a doce personas.
- ❖ Se debe establecer un marco temporal, que contemple la duración de la sesión, la cual puede oscilar entre 60 y 120 minutos; la frecuencia de las sesiones, los objetivos terapéuticos, la modalidad seleccionada y la problemática.
- ❖ Otro elemento importante es la definición de trabajar con un co-terapeuta, ya que este permite el complemento y apoyo del proceso.
- ❖ Posteriormente, se debe seleccionar si el modelo seleccionado se combinará con algún otro modelo que se complemente.

Como se observa, las personas que viven situaciones de duelo, a pesar de las diferencias, de la intensidad con la que lo viven, requieren de apoyo, atención, pero sobre todo, de escucha y orientación. Surge de ahí la importancia de abrir espacios institucionales que permitan el acompañamiento, el tratamiento terapéutico, la vivencia con otras personas y el contacto con su entorno, lo que hace que un duelo de difícil manejo se pueda superar de una forma más adecuada para la persona.

De esto se desprende que el personal de salud, que tiene contacto directo con la familia, tome la vanguardia de los procesos terapéuticos desde una óptica grupal o individual que permita hablar de su dolor, de sus pensamientos, brindando beneficios invaluable para la institución y para el doliente.

La institución atraería una gran cantidad de personas que no han canalizado el dolor de una forma adecuada y que por ahora lo realizan por medio de las consultas constantes al médico, las incapacidades, los problemas mentales como la depresión, aguda o crónica. La situación de la muerte se hace más fuerte cuando se piensa en que el que fallece es un hijo o una hija que está destinado a vivir y conocer el mundo, no a morir, pero sobre todo, no a sufrir el dolor de la agonía, de los tratamientos agresivos e invasivos que en muchas ocasiones prolongan el sufrimiento de la madre, el padre y sus familiares.

#### **4. MODELO DE SISTEMATIZACIÓN**

La sistematización es un ejercicio que se refiere a las experiencias prácticas concretas, por lo que debe ser permanente, acumulativo, con la creación de conocimientos a partir de la experiencia de la intervención en una realidad social (Jara, 1994).

Se considera que como la experiencia es un proceso social, es dinámica, en permanente cambio y movimiento, con un carácter complejo, en el que se interrelacionan una serie de factores objetivos y subjetivos donde se ubican:

- Las condiciones en el contexto en que se desarrollan las personas involucradas.
- Situaciones particulares a las que se enfrentan.
- Las acciones que buscan lograr determinadas metas.
- Percepciones, interpretaciones e intenciones de las personas que están participando.
- Los resultados que van surgiendo, sean estos esperados o no.
- Las relaciones y reacciones de las personas que están en el proceso (Jara, 1994).

Desde esta óptica, para Jara (1994) la sistematización permite que la persona que interviene en el proceso como facilitador o facilitadora se apropie de la

experiencia que vive, la comunique por medio del aprendizaje obtenido y por último comparta los logros y limitaciones con su entorno social para el crecimiento de los procesos que se desarrollan con las personas.

Desde la visión de Jara (1994), existen diversos elementos que debe contemplar la sistematización, entre los que se encuentra una construcción y reflexión ordenada sobre la experiencia, recolectando el proceso mismo y los resultados, por lo que debe contener elementos de interpretación crítica que faciliten la reconstrucción del proceso.

La sistematización es a su vez un proceso participativo, donde las participantes y los participantes son protagonistas de su propia experiencia y proceso, buscando conocer el detalle de la experiencia vivida (Jara, 1994).

Se puede afirmar, desde lo afirmado por Jara (1994), que la sistematización es la interpretación crítica de una o varias experiencias, que a partir de su ordenamiento y reconstrucción, descubre o trae a la luz la lógica del proceso vivido, los factores que se han presentado en dicho proceso, la relación entre ellos, y por qué lo han realizado de esta forma.

Otra de las autoras que tratan el tema es Guzmán (1998); ella habla de una serie de lineamientos específicos con el fin de conocer el punto de partida para la sistematización y la reflexión crítica de la experiencia. Ello obliga a la persona conductora del proceso, a un ejercicio de análisis crítico de la práctica que identifique las áreas centrales donde se lograron avances para la producción de conocimientos, métodos y lecciones sobre cómo trabajar con la población que forma parte de la experiencia

El proceso de sistematización de la residencia práctica se basará en el modelo planteado por Jara, debido a que se entrecruza de forma positiva con los diversos modelos terapéuticos y metodológicos que se van a utilizar, y [www.ts.ucr.ac.cr](http://www.ts.ucr.ac.cr)

principalmente porque fomenta la interpretación crítica, facilitando la producción y el ordenamiento de nuevos conocimientos, lo que permitirá mezclar la teoría con la práctica y reflexionar sobre lo vivido.

Entre los aspectos que deben tomarse en cuenta al utilizar este modelo de sistematización están los momentos metodológicos que influyen en la experiencia de sistematización.

Los cinco momentos en el proceso de sistematización son:

1. *Punto de Partida*: inicia cuando se está ejecutando la práctica o cuando se haya implementado, porque necesita de una participación activa en la experiencia y contar con un registro de esa experiencia (Jara, 1994).
2. *Preguntas Iniciales*: la sistematización establece tres elementos esenciales: la definición del objetivo de sistematización, la delimitación del objeto a sistematizar y la precisión de los ejes de sistematización (Jara, 1994).
3. *Recuperación del Proceso Vivido*: este momento se subdivide en dos, la reconstrucción cronológica de la historia, donde se debe ubicar la visión global de los principales acontecimientos que sucedieron en la ejecución de la experiencia. Posteriormente, se debe ordenar y clasificar la información, la cual depende de la precisión del eje de sistematización y puede facilitar el proceso, si se utiliza una guía de ordenamiento que es una lista de preguntas que facilitarán articular la información (Jara, 1994).
4. *La Reflexión del Fondo*: el elemento clave en este momento es el tiempo donde se responderá la interrogante “¿por qué pasó lo que pasó?”. Se debe realizar un análisis y una síntesis e interpretación crítica del proceso, donde se deben ubicar las tensiones, las contradicciones para

posteriormente realizar una nueva síntesis que permita elaborar una conceptualización a partir de la práctica (Jara, 1994).

5. *Puntos de Llegada*: aquí se harán las reflexiones que permitan formular las conclusiones teóricas y prácticas con referencia al eje o los ejes de sistematización; esto permitirá comunicar los aprendizajes por medio de algunos materiales que faciliten al grupo visualizar su aporte (Jara, 1994).

## **4.1. PROPUESTA DE SISTEMATIZACIÓN**

Desde este enfoque, se definen los elementos centrales, para los aspectos del modelo de sistematización, iniciando con el encuadre de su objetivo, su objeto y sus ejes centrales, y por supuesto, tomando en cuenta que se parte de la experiencia vivida y que, para esto, se requieren registros que faciliten su construcción posterior, entre los que se encuentran:

### **4.1.1. Punto de Partida**

Se define trabajar con el tema procesos de duelo en muertes inesperadas centrado en un grupo poblacional que abarca de los 0 a los 19 años de edad, con las madres y los padres que sobreviven al evento.

Debido a que la muerte inesperada genera situaciones de dolor y *shock* que no permiten su asimilación, los sobrevivientes (madres, padres, hermanos, abuelos y tíos), evitan estímulos internos y externos que puedan recordar la pérdida, el sufrimiento y el dolor. La persona busca mantener o establecer un esquema cognitivo ligado a la relevancia de la persona fallecida, generando pensamientos y sentimientos distorsionados, maximizando los recuerdos, y con

una visión catastrófica sobre la muerte, la culpa y las tareas inconclusas que quedaron a raíz del evento (Manual de Psicoterapia Cognitiva: 2005).

Se busca trabajar con estas personas para brindarles esperanza durante su proceso de dolor, trabajar sus distorsiones cognitivas, sus creencias centrales, la expresión de sus sentimientos y pensamientos sobre lo sucedido.

Se elabora, desde esta perspectiva, una propuesta de residencia práctica, orientada al “Manejo de Duelo en las Madres y los Padres que Pierden a su Hijo o Hija en Forma Inesperada, con Edades entre los 0 y 19 Años”, desarrollada en la Clínica Dr. Clorito Picado, bajo la modalidad grupal.

Para ello se seleccionó el enfoque cognitivo conductual, en un grupo socio-terapéutico cerrado, con entre ocho y doce participantes, con una sesión semanal, por un período de tres meses.

Se debe partir de la propia experiencia, que ligará el proceso con el segundo momento de la sistematización.

### ***A. Registro de la Experiencia***

- Documento inicial de la propuesta de residencia práctica, elaborado en el curso de Estudio Independiente 2; este deberá ser retomado, revisado y modificado en el proceso de sistematización de la experiencia.
- Documentos e informes del proceso de intervención presentados a la Directora de Residencia, como crónicas semanales, informes mensuales, cuaderno de campo, supervisión semanal del proceso e informantes claves.
- Documentos generados de las revisiones bibliográficas.

- Registros e instrumentos diseñados para el abordaje terapéutico que den cuenta del tratamiento brindado, además de las evaluaciones aplicadas dentro de las cuales se encontrarán registro de las sesiones, hoja de identificación de los participantes, entrevista inicial, avances terapéuticos, registro de los perfiles de entrada, salida y el real, listas de asistencia, entre otros.
- Plan de trabajo, la estructura de las sesiones, y el cronograma.

#### **4.1.2. Preguntas Iniciales**

Para la definición del objetivo, objeto y eje de sistematización, se plantearon una serie de interrogantes previas:

- ¿De qué manera el enfoque cognitivo conductual facilita el proceso de recuperación de las personas que viven situaciones de duelo por el fallecimiento de un hijo o una hija de forma inesperada?
- ¿Cómo lograr una intervención social efectiva para los problemas que manifiestan las personas que pierden a su hijo o hija de forma inesperada?
- ¿Cuál es la efectividad del proceso terapéutico en los participantes y su aplicabilidad institucional?
- ¿De qué forma inciden las distorsiones cognitivas en el proceso de duelo?
- ¿Cómo brindar nuevas alternativas terapéuticas a los padres y madres que viven procesos de duelo debido a un fallecimiento inesperado de su hijo o hija?
- ¿Qué variables intervinieron para facilitar el proceso de terapia?

#### **a. Objetivo de Sistematización**



Reconstruir la experiencia terapéutica para diseñar una propuesta alternativa de los problemas derivados de las distorsiones cognitivas que afectan el proceso de duelo de las personas que han perdido de forma inesperada a su hijo o hija.

#### **b. Objeto de Sistematización**

El proceso socio-terapéutico grupal de padres y madres que perdieron a un hijo o una hija de forma inesperada, desarrollado en la Clínica Dr. Clorito Picado, el cual se planificó, ejecutó y evaluó, con el fin de generar una reestructuración cognoscitiva durante los meses de julio a octubre de 2005.

#### **c. Eje de Sistematización**

La estrategia de intervención terapéutica y la reestructuración cognitiva de los procesos de duelos de los padres y madres que asistieron al grupo la valoración de su efectividad.

### **4.1.3. Recuperando el Proceso Vivido**

**a. Reconstruir la Experiencia:** Se busca poseer una visión global de los principales acontecimientos a lo largo del proceso terapéutico desarrollado de forma lógica, utilizando para ello un orden cronológico y por etapas para su ordenamiento:

- I Etapa: Identificación y Selección de los Participantes:
  - ✓ Divulgación del grupo terapéutico.
  - ✓ Definición del instrumento de registro.

- ✓ Preparación de las sesiones (Revisión teórica, selección técnicas, supervisión)
  - ✓ Entrevistas y selección de participantes (Criterios establecidos previamente por la terapeuta).
- II Etapa: Construcción del Proceso Empático Intragrupo.
- ✓ Expectativas del grupo.
  - ✓ Contrato terapéutico.
  - ✓ Definición de las reglas del grupo.
  - ✓ Perfil de entrada.
  - ✓ Sentimientos iniciales hacia el fallecimiento de su hijo o hija.
- III Etapa: Entendiendo el Enfoque Cognitivo Conductual para el Abordaje de los Procesos de Duelo.
- ✓ El ABC del Enfoque.
  - ✓ Conociendo el Enfoque Cognitivo Conductual
  - ✓ Expresión de sentimientos en torno al proceso de duelo
  - ✓ Acercamiento e identificación de los pensamientos automáticos alrededor del proceso de duelo.
  - ✓ Detección de ideas disfuncionales sobre la muerte y la pérdida; trabajo para cambiarlas
  - ✓ Conocimientos de la relación entre pensamientos, sentimientos y acciones sobre la muerte y la pérdida
  - ✓ Revisión de la creencias centrales e intermedias en torno a la muerte y la pérdida
- IV Etapa: Viviendo el Dolor.
- ✓ Conociendo el proceso de pérdida y dolor.
  - ✓ Analizando las etapas del duelo.

- ✓ Vivir con la ausencia sin sufrimiento.
  - ✓ Analizando el tipo de duelo vivido, cambios para no hacerlo problemático.
  - ✓ Expresión de sentimientos.
  - ✓ Replanteamiento de elementos cognitivos.
  - ✓ Desarrollando el aprendizaje.
- V Etapa: Infundiendo Esperanza.
- ✓ Sustitución de pensamientos distorsionados, por una nueva realidad sobre la muerte y la pérdida.
  - ✓ Mensajes positivos que permitan modificar los pensamientos.
  - ✓ Relajación, una alternativa para el manejo del dolor.
  - ✓ Fortalecimiento y consolidación de los cambios logrados.
  - ✓ Preparación y cierre del grupo.
  - ✓ Logros terapéuticos (perfil de entrada y salida).
  - ✓ Dificultades y resistencia

**b. Ordenar y Clasificar la Información:** tomando en cuenta el objeto, el objetivo y el eje de sistematización de la información, se procedió a ordenar los componentes, entre los que están:

- Etapas del proceso terapéutico.
- Aspectos importantes del proceso terapéutico a nivel técnico
- Percepción de los participantes sobre el rol del terapeuta.
- Proceso grupal.
- Resultados.
- Debilidades
- Fortalezas.
- Emergentes.

#### 4.1.4. Pensando y Repensando la Experiencia

Esta se realizó haciendo un ejercicio analítico, ubicando las tensiones y contradicciones que marcaron el proceso. Para ello se plantearon una serie de preguntas que guiaron la reflexión:

- ¿Qué cambios cognitivos, emocionales y conductuales se observaron como producto del proceso terapéutico?
- ¿Qué cambios se observaron durante el proceso a nivel social, emocional y de salud?
- ¿Qué situaciones se hacían presentes y limitaban el accionar en la persona, en las áreas laboral y familiar, debido al proceso de duelo?
- ¿Se presentaron cambios en el plan de tratamiento terapéutico y por qué?
- ¿Cómo se trabajó con los emergentes surgidos en el proceso?
- ¿Cómo se expresó el crecimiento individual dentro del grupo y de la experiencia terapéutica?
- ¿Cómo fue la experiencia grupal vivida?
- ¿En qué medida se satisfacen las expectativas y necesidades del grupo?
- ¿Cuál fue el aprendizaje de los participantes en el grupo terapéutico?
- ¿Cuáles son los principales logros del enfoque cognitivo conductual en los procesos de duelo?
- ¿Cuáles fueron los factores de éxito en la experiencia?
- ¿Principales fortalezas del Enfoque Cognitivo Conductual en el manejo de procesos de duelo?
- ¿Cuáles fueron las limitaciones principales de la experiencia terapéutica grupal?
- ¿Aplicaría otro enfoque para el trabajo de duelo con padres y madres que pierden a un hijo de forma inesperada?

- ¿Es pertinente y recomendable este enfoque a nivel grupal para trabajar los procesos de duelo?
- ¿Qué acciones no realizaría si la experiencia se repitiera?
- ¿Este enfoque es aplicable a otro tipo de situaciones?
- ¿Qué lecciones aprendidas se dan en el ámbito profesional y personal de la terapeuta?
- ¿Cuáles son los principales aportes de esta experiencia para Trabajo Social y el sector salud?
- ¿Qué papel juega la profesional en Trabajo Social en los procesos de duelo?

#### **4.1.5. Reflexionando la Experiencia**

Se busca realizar una reflexión crítica de la experiencia sistematizada, desde la combinación de los elementos teóricos y la práctica, centrándose en aspectos como:

- Viabilidad de la propuesta para el sector salud y los aportes brindados.
- Efectividad del grupo terapéutico.
- Aportes de la experiencia para Trabajo Social.
- Lecciones aprendidas.
- Consideraciones finales.

#### **4.2. Instrumentos de Sistematización**

Un elemento relevante para la sistematización son los instrumentos que se utilizarán; se recolectarán así, por parte del terapeuta y las personas participantes, aspectos importantes para la reconstrucción del proceso. (Anexos 1, 2, 3, 4, 5, 6 y 7).

## 5. MODELO DE EVALUACIÓN

La intervención terapéutica en situaciones de duelo por la pérdida de un hijo o una hija de forma inesperada utilizará el modelo de evaluación individualizada de intervención social, el cual se conoce también como evaluación de sujeto único (Bloon y Fischer, 1982), por su facilidad de evaluar la efectividad de las intervenciones sociales, tanto en forma individual, como familiar o con grupos.

La selección de este modelo se justifica en que permite obtener la información para planificar, estructurar y evaluar de manera continua y sistemática los avances del grupo terapéutico durante el proceso de intervención.

Además, al utilizar el Enfoque Cognitivo Conductual con un carácter de reeducación, modificación de conductas y el desarrollo de nuevas destrezas para desenvolverse en el medio, permite pensar de forma más racional, reorganizar el pensamiento, reformular expresiones para cambiar emociones y conductas (González, 1999). El modelo de evaluación apoya el proceso de intervención.

La evaluación es un proceso basado en la toma de decisiones, por medio del cual el profesional plantea para el problema las variables e indicadores que deben ser tomados en cuenta por su valor, lo que facilita formular soluciones creativas al problema.

El diseño de este tipo de evaluación incluye tres momentos (Granados: 1998 y Villalta: 2004):

- ✓ Pre intervención: se utilizó un perfil de entrada, donde se observaron y definieron los problemas y condiciones que poseía la persona que ingresaría al proceso grupal.

- ✓ Intervención: durante la atención terapéutica se buscó cambiar el perfil de entrada, hacia un perfil ideal y mejorado, como resultado del proceso de atención; se debió tener claro que no todos los participantes podrán llegar a la meta trazada por situaciones propias.
  
- ✓ Seguimiento: se realizó, concluido el proceso grupal o individual de las personas

La evaluación busca como propósito fundamental facilitar al profesional y otras personas, la toma de decisiones, por medio de la información sistematizada, sobre los procesos de intervención y los cambios que se producen como resultado de la misma; permite que se clarifiquen y especifiquen los problemas y objetivos, para poder seleccionar la intervención y lograr los cambios esperados (Granados: 1998).

El modelo de evaluación de sistemas individualizados de intervención social posibilita:

- Especificar el problema de consulta del paciente con el fin de escoger el modelo de intervención apropiado para cada caso.
- Establecer la relación de causalidad entre la situación y la condición específica.
- Determinar cuál es el estado de la persona o grupo sujeto de intervención, al concluir el tratamiento.
- Registrar sistemáticamente información sobre el proceso, facilitando la socialización, dependiendo siempre de la pertinencia de la misma.
- Evaluar el impacto verdadero de la intervención terapéutica.
- Racionalizar el proceso de toma de decisiones.

- Detectar las dificultades que se dan dentro del proceso terapéutico, generando información que apoye las correcciones y la revisión oportuna para aumentar la probabilidad de éxito.
- Retroalimentar a las profesionales y los profesionales sobre la efectividad de ciertos modelos terapéuticos (Bloom y Fischer, 1982).

Algunos aspectos que deben ser considerados en el desarrollo del modelo y la implementación de la evaluación fueron los factores intervinientes sobre las personas que participaron en el grupo y que se vuelven necesarias para la construcción del perfil inicial o de entrada:

- Las conductas y los procesos de duelo que viven los padres y madres. Dichas conductas y procesos tienen matices diferentes; sin embargo, se buscó abarcar la pluralidad de los eventos.
- Las personas con reeducación pudieron identificar sus pensamientos, creencias y sentimientos sobre el tema del duelo y pérdida.

Estos factores intervinientes se valoraron dentro de la entrevista inicial donde, con los criterios de exclusión e inclusión, se seleccionaron las personas participantes.

## **5.1. PROPUESTA DE EVALUACIÓN**

La evaluación, como plantea Picado (1991:35), “resulta oportuna cuando se requiera conocer la dinámica que presenta el programa, sus debilidades y fortalezas y su proceso de desarrollo”, situación que se aplica para obtener información útil sobre los efectos que puede estar generando un proceso terapéutico.

Para esta propuesta utilizaremos los modelos planteados por Picado (1991), Granados (1998), Güell (1999) y Villalta (2004).



### **5.1.1. Problema y Objeto de Intervención**

#### **Problema**

La falta de alternativas terapéuticas en el área de salud para las madres y padres que perdieron un hijo o una hija de forma inesperada y cursan un proceso de duelo en los meses de julio a octubre de 2005.

#### **Objeto de Evaluación**

Evaluar la alternativa terapéutica grupal para madres y padres en proceso de duelo por la pérdida de su hijo o hija, en cuanto a la efectividad y los cambios en las creencias, pensamientos y sentimientos distorsionados.

### **5.1.2. Objetivos del Modelo de Evaluación**

1. Evaluar el nivel de reconocimiento que poseen los participantes para identificar creencias, pensamientos y sentimientos distorsionados para superar el proceso de duelo por la muerte de su hijo o hija.
2. Valorar la efectividad de la experiencia de grupo terapéutico, desde la perspectiva cognoscitiva, con el fin de modificar conductas disfuncionales que afectan los procesos de duelo.
3. Evaluar la reestructuración cognoscitiva y el desarrollo de conductas dirigidas a mejorar el autocuidado y favorecer estilos de vida saludables en las madres y padres que perdieron un hijo o una hija.

4. Analizar los aspectos positivos o negativos de las variables intervinientes en el proceso grupal y los objetivos planteados.

### **5.1.3. Estrategias del modelo**

Güell (1999) y Picado (1991), mencionan que la incorporación de todos los puntos de vista de los participantes y del terapeuta, en el proceso de evaluación, generará motivación y aprendizaje que facilitará resultados adecuados al momento de aplicar los instrumentos.

La evaluación, al ser un aspecto predefinido por el terapeuta, requiere claridad del enfoque terapéutico a utilizar y debe ser consecuente con el plan de tratamiento, la recolección de la información y la sistematización de la experiencia.

### **5.1.4. Periodicidad de la evaluación**

La terapeuta es responsable de la calidad y del éxito de la tarea de evaluar, del proceso terapéutico y este, a su vez, dependerá de la calidad de la información obtenida por los instrumentos.

El enfoque cognitivo conductual permitió un proceso de retroalimentación constante, retomando aspectos de tipo cualitativo, con información específica de la sesión anterior:

- Resumen de la sesión anterior con aspectos relevantes.
- ¿Qué le pareció la sesión?
- ¿Existió alguna parte que lo hiciera sentirse incómodo durante esta sesión?
- ¿Cómo se sintió al tener que hablar sobre sus sentimientos más íntimos del duelo?
- ¿Qué tema le gustaría trabajar en la siguiente sesión?

Unido a ello, la evaluación de sujeto único plantea la posibilidad de definir evaluaciones periódicas, facilitando el cierre parcial del proceso e ir valorando los mismos, reorientando o profundizando sobre los objetivos terapéuticos definidos.

El momento inicial de aplicación para la evaluación se definió a partir de la cuarta sesión; de ahí, tuvo lugar cada dos sesiones, donde participaron las personas asistentes y la terapeuta realizó las evaluaciones individuales de forma continua.

#### **5.1.5. Variables del Modelo**

El modelo de evaluación toma en cuenta dos factores importantes, la parte individual y la parte grupal, lo que obliga a la definición de variables que guíen el proceso de medición y recolección de los datos vinculados directamente al modelo de evaluación seleccionado que, en este caso, es el de sujeto único, el cual requiere:

- ***Variable Independiente:***

#### **Tratamiento terapéutico grupal con enfoque cognitivo conductual**

Este busca la modificación de los pensamientos distorsionados y se requiere, por lo tanto, definir la periodicidad de la aplicación de la misma permitiendo aplicar ajustes y cambios en el momento adecuado.

Este proceso se desarrollará en tres etapas:

- Sesiones 1-4: Reconocimiento del diálogo interno, la cohesión del grupo y el proceso empático

- Sesiones 5-8: Identificación, clasificación y desafío de los pensamientos distorsionados.
- Sesiones 9-12: Desarrollo e implementación de estrategias, valoración de cambios sociales, de salud y emocionales.

□ ***Variables Intervinientes:***

Cambios de domicilio.

Conflictos de pareja o familiares.

Presiones ambientales que inciden necesariamente en la persona para que deserte del grupo.

Cambio en la condición económica que imposibilite la asistencia al grupo.

Aparición de un problema de salud mental de forma repentina que le impida la asistencia al grupo.

□ ***Variable Dependiente:***

**Pensamientos distorsionados y el duelo**

El enfoque cognitivo conductual y su implementación propone que la identificación y evaluación de ideas disfuncionales asociadas lleva a la comprensión de los sucesos y por lo tanto a un cambio cognitivo (Beck, 2000).

Este aspecto se constituye en el elemento central del grupo y del terapeuta, pues en eso radica el éxito del proceso de intervención, asociado al proceso de duelo que están viviendo las personas asistentes al grupo.

□ ***Indicadores:***

En la revisión de antecedentes sobre este modelo, se encuentran en Güell (1999) y Villalta (2004) cinco momentos con sus respectivas variables e

indicadores para la valoración de los pensamientos automáticos distorsionados, eje central de la evaluación. Sin embargo, se utilizará, para la escala de medición, otro rango más amplio (Hernández,1998) que plantea el escalafón de Rensis Likert (esto es, un conjunto de ítems con los cuales se pide la reacción de las personas participantes), califica al objeto con la misma claridad con que se mide la actitud hacia un único concepto:

### **1. Identificación de Pensamientos Automáticos Distorsionados**

Implica que la persona podrá reconocer que tiene ideas distorsionadas sobre el duelo.

#### **Escala e indicador:**

1. No logra identificar: El integrante o la integrante del grupo no logra identificar la existencia de los pensamientos distorsionados en relación con el proceso de duelo.
2. Identifica con apoyo del terapeuta o compañero: logra identificar algún pensamiento distorsionado en relación al proceso de duelo.
3. Medianamente los identifica: Presenta algún grado de dificultad, para reconocer los pensamientos distorsionados en relación con el proceso de duelo.
4. Logra identificarlos: La persona logra precisar los pensamientos distorsionados el 100% de las veces en relación con el proceso de duelo.

### **2. Establecer conexiones entre pensamientos y reacciones físicas y emocionales**

Busca valorar las modificaciones en los pensamientos y las respuestas que se brindan. Lograr un cambio implica claridad en la reacción posterior a lo pensado en relación con el proceso de duelo.

**Escala e indicador:**

1. No establece conexiones: El integrante o la integrante del grupo no logra identificar la existencia de los pensamientos distorsionados y sus reacciones en relación con el proceso de duelo.
2. Establece con ayuda de otra persona algún pensamiento distorsionado: logra, con apoyo del terapeuta o compañero, hacer alguna conexión en relación con el proceso de duelo.
3. Medianamente las establece: Se establecen conexiones la mitad de las veces en relación con el proceso de duelo.
4. Establece conexiones: La persona logra establecer conexiones el 100% de las veces en relación con el proceso de duelo.

**3. Examinar las pruebas a favor y en contra de los pensamientos distorsionados**

Cuestionar los pensamientos para analizar su validez y visualizar la conexión entre lo pensado y la reacción en relación con el proceso de duelo.

**Escala e indicador**

1. No desafía pensamientos con pruebas a favor y en contra: no identifica, ni analiza los pensamientos distorsionados en relación con el proceso de duelo.
2. Desafía con ayuda: con pruebas a favor y en contra, identifica, con ayuda de una persona, algunos pensamientos, cuestionando y analizando, en relación con el proceso de duelo.
3. Medianamente desafía pensamientos con pruebas a favor y en contra: identifica y analiza aspectos a favor y en contra la mitad de las veces, en relación con el proceso de duelo.

4. Desafía los pensamientos con pruebas a favor y en contra: identifica y analiza aspectos a favor y en contra en un 100% de las veces en relación con el proceso de duelo.

#### **4. Sustitución de pensamientos automáticos y distorsiones cognitivas por interpretaciones más realistas**

Cambia o modifica sus pensamientos automáticos y distorsiones cognitivas sobre la temática trabajada, por unos pensamientos más realistas, acordes u objetivos en relación con el proceso de duelo.

#### **Escala e indicador**

1. No sustituye: La persona continúa el uso pensamientos distorsionados en relación con el proceso de duelo.
2. Sustituye con ayuda: La persona sustituye algún pensamiento distorsionado con ayuda de otra persona en relación con el proceso de duelo.
3. Medianamente lo sustituye: La persona logra sustituir la mitad de las veces sus pensamientos distorsionados por algo más real en relación con el proceso de duelo.
4. Logra sustituirlos: La persona logra la mayoría de las veces sustituir sus pensamientos distorsionados por otros más reales en relación con el proceso de duelo.

#### **5. Desarrollo de estrategias para mantener el nuevo camino de pensamiento**

Debe implementarse, una vez que se perciba manejo en los momentos anteriores en relación con el proceso de duelo.

### **Escala e indicador**

1. No desarrolla estrategias: Persisten las reacciones y conductas negativas en relación con el proceso de duelo.
2. Desarrolla con ayuda: Requiere de ayuda de una persona para identificar, desafiar e intentar desarrollar algunas estrategias para sus reacciones y conductas en relación con el proceso de duelo.
3. Medianamente desarrolla estrategias: las personas tienen coincidencia en 50% de las ocasiones con sus reacciones, emociones y conductas e intentan desarrollar estrategias para su control en relación con el proceso de duelo.
4. Logra desarrollar estrategias: la persona tiene coincidencia de sus reacciones emocionales y conductuales y desarrolla estrategias aceptables para controlarlas en relación con el proceso de duelo.

Este tipo de evaluación y escala permite a las persona graficar y visualizar cambios en su perfil de entrada y salida.

#### **5.1.6. Perfil de Entrada, Real, Ideal y de Salida**

El perfil ideal se construye con los indicadores planteados anteriormente, pero principalmente cuando las personas se ubiquen en la categoría 4, lo cual plantea el logro al 100% de la variable definida.

El **perfil ideal** la persona que participó en el proceso terapéutico logra identificar sus pensamientos distorsionados, establece conexiones adecuadas entre sus pensamientos y sus reacciones, las desafía o reta con pruebas a favor y en contra, sustituye los pensamientos automáticos negativos por interpretaciones más adecuadas y realistas y desarrolla estrategias y cambios



para mantenerse en un proceso de duelo más positivo a nivel social, de salud y emocional.

**Perfil de Entrada:** Se construirá con las características individuales de cada persona que ingrese al grupo, en relación con sus pensamientos, emociones y conductas, con respecto a la pérdida de su hijo o hija de forma inesperada.

**Perfil de Salida:** Estará conformado por los logros y avances de cada una de las personas participantes en el proceso terapéutico grupal y no coincidirá en la mayoría de los casos con el perfil ideal.

Este es el elemento medular para adecuar el tratamiento social y terapéutico de las personas del grupo, y la base para evaluar la intervención realizada utilizando los indicadores ya mencionados anteriormente.

Se realizará una sesión adicional, en la cual se aplicará un instrumento para valorar el perfil de entrada y el perfil de salida, así como los resultados que las personas percibieron y que modificarían del proceso terapéutico grupal.

#### **5.1.7. Instrumentos de Evaluación**

Los instrumentos de evaluación facilitaron los procesos para visualizar gráficamente los avances de las personas participantes. (Anexo 5, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15 y 16).

## **6. Reconstruyendo desde el Dolor de la Pérdida del Ser Querido**

## 6.1. RECONSTRUYENDO EL CONTEXTO

La experiencia terapéutica de residencia práctica desarrollada se circunscribe en el contexto de la Clínica Dr. Clorito Picado, que brinda servicios de atención en salud desde 1965. Desde ese momento hasta la fecha, se han dado cambios tecnológicos y de visión, lo cual ha permitido la generación de nuevas ideas, así como la implementación de procesos de trabajo diferentes.

Alrededor de los años ochenta, el sector salud pone de manifiesto la crisis que experimenta en su gestión y en la prestación de servicios. Su atención se basa en lo biológico y en las enfermedades, además de que la administración y la planificación están centralizadas (Ayala, Carvajal, Fonseca y otros, 1993). Unido a ello, no toma en cuenta al individuo, la familia, y la comunidad como generadores de su propio proceso de salud, sino solamente como receptores de las gestiones que realiza la institución misma (Ayala, Carvajal, Fonseca y otros, 1993).

Otras de las principales debilidades que presentaba este modelo de atención era la limitada participación de la sociedad; las deficiencias en la administración presupuestaria; el bajo logro en metas cualitativas y el incremento de costos, entre otros (Ayala, Carvajal, Fonseca y otros, 1993).

En 1990, el sector salud realizó una reforma significativa que planteó propuestas para modificar y resolver las limitaciones que no facilitaban un accionar más fluido y se creó por lo tanto la Gerencia de Modernización (Salas y Castillo, 2003).

Mediante esta reforma, se traslada al Ministerio de Salud la rectoría, del sector salud. Se le asigna a dicho ministerio la dirección y conducción operativa y estratégica de la producción social de la salud; la vigilancia, el análisis y

[www.ts.ucr.ac.cr](http://www.ts.ucr.ac.cr)

seguimiento del desarrollo de la salud; el proceso de regulación, que busca la adopción, confección y ejecución de medidas sanitarias, así como la investigación y el desarrollo científico y tecnológico en salud (Salas y Castillo, 2003).

En la década de los noventa surge la Reforma del Estado con el fin “*de incrementar la eficiencia, eficacia y calidad de los servicios sociales, eliminar duplicidades, descentralizar la administración, aumentar la participación del sector privado y mejorar la capacidad gerencial y financiera*” (Güell; 1999, 55).

Por su parte, en la CCSS, se cuenta con un Modelo de Reforma que busca atender las nuevas y múltiples demandas de los diferentes sectores sociales, desde una perspectiva de equidad, universalidad, de atención integral y autonomía en la gestión. Nacen de esta forma los Compromisos de Gestión, como procesos que buscan modificar el sistema de asignación de los recursos económicos que pretenden la productividad, la eficiencia y la calidad de los servicios que se brindan en salud (Compromisos de Gestión, 1999, 2000 y 2001).

Los Compromisos de Gestión son acuerdos entre partes que definen y evalúan la asignación de los recursos, la producción en salud y la transparencia en las finanzas (Compromisos de Gestión, 1999, 2000 y 2001).

Para ello, los centros de salud buscan soluciones que permiten brindar atención integral y de calidad, planteando una serie de cambios en la forma de gestión, que obligan a modificaciones en la forma de la administración de los recursos.

La Caja Costarricense de Seguro Social implementa el proceso de modernización, el cual se orienta a la eficiencia y calidad en la prestación de los servicios, de tal forma que se fortalezca la atención de forma integral y se

favorezca la separación de las actividades sustantivas de compra, provisión y financiamiento de los recursos (Compromisos de Gestión, 1999, 2000 y 2001).

Esta nueva forma de brindar los servicios posee implicaciones técnicas, y administrativas en las prestaciones de los servicios, para promover la uniformidad y regularidad en la gestión (Compromisos de Gestión, 1999, 2000 y 2001)

Los Compromisos de Gestión son vistos desde dos ópticas: como respuesta de las necesidades de la población y, al mismo tiempo, como una herramienta que facilita la resolución de problemas en cada clínica y hospital (Compromisos de Gestión, 1999, 2000 y 2001).

Esta nueva forma de gestión buscó que se desarrollaran procesos de trabajo eficientes, eficaces y de calidad, que contemplara las necesidades de salud del individuo, la familia y comunidad, logrando identificar la población con mayores necesidades y focalizando sus problemas, de modo que se pudiera brindar un servicio acorde a sus necesidades (Compromisos de Gestión, 1999, 2000 y 2001).

Unido a ello, buscaba una participación activa de la comunidad para que planteara sus propias soluciones a los problemas de salud y se, convirtiera en agente activo de sus procesos de crecimiento y mejoramiento de una forma rápida y pacífica (Compromisos de Gestión, 1999, 2000 y 2001).

La CCSS misma creó mecanismos con miras a lograr dicha participación. Uno de ellos fue la Ley 7852, que da vida a las Juntas de Salud, el cual se convierte en un espacio de participación efectiva y consciente para el mejoramiento de la salud de la comunidad (BID, 1993).

Se busca con esta nueva visión que los servicios que se facilitan a la población sean iguales en calidad y atención, independientemente de la condición del asegurado, de sus características personales y de la ubicación geográfica misma (Compromisos de Gestión 1999, 2000 y 2001).

Los Compromisos de Gestión (1999, 2000 y 2001) plantean que se le posibilite el acceso oportuno a los servicios en salud que le corresponden a cada persona

en su lugar de residencia (sin importar los niveles de complejidad), que ayuden al funcionamiento adecuado de la red de servicios de salud existentes.

Otro elemento central en estos Compromisos de Gestión es la importancia de iniciar un proceso de descentralización en las decisiones financieras y administrativas, pero sobre todo, en la prestación de los servicios. Se inicia así un proceso de creación de núcleos más pequeños de atención, conocidos como Equipos Básicos de Atención Integral en Salud (EBAIS) que se encuentran más cercanos a las comunidades y facilitan el acceso a los servicios de forma más oportuna.

Los EBAIS tienen como elemento central, promover la participación en las decisiones que debe tomar el nivel local con su propia comunidad, ya que este posee un conocimiento más amplio de lo que sucede con su lugar de trabajo y con la comunidad misma (Romero, 2001).

## **6.2. Contexto Inmediato: Clínica Dr. Clorito Picado**

La Clínica Clorito Picado pertenece a la Caja Costarricense de Seguro Social, institución que surge por el proyecto de ley para la “Creación del Seguro Social Costarricense”, remitido a la Asamblea Legislativa por el Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia, en setiembre de 1941. Posteriormente, se aprueba la ley N° 17, mediante la cual se determina la creación de la Caja Costarricense de Seguro Social y se incorpora a la Constitución Política en 1949, en el artículo 73.

Con esta decisión, la salud se define como un bien de interés público, que pasa a formar parte de la responsabilidad del Estado. Esto se ve reforzado con la aprobación de la Ley General de Salud en 1972 y sus modificaciones subsecuentes, donde claramente se da a conocer a la sociedad civil la intencionalidad de legislar en este campo.

La Caja Costarricense de Seguro Social es la encargada de brindar la atención en salud a las personas. Es creada dentro del marco de la seguridad social; es la responsable de administrar el Régimen de Enfermedad y Maternidad, el de Invalidez, Vejez y Muerte, y el de Pensiones No Contributivo y Seguro por el Estado.

La Clínica Dr. Clorito Picado inicialmente dependía directamente de la Gerencia Médica; sin embargo, después de la reestructuración, se definió que pertenecería administrativamente a la Dirección Regional Central Norte (instancia subordinada a la Gerencia de División Médica).

**Misión:**

*“Brindar atención integral en salud a las personas del Área, ofreciendo servicios de calidad, mediante un modelo dirigido a los individuos, su familia, la comunidad y el ambiente”.* (CCSS: 2005,15).

**Visión:**

*“La Clínica realizará su trabajo en forma interrelacionada con otras instituciones, organismos y grupos comunales, ofreciendo servicios de prevención, información, capacitación y asesoramiento para la promoción de la salud.*

*El personal de la clínica fomentará la investigación científica y social con el fin de identificar factores de riesgo y soluciones alternativas para los problemas de salud detectados”* (CCSS: 2005,16).

La Clínica Dr. Clorito Picado se encuentra ubicada en Cinco Esquinas de Tibás; posee como área de adscripción el Distrito de Cinco Esquinas, compuesto por Cuatro Reinas, Bajo Piuses, San Rafael. Además, por el Distrito de Uruca, **integrado** por Uruca, Barrio Corazón de Jesús, INA, Hospital México, Peregrina, Bajo Los Ledesma y por último por el Distrito Merced, conformado por Barrio México, Pithaya y Paso de La Vaca. Además, es un centro de referencia de los Equipos Básicos de Atención Integral en Salud (EBAIS) ubicados en León XIII, La Carpio, Barrio México y Coopesaín.

De este contexto, se puede concluir que la clínica atiende una población con características de pobreza importantes, hacinamiento, problemas de vivienda e insatisfacción de necesidades básicas, entre otras, que se presentan principalmente en la periferia del Área Metropolitana, conocida como anillos de pobreza (ASIS, 2004).

Estos anillos de pobreza están compuestos por una gran cantidad de tugurios contruidos con material de desecho como cartón, láminas de zinc, plataformas de madera, casas en mal estado de conservación y población indigente, que vaga de forma permanente en las calles de Barrio México, Paso de La Vaca, Mercado Central y trabajadoras del sexo.

La población que se encuentra adscrita a la Clínica Dr. Clorito Picado, en el primer nivel de atención, es de 48.714 (Medisys: 2008). Está compuesta por costarricenses, nicaragüenses y otros extranjeros, según consta en el sistema de información de la clínica.

Dentro de esta zona de atracción, se presentan problemas frecuentes por el consumo de drogas, robos, violencia, pobreza, marginalidad e insatisfacción de necesidades básicas (ASIS, 2004).

La Clínica tiene una cobertura total de 100.000 personas adscritas aproximadamente (ASIS, 2004-2006). Se compone de dos niveles de atención; en el primer nivel, se ubican médicos generales, asistentes de atención primaria, auxiliares de enfermería, a pesar de que solamente se han implementado dos EBAIS externos ubicados en el sector de Merced, dejando aproximadamente 6 EBAIS internos (ASIS, 2004).

Se deben realizar modificaciones en los niveles de atención existentes, de forma que las Áreas de Salud poseerán un total de 15.000 a 40.000 mil habitantes en las zonas rurales y un total de 30.000 a 60.000 habitantes en las zonas urbanas, sobre la base de la división territorial existente en nuestro país (Ayala, Carvajal, Fonseca y otros, 1993).

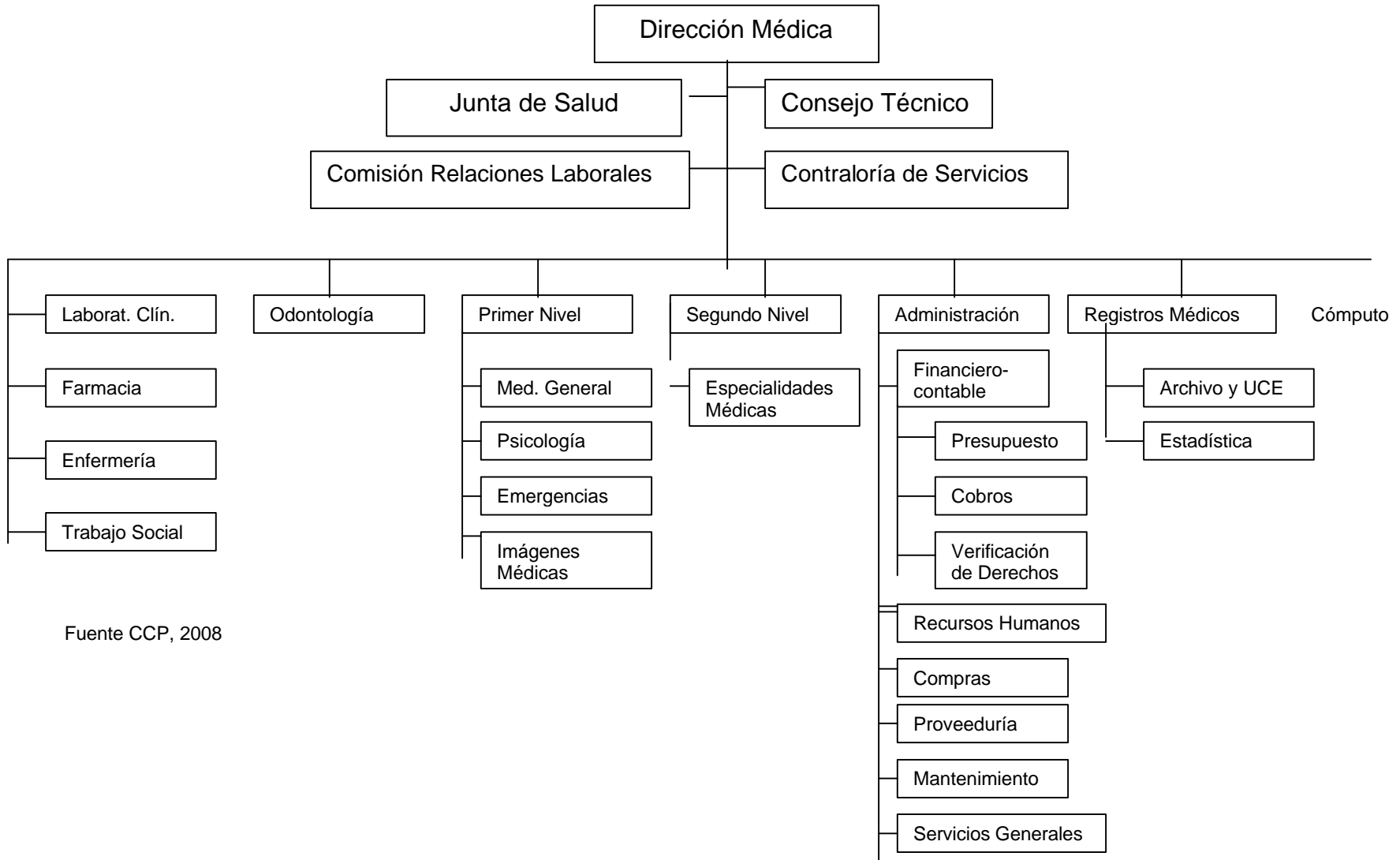
La Clínica Dr. Clorito Picado posee EBAIS desconcentrados, ubicados en la comunidad, como es el caso de Merced 1 y 2; y concentrados, ubicados dentro de las instalaciones existentes, como son Cinco Esquinas, Uruca Este y Oeste, Colima Este, Oeste y Sur.

El segundo nivel de atención está compuesto por especialidades médicas como psiquiatría, ginecología y obstetricia, perinatología, medicina interna, pediatría, dermatología, fisiatría, rehabilitación, oftalmología, otorrinolaringología, audiología, radiología, medicina familiar, electrocardiología, psicología y Trabajo Social.

La Clínica se encuentra organizada de la siguiente forma:



2008



Fuente CCP, 2008

## Trabajo Social

Esta disciplina profesional forma parte de la Clínica desde su fundación. Dirige sus acciones principalmente a “atender las necesidades humanas, a través de intervenciones directas o indirectas en la realidad individual, familiar y comunal“(CCSS: 2005, 22).

Este Departamento está constituido por una Jefatura en Trabajo Social, dos profesionales de Trabajo Social y una secretaria; además, cuenta con el sistema de información Medisys para acceso a los datos de los usuarios y las usuarias, agendas digitales y acceso a tecnología de punta.

El Departamento de Trabajo Social orienta sus funciones según modelos de atención, como son el Modelo Socio-educativo y Promocional, Modelo Socio-terapéutico (individual o grupal). Las intervenciones sociales se realizan por medio de:

- Atención individual y familiar.
- Grupo Socio-educativo.
- Grupo Socio-terapéutico.
- Participación social.
- Equipos interdisciplinarios.
- Investigación social.
- Comunidad.

Como parte de las labores del Departamento de Trabajo Social, se encuentra el componente de investigación donde está inserta la Comisión Local de Mortalidad Infantil y Materna. Aquí se ha observado que miembros de la familia poseen un proceso de duelo inadecuado, sin respuestas a muchas de sus preguntas, lo que a veces da como resultado procesos de depresión, enojo, furia y, lo más difícil, sin contar con un apoyo profesional que les facilite la superación de ese momento tan doloroso. Unido a ello, en la consulta social también se atienden madres y padres con procesos de duelo, por jóvenes menores de 19 años que fallecieron de forma inesperada. Estos padres y

madres no han recibido apoyo para el proceso de pérdida y dolor, por lo que afrontan una realidad que describen como “oscura y turbulenta”.

### **6.3. Reconstruyendo la Intervención Terapéutica**

La intervención terapéutica grupal inició en el mes de Julio y finalizó en Octubre de 2005. Antes, se realizaron actividades de coordinación, entrevistas de selección a las participantes y los participantes. Dichas acciones se articularon, de manera previa, con una propuesta teórica, metodológica y epistemológica de la residencia práctica, la cual fue sustentada y aprobada en el año 2002.

La intervención se desarrolló en doce sesiones, con una duración aproximadamente de dos horas. Se implementó los días miércoles en la Clínica Dr. Clorito Picado.

Fue un proceso mediante el cual se sembró una semilla, que se cuidó y nutrió con aspectos teóricos, con la experiencia personal, con el aporte de otros profesionales y otras personas significativas, lo que permitió que creciera y brindara un fruto: la sistematización y recuperación de la experiencia vivida.

La recuperación de la vivencia se centró en dos aspectos fundamentales: la evaluación diseñada y la propuesta de sistematización señalada anteriormente. Ello facilitó la división en etapas, con el fin de que el lector pueda ubicarse en tiempo y espacio. Pero eso no quiere decir que el proceso se presentó de forma dividida y sin elementos de coherencia y continuidad.

#### **6.3.1. Primera Etapa: Pre-Intervención**

Está compuesta principalmente por dos submomentos que se describirán a continuación:

- a. Diseño teórico y metodológico de las sesiones grupales.
- b. Información y selección de los participantes y las participantes.

### **a. Diseño Teórico de las Sesiones Grupales**

Durante los meses de enero a junio, la terapeuta se dedicó al desarrollo técnico, metodológico y material de apoyo de las doce sesiones grupales. Para ello, se seleccionaron técnicas, tareas, material de lectura, aspectos teóricos para el manejo del enfoque de los participantes, temas sobre duelo, pérdidas, duelos problemáticos, técnicas de relajación, mensajes de reflexión, materiales de evaluación y sistematización del proceso.

Es importante mencionar que estos elementos fundamentales permiten que la experiencia tenga éxito en los aspectos de planificación. Corey (1995: 118) plantea la relevancia de iniciar con la elaboración de la propuesta, donde se incluyan aspectos fundamentales: objetivos, tiempo, personas asistentes, constitución del grupo y características que se someterán a seguimiento y evaluación.

Se definió un instrumento de selección y entrevista para cada una de las personas referidas al Departamento de Trabajo Social. Este se aplicó inicialmente a todas las personas que vivían situaciones de duelo. Posteriormente, se analizó cada uno de ellos, con el fin de valorar, utilizando los criterios de selección, los potenciales participantes del proceso grupal.

Además, se realizaron las gestiones administrativas para la solicitud del campo clínico, necesario para ejecutar intervenciones con personas dentro de la Caja Costarricense de Seguro Social. Dichas gestiones fueron coordinadas, por parte de la Maestría en Trabajo Social y de la Supervisora, ante la Clínica Dr. Clorito

Picado y el Centro de Desarrollo Estratégico e Información en Salud y Seguridad Social (CENDEISSS).

Para visualizar lo programado, lo ejecutado y los períodos de tiempo definidos, se diseñó un cronograma.

**Cuadro N° 4  
Cronograma de la Residencia**

ACTIVIDADES	TIEMPO 2004-2005												
	NOV-DIC 04	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SET	OCT	NOV	DIC
Coordinación de Campo Clínico	■												
Investigación de aspectos teóricos y metodológicos sobre tema y enfoque	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
<b>Primera Etapa: Pre Intervención.</b>		■	■	■									
a. Diseño teórico de las sesiones.			■	■	■								
b. Información y selección.			■	■	■	■	■						
<b>Segunda Etapa: Intervención</b>							■						
a. Sesión 1.								■					
b. Sesión 2.								■					
c. Sesión 3,								■	■				
d. Sesión 4.								■	■				
e. Sesión 5.								■	■				
f. Sesión 6.								■	■				

ACTIVIDADES	TIEMPO 2004-2005												
	NOV-DIC 04	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SET	OCT	NOV	DIC
g. Sesión 7.									Programado	Ejecutado			
h. Sesión 8.									Programado	Ejecutado			
i. Sesión 9.									Programado	Ejecutado			
j. Sesión 10.									Programado		Ejecutado		
k. Sesión 11.										Programado	Ejecutado		
l. Sesión 12.										Programado	Ejecutado		
m. Sesión 13.											Ejecutado		
Registro y sistematización.		Ejecutado	Ejecutado	Programado	Programado	Programado	Programado	Programado	Programado	Programado	Programado	Programado	Programado
Presentación del documento final													Programado Pendiente

Pendiente.  
Programado  
Ejecutado.



## **b. Información y Selección de los Participantes y las Participantes**

Se realizaron contactos con las jefaturas de Trabajo Social de hospitales nacionales, clínicas mayores y EBAIS del Área, para la referencia de personas donde su hijo o hija menor de 19 años hubiese fallecido, a fin de iniciar el proceso de entrevista de selección con el instrumento ya definido previamente.

Unido a ello, se realizó una campaña de divulgación de la actividad grupal, por medio de carteles informativos, una labor individual con otras profesionales en Trabajo Social, médicos, Enfermería y ATAP (Asistentes Técnicos de Atención Primaria), para la referencia interna y externa de los padres y madres que estuvieran viviendo procesos de duelo por la muerte de forma inesperada de su hijo o hija menor de 19 años.

Durante ese tiempo, se entrevistaron aproximadamente entre 12 y 15 personas, y se detectó con claridad que, para que dicha actividad fuese exitosa en cuanto a participación, debía realizarse en horario nocturno, debido a que gran parte de los entrevistados laboraba fuera del hogar o sus responsabilidades dentro del mismo les limitaba su asistencia en horas más tempranas.

Es importante mencionar que, inicialmente, la captación de las personas fue lenta, debido a un factor cultural de la sociedad costarricense y latinoamericana, como refiere Santiago Rojas (2005): las personas vivían sus procesos de duelo rodeados de amigos, familiares y vecinos, acompañados de rituales religiosos como son el novenario y los rezos en el hogar.

Por lo tanto, el duelo posterior a esos días debe ser superado por las personas de forma individual, en sus casas y demostrando gran entereza para enfrentar el día a día; con ello, se puede advertir la distorsión cultural en el sentido de que el apoyo profesional de Psicología, Trabajo Social y otras profesiones son para personas enfermas mentales y que, en lo que se refiere a salud, solamente se



asiste al médico para solicitar algún medicamento que facilite sobrellevar el dolor emocional y físico.

En este momento inicial, se informó a las personas los detalles de la actividad, así como el compromiso y la responsabilidad que se necesitaba de ellas.

Previamente al comienzo del proceso, se habían definido algunos criterios de inclusión y exclusión, basándose en la propuesta de Vinogradov y Yalom (1996):

**Criterios de Exclusión:**

- ❖ Fracaso previo en otros grupos terapéuticos u otros grupos.
- ❖ Hostilidad a la idea de trabajar en grupo.
- ❖ Utilizar el grupo como plataforma para realizar contacto social.
- ❖ Expectativas poco realistas sobre el resultado del tratamiento.
- ❖ Conductas no apropiadas para el trabajo grupal.
- ❖ Incapacidad para trabajar en la tarea grupal.
- ❖ Depresiones severas.
- ❖ Problemas psiquiátricos que distorsionan la realidad.

**Criterios de Inclusión:**

- ❖ Madres y padres cuyo hijo o hija hubiese fallecido de forma inesperada.
- ❖ Capacidad para realizar las tareas.
- ❖ Personas comprometidas con el grupo (deseos de vencer su situación y de poder superarla).
- ❖ Que manifestaran compromiso respecto al cumplimiento del tratamiento.
- ❖ Personas con destrezas para relacionarse con otras personas en la actividad grupal.
- ❖ Presencia de indicadores que señalaran problemas para la elaboración del duelo.

- ❖ Que vivieran en el área de atracción de la Clínica Dr. Clorito Picado o que fueran referidos por hospitales nacionales, clínicas metropolitanas o EBAIS.
- ❖ Aceptar el proceso terapéutico a nivel verbal y escrito por medio de un contrato.

Además, como plantea Corey (1995), se tomaron en cuenta aspectos sobre compatibilidad de las personas, lo que busca disminuir los riesgos de participaciones no adecuadas, que pueden llegar al fracaso al grupo, y una buena selección facilitará la motivación, disposición para el cambio y el trabajo conjunto.

### **Selección de los Participantes y las Participantes**

Para la selección de los participantes y las participantes, se realizó una entrevista (Anexo 1), con el objetivo de obtener la información pertinente.

Las principales tareas asignadas en ese momento fueron:

- ❖ Iniciar la motivación, la confianza, el *rapport* dentro de ese primer contacto.
- ❖ Seleccionar a las personas, según criterios definidos.
- ❖ Conocer la situación vivida por las personas.
- ❖ Comentar y saber expectativas, problemas desde los pensamientos y sentimientos para incorporarlos al proceso grupal.
- ❖ Infundir esperanza.
- ❖ Identificar aspectos significativos para elaborar el perfil de entrada.

Para realizar estas acciones, se les brindó una cita individual o en pareja, según fuera la situación, con una duración de aproximadamente una hora; después, se realizaba un análisis por parte de la profesional para organizar la información y definir el perfil de entrada.

Esto facilitó un proceso de doble vía, ya que aclaró y permitió observar conductas, realizar una evaluación de las candidatas y los candidatos. Además, facilitó que la persona participante se acercara y estableciera un vínculo de confianza, en un espacio de libertad para preguntar y responder de parte de ambos interactuantes (Corey: 1995).

Entre los resultados obtenidos de esta fase inicial, fueron entrevistadas 12 personas, de las cuales solamente una fue rechazada, ya que presentaba distorsiones de realidad, debido a depresiones severas.

De las entrevistas realizadas, se obtuvo información que se organizó en pensamientos y sentimientos relativos a la muerte de su hijo o hija:

- ❖ **J.M.** “Soy culpable de la muerte de mi hijo; si no lo hubiera tirado a la calle, no se hubiera muerto.”.
- ❖ **M.C.** “Es mejor no querer a las personas porque cuando uno los ama se mueren y uno queda todo descocherado”.
- ❖ **L.U.** “No es justo, ella era una niña y vino a cambiarlo todo y luego... murió dejando todo mal”.
- ❖ **A.C.** “Yo intento apoyarla pero usted sabe, esto es difícil y uno no se siente bien”.
- ❖ **L.A.** “A veces uno se pregunta por qué a uno, que está mal”.
- ❖ **J.T.** “Esto ha sido un proceso, creo que todavía necesitamos ayuda para aprender sobre la muerte”.
- ❖ **J.G.** “Todos mis hijos se mueren, tal vez si la saco de la tumba, yo la escucho, ella me necesita”.
- ❖ **K.M.** “Yo estoy enojada, no entiendo por qué me pasó a mí si yo lo quería”.

- ❖ **S.M y M.V.M.** “Lo que sentimos es mucho dolor, soledad y me siento traicionada, resentida, yo como su compañero debo sacar fuerzas para darle valor”.
- ❖ **M.A.** “No pienso nada, todo me da igual, consumía mucho licor para olvidar, ahora por lo menos no tomo, asisto a AA desde hace 6 meses” (Excluida por criterios definidos; problema psiquiátrico severo).
- ❖ **I.C.** “Lloro todos los días, sueño con él, no disfruto de la vida y menos de navidad, recuerdo como si hubiera sucedido ayer”.
- ❖ **L.F.** “Yo lo que siento es temor, angustia, dolor y pienso por qué a mí que si lo quería”.

En esta entrevista inicial, se detectaron dos situaciones que, desde nuestra formación en ciencias sociales, requerían de apoyo adicional. Por tal razón, desde ese momento, se vio la necesidad de enfocar las sesiones grupales y e individuales, en áreas como conflictos familiares, violencia intrafamiliar, problemas socio-económicos entre otros, que se tornan fundamentales en el proceso terapéutico, y que facilitan el crecimiento y fortalecimiento de la persona y de su entorno familiar inmediato.

Después de la selección, se realizaron llamadas telefónicas a todos los participantes y las participantes para hablar sobre los siguientes aspectos:

- ❖ Horario del grupo.
- ❖ Día definido para las sesiones.
- ❖ Importancia de su asistencia.
- ❖ Indagar sobre su estado de emocional.
- ❖ Confirmar su deseo de participar en el grupo

### **6.3.2. Segunda Etapa: Intervención**

En esta etapa se buscará mostrar los diversos caminos por los que el grupo de duelo “La Esperanza” transitó, buscando combinar la visión de la terapeuta y la vivencia de las personas que estuvieron inmersas en la experiencia abriendo la puerta de su dolor para buscar alivio emocional.

### **a. Primera Sesión**

Corey (1995) habla de este primer momento como de “orientación y exploración”. Dice que lo que se desea es determinar la estructura del grupo, conocerse unos a otros, examinar las expectativas de los miembros” (Corey: 1995, 129).

Vista de esta forma, la apertura del proceso terapéutico es la base de constitución del grupo, donde las personas participantes se conocieron y se les brindaron las pautas de trabajo grupal.

En este momento, se va construyendo la cohesión grupal y el interaprendizaje le da fuerza al proceso grupal, debido a la necesidad de aceptación e integración con las diferentes personas en el grupo (Yalom: 1998).

Además, permite la disminución de la ansiedad inicial de las personas, clarifica sus expectativas e inicia un proceso educación, terapéutico y sanador para que los miembros vayan adquiriendo destrezas, a fin de que la experiencia grupal sea satisfactoria (Vinogradov y Yalom: 1996; Corey: 1995).

Otro elemento fundamental en esta sesión es la configuración y establecimiento de reglas. Estas reglas son incorporadas en el grupo, de la misma manera que las

expectativas de cada uno de las personas participantes (Vinogradov y Yalom: 1996).

Las reglas deben estar escritas de forma clara, para que sean aceptadas por el grupo sin dificultad; sin embargo, a lo largo del proceso, el terapeuta o la terapeuta también cuidan de que sean cumplidas. .

Se trabajó, además, el encuadre del grupo mismo. Para ello, se explicó la razón de estar en el grupo, con qué enfoque terapéutico se iba a trabajar, el manejo de los límites temporales como son puntualidad, ausencias, duración de cada sesión y la importancia de la continuidad (Vinogradov y Yalom: 1996).

### **a.1. Objetivos**

1. Desarrollar un espacio de confianza y *rapport* con las personas integrantes del grupo.
2. Definir las reglas del grupo para su funcionamiento y desarrollo del proceso terapéutico.
3. Definir el contrato terapéutico.
4. Conocer las expectativas individuales y grupales sobre lo que esperan las participantes y los participantes del grupo.
5. Iniciar a las personas en aspectos metodológicos y logísticos.
6. Infundir esperanza

### **a.2. Desarrollo**

1. Bienvenida y motivación inicial.
2. Presentación de todos los presentes con la técnica "Sentido de mi nombre"
3. Definición de espacios seguros para hablar por medio de una lluvia de ideas, individual y colectiva.

4. Aprehensión de la responsabilidad consigo mismo, con el grupo y con la terapeuta, mediante lectura dirigida del contrato terapéutico (Anexo 17).
5. Conocimiento, mediante la técnica de proyecciones futuras, de las expectativas de las personas cuando el grupo finalice.
6. Definición de líneas de trabajo que permitan estructurar y clarificar algunos aspectos que faciliten el cumplimiento de tareas y la alianza terapéutica.
7. Entrega de un mensaje positivo y reconfortante sobre la temática de duelo, pérdida y dolor.
8. Entrega de material de lectura seleccionado previamente que inicie el proceso de intervención terapéutica.

### **a.3. Resultados**

Se debe mencionar que, a las personas que quedaron excluidas del proceso grupal por diversas razones, se les ofreció la alternativa de atención individual, con el objetivo de trabajar su duelo por la pérdida inesperada de su hijo o hija; sin embargo, ninguna de las personas excluidas asistió al proceso facilitado por la terapeuta.

Entre los aspectos más relevantes de esta sesión inicial están: se presentaron siete personas, se citaron los temas, se organizó el grupo, se dieron las reglas, se firmó el contrato terapéutico después de su clarificación.

A cada uno de los participantes se le entregó una evaluación inicial que se repetiría al finalizar, con el fin de observar cómo modificaron sus pensamientos, después de su paso por el grupo, y que se analizaría de forma conjunta en la sesión de cierre.

Entre los aspectos que no tuvieron éxito, se encuentran la técnica de presentación inicial. Esta buscaba “facilitar y desarrollar espacios para la participación, lograr la cohesión grupal y crear un ambiente de confianza y seguridad”; sin embargo, no

se logró el objetivo planteado, porque los participantes no comprendieron el hilo conductor que los unía y los traía a la experiencia grupal.

Muchas de las personas participantes se olvidaron de las instrucciones e iniciaron hablando de su experiencia de dolor y de sus sentimientos alrededor de ello, de los cambios en su vida. Además, dos personas, J.M. e I.C., centralizaron la conversación discutiendo sobre su propia experiencia y la forma en que cada una de ellas la estaba viviendo.

Corey (1995: 66) plantea que el uso de las *“técnicas son un medio para lograr el cambio o promover la exploración y la interacción”* y que es crucial emplear adecuadamente estas técnicas en beneficio de las personas participantes. Para ello, el terapeuta la terapeuta debe tener conocimientos y razones de la técnica al momento de aplicarla.

En el caso de la técnica de presentación que se implementó en esta primera sesión, se puede concluir que la terapeuta tenía conocimiento de ella, pero la falta de experiencia en su aplicación, no facilitó que los participantes observaran la relevancia en el momento y que se ubicaran fuera de la expectativa.

Unido a ello, la necesidad principal de las personas del grupo era comprender la razón por la que estaban participando, visualizar que todos vivían procesos de duelo por muertes inesperadas de sus hijos o hijas.

Otro elemento que no favoreció la implementación de la técnica, fue la poca información que cada miembro del grupo poseía acerca de de su nombre; por ejemplo, quién lo seleccionó, cuál era su significado y el papel familiar que implicó ese nombre.

Las relaciones interpersonales que se desarrollaron a lo largo de las sesiones son de gran importancia debido a que esto genera en las participantes y los



participantes seguridad, aceptación, conductas aceptadas o no. Estos elementos permiten que se desarrolle una cultura grupal, un conjunto de normas y reglas que deben ser canalizadas por el terapeuta o la terapeuta, con el fin de que “produzcan interacciones enérgicas, sinceras y eficaces” ((Vinogradov y Yalom: 1996, 63).

La teoría menciona la importancia de elaborar las normas en la fase inicial del proceso grupal; dichas reglas se fijan según la expectativa grupal y apoyan la duración del proceso. El terapeuta o la terapeuta influyen en esa construcción de formas explícitas, implícitas o ambas. (Vinogradov y Yalom: 1996).

El grupo tuvo en primera instancia poca participación, por falta de claridad, de experiencias grupales anteriores, pero con la conducción explícita de la terapeuta, se logró ir estableciendo mayor cantidad de intervenciones de los participantes.

Se definieron para ello las siguientes normas o reglas internas de funcionamiento:

- Generar confianza.
- Respeto.
- Consolar.
- Escuchar.
- Hablar.
- No sentirse solos en el proceso.
- No contar la situación del compañero fuera del grupo.
- Comprender.
- Respetar el hilo conductor.
- Tener permiso para llorar y ser respetado ante tal manifestación.

Sin embargo, la situación mejoró significativamente cuando se leyó y discutió el contrato terapéutico, lo cual les permitió clarificar la importancia de definir acciones y limitar conductas que puedan generar daños emocionales.

El proceso de cohesión se fue dando paulatinamente. Se seleccionaron dos subgrupos para la elaboración de un pequeño refrigerio, lo cual brindó un espacio donde cada uno pudo intercambiar información personal para organizarse y llevar a cabo la tarea asignada.

También, se solicitó a cada participante, elaborar una lluvia de ideas apuntadas en hojas, para posteriormente compartirlas, sobre cuáles eran sus expectativas positivas con respecto a la participación grupal. Esto permitió visualizar una posible salida a su dolor y que podría ser resignificada, pero para ello deberían realizar esfuerzos y cambios cognitivos.

Entre las que más llamaron la atención están:

- “Continuar mi proceso de duelo, encontrar paz interior, tener una mejor comunicación con los que me rodean y con Dios. Vivir con intensidad mi vida replanteando proyectos, disfrutando de las cosas que hago” J.T.
- “Mejorar un poco mi carácter, sentir menos dolor o llevarlo mejor, aprender que la vida todavía puede ofrecerme algo. Tratar de ser un poquito más feliz. Tratar de encontrarme conmigo misma” M.C.
- “Poder recordar mi dolor, pero con esperanza, sin llorar, sin remordimientos, ni culpas. Decirles a otras personas que las terapias de duelo funcionan, que nos ayudan a enfrentar la vida con más valor, pero sobre todo, a valorar más cada cosa, persona o momento” L.A.

- “Espero poder comprender que lo que estoy sufriendo es algo natural. Que puedo aprender a vivir con este dolor. Quiero aprender a tener más seguridad en mí. Que pueda hablar de lo que me pasa con mucha confianza” J.M.
- “Yo espero que al terminar este grupo de apoyo pueda haber aceptado un poquito la muerte de mi Papá que es la más reciente y que reaccione de la manera más rara. Aunque he tenido dos pérdidas anteriores y tampoco he podido, con tratar nada pierdo. Tendré fe para ver si puedo, aunque soy una llorona empedernida ya no sé si lloro por lo primero o por lo último pero el dolor está allí” I.C.
- “Lo que espero del grupo es que tanto a mí como a mi compañera se nos ayude a aceptar la muerte de nuestra hija, de tal forma que mejore nuestra relación de pareja y nuestra relación con las demás personas, como amigos, familiares y compañeros de trabajo y estudio. Espero que pueda cambiar mi perspectiva con respecto a nuestra pérdida, de manera que lo pueda tomar de manera positiva” A.C.
- “Sentirme más segura y poder hablar de lo que sucedió con mi bebé de manera más tranquila. Espero ser más segura para poder formar un hogar sin temores de que sí voy a tener o no bebés enfermos, poder seguir adelante con mi carrera y trabajo para mi satisfacción personal” L.U.

La exploración de las proyecciones grupales planteadas por las participantes y los participantes están:

- Aprender a vivir, verlo como natural.
- Seguridad para hablar de ello.
- Aceptar la muerte.
- Mejorar las relaciones con el entorno.

- Cambiar con respecto a la pérdida desde lo positivo.
- Menos dolor y manejarlo.
- Encontrar sentido a la vida.
- Recordar mi dolor con esperanza.
- Paz.
- Nuevas expectativas.

Los mensajes positivos de esperanza para los participantes y las participantes fueron un elemento que les permitió visualizar que no estaban solos en su camino de dolor, en su recuperación emocional y, también, encontrar una luz de esperanza al finalizar ese trayecto.

#### **a.4. Análisis de la Terapeuta**

En todos los procesos grupales un aspecto que debe tomarse en cuenta son las situaciones emergentes, debido a que estas pueden surgir, y afectar, cortar o enriquecer el proceso grupal. Estas pueden estar motivadas por la ansiedad, la resistencia, los conflictos y las crisis generadas por la temática desarrollada (Corey:1995).

En esta primera sesión, se presentó una situación que desencadenó una serie de acontecimientos: se trata de la historia de I.C., quien relata el fallecimiento de su hijo asesinado y muerto de forma inesperada en el hospital. Ella guarda la ropa y otras pertenencias de este, las cuales acomoda en el suelo. De esta forma, ella puede visualizarlo, debido a que no acepta que eso sucediera, por lo que cuestiona los procesos terapéuticos, ya que ella había recibido terapia durante cinco años y no le funcionó. Esto generó discusión entre I.C. y J.M.

Al realizar el análisis de la sesión, se observaron y detectaron pensamientos distorsionados, con respecto al dolor, la vida diaria y la construcción del futuro, lo

que permitió orientar a la terapeuta de una manera más adecuada en las sesiones y en los contenidos que estas deberían poseer.

Así, se detectaron varias causas importantes que no facilitaban el proceso:

- Problema en la selección de los participantes, debido a la falta de pericia del terapeuta y a la disponibilidad de personas para participar (Kaplan y Sadock 1998). Dada esta información, en el momento de selección, así como los criterios de éxito, se debe tener clara la profundidad de la entrevista para seleccionar adecuadamente a los participantes, debido a que la inexperiencia lleva a realizar una evaluación general que no mide la adaptabilidad a la terapia grupal.
- La presión de contar con un grupo numeroso para cumplir con los criterios de grupo y de la Maestría, llevan a la investigadora a pasar por alto elementos significativos que excluirían a la persona de un proceso grupal.
- La situación “emergente” inicial permitió a su vez que cada una de las personas participantes del proceso grupal observaran “lo que no querían llegar a ser, el “Ángel Guerrero, que los obliga a ver lo que sucede si no lucha” y visualizar el reto para retomar su vida.
- El grupo, de forma conjunta, le indicó a I.C. que debería cambiar de actitud y abrirse para lograr los cambios (Corey: 1995). Impresionó su capacidad de monopolizar, además de que describe con detalle los traumas del pasado, que exigen atención inmediata, urgente y prolongada (Vinogradov y Yalom: 1996, 83).
- Por otra parte, presentó la conducta del paciente quejumbroso que describe Vinogradov y Yalom (1996). Este solicita implícita y explícitamente ayuda al grupo con sus problemas o quejas, pero

luego rechaza la ayuda ofrecida. Regularmente plantea problemas somáticos que los hace parecer insalvables; esto le genera orgullo y cierta satisfacción. Así, genera en el grupo inicialmente apoyo, pero posteriormente el grupo se cansa, se aburre, se frustra y se confunde.

- Surgen del grupo soluciones importantes, como escuchar para aprender de los otros, que la esperanza es un motor significativo para el cambio, y que se requiere de nuevas soluciones para obtener resultados dentro del grupo.

Entre los aspectos que la terapeuta controló en esa sesión inicial fue la participación de las personas del grupo. Las dos más activas fueron I.C. y J.M; sin embargo, J.T. y L.A. retomaron aspectos fundamentales, como la importancia del grupo para lograr los cambios, ya que todos habían perdido personas amadas. Según Vinogradov y Yalom (1996) el efecto de esto en el grupo y en sus miembros se nota rápidamente y funciona de forma óptima cuando puede ofrecerse información valiosa.

Otro elemento inicial poco favorable fue la pasividad y las escasas intervenciones de L.U., A.C. y M.C. debido a una serie de factores; entre ellos: la cercanía de los fallecimientos de sus seres queridos, la forma en que cada uno de ellos estaba analizando los hechos presentados y la conciencia de que no estaban listos para dar aportes significativos para que la discusión concluyera de forma rápida y con un crecimiento para las tres.

Un aspecto significativo de análisis adicional fue la supervisión, cuyo objetivo principal fue la revisión y el apoyo del proceso de intervención, su aplicación y el desenvolvimiento mismo de la terapeuta. Por lo tanto, es una herramienta de apoyo a la estudiante que está realizando un proceso de intervención grupal y

fundamental para el crecimiento que se genera con las devoluciones positivas y los puntos que deben ser fortalecidos.

La asistencia de la supervisora a la primera sesión del grupo genera algunos factores de estrés, preocupación que deriva temporalmente en sentimientos de inseguridad y temor, lo que se demuestra en diversas formas, como por ejemplo, centrar la atención en la supervisora y no en el grupo,

Unido a ello, al ser la primera experiencia grupal en la temática de duelo, la terapeuta presentó inseguridad, lo cual derivó en poco control del grupo en el manejo del tema, pero principalmente, en las limitaciones para realizar la lectura del contexto, así como para exponer las expresiones analógicas y digitales.

Sin embargo, la devolución de esta primera sesión hace que la terapeuta se cuestione aspectos desde lo positivo, para generar crecimiento y cambio, lo que derivará en un mejor manejo del grupo y en un dominio de todo lo que suceda en este.

Entre los cambios que deben hacerse para mejorar, por parte de la terapeuta, están:

- Mayor eficiencia en la dirección y más seguridad para manejar las situaciones presentadas.
- Observar la dinámica grupal para hacer ajustes inmediatos.
- Manejar mejor los pensamientos, sentimientos y emociones que puedan presentarse en la terapeuta para mejorar el ritmo de las sesiones.

Otro aspecto importante de analizar es el hecho de que el grupo, desde el inicio, fue pensado de forma cerrada, lo cual da una serie de ventajas dentro de las que Corey (1995), Vinogradov y Yalom (1996) señalan:

- Da continuidad a los temas planteados, del aprendizaje y de las historias de los participantes.
- Facilitó la estabilidad eliminando la incertidumbre que genera que estén ingresando personas nuevas.
- Permite desarrollar la cohesión grupal, la solidaridad dentro de las participantes por la empatía que desarrollan a lo largo del contacto.
- Facilita el crecimiento de las personas de una forma más homogénea, ya que todos manejan la misma información.

## **b. Segunda Sesión**

Se inicia el proceso teórico y metodológico centrado en el Enfoque Cognitivo Conductual y sobre pérdida y duelo.

### **b.1. Objetivos**

1. Realizar un breve resumen de la sesión anterior que sirva de unión o puente para darle mayor continuidad al proceso.
2. Explicar el ABC del enfoque cognitivo conductual.
3. Explicar el concepto de pensamientos automáticos.
4. Construir el concepto de pérdida y dolor.



5. Utilizar la relajación para canalizar sentimientos.
6. Asignar tareas terapéuticas de esperanza.
7. Infundir esperanza.

## **b.2. Desarrollo**

1. Bienvenida y recordatorio de los acuerdos de la sesión anterior.
2. Compartiendo el conocimiento del Enfoque Cognitivo Conductual de forma magistral.
3. Expresando por medio de la técnica de *collage* la construcción del concepto personal de pérdida y dolor por medio de subgrupos.
4. Relajándonos por medio de una explicación de la técnica y aplicar la técnica básica.
5. Compartir un refrigerio con las personas asistentes.
6. Apliquemos trabajo para el hogar como extensión terapéutica.
7. Brindar un mensaje positivo y reconfortante sobre la temática de duelo, pérdida y dolor.

## **b.3. Resultados**

Se elaboró un resumen de la sesión anterior que permitió ir construyendo el hilo conductor, facilitando a las personas asistentes observar las uniones que existen entre una sesión y otra.

En esta sesión falta una de las participantes (I.C.). Ella presentó una conducta resistente en lo personal y en la expresión de sentimientos, usando mecanismos de defensa (Corey: 1995) que la motivaron a abandonar el grupo, poniendo para ello obstáculos, por la confrontación directa con la realidad.

Se les entrega una tarjeta con los números telefónicos, mediante la cual se facilita la localización de la terapeuta por alguna situación de emergencia o para explicar

una ausencia; se aclaró, al mismo tiempo, los límites para el manejo de dicha información.

El grupo comenta que la situación vivida por la I.C. es difícil, que ella no se presentará a esa sesión y esto los hace sentirse más relajados. Analizaron que I.C. los hizo pensar que no deseaban llegar hasta donde está ella, sin enfrentar el dolor.

J.M.: “Me hizo pensar que yo iba por ese camino de estar tan loca”.

J.T.: “Pobrecita, realmente no está bien, seguro le hubiera hecho mucho daño al grupo”.

Se utilizó una técnica de exposición de tipo magistral para la explicación del Enfoque Cognitivo Conductual. Esto permitió una buena interacción entre la terapeuta y la persona y la posibilidad de aclarar dudas. El ritmo de avance fue pausado, marcado por los participantes, lo que ayudó a la comprensión del enfoque fundamental en los avances posteriores.

La participación fue por medio de preguntas y ejemplos de la vida cotidiana, situación que apoyó y proporcionó la comprensión de los aspectos fundamentales del enfoque. Los primeros planteamientos tuvieron connotaciones negativas. Por ejemplo:

J.M.: “Me volví sinvergüenza porque no voy a faltar al grupo aunque mi esposo alegue y tome licor”. Se realizó un reflejo positivo y realizar un reencuadro de la situación visualizando como un espacio personal, para crecer, empoderarse y darse la alternativa para comprender su pérdida.

La supervisora interviene en el proceso poniendo ejemplos concretos y oportunos que proporcionan claridad para la comprensión.

La técnica lúdica de la construcción del dolor por medio de *collage* en subgrupos facilitó contar la experiencia individual. Inicialmente, a J.M. se le dificultó comprenderla, pero luego pudo utilizarla sin dificultad. Entre los aportes obtenidos están:

- **J.M.** “Yo estoy sola, me preocupa mi familia, separarme por mi dolor y la inestabilidad que puedo provocar en mis hijos”.
- **A.C.** “Lo que nos sucedió a nosotros fue una catástrofe”
- **L.U.** “La añoranza de tener una familia, la incertidumbre de si podremos lograrla y la frustración que esto genera y el agotamiento de lo sucedido nos dejó desgastados”.
- **J.T.** “Inicialmente me sentía como encerrada, sola, pero luego en pareja y con el grupo anterior pudieron cumplir con las exigencias familiares y las sociales”
- **M.C.** “Siente soledad por sus 9 pérdidas, de su falta de apoyo familiar, necesidad de botar todo, sentirse como nueva, la esperanza de estar mejor y retomar aspectos de su vida”.

La técnica de relajación no pudo desarrollarse, debido a que el tiempo que llevó la explicación del enfoque fue mayor a la programada. La realización de la técnica de *collage* también utilizó mayor tiempo del programado, ya que a la hora de exponerla los participantes se extendieron mucho contando sus historias.

Se hace explicación de la tarea asignada, que consiste en repasar el material sobre el enfoque, una lectura de apoyo y además se les brinda el registro diario de pensamientos (Anexo 9).

Se hace cierre con un mensaje de reflexión. Continúan reforzando que existe un camino que recorrer para lograr sanar las heridas emocionales resultantes de la pérdida del ser querido, debido a los pensamientos distorsionados en torno a la muerte y el dolor.

#### **b.4. Análisis de la Terapeuta**

En el proceso de selección de I.C., se obviaron aspectos significativos de exclusión que se mencionaron anteriormente; su incompatibilidad era evidente y en la sesión inicial mostró una conducta hostil, antecedentes de fracasos previos, y reacciones inadecuadas con el trabajo grupal. La terapeuta intentó arreglar la situación, para mantener la composición del grupo, pero al realizar un análisis más profundo, se observó que la participación de I.C. solo reforzaría su conducta patológica y generaría retrasos y dificultades mayores en el grupo (Vinogradov y Yalom:1996).

Inicialmente, se notó que I.C. no es una persona que deba estar en el grupo por lo que se decidió llamarla para hablar con ella; sin embargo, no contestó y no mostró interés en el grupo ni en el trabajo iniciado.

I.C. abandona el grupo porque descubre su incompatibilidad con la realización de la tarea; esto genera amenazas en la estabilidad inicial (Vinogradov y Yalom: 1996).

A la terapeuta, a pesar de manejar los aspectos teóricos del enfoque, se le dificultó su explicación, debido a factores mencionados por Corey (1995) como:

- Al ser la primera experiencia grupal a nivel terapéutico con carácter de índole académica, se le pone una carga emocional de hacer las cosas bien.
- La inseguridad y ansiedad que se genera en las primeras sesiones grupales.

- El estar pendiente de que se cumplan las metas señaladas y de los aspectos relevantes del grupo, así como la falta de práctica, hace que la terapeuta no se preocupe de lo esencial del proceso.
- Unido a ello como plantea Corey (1995: 130), "la cantidad de responsabilidad que asume el terapeuta y específicamente lo que se incluye en la misma, está determinada en cierto grado por su personalidad". Dicha situación no puede ser excluida, es inherente y hacer las cosas bien desde el inicio es parte de la personalidad de la terapeuta, lo que genera una carga emocional mayor.
- El estar realizando lecturas de las agendas individuales de los miembros y del grupo mismo (o como dice Corey (1995), las "agendas ocultas") demanda un esfuerzo mayor para visualizarlas y confrontarlas con el grupo mismo

El contar con dos personas que ya estuvieron previamente en un grupo es un elemento motivador para las personas que están desarrollando su primera experiencia en este campo y han servido de apoyo a la terapeuta.

Se debe imprimir al grupo mayores elementos de directividad para mejor la distribución del tiempo, el manejo de las situaciones difíciles y los emergentes, todo lo cual va a permitir controlar lo esencial del proceso terapéutico.

En este momento, la terapeuta tiene una lectura limitada del entorno y de los participantes a nivel individual, situación que debe ser mejorada, para poder realizar los ajustes necesarios. Dicha lectura limitada del entorno repercute directamente en el proceso de modelado, ya que la conducta del terapeuta impacta al grupo, según Corey (1995: 132 y 133). Es clave que la terapeuta ponga atención y responda a los mensajes encubiertos transmitidos por los participantes.

Entre las evaluaciones realizadas para controlar los aspectos cualitativos del trabajo, las personas participantes valoraron la sesión como un espacio de “ayuda”, de “proceso”; una forma de “ver que no soy la única con un dolor así”; un modo de “ahondar cómo enfrentar las situaciones de una forma más racional”; se dijo también que en la sesión “a muchos compañeros les ayudaría hablar más”. No hubo situaciones que los hicieran sentirse incómodos a ninguno de ellos.

En cuanto a la expresión de sus sentimientos se mencionaron estas reflexiones: “sentirme libre, ya que mi familia y conocidos no me lo permiten”; “es bueno exteriorizarlos”; “el hablar sobre mis sentimientos ante personas que se encuentran en sintonía me hace sentirme cómodo”; “me hace sentir con ganas de llorar”. Ello facilitó a la terapeuta que su trabajo estuviera alcanzando el fruto esperado, que la perfección del trabajo grupal la fuera logrando el grupo mismo y que el manejo teórico fuera fundamental para guiar al grupo de forma directiva pero con conocimiento.

Otro aspecto importante que se trabajó, después de la sesión, fue que el proceso de duelo y pérdida había afectado diversas áreas de la vida de las personas participantes, con el fin de reforzarlas y trabajar diversos temas. Para ello, se formuló una subdivisión en diferentes áreas (ver tabla N° 3).

**Tabla N° 3**  
**Análisis total de áreas afectadas**

ÁREAS AFECTADAS	CANTIDAD	
	SÍ AFECTARON	NO AFECTARON
<b>Familiar:</b> Conflictos, peleas, enojos, pérdida de bienes materiales, culpas	4	2
<b>Laboral y el hogar:</b> Incapacidades, tareas incompletas, pérdida del trabajo.	4	2
<b>Salud:</b> enfermedades frecuentes,	3	3

ÁREAS AFECTADAS	CANTIDAD	
	SÍ AFECTARON	NO AFECTARON
aparición de enfermedades, múltiples consultas		
<b>Afecto:</b> Tristeza, soledad, temores, enojo, estrés.	5	1
<b>Conductas:</b> Aislamiento, cambios importantes, distanciamiento de actividades	5	1

Fuente: Instrumento de seguimiento.

Elaboración Propia, 2005

Este cuadro, permite a la terapeuta tomar decisiones sobre la prioridad de los temas, pero principalmente sobre el trabajo que debe elaborarse desde los pensamientos, sentimientos y conductas que, como se observa, fueron las áreas más afectadas y al menos presentaban dos respuestas afirmativas (Anexo 6).

Unido a esto, la evaluación cualitativa aplicada inicialmente y al finalizar con cambios buscando utilizar mayor detalle del enfoque, permite, con la evaluación cuantitativa aplicada más adelante, darle un seguimiento amplio a lo planteado por los participantes y las participantes.

### c. Tercera Sesión

Haciendo énfasis en mi primer acercamiento al Enfoque Cognitivo Conductual, los pensamientos automáticos y conocer las distorsiones cognitivas alrededor de la pérdida y del duelo.

#### c.1. Objetivos

1. Realizar un breve resumen de la sesión anterior.
2. Retomar el trabajo asignado.
3. Retomar los pensamientos automáticos.
4. Conocer las distorsiones cognitivas.
5. Identificar las distorsiones cognitivas de la pérdida.
6. Asignación de tareas terapéuticas.
7. Infundir esperanza.

## **c.2. Desarrollo**

1. Bienvenida y resumen de la sesión anterior con los puntos más importantes.
2. Realizar una revisión de las tareas asignadas.
3. Compartiendo el conocimiento sobre los pensamientos automáticos y las distorsiones cognitivas de forma magistral.
4. Lectura dirigida con el fin de trabajar en subgrupos e identificar lo aprendido hasta esta sesión. (Este punto se modificó con una exposición magistral sobre duelo problemático)
5. Relajándonos por medio de una explicación de la técnica básica.
6. Brindar un refrigerio con el fin de compartir con las personas asistentes.
7. Apliquemos trabajo para el hogar como extensión terapéutica.
8. Brindar un mensaje positivo y reconfortante sobre la temática de duelo, pérdida y dolor.

## **c.3. Resultados**

Se inicia con el resumen de la sesión anterior, como un elemento controlador sobre la percepción y comprensión de las personas asistentes (Beck, 2000). Esta acción la debe realizar la terapeuta, haciendo que las personas participantes del grupo, por medio de prácticas, den sus aportes para observar las debilidades importantes en la comprensión del modelo, razón por la que la terapeuta define trabajar con el grupo realizando una práctica sobre el tema.

En lo referente al cumplimiento de la tarea, se comenta que no la realizaron debido a que presentaron dificultad para poder llenar los espacios desde su análisis.

Se repasa con las participantes y los participantes nuevamente los aspectos de situación, pensamiento, emoción y acción, trabajando en dos subgrupos sobre el



tema referente a duelo de estos. Se extrae información valiosa sobre la comprensión del modelo.

El primer grupo compuesto por L.U., A.C. y J.M., manifestaron

**Tabla N° 4**  
**Pensamientos automáticos (trabajo grupal)**

<b>Situación</b>	<b>Estado Emocional</b>	<b>Pensamientos Automáticos</b>
Noticia de que mi hijo falleciera.	Soledad, dolor intenso	Soy culpable de la situación que se presenta
La muerte de mi hija	Ira, desolación.	No hice lo suficiente por ayudarla
Diagnóstico de la enfermedad de mi hija.	Incertidumbre, dolor y desesperación.	No hay nadie capaz de ayudarla.

El segundo grupo compuesto por J.T., L.A. y M.C.:

**Tabla N° 5**  
**Pensamientos automáticos (trabajo grupal)**

<b>Situación</b>	<b>Estado Emocional</b>	<b>Pensamientos Automáticos</b>
No se acepta la situación	Dolor	Impotencia.
Ira con la persona y Dios	Vacío, soledad	Interrogantes ¿Por qué?
Sí te doy algo, te doy algo	Incertidumbre	Esperanza/ Desesperanza.
Depresión	No lo puedo manejar	Derrotado.
Aceptación	Tristeza, tranquilidad	Creer en la vida con el nuevo cambio.

Después de este trabajo grupal, se realizó una exposición magistral sobre el duelo problemático planteada desde el Enfoque Cognitivo Conductual, motivando

preguntas y retomando sus propias experiencias, y facilitando un espacio de sensibilización:

- J.T. comentó sobre su experiencia inicial, los pensamientos de dolor y las emociones posteriores de enojo y manejo familiar de lo que sucedía y el poder controlarlo para no sentir más presión.
- J.M. analizó la situación vivida con su hijo sobre su drogadicción, la decisión de que se fuera de la casa a la calle y cómo eso lo hizo cambiar y le enseñó nuevas estrategias.
- L.U. habló de su situación de forma muy sentida, con llanto, y explicó cómo esta situación afectó las relaciones familiares, ya que su hija demandaba de cambios significativos y eso generó enfrentamientos fuertes con su hermano y su cuñada.

Se dio oportunidad de que las personas analizaran, reflexionaran y tuvieran un espacio seguro para hablar sobre su pérdida y su dolor, en busca de ir clarificando, profundizando y reflexionando sobre tales experiencias.

Se aplicó la técnica de relación básica dirigida, con resultados positivos, ya que se retomaron situaciones que generaban estrés, dolor, angustia y tristeza; a la vez, se analizó cómo el cuerpo reacciona ante situaciones difíciles, poniendo los músculos tensos o apretados, lo cual causa dolor o molestias (Shealy, 2001). Se le explicó al grupo qué es la relajación, sus beneficios, qué se requiere para poder realizarla. Además, se les facilitó copia de la explicación de las técnicas respectivas para que pudiesen efectuar la relajación en su casa.

Se hizo énfasis en que la relajación puede ser considerada una técnica mecánica precisa para provocar el fortalecimiento de la persona ante situaciones de tensión. Además, se explicó cómo la tensión reacciona sobre el cuerpo y la mente.

La relajación es lo opuesto a la reacción natural que se provoca en el cuerpo cuando estamos tensos. Con la relajación, el corazón late más despacio, la respiración se vuelve más lenta, baja la presión sanguínea y se calma la tensión de los músculos (Shealy, 2001).

A su vez, la relajación profunda de los músculos reduce la tensión del cuerpo y también la ansiedad mental. Aprender a distender progresivamente los músculos nos ayudará a relajarnos y, en algunos casos, a dormir mejor (Shealy, 2001).

#### **c.4. Análisis de la Terapeuta**

Al ser la segunda sesión, el nivel de confianza sobre el manejo del grupo va aumentando; además, se van aplicando las recomendaciones de la supervisión inicial, según Kaplan y Sadock (1996). Las intervenciones fueron claras y concretas, lo que facilitó que las personas participantes se integraran mejor cognitivamente y emocionalmente, buscando que la alianza terapéutica fuera empática en busca de mayores progresos y *rapport*.

Es fundamental en estas sesiones iniciales fomentar la honestidad, la espontaneidad y la expresión de sentimientos, la apertura y el deseo de comprensión y cambio, utilizando el aquí y el ahora, ubicando al grupo en el espacio de tiempo, de los acontecimientos, y utilizando diferentes técnicas que apoyen dicha labor (Kaplan y Sadock, 1996: 88).

Se debe mencionar que la ausencia de la supervisora le facilitó a ella el irse apropiando del proceso grupal, así como la detección de fortalezas internas y habilidades para poder tratar de un modo más positivo el grupo.

Kaplan y Sadock (1996:226-227), plantean que la construcción de la cohesión de grupo se asocia con un incremento en la eficiencia de la terapia. Este proceso de construcción se integra por ocho elementos:

- Incremento de la atención hacia el orador.
- Incremento de la espontaneidad para transmitir los problemas.

- Incremento de la proporción de *feedback* negativo.
- Disminución de la frecuencia de roles (estímulo o respuesta) negativa de los pacientes.
- Incremento de la flexibilidad del rol durante las sesiones.
- Incremento del número de pacientes en quienes se confía.
- Incremento del número de auto-informes satisfactorios sobre la sesión o el grupo.

Además, se debe agregar el refuerzo social, utilizando el modelaje, la modificación y apoyado de conductas verbales.

En esta sesión, se observa mayor atención de los participantes sobre los temas desarrollados, una mayor apertura para retomar aspectos específicos sobre su pérdida y sus emociones, dando como resultado una mayor expresividad verbal, lo que aumenta la confianza interna.

Se debe resaltar que la lectura del lenguaje digital y analógico fue mejor captado por la terapeuta, logrando un mejor nivel de espontaneidad para transmitir los problemas observados; esto dio como resultado un primer acercamiento a la flexibilidad de la participación y, por lo tanto, de los roles que cada uno de los participantes desarrolla.

Se logró establecer un parámetro más claro y directivo en lo referente a las normas del grupo, visualizándose en la respuesta de las participantes y los participantes, respetando los espacios para de cada uno, la intervenciones en momentos o situaciones complejas, el manejo de la palabra y los temas que se tocan, situación que debe seguir controlándose en todas las sesiones.

El trabajo con la situación emergente, relacionada con el tema de duelo, presentada en las sesiones uno y dos, permitió evaluar el enfoque cognitivo condutal de forma gráfica, lo cual facilitó la comprensión de dicho tema.

El trabajo en subgrupos facilitó a su vez la generación de mayor interacción, aumentando el nivel de confianza y cohesión entre los miembros.

Esta lectura digital y analógica permite al terapeuta una retroalimentación oportuna, realizándose un análisis de dos vías: los participantes y la terapeuta. Esto facilita la toma de decisiones oportunas y el manejo de las situaciones emergentes en el tiempo adecuado y óptimo; así, se genera una herramienta poderosa que ayuda en el proceso terapéutico, específicamente en lo relacionado con la responsabilidad de las personas y el contenido de la siguiente sesión (Beck, 2000).

Se decidió que el tema de las distorsiones cognitivas fuera trasladado para la siguiente sesión, ya que como plantea Judith Beck (2000), el progreso de las personas es el fruto de los cambios en las conductas, pensamientos y no una consecuencia de las circunstancias.

La técnica de relajación, después del desarrollo de los temas difíciles o en los que se remueven mayor cantidad de emociones y sentimientos fue acertada, pues colaboró para que las personas finalizaran la sesión más relajados emocional y físicamente. Sin embargo, la voz y la rapidez con la que se desarrolló son aspectos que deben ser revisados, para obtener mejores resultados.

Además de las evaluaciones cualitativas aplicadas, se dieron mayores informes positivos sobre el desarrollo de la sesión. Por ejemplo, se produjeron los siguientes comentarios: “muy bonita y relajante”; “me gustó mucho, ya vamos compartiendo más”; “muy interesante”; “interesante porque aprendemos de los demás”; “se profundizó en el aprendizaje del proceso de duelo”; uno de los participantes expresó que fue “un poco repetitiva” y otro, que la parte de la relajación “es importante”.

El retomar el ABC y los pensamientos automáticos, dentro del tema de duelo problemático, permitió reforzar la base del enfoque utilizado y esto facilitará la comprensión y el desarrollo de los siguientes temas.

El grupo plasmó en la evaluación, la importancia de facilitar un espacio para la expresión de sentimientos. Así, mencionaron lo siguiente: “me gusta hablar y escuchar a gente que ha pasado por situaciones similares”; “me siento muy bien cuando hablo mucho”; “comprendida”; “cómodo”; y otro comenta: “no hablé nada sobre el duelo propio”; esto indica que el grupo comenzaba a perfilarse como seguro para hablar de su experiencia individual.

Entre los principales temas que plantearon está el “tratar a cada compañero en su dolor, para que los demás nos identifiquemos con ello, o sea, especificar cada uno su dolor, su experiencia”. Esta intención se irá concretando poco a poco cuando cada una de las personas participantes esté dispuesta a relatar su pérdida a los demás.

#### **d. Cuarta Sesión**

Se trabajó en hilar las sesiones anteriores, conociendo e identificando las distorsiones cognitivas.

##### **d.1. Objetivos**

1. Realizar un breve resumen de la sesión anterior.
2. Retomar el trabajo asignado.
3. Conocer las distorsiones cognitivas.
4. Identificar las distorsiones cognitivas de la pérdida.
5. Asignación de tareas terapéuticas.
6. Infundir esperanza.

## **d.2. Desarrollo**

1. Bienvenida y resumen de la sesión anterior con los puntos más importantes.
2. Realizar una revisión de las tareas asignadas.
3. Compartiendo el conocimiento sobre las distorsiones cognitivas de forma magistral.
4. Lectura dirigida con el fin de trabajar en subgrupos e identificar lo aprendido hasta esta sesión.
5. Relajándonos posterior a situaciones difíciles
6. Compartir refrigerio con las personas asistentes.
7. Apliquemos trabajo para el hogar como extensión terapéutica.
8. Brindar un mensaje positivo y reconfortante sobre la temática de duelo, pérdida y dolor.

## **d.3. Resultados**

La sesión retoma en forma de puente o hilo conductor elementos aprendidos en la sesión anterior. Esta es una forma de reforzar el aprendizaje y un elemento controlador sobre la percepción y comprensión de los elementos cognitivos de las sesiones y de las personas asistentes (Beck, 2000). La cual inicia la terapeuta y los participantes van realizando aportes en la construcción de aspectos centrales.

En esta sesión, se debe mencionar que faltaron dos personas, quienes previamente se habían comunicado con la terapeuta justificando la ausencia por una situación de salud.

Las tareas para el hogar, plantea Naranjo (2004: 88), se considera importante, para lograr una buena relación terapéutica que se obtiene mediante la empatía, la aceptación y la autenticidad y que se centra en el esfuerzo de colaboración conjunta para alcanzar la solución de los problemas.

En el análisis de la tarea asignada, M.C., comenta que se encuentra atrasada con las lecturas y con el cuadro, debido a que se ha sentido “deprimida, llorona y que no le dan ganas de hacer nada”, se analiza la situación y se busca motivarla, esfuerzo en el que todos los miembros del grupo colaboran.

Beck (2000:308) dice que la mayoría de los problemas presenta una connotación práctica centrada en cuatro aspectos:

- Realizar las tareas en el último minuto.
- Olvidar las razones de la asignación de una tarea.
- Desorganización.
- Dificultades con una tarea.

Además, Beck (2004:311) menciona también los problemas psicológicos que se presentan cuando el individuo está deprimido y tiene una visión negativa. Esta situación fue utilizada por la terapeuta como un elemento para identificar las razones de la incorporación para el ingreso al grupo.

De los análisis realizados por los miembros del grupo y de la tarea de M.C., se extrae información sobre los pensamientos automáticos presentes, con el fin de que sirva de base para desarrollar el tema de las distorsiones cognitivas.

**Tabla Nº 6**

**Pensamientos automáticos por participante**

<b>Nombre</b>	<b>Situación o Acontecimiento</b>	<b>Estado Emocional</b>	<b>Pensamiento Automático</b>
M.C.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- La muerte de Valeria.</li> <li>- La muerte de mi cuñado.</li> <li>- La muerte de mis bebés.</li> <li>- Cuido de papá.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Desesperación, tristeza y mucho dolor.</li> <li>- Tristeza.</li> <li>- Desesperación, dolor y tristeza.</li> <li>- Confundida.</li> <li>- Dolor, tristeza,</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Si yo la hubiera visitado no le pasaría.</li> <li>- Preocupación por mi hermana, qué pasará.</li> <li>- No quería pasar por esto otra vez.</li> <li>- Porque talvez el</li> </ul>

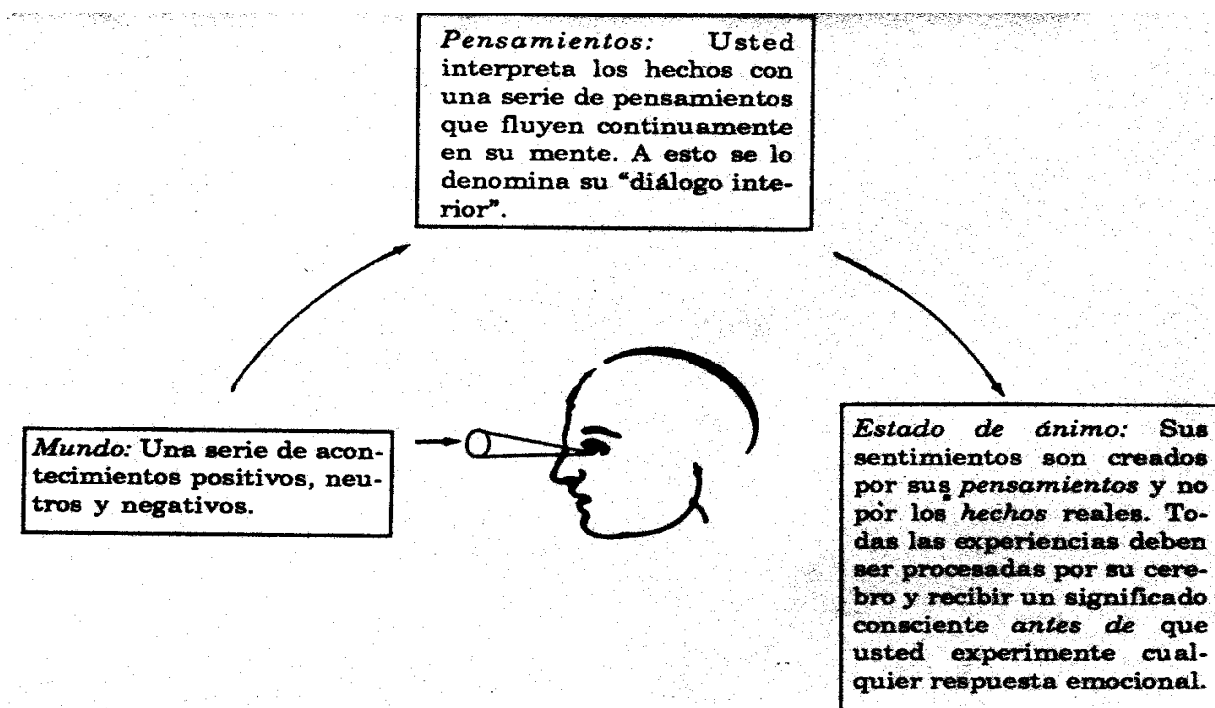


<b>Nombre</b>	<b>Situación o Acontecimiento</b>	<b>Estado Emocional</b>	<b>Pensamiento Automático</b>
	- La muerte de Gerardo.	preocupación por la mamá.	quiere a otra persona. - Si le da otro derrame a la mamá.
L.U.	- Se aproxima el día de la madre y tengo que preguntarle a A. qué vamos hacer. - Cita de reunión de analistas.	- Tristeza.  - Nerviosismo e insertidumbre.	- Él va a querer estar bien con su mamá, mejor trabajo ese día.  - Nos va a regañar, va a cambiar algo.
A.C.	- En el trabajo mi compañero llega con mal semblante. - Fuimos a misa para hablar con el sacerdote y no estaba.	- Nervioso y ansioso.  - Triste y preocupado.	- Hice algo mal y está molesto conmigo. - El padre no va a poder officiar nuestro matrimonio.
J.M.	- Muerte de mi hijo.  - Mi separación.	- Culpabilidad, soledad y desesperación.  - Culpabilidad, soledad y desesperación.	- Por qué Dios me hace esto a mí. No vale la pena seguir viviendo. - Y ahora qué voy a hacer yo sola con mis hijos.
L.A.	- Incineración de mi tío. - Partida al exterior de mi tío	- Tristeza.  - Angustia	- Recordar todo de nuevo. - Empezar una nueva vida.

El trabajar con tres columnas facilitó que cada uno de los participantes utilizara la asociación de Beck ((2004:44) sobre mundo, pensamiento y estado de ánimo, lo cual facilita el proceso de comprensión.

Figura N° 1

## Relación entre el mundo y la manera que se siente



Para este tema, se trabajó de manera magistral y, después, se realizó un trabajo grupal de práctica, que permitiera confirmar el aprendizaje, situación que no se había programado inicialmente. Por otra parte, en desarrollo del tema de la identificación de los pensamientos automáticos brindó buenos resultados.

Unido a ello, se facilitó un panfleto de repaso que contiene las distorsiones cognitivas y el nombre de la persona participante. El resultando fue el siguiente:

En el primer grupo, compuesto por A.C. y J.M.:

Tabla N° 7

## Distorsiones cognitivas (trabajo grupal)

Situación o Acontecimiento	Estado Emocional	Pensamiento Automático	Distorsiones Cognitivas
La muerte de mi hijo.	Impotencia	Por qué Dios me hace esto a mí.	Generalización Excesiva
En mi trabajo mi compañero llega con un mal semblante.	Nervioso y ansioso	Hice algo mal y está molesto conmigo.	Conclusiones apresuradas con lectura del pensamiento.
Separación de mi compañero.	Inseguridad.	Qué voy a hacer sola con mis hijos.	Conclusiones apresuradas. Error del adivino.
En el banco no pude realizar el depósito.	Molesto.	Nos van a asaltar porque no pude depositar los ahorros.	Conclusiones apresuradas con error del adivino.

Como se observa, A.C. hace un buen manejo de la teoría, pero no ha logrado cumplir en forma adecuada la tarea individual y, a nivel grupal, cuando habla del fallecimiento de su hija y de sus sentimientos, se limita. Por ello, se requiere facilitarle un espacio para que pueda de forma progresiva ir elaborando su duelo.

Por el contrario, J.M. plantea situaciones específicas referentes al fallecimiento de su hijo y de su vida cotidiana que la afectan emocional, física y económicamente, situación que puede afectar su proceso de resolución de duelo.

En el segundo grupo, compuesto por M.C. y L.U., estos plantean:

Tabla N° 8

## Distorsiones cognitivas (trabajo grupal)

Situación o Acontecimiento	Estado Emocional	Pensamiento Automático	Distorsiones Cognitivas
Se aproxima el día de la madre.	Tristeza.	No quiero celebrar con mi mamá, mejor trabajo.	Conclusiones apresuradas y filtro mental.
La muerte de	Tristeza y soledad.	Qué si el me	Enunciado

Francisco.		hubiera llamado.	Hubiera
Cuido de papá.	Preocupación y tristeza.	Quiero y no. Quiero estar por mamá.	Debería (irme lejos).

En el segundo grupo, logran trabajar aspectos relacionados con su proceso de duelo y el significado en sus vidas, haciendo un manejo adecuado de la teoría facilitada.

Posterior a ello, se realiza la práctica de la relajación, que permite manejar mejor el estrés y buscar un espacio para ayudar a disminuir los niveles de ansiedad y tensión desarrollados.

Se seleccionó una técnica de relajación dirigida, llamada el “Arco Iris”, la cual teoriza que los colores del arco iris son una forma guiada para que las personas busquen espacios internos para manejar las tensiones y las situaciones difíciles. (Psicología en línea: 2006). La técnica es desarrollada con un tono de voz más pausado y lento; sin embargo, el tono de voz y la necesidad de ampliar aún más los espacios de silencio deben ser trabajados por la terapeuta para alcanzar el objetivo deseado.

El uso de la técnica del mensaje de reflexión enmarcado desde lo positivo, busca infundir esperanza, elemento central en los procesos grupales. Vinogradov y Yalom (1996:26) lo describen como un componente crucial en el escenario del grupo. Este aspecto permite que los asistentes miren en su interior y en el interior del grupo las fortalezas y el potencial que cada uno posee.

Se finaliza recordando la importancia de realizar la lectura del folleto de las distorsiones cognitivas (Anexo 19) y se les facilita lecturas sobre “La muerte de un hijo”, “Qué es la aflicción, tristeza o dolor por una pérdida”, “Consuelo para una pérdida” y “Recuperando su equilibrio. Recobrar su actividad”.

Se inicia el proceso de evaluación de sujeto único, el cual se analizará en un apartado posterior para poder recuperar y evaluar a cada uno de los participantes y al grupo mismo.

#### **d.4. Análisis de la Terapeuta**

En esta sesión, la terapeuta se siente segura y empoderada, con dominio del grupo, de la temática, y de los emergentes. Esta situación se refleja en cada una de las personas asistentes.

Kaplan y Sadock (1996:91) plantean que el papel del terapeuta es el de “ayudar a los pacientes a manejar sus problemas emocionales y la enfermedad mental”, donde la terapeuta queda más expuesta a los estímulos, reduce su capacidad en la observación de la dinámica y la deja personalmente más expuesta. Sin embargo, menciona que son aspectos que, al ser trabajados y atendidos por el terapeuta, se transforman en fortalezas en el manejo grupal.

Se observó un cambio de los participantes, al irse adaptando al proceso grupal y la forma de trabajo, lo que facilitó la continuación del proceso, la realización de cuestionamientos más acertados, generando un apoyo adecuado y una resolución de las dudas entorno al duelo; pero este elemento de apropiación y crecimiento de la terapeuta, debe continuar siendo autoanalizado en todas las sesiones para valorar los crecimientos.

La terapeuta se caracterizó por el rol directivo durante la sesión, quien no limitó los aspectos planteados por los participantes. La lectura del entorno, tanto digital como analógica, fue facilitando aspectos mencionados por el grupo; sin embargo, la lectura del entorno debe estar más afinada y detallada para poder así retomar ejemplos más acertados y detectar las necesidades de las personas participantes.

González (1999) menciona que los grupos estimulan una labor autocentrada de los miembros, acudiendo para ello a motivaciones psicológicas profundas y a la dinámica grupal. Lo anterior se debe a que el trabajar la misma temática o problema en grupo posibilita a los participantes una mejora y comprensión de los problemas. Esto se puede observar en los elementos integrativos; en el grupo se detectaron para esta sesión los siguientes:

- Valor, fortaleza y gratitud.
- Actitud expectante y esperanza del bienestar y la salud, llevándolo hacia la confianza en la unión, alianza positiva con los demás.
- Capacidad de *insight*.
- Actitud positiva originada por los afectos de gratitud, reconocimiento hacia el grupo y el terapeuta.
- Fuerza creadora.
- Consciencia de los problemas y motivaciones profundas.

A pesar de que existen más elementos que refuerzan la integración grupal, en esta sesión dichos componentes fueron los que se identificaron con claridad por parte de la terapeuta.

Esto se puede ejemplificar con un mayor aumento en la participación para revelar su proceso de duelo; sin embargo, todos los miembros del grupo no avanzan con el mismo ritmo. Ese es el caso de A.C., quien avanza en forma más lenta en la expresión de sus emociones y pensamientos.

La integración y productividad que se ha empezado a desarrollar dentro del grupo se debe a la atracción del grupo mismo, de la temática en común que posee y la sensación de pertenencia y solidaridad, que va de la mano y acompañada de la terapeuta y de sus propias habilidades. (Corey, 1995).

El separar a A.C. y L.U., padres de una niña que fallece después de un trasplante de hígado donado por el padre, la sobreprotección que A.C. genera en L.U. para

que esta no sufra, ni sienta dolor, además de los sentimientos de culpa que ambos poseen, limitó inicialmente el trabajo, por lo que se decide separarlos cuando se realizan actividades en subgrupos para observar su funcionamiento individual. Al aplicar la separación, se pudo ver cómo se anuló el nivel de protección de A.C. hacia L.U. y cómo se le facilitó a esta la expresión de sus sentimientos y pensamientos en torno a la muerte de su hija.

En el análisis de las situaciones que pueden mejorarse, se identifican las siguientes:

- La necesidad de regular el uso de la palabra de algunos de los participantes que desean poseerla en todo momento.
- El hacer cuestionamientos acertados para que puedan hablar de la temática de duelo a los que se les está dificultando.
- El papel y la apropiación del proceso que está realizando la terapeuta.

El aplicar las escalas de avance, facilitó a la terapeuta visualizar cómo se están observando las personas en el proceso terapéutico; sin embargo, por ser un tema relevante, este se analizará en un apartado independiente.

En lo referente a las evaluaciones cualitativas de control aplicadas en cada una de las sesiones realizadas, se concluye que para los participantes: la sesión es “importante, porque venía muy triste y salí mejor”; “de mucho provecho, más dinámica” e “interesante, bonita”.

Al consultar si durante la sesión se presentaron elementos de difícil manejo, esbozan la necesidad de autorreflexión que requieren. Expresaron: “me puso a pensar cosas que no tenía en mente”; “la reflexión me trajo a la mente, la muerte de mi mamá porque ella murió cuando había un arco iris”.

Con respecto a hablar sobre los sentimientos, uno de ellos dice: “me ayudó a ver cosas que no tenía claras” y “Me siento bien cuando hablo de eso”. Entre los temas que les gustaría trabajar proponen el miedo “porque he descubierto que yo bloqueo por miedo, siento ganas de salir corriendo como pienso mucho en las cosas que me han pasado”; además, desean que se hable de los ejercicios “para disminuir el estrés”.

Un comentario realizado por los participantes es la forma como se alía la teoría con la práctica. Esto se refleja en el comentario plasmado por uno de ellos: “la teoría ayuda poco a poco a manejar mejor el duelo”. Aquí se nota la importancia que posee para las personas el manejo de aspectos teóricos sobre el enfoque utilizado, porque les facilita visualizar el camino por el que van avanzando.

## **e. Quinta Sesión**

Haciendo énfasis en los conocimientos aprendidos, con el propósito que las personas identifiquen las distorsiones cognitivas.

### **e.1. Objetivos**

1. Realizar un breve resumen de la sesión anterior.
2. Retomar el trabajo asignado.
3. Exposición magistral sobre pérdida y duelo
4. Identificar pensamientos, sentimientos, pensamientos automáticos y distorsiones con respecto al duelo.
5. Asignación de tareas terapéuticas.
6. Infundir esperanza.

### **e.2. Desarrollo**

1. Bienvenida y resumen de la sesión anterior con los puntos más importantes.



2. Realizar una revisión de las tareas asignadas.
3. Utilizando el *collage* para identificar lo aprendido.
4. Exposición magistral sobre el tema de pérdida y duelo.
5. Compartir refrigerio para conocernos mejor.
6. Apliquemos trabajo para el hogar como extensión terapéutica.
7. Brindar un mensaje positivo y reconfortante sobre la temática de duelo, pérdida y dolor.

### **e.3. Resultados**

En esta sesión, el resumen lo inician las participantes y los participantes; ellos explican a dos de sus compañeros el tema visto en la sesión anterior, sobre los pensamientos automáticos y su conexión con su estado emocional; en el proceso, la terapeuta interviene con pequeños ejemplos o recomendaciones. En esta retroalimentación (Beck: 2004), se pudo observar que los aprendizajes facilitan ver el interés que el tema despierta en cada uno de los miembros.

Esta conexión realizada por los participantes y las participantes tiene como propósito controlar cuál fue la percepción y comprensión sobre las sesiones anteriores, buscando la motivación sobre el trabajo que se realiza, obteniendo una instrucción del proceso terapéutico, visualizando así su responsabilidad, y ayudándole a su vez a expresar situaciones de la sesión anterior (Beck : 2004; 71).

Corey (1995) lo plantea como la capacidad profunda de recordar, revivir y transmitir los sentimientos y el conocimiento. Retoma como un elemento significativo las distorsiones cognitivas, logrando explicar cómo se ligan a los pensamientos automáticos.

El utilizar la técnica del *collage* para trabajar aspectos sobre los cambios vividos en la pérdida, el dolor y las relaciones familiares, antes de desarrollar el tema, permitió realmente conocer el concepto que cada uno de ellos va construyendo:

El primer grupo (L.A. y J.M.) manifiestan en su exposición:

- Una situación que como mujer cambia mi vida y me obligó a pensar, a sentirme sola y encerrada en ocasiones y a recuperar mi relación de pareja y ver que el esplendor de la vida no se acaba con los años; aprendimos.
- Víctima o victimaria, con dolores de cabeza de tanto pensar en lo mismo, buscando renovar la apariencia, cuando el deseo se apaga por todo en la vida, cuando no desea uno ni levantarse de la cama, con dolor en sus vidas y viendo que nadie dijo que sería fácil elaborar el duelo de mi hijo.

El segundo grupo, compuesto por M.C. y L.U., manifiestan:

- Víctima a victimaria con respecto a la familia, a la pareja, frustrada con mis deseos y sentimientos; mi vida cambió al saberme mamá triste y pensando liberarme; en unas ocasiones ni salir de la cama, con problemas de salud, pensando y pasar de ser amante a princesa nuevamente.
- La soledad el dolor, el funeral y la tristeza.

Desde esta visión, la construcción del camino doloroso de retomar la vida con la realidad de la muerte no es sólo vista como un suceso físico, sino acompañado de lo psíquico, donde un ser amado se aleja dejando la relación caída y sin posibilidad de ser reconstruida, ya que los puentes y calles desaparecieron de un momento a otro (Jung, 1961). Esto demanda de una nueva forma de visualizar el camino desconocido que está por delante, donde dar el paso en la soledad del proceso es difícil y doloroso para cada una de las personas que han sufrido la pérdida de un ser querido.

J.T. se incorpora de manera tardía a la sesión; sin embargo, aporta aspectos sobre su vivencia de pérdida, dolor y muerte; habla de cómo esto lo obligó a repensar las prioridades de su vida, manejar con su familia el tema y poner distancia y límites entre sus sentimientos y lo que sienten los otros.

Trabajar el tema sobre pérdida y duelo por parte de la terapeuta facilitó espacios de discusión significativos que fueron emergiendo en el proceso para sanar desde adentro, debido a que el dolor es visto como una amenaza, y como una aflicción (Fonnegra, 1999), y poder compartir dichas percepciones facilita un análisis más integral.

Para comprender la pérdida y el duelo es fundamental primero comprender el significado del vínculo desarrollado con la persona fallecida, pues esto está mediado por una respuesta subjetiva y emocional (Rojas; 2005), e inmerso en el sistema de creencias que posee la persona que lo sufre, fragmentando sus pensamientos sentimientos.

Se les facilita y explica a los participantes y las participantes la tarea sobre las distorsiones cognitivas alrededor de la situación de pérdida y duelo por su ser querido fallecido.

Se realiza la reflexión final que busca infundir esperanza a los participantes, con el deseo que retomen su vida, con un aprendizaje positivo y un crecimiento de la experiencia de dolor y pérdida que vivieron.

#### **e.4. Análisis de la Terapeuta**

Se debe recordar siempre que el trabajar con los procesos de pérdida y duelo por el fallecimiento de un ser querido mueve en cada una de las personas atendidas un encuentro con nuestra propia muerte (Yalom; 1984) y por eso es importante trabajar ese elemento dentro del proceso grupal.

Estos espacios abiertos por la terapeuta permiten un desarrollo grupal, donde las experiencias familiares vividas y el relato de estas en torno a la pérdida y su experiencia personal, es significativa, debido a que facilita la expresión de sentimientos, como la tristeza y el dolor, pero a su vez, visualizando al grupo como un espacio seguro, en donde este se puede expresar, sin temor a sanciones, limitaciones o cuestionamientos, situación que se puede revisar ampliamente en la literatura como un beneficio de la terapia grupal (Yalom, 1984; Kaplan, 1998 y Rojas, 2005).

Entre los cambios cognitivos, emocionales y conductuales, como producto del proceso terapéutico Corey menciona (1995:148), que esto se mide por los niveles de confianza, cuando las experiencias pueden ser contadas de forma honesta, facilita la identificación con los otros y con sus historias y permite la autoapertura, la inmediatez, la confrontación, la adopción de riesgos, que se traducen en *insigth* activo para apoyar el avance individual y grupal.

Otro elemento observado en el proceso, son los cambios cognitivos en la reconstrucción y expresión de la experiencia, del dolor y de la pérdida, concebir la muerte y el duelo como un proceso que se vive en etapas, la necesidad de tiempo para comprender el significado y el rol que cumplía en la vida ese ser querido. Además, se toman los sentimientos como un instrumento para resolver de forma positiva los eventos vividos (Rojas, 2005, Grecco: 1998 y Fonnegra: 1998). Dichos aspectos que continuarán modificándose a lo largo del proceso grupal, pues se irá aplicando cada vez más la teoría, modificando pensamientos automáticos e identificando las distorsiones cognitivas, por unas más realistas relacionadas con la pérdida y el contexto vivido de dolor.

Algunos de los cambios observados en L.U., a nivel emocional, fueron que logró llorar, contar su historia de cómo cada una de las personas de su familia vivieron el proceso y la hicieron hacer cosas que para ella representaron “dolor, temor, odio, enojo y angustia”.

Además, analizó algunas de las distorsiones cognitivas alrededor del hecho como “Dios castiga y me enoja con Dios”, debido a la forma en que se dio su embarazo y lo que estaba sucediendo en su vida: “ser madre soltera, despedida de su trabajo y sancionada socialmente por su hermano y otros”. Estos espacios por supuesto que en ocasiones provocaron el llanto o el enojo en otros y una reflexión de aporte por parte de los otros miembros del grupo.

En cada una de las sesiones siguientes, el análisis se irá profundizando, ya que los emergentes brindan la libertad de experimentar y traer al contexto elementos significativos para los participantes, apoyando la modificación de conductas que se pueden ir trabajando de manera más cercana o inmediata (Corey: 1995). Esto obligó, por lo tanto, a un cambio en el plan terapéutico definido; sin embargo, el haber dado seguimiento al proceso desde el principio, facilitó la reestructuración de las sesiones. Para ello se analizó, mediante el enfoque cognitivo conductual, los aspectos presentados sobre pérdida, duelo, dolor, pensamientos y sentimientos, errores y posibilidad de cambiarlos.

Esta reconstrucción cognitiva debe ser vista como elemento eje del trabajo grupal, que facilita desafiar y examinar ideas distorsionadas, buscando comprender el significado de la experiencia a nivel emocional, y ampliando la autoexploración, clarificación, interpretación, reinterpretación necesarias para el cambio, así como la formulación de nuevas visiones y nuevas decisiones (Naranjo: 2004 y Corey 1995)

Cada uno de los participantes fue analizando su vivencia, las distorsiones cognitivas presentes y cómo estas intensifican sentimientos y pensamientos negativos que no les deja conceptualizar la experiencia como una oportunidad de crecimiento. A su vez, permite ver cómo el grupo le ha enseñado una forma diferente de pensar, de sentir y de reflexionar. Por ejemplo, J.M. comenta que desde que asiste al grupo ha realizado una reflexión sobre su vida; sobre lo vivido, desde el temor y la angustia de no salir adelante y la importancia de buscar ayuda

para resolver muchas cosas, incluyendo la decisión de separarse de su compañero.

La expresión de los sentimientos que en la mayoría de veces estaban ocultos, permitió efectos de mayor libertad y la liberación de energía negativa, para disfrutar eventos de la vida cotidiana que, acompañados del proceso de aprendizaje, harían duraderos los cambios vistos inicialmente (Yalom: 1984 y Corey: 1995)

Durante el proceso, la terapeuta también ha logrado optimizar el manejo grupal, la implementación de técnicas de una forma más segura, con mejor control, con una lectura del lenguaje digital y analógico, facilitando retomar los emergentes, conflictos y situaciones complejas. Esto ayudó al crecimiento del grupo y de la terapeuta misma, quien dio apertura a temas más complejos desde el punto de vista emocional.

Sumado a estos logros, la participación más activa de los miembros del grupo, la capacidad de realizar el resumen inicial con claridad, reflejó el compromiso que cada uno fue asumiendo en su propia recuperación emocional y en sus deseos de retomar la vida para lograr un futuro más positivo.

Un aspecto importante fue que el grupo analizó la situación de M.C., quien presentaba una visión derrotista. Para ello, el grupo utilizó los pensamientos automáticos y las distorsiones cognitivas, señalándole cómo utilizaba en todo momento las conclusiones apresuradas para analizar su experiencia. Esto provocó al principio confrontación, pero luego condujo a una apertura para que M.C. mostrara sus sentimientos, pensamientos y reforzara su deseo de cambio.

El grupo se muestra más solidario y cuestionador. Según Kaplan (1998: 226), la cohesión de grupo se asocia con un incremento en la eficacia de la terapia.

Se trabajan así las ideas irracionales como: (Phares: 1999:400)

- El pasado es sumamente importante y este determina tus sentimientos y conductas en la actualidad.
- El orden y la certidumbre son necesarios para sentirte cómodo.
- Debes contar con la aprobación y amor de todos aquellos que consideras significativos.
- Necesitas en forma constante probar que eres competente, adecuado y con logros en todo y, si no, al menos una competencia o talento importante.
- La desgracia emocional proviene de presiones externas y tienes poca capacidad para controlar tus sentimientos, o para librarte de la hostilidad y de la depresión.
- La vida resulta espantosa, terrible, horrible o catastrófica cuando las cosas no salen como tú quieres.
- Lo que parece peligroso, temible o doloroso, debes atenderlo y sentirte afectado de una manera espantosa.

El trabajar la técnica de *collage* para la expresión de sentimientos, y el trabajo con las ideas irracionales les ayudó a hablar de aspectos significativos. Por ejemplo, L.A. manifestó “la dificultad de hablar con cualquiera del tema y de hablar con los más cercanos”; además se quejó de la realidad de no tener hijos ya que su familia es muy fértil y ella no.

Se le realizan cuestionamientos significativos a M.C., sobre su deseo de vivir con dolor y no sentirse bien. Se le indicó que tenía que buscar un cambio de actitud y una nueva visión, y que tomara conciencia de las ideas y las distorsiones que poseía.

El procedimiento de cierre de la sesión se modificó debido a que se trabajó con mayor amplitud en las ideas irracionales y en las distorsiones cognitivas. Sin embargo, Corey (1995) menciona que no es terapéutico hacer todo de forma apresurada, verse angustiado y esforzarse para concluir y abarcar todas las técnicas planeadas. El brindar espacios para resolver los problemas complejos,

subraya el autor, no puede ser de forma superficial, sino que se requiere de tiempo y de profundidad en el análisis; por otra parte, finalizar con dudas o situaciones pospuestas puede llevar a motivar a los asistentes para no faltar la siguiente sesión (Corey: 1995)

Como se analizó, el factor tiempo y la programación están sujetos a las situaciones emergentes, pensamientos y sentimientos, lo cual puede generar alguno de los temas vistos en la sesión. Vinogradov y Yalom (1996) habla de la importancia de compartir con otros el mundo interior; esto cumple la misión de ser aceptado por el grupo y es un factor terapéutico complejo que facilita que se produzca el cambio, por la intensidad de la experiencia emocional.

El principal cambio sobre el plan de tratamiento fue la no realización de la técnica de relajación, que se desarrollará en la sesión siguiente.

Otro aspecto que permite observar el avance de cada una de las personas participantes, es la evaluación cualitativa y de control que se aplica al finalizar la sesión. Al preguntarles qué les pareció la sesión, dijeron: “más tranquila, pude expresarme aún más”; “que cada una se encuentra en una fase más avanzada”; “estuvo muy bonita” por mencionar algunas. Además, todas las personas asistentes manifestaron que no existen situaciones o temas que los hicieran sentirse incómodas.

Al consultarles cómo se sintieron al tener que hablar sobre sus sentimientos más íntimos del duelo, se expresaron así: “Creo que deberían existir sesiones en las que nos permitieran hablar de nuestros sentimientos y de los sentimientos de los demás”; “eso le hace muy bien” y “me alimenta el compartirlos”. Estas respuestas confirman lo mencionado anteriormente: posponer alguna técnica o programación de actividades facilita analizar con mayor profundidad el problema que se está tocando en ese momento.



Entre los temas que les gustaría que se desarrollaran plantean: “Más de cómo poder estar más tranquila por los pequeños problemas que se presentan a diario”. “Que cada una haga una lista de proyectos para una vida futura”. “Tener espacios para hablar de nuestros procesos” y “Terminar el de hoy”.

Entre los aspectos que comentan al finalizar de la evaluación, hay uno que resume lo que se logró en las sesiones y el proceso grupal: “Siento que me voy sintiendo mejor”.

## **f. Sexta Sesión**

Reconstruyendo un nuevo concepto de duelo; buscando modificar mis distorsiones cognitivas hacia unas más realistas.

### **f.1. Objetivos**

1. Realizar un breve resumen de la sesión anterior.
2. Revisar y analizar la tarea asignada.
3. Construcción de un nuevo concepto de duelo.
4. Utilizar la relajación para canalizar sentimientos.
5. Asignación de tareas terapéuticas.
6. Infundir esperanza.

### **f.2. Desarrollo**

1. Bienvenida y resumen de la sesión anterior con los puntos más importantes.
2. Realizar una revisión de las tareas asignadas.
3. Finalizar el tema sobre pérdida y duelo,
4. Construyendo un nuevo concepto de duelo.

5. Relajándonos, utilizando la técnica dirigida para canalizar los sentimientos y el estrés.
6. Compartir refrigerio para conocernos mejor.
7. Apliquemos trabajo para el hogar como extensión terapéutica.
8. Brindar un mensaje positivo y reconfortante sobre la temática de duelo, pérdida y dolor.

### **f.3. Resultados**

En esta sesión, no faltó ninguna de las personas participantes, por lo que su desarrollo fue enriquecedor, facilitando la realimentación de doble vía. El puente con el tema tratado anteriormente lo realizaron los participantes; ellos comentan sobre la importancia de detectar las distorsiones cognitivas para lograr cambios en sus pensamientos.

Como se ha analizado, las sesiones puentes permiten controlar la percepción y comprensión de los participantes con respecto a la sesión anterior. De este modo, se crea una motivación para el trabajo que se realizará en esa nueva sesión y se apoyará la retroalimentación en el proceso terapéutico (Beck: 2004; 71). Se trata de un elemento de guía y reflexión acerca de varios puntos útiles para mejorar la toma de decisiones para el terapeuta, en busca de beneficios para las personas asistentes.

Se revisa el trabajo asignado la sesión anterior y se detecta que todos los asistentes lograron realizarla; a la vez, se observan avances en el reconocimiento de las distorsiones cognitivas:

Tabla N° 9

## Analizando el problema e identificándolo

Situación o Acontecimiento	Estado Emocional	Pensamiento Automático	Distorsiones Cognitivas
En el trabajo el jefe olvidó darme parte del sueldo en un cheque	Preocupado	Pensé que tardaría muchos días en darme el cheque	Conclusiones apresuradas. El error del adivino.
Se aproxima el día de la madre	Tristeza	No lo quiero celebrar ese día	Todo o nada. Generalización excesiva. Descalificación de lo positivo.
El día de la madre	Ansiedad, hiperactividad	Voy a hacer otras cosas para no tomarlo como especial.	Magnificación o minimización. Filtro Mental
Exceso de trabajo, menos tiempo dedicado a mi esposa	Tensión o angustia, preocupación por estar absorbido por el trabajo y el estudio.	Hacer mal o que no me alcance el tiempo. Estoy dedicando menos tiempo a lo más importante.	A pesar que estos pensamientos automáticos pueden verse reforzados por distorsiones cognitivas, trato de hacer lo mejor posible mi trabajo porque es una de los pilares del proyecto de vida que construyo con L.
Enfermedad de amigo.	Tristeza	Me puede pasar a mí hacer las cosas en automático.	Todo o nada. Generalización excesiva.
Cuando perdí a W. mi amigo	Soledad Tristeza	No me estimaba	Todo o nada
La muerte de mi mamá	Desesperación, dolor, impotencia	Culpabilidad porque pensé si le había dado mal sus medicinas.	No la cuidé bien Generalización excesiva.

El trabajo inicia analizando las situaciones problemáticas en torno al proceso de duelo; para ello, identifican las emociones, ligadas a los pensamientos automáticos, para luego detectar el error cognitivo.

En ese momento se realiza la evaluación de los pensamientos automáticos para confrontarlos con la realidad, buscando ventajas y desventajas, para evaluar la efectividad de los mismos a fin de modificarlos (Beck: 2004).

Este análisis permitió valorar el crecimiento individual, porque identificar pensamientos automáticos alrededor del duelo y poder identificar las distorsiones cognitivas, les facilita claridad para evaluar y analizar, desde el aprendizaje, la viabilidad de los pensamientos erróneos que cada uno tiene en torno a su pérdida.

A nivel grupal, facilitó visualizar la universalidad definida por Vinogradov y Yalom (1996:26) quien sostiene que las personas *“están convencidas de su soledad o desdicha, son únicas, sólo ellos tiene ciertos problemas”*. El grupo les da a dichas personas un espacio de expresión de sentimientos y por lo tanto de alivio, al observar que otros también viven una situación similar.

Otro elemento que logra identificar el avance es la transmisión de información, la cual es brindada por la terapeuta en el seno grupal y que evalúa o canaliza el aprendizaje por medio de las tareas o construcciones de los participantes, tanto en la orientación, resolución a nivel mental y físico de problemas cotidianos, como alrededor del tema central del grupo (Vinogradov y Yalom: 1996).

Se finaliza el tema iniciado la sesión anterior sobre las relaciones familiares, y cómo estas se ven afectadas por la pérdida, porque todas las personas viven, sienten y reaccionan de forma distinta, debido principalmente a sus herramientas emocionales y sus experiencias previas.

Desde esta visión, se busca que las personas puedan reconstruir un nuevo concepto de pérdida y duelo que trascienda la idea de sufrimiento, vacío y

desesperanza. En esta construcción, los aportes realizados por las participantes fueron:

- ❖ L.A. “Aprendí que no puedo solucionar todo, que debo de vivir paso a paso, aprender a delegar funciones. Expresar lo que siento y pienso de la pérdida sin ofender a los demás, pero dejando en claro mi posición. Comparto con la persona más cercana a mi proceso y trato de fortalecerme y de fortalecerlo. No es que me siento más preparada, porque en realidad nunca lo estamos, además de que una experiencia nunca es igual a otra, pero sí siento que es algo que nos pasa y que siempre existe algo mejor después de una pérdida”.
- ❖ J.T. “Es un crecimiento como persona, se aprende a disfrutar de manera diferente la vida, enfocándose en lo importante, enfrentado retos, comunicándose más con el ser supremo. Como pareja estamos más unidos y nuestra comunicación es fluida”.
- ❖ M.C. “El duelo para mí antes era algo terrible, lo cual ya siento que he mejorado y que puede mejorar más porque siento que me ha servido mucho para crecer como persona y madurar y así poder perdonar con más facilidad. Porque entendí que la vida es un pasar por un mundo muy corto y que nos debemos a nosotros mismos, hacerlo de la mejor manera y espero con el tiempo poder vivir mejor con el dolor y llegar a ser la persona que un día fui”.
- ❖ J.M. “Desde que empecé, he ido aprendiendo a manejar más positivamente el dolor que siento por la muerte de D. Mi concepto ahora es muy diferente a cuando vine la primera vez. Ahora sé que no porque estoy llorando siempre, no quiere decir que no me duela. Ahora acepto que él está mejor que antes aunque yo lo necesito aquí”.

conmigo. Ahora siento que puedo perdonar y quiero hacerlo para sentirme mejor”.

- ❖ A.C. “La vida continúa, con la posibilidad de ser felices. Mi hija cumplió un ciclo en este mundo y su misión llegará a ser clara para nosotros. Algún día la enfermedad y la muerte de mi hija tendrá un sentido lógico en el engranaje del universo. Podré recordar con cariño a mi hija sin reprochar el final que tuvo”.
- ❖ L.U. “Yo lo que espero, es poder llegar a hacer mi vida con mi familia, he tratado de rehacer mi vida a nivel personal, pero aún tengo un hueco dentro de mí, al relacionarme con mi familia, quiero volver a ser la chica hiperactiva de los 24 de diciembre, que se sienta en el centro de la sala y pone a todos los tíos, primos, vecinos, amigos y hasta la gente que llega de más, alrededor suyo para repartir regalitos de navidad y que nadie se atreva a tomar hasta que yo llegue”.

A partir de esta técnica, se logra recuperar los cambios que han vivenciado las personas del grupo a lo largo del proceso, han plasmando de manera clara sus sentimientos y algunos cambios que han presentado desde su incorporación al grupo. En esta fase, se observan cambios significativos en M.C., hacia una visión más positiva, y con deseos de lograr sentimientos más positivos para su vida y su entorno.

Muchos han logrado reconocer el dolor y la pérdida, así como el crecimiento que se puede generar, y las fortalezas que se pueden obtener, para su nueva vida de responsabilidad y sentimientos, desde la profundidad del dolor que esto implica (Deits, 1992).

También se retomó la importancia de aceptar que una etapa de la vida terminó y otra está iniciando. J.M. plantea que esa ausencia provoca llanto, pero que a la vez le permite encontrarse a sí misma enriquecida por los aportes de los otros compañeros del grupo.

Además, las personas asistentes dejan entrever que la pérdida y el dolor han brindado un aprendizaje, una experiencia que ha sido significativa desde que empezaron a verla como un crecimiento y no como un hecho detestable, fuera de orden, porque al fin, como plantea Bucay (2002: 57), la muerte de un ser querido es un hecho inevitable en nuestras vidas y el crecimiento que de eso deviene también.

Pero sobre todo, se logra percibir la posibilidad de ir soltando poco a poco las cosas vividas para que el sufrimiento ocasionado por el apego, el amor y el afecto sentido por la persona fallecida, se transforme en un recuerdo menos doloroso, y dé paso a uno amoroso y sano.

Todavía queda pendiente la relajación; sin embargo, el mensaje positivo logró aspectos importantes de reflexión individual y grupal.

Se les facilita material de lectura como extensión terapéutica.

#### **f.4. Análisis de la Terapeuta**

En este momento se pueden analizar diversos aspectos del proceso. En primer término, se destaca lo grupal:

- **Cohesión grupal:** Es el atractivo que los participantes ejercen en el grupo y entre ellos, además de la aceptación mutua y las relaciones significativas establecidas (Vinogradov y Yalom: 1996; 31). Se observa en la preocupación y el interés de que todos avancen, en valorar los cambios y en inquietarse ante la ausencia de alguno.
  
- **Factores existenciales:** se busca comprender los problemas presentes y la lucha primordial de la persona contra los hechos sucedidos. En el proceso grupal se van ejemplificando conductas asociadas a la orientación brindada, al apoyo que se recibe de los otros participantes, pero que tiene un límite. Logran entonces

visualizar su responsabilidad en el proceso y su autonomía para retomar su vida, aceptando sus limitaciones con valor para enfrentar la vida (Vinogradov y Yalom: 1996; 31). Esto puede verse en la conducta de solidaridad, cuando se reconstruye el nuevo concepto de duelo.

- **Catarsis:** Es tomar la expresión de emociones como un factor terapéutico, debido a la importancia de compartir con los demás el mundo interior; aunque dichas emociones sean fuertes y profundas, generan cambios, pues debe enfrentarse a la intensidad del grupo y vivir la experiencia de catarsis de los otros (Vinogradov y Yalom:1996; 30). La capacidad de hablar de los temores, de las pérdidas vividas a raíz de la muerte de un ser querido y de los sentimientos de culpa. El participante, al escuchar a los otros, se motiva a contar su propia experiencia, siendo esto un elemento sanador.
  
- **Altruismo:** Las personas participantes comparten su problema, se apoyan mutuamente, se brindan sugerencias y se tranquilizan entre ellos; esto es de gran utilidad, por la gratificación que genera y por el aumento de la autoestima (Vinogradov y Yalom: 1996; 28). En la reconstrucción del nuevo concepto como entre todos se motivan y se apoyan para lograr cambios duraderos en el proceso de duelo que viven y el deseo de lograr salir de su dolor y su visión pesimista, dañina de sus pensamientos y sentimientos.
  
- **Infundir Esperanza:** Elemento central que busca evidenciar el avance de las personas participantes; desempeña un papel significativo dentro del proceso grupal (Vinogradov y Yalom:1996; 26). Esta situación se ha reforzado con mensajes positivos centrados en la temática de duelo y pérdida, pero sobre todo,



buscando cambiar los obstáculos o sentimientos negativos que se instalan dentro y que están dispuestos a quedarse, para detener y vivir en el pasado con el dolor y el sufrimiento.

En segundo término, podemos destacar del enfoque:

- Las personas participantes logran la formulación dinámica de los problemas y buscan soluciones en términos cognitivos (Naranjo: 2004), conceptualizan las dificultades, los sentimientos y las conductas problemáticas que surgen de los pensamientos distorsionados, identificando algunos de los factores desencadenantes que influyen en el desarrollo de las personas.
- Se da una sólida alianza terapéutica, que se demuestra con las afirmaciones empáticas que expresan los asistentes; hay capacidad de realización de los resúmenes, con ideas realistas y sentimientos expresados desde la realidad y en un entorno más optimista (Naranjo, 2004).
- La participación activa y la colaboración son un elemento que ilustra el avance del trabajo, tanto en el grupo, como en los temas que se elaboran en las sesiones, las pocas ausencias y el cumplimiento de la tarea evidencian el avance del proceso.
- El proceso estructurado y el componente educativo apoyan el proceso para controlar los estados de ánimo; el resumen posibilita que la persona practique en su hogar, e interiorice racionalmente los contenidos.
- La evaluación de los pensamientos y su identificación ayuda a modificar comportamientos disfuncionales y a centrarse en el

problema específico, situación que se muestra en la tabla 9. Por medio del proceso grupal, las personas asistentes han logrado analizar que necesitan (Longaker, 1997: 38):

- ❖ Comprender y cambiar el sufrimiento.
- ❖ Realizar una conexión, para sanar las relaciones y dejar ir al ser amado fallecido.
- ❖ Prepararse espiritualmente para aceptar la muerte de su ser amado.
- ❖ Encontrar un nuevo sentido a la vida.

Estos elementos son claves para poder encontrar un sentido positivo a la vida, después de la pérdida de un ser querido; la clave para poder retomar el nuevo camino con plenitud, esperanza y deseo, percibiendo la vivencia como un cambio o una oportunidad para aprender a aceptar que se vaya lo que más amamos (Longaker, 1997).

Se puede extraer, de lo plasmado por los participantes, la existencia de períodos de dolor y sufrimiento, de transición, que nos obliga a hacer un balance entre el pasado y el futuro, y aprovecha la oportunidad de hacer cambios en la esencia misma del ser humano.

Desde esta reflexión realizada por cada una de las personas asistentes, lograron identificar su propia historia, sus sentimientos, sus pensamientos, sus distorsiones cognitivas, la influencia cultural, sus deseos y valores que les define su personalidad y, por lo tanto, la forma de resolución de las situaciones positivas y dolorosas, incluida la muerte del ser amado. Esta situación es fundamental para poder iniciar el cambio y revisar las creencias centrales e intermedias que poseen.

Los espacios de reflexión y análisis se han ampliado, por lo que el tiempo programado y las actividades debieron ser pospuestos para la siguiente sesión.

Esto refleja que la programación se realizó, inicialmente, de forma rígida, y por tanto, el grupo ha demostrado que requiere más tiempo para hablar.

La relajación, a pesar de ser un aspecto que facilita el manejo de estrés y de las emociones, no se ha desarrollado en cada sesión, pero esto se compensa por medio de la oportunidad de expresarse que tiene cada uno de los participantes.

Otro elemento que debe ser destacado es la seguridad que ha desarrollado la terapeuta en el manejo del grupo, en el dominio del tema del duelo y del enfoque utilizado, a la par de la experiencia de los participantes y de las alianzas de estos con dicha profesional.

Los elementos teóricos que se van aportando en el proceso grupal sobre el enfoque y sobre el tema de pérdida y dolor, han sido acertados y han facilitado la expresión de sentimientos, la capacidad de hablar sobre la pérdida personal e identificarse con el problema.

La supervisión permitió analizar el desempeño de la terapeuta en el proceso grupal y visualizar los aportes realizados en ambas direcciones. Esto, a la vez, posibilitó la retroalimentación adecuada y el crecimiento en el manejo del proceso socio-terapéutico.

Kaplan y Sadock (1998) plantean que la autocrítica y el compartir responsabilidades favorece que la terapeuta identifique sus necesidades y sus puntos vulnerables, llevando al crecimiento profesional y apoya el intercambio de perspectivas y percepciones del proceso.

En este sentido, fortalecer los procesos de intervención grupal con supervisión genera en el terapeuta crecimiento profesional, empoderamiento en el manejo del grupo, comunicación bidireccional, y la implementación de las recomendaciones iniciales.

Además, el crecimiento del grupo ha permitido el desarrollo de las actividades referentes al modelo y a la problemática, pero a su vez, ha generado cuestionamientos a sus pensamientos automáticos para desafiarlos y modificarlos por unos más positivos y realistas.

El registro diario de los pensamientos, planteado por Beck (citado por Burns y Beck, 1999 y 2000) fue un aporte significativo para las participantes y los participantes en su extracción de distorsiones y pensamientos automáticos en torno a su proceso de duelo y pérdida.

Un ejemplo de ello fue el cambio de actitud de M.C., después de la confrontación del grupo, con respecto a su actitud derrotista, ya que esta persona logró identificar algunas distorsiones que no le permitían su avance.

Las decisiones que han tomado algunas participantes con respecto a su vida y la fortaleza que han desarrollado se observa en su cambio de actitud, en postura y en otros aspectos gestuales y físicos.

El hecho de que L.U. pueda hablar de su enojo, temor y angustia sobre su familia, así como las acciones y actitudes que esta asumió, realmente le ha permitido empezar a sanar desde la profundidad de su dolor, lo cual ha generado una discusión enriquecedora para el grupo.

Sin embargo, A.C. asumió el papel de protector con respecto a su pareja; al brindar un espacio significativo para contar su historia desde su visión, manifestó el temor de que su compañera sufra y continúe culpándose sobre lo sucedido y esto hace que él busque estrategias para que ella no sufra.

La evaluación que se realiza en cada una de las sesiones, realmente se conformo en un instrumento valioso para medir los avances desde lo cualitativo. Cuando se les consultó ¿qué les pareció la sesión?, respondieron: “Bien”; “Estuvo un poco más profunda, creo que llegó un poco más a mi sensibilidad”; “Intensa, me hizo ver cosas que quería evitar”; “Interesante porque hablamos bastante”; “Excelente,

creo que hemos avanzado mucho” y “Me gusta compartir y me gusta ser receptor, en relación con la construcción de un nuevo concepto de duelo”.

Cuando se consulta sobre si existió algo que los hiciera sentirse incómodos, responden que no, y cuando se pregunta cómo se sintieron al hablar de sus sentimientos más íntimos, dijeron: “Bien”; “Un poco nervioso”; “Eso me hace sentirme muy bien” y “Debe existir una mayor interacción con los participantes en este proceso”. Entre los temas que les gustaría que se tomaran en cuenta proponen: “Qué resiento de ese momento doloroso, cómo, con quién, qué y hacia dónde quiero ir”. Sin embargo, de acuerdo con lo detectado por la terapeuta, también está pendiente reforzar la relajación y el manejo del conflicto.

## **g. Séptima Sesión**

Reforzamiento de cambios cognitivos y conductuales referentes al tema de pérdida y dolor.

### **g.1. Objetivos**

1. Realizar un breve resumen de la sesión anterior.
2. Retomar el trabajo asignado.
3. Conocer el camino de la pérdida y del duelo.
4. Infundir esperanza.

### **g.2. Desarrollo**

1. Bienvenida y resumen de la sesión anterior con los puntos más importantes.
2. Realizar una revisión de las tareas asignadas.

3. Construir las etapas que ellos han vivido con el duelo, agregar y analizar las que describe la literatura.
4. Relajándonos utilizando la técnica dirigida para canalizar los sentimientos y el estrés.
5. Compartir refrigerio para conocernos mejor.
6. Brindar un mensaje positivo y reconfortante sobre la temática de duelo, pérdida y dolor.

### **g.3. Resultados**

Se expone un resumen de la sesión anterior con los aportes de las participantes y la intervención de la terapeuta. Un elemento importante de mencionar es que a esta sesión solamente asistieron tres personas; las otras tres justificaron su ausencia con diversas razones personales, como problemas de salud. Dicho ausentismo implicó un retraso en el trabajo programado y la necesidad de retomar elementos centrales en la siguiente sesión, para retomar el ritmo de trabajo y lograr la sintonía de la temática que se está trabajando.

Se trabajó el tema de las etapas de los procesos de duelo. Cada uno fue ubicándose en las etapas que más se les acercaba a su propia situación. Entre las mencionadas etapas, están:

- ❖ Negación.
- ❖ Rabia e ira.
- ❖ Negación y regateo.
- ❖ Depresión.
- ❖ Aceptación.

Cada uno de ellos comentó cómo las vivieron. Por ejemplo, L.A. dijo que para ella fue negar lo que pasaba con su primera pérdida; después, enojo por lo sucedido; sin embargo, no se deprimió, ya que la refirieron al grupo que funcionaba en la Fundación San Gabriel y eso le dio mucho apoyo. Para el grupo, cuando a ella le

sucedió lo de su segunda hija, tenía mayores herramientas para manejar mejor la situación.

M.C. se ubicó en la fase de negación e ira, ya que ha sido difícil el haber vivido tantas pérdidas de forma reciente y continua, y ha buscado hablar con Dios para que le dé un tiempo para superar su dolor; sin embargo, ha iniciado la fase de aceptación desde que ingresó al grupo.

J.C. comenta que cuando él estuvo en la fundación San Gabriel existieron cosas que él no pudo trabajar; sin embargo, piensa que está en la fase de aceptación.

Otro aspecto que se trabajó fue el cambio de las distorsiones cognitivas, tarea asignada para realizar dentro del grupo. Entre los elementos planteados por los participantes están:

**Tabla N° 10**

**Analizando e identificando el avance grupal**

<b>Situación</b>	<b>Emoción</b>	<b>Pensamiento Automático</b>	<b>Distorsión Cognitiva</b>	<b>Respuesta Racional</b>	<b>Porcentaje avance</b>
La drogadicción de mi sobrino	Inseguridad, dolor, impotencia.	Lo van a matar. Lo van a encarcelar	Se lo merece. Estaría mejor muerto	Puede cambiar. Lo vamos a ayudar	75 %
Negatividad de mis hermanos al cuidado de papá.	Soledad, resentimiento y tristeza.	Cuando se muera van a llorar.	Si le pasa algo no les aviso.	Bueno, ellos trabajan y papá no es su prioridad	80 %
Desinterés en el barrio Comité de seguridad.	Enojo al 90% Descontento al 90%	La mayoría son arriados	Quieren todo realizado.	Hablar claro con ellos, para delegar funciones.	40%
Mal	Preocupa-	No quiere	No quiero	Hablar con	50%

Situación	Emoción	Pensamiento Automático	Distorsión Cognitiva	Respuesta Racional	Porcentaje avance
comportamiento de un sobrino	ción al 100%	estudiar	que se convierta en un mal muchacho.	él y sus padres para enfocar el problema	
Mi trabajo y la universidad no me permiten contar con mayor tiempo para dedicárselo a mi esposa a mi y a mi familia.	Me genera angustia por la falta de tiempo, cólera por la misma situación.	Cometer errores en mi trabajo con la presión de no poder dar el rendimiento adecuado en la universidad y en el trabajo.	Creo que la distorsión cognitiva, la relación con el pensamiento automático y no cumplir en mi trabajo, no cumplir en la universidad, no brindar en la vida mi mejor parte a mi familia.	Los retos en la vida le ayudan a una persona a crecer en el tanto cuenta con trabajo y actualice mis conocimientos, nuestro proyecto de vida puede continuar mejorando.	70%

Como se puede observar, los porcentajes de avance en los cambios cognitivos y conductuales de los participantes es significativo, pues están aprendiendo a analizar las actividades cotidianas en su vida diaria.

La técnica del continuum cognitivo, para la modificación de pensamientos automáticos fue útil para valorar la aplicación del conocimiento teórico e ir preparando el espacio para el trabajo con las creencias, debido a que este permite reconocer la existencia de puntos intermedios (Beck: 2000).

Se analiza también la resistencia destructiva para el tratamiento del comportamiento no cooperativo, que interrumpe el funcionamiento del grupo, y limita el desarrollo terapéutico (Kaplan y Sadock: 1998, 117), dentro de ese contexto. Este análisis provocó que una participante se fuera del grupo, al tocar el tema de la proyección, al cual ella no quería llegar. Se vio también el daño que dicha persona hubiese hecho al grupo y el avance que no se hubiera logrado;



asimismo, la acción se tomó como un reto para encontrar una manera de ayudarla.

Después de esa actividad, se realiza la relajación y se asignan tareas sobre el registro de las distorsiones cognitivas y los cambios que estas puedan sufrir al ser detectadas. Además, se distribuye el material de lectura.

#### **g.4. Análisis de la Terapeuta**

En esta fase, los miembros del grupo expresan sus preocupaciones sobre su proceso de recuperación y discuten sobre su futuro, los cambios y los temores de no quedarse ubicados en ese espacio de tiempo, viviendo solamente en el dolor.

Yalom (2000) plantea que el cambio terapéutico es un proceso complejo que sucede en el intrincado intercambio de experiencias humanas, las cuales dividió en diversos factores de éxito, los cuales se han observado en el proceso grupal desarrollado. Uno de ellos es la cohesión grupal, el cual es parte del proceso de aprendizaje interpersonal, caracterizada por la confianza, la cordialidad, la comprensión empática y la aceptación. Se puede medir por medio de lo atractivo del grupo, así como por el consuelo que siente la persona al ser valorada, aceptada y apoyada por los otros miembros. Por otro lado, la relación empática que se establezca entre la terapeuta y las personas que integran el grupo, contribuye también a generar un ambiente adecuado para sentirse aceptado y cómodo en el proceso grupal.

Se puede observar que el grupo ha logrado una buena cohesión, pues habla de temas diferentes y significativos, con niveles elevados de profundidad, sobre su pérdida y su dolor. Además, los miembros lo perciben (al grupo) como un factor protector, debido a que aquí pueden hablar y expresar sus sentimientos sin ser cuestionados en forma inadecuada, a pesar de que se dan confrontaciones que buscan el crecimiento grupal.

La confrontación y el conflicto alientan la autorrevelación y el crecimiento individual y grupal, y facilitan clarificar aspectos personales que llevan a mejorar el marco de referencia.

Infundir esperanza y mantenerla también es un elemento central en el proceso grupal, ya que impulsa a las personas a continuar en el grupo, y a creer en los efectos terapéuticos que puedan obtener. Se parte de un diseño que contempla los efectos positivos de las expectativas de las personas, y de la fuente de esperanza inherente en el ser humano. La situación descrita se visualiza, en la asistencia regular del grupo, en las justificaciones de sus ausencias por razones concretas y válidas, y en la búsqueda posterior de la información brindada al grupo.

Los participantes comentan que el proceso grupal les ha permitido recuperar la esperanza de una mejor calidad de vida, luego de la pérdida de su ser querido. Agregan que para ellos es positivo compartir con otras personas que han vivido situaciones similares a las suyas.

Otro aspecto que apoya el proceso y que facilita la medición del avance es la información sobre la temática y sobre el funcionamiento interno, sobre cómo las distorsiones y los pensamientos automáticos, de la mano con las creencias intermedias y centrales, influyen en los sentimientos y pensamientos en torno a la pérdida. Dicha información permite analizar las conductas y emociones desde otra óptica, como el enfoque que se trabaja (Yalom, 2000).

Las personas asistentes a esta sesión plantearon que su porcentaje de cambio está en un 40% (el más bajo); dicho porcentaje se encuentra influido por factores externos, como son la cultura y el involucramiento de otras personas y de la comunidad. En lo referente a elementos internos personales que pueden ser controlados y modificados por ellos, el porcentaje de cambio es mucho más elevado (70% y más).

Esto refleja el esfuerzo realizado por las participantes y los participantes para aliviar su duelo, así como el aporte que ha brindado la terapeuta en el proceso y la eficacia del modelo para trabajar esta problemática.

La utilización de las tareas, igual que la biblioterapia y los cuadros de trabajo, son un procedimiento de intervención que se transforma en un elemento clave para el grupo mismo, ya que se identifican los elementos positivos y el avance que se ha obtenido (Corey, 1995).

El hecho de que los participantes y las participantes puedan ensayar y desarrollar nuevas destrezas, dentro del ambiente seguro del grupo, facilita la preparación para desarrollar conductas, sentimientos y pensamientos menos dolorosos y más positivos en su entorno inmediato; constituye, por lo tanto, un logro que les permite sentirse apoyados y retroalimentados.

El aprendizaje y el conocimiento obtenidos dentro del grupo y con las extensiones terapéuticas, apoyan y fortalecen las modificaciones personales ante un evento doloroso, como la pérdida de un ser querido, lo que ayuda a evaluar las distorsiones cognitivas y el impacto negativo que esto genera en los pensamientos y por lo tanto en sus sentimientos (Corey, 1995).

Estas situaciones se ven reforzadas, cuando los cambios que han realizado las participantes y los participantes logran ser plasmados en su vida diaria, como el caso de M.C., quien presenta una modificación significativa de su actitud y utiliza sus recursos internos, lo que ha afectado de forma positiva su entorno inmediato.

Uno de los factores que ejemplifica el crecimiento cognitivo y el crecimiento individual es el altruismo, ya que este lleva al consuelo, las sugerencias y la comprensión (Yalom, 2000). En el grupo, los participantes brindaron consejos y apoyaron a J.T., para clarificar sus dudas con respecto a la diferencia entre los pensamientos automáticos y las distorsiones cognitivas. A su vez, esta actitud de

altruismo fue una demostración del aprendizaje del modelo y del proceso de avance grupal.

Los espacios de catarsis, con la dirección adecuada, permiten clarificar dudas del modelo de trabajo y del conocimiento adquirido, visualizándose la extensión terapéutica en la vida cotidiana.

La terapeuta continúa en un proceso de crecimiento, aprendiendo a manejar el tiempo, las actividades propuestas y los emergentes surgidos, para que el grupo tenga una prioridad con respecto a las actividades y los logros esperados

El control y la directividad se ha centrado en el presente, en el aquí y el ahora dentro de la sesión, logrando con esto una mejor participación de todos los miembros, maximizando el poder terapéutico y la eficiencia del grupo. El aprendizaje en la sesión se puede extender y los cambios y transacciones importantes suceden a lo interno del grupo frente a cada uno de ellos (Vinogradov y Yalom: 1996).

Por otro lado, Vinogradov y Yalom (1996; 98) escriben que el componente afectivo es parte de lo cognitivo, debido a que la interacción libre permite la revelación de una gran parte de sí mismo, experimentando y expresando sus emociones. Al finalizar la sesión, la distancia física establecida permite analizar, comprender e integrar el significado a su propia experiencia.

En lo que respecta a las evaluaciones cualitativas, la sesión fue vista como “excelente”; “interesante” y “relajante”. No existieron momentos que los hicieran sentirse incómodos durante la sesión. El hablar de sus sentimientos fue para ellos “cómodo”; “tranquilo” y “bueno”. Entre los temas que desean manejar están: “crecimiento en nuestras vidas”, “proyectos de vida después de un duelo” y “cómo comprender mejor a los demás”.

## **h. Octava Sesión**

Resignificar las pérdidas vividas desde el enfoque cognitivo conductual.

### **h.1. Objetivos**

1. Realizar un resumen de la sesión anterior.
2. Resignificar mi historia de pérdidas y dolor.
3. Utilizar la relajación para canalizar los sentimientos.
4. Asignar tareas terapéuticas de esperanza.
5. Infundir esperanza.

### **h.2. Desarrollo**

1. Bienvenida y resumen de la sesión anterior con los puntos más importantes.
2. Facilitar un espacio de catarsis para que cada uno de los participantes y las participantes cuenten su historia de pérdidas, desde sus sentimientos, pensamientos y distorsiones cognitivas.
3. Relajándonos utilizando la técnica dirigida para canalizar los sentimientos y el estrés.
4. Compartir refrigerio para conocernos mejor.
5. Facilitar tareas de extensión terapéutica para reforzar el aprendizaje obtenido dentro del proceso grupal.
6. Brindar un mensaje positivo y reconfortante sobre la temática de duelo, pérdida y dolor.

### **h.3. Resultados**

La sesión puente realizada por los participantes trae al presente elementos sobre las etapas del duelo y sobre su deseo de modificar su sentimiento de pérdida, por un recuerdo lleno de amor y no de dolor.

Unido a ello, la terapeuta retoma aspectos sobre las tareas o extensiones terapéuticas en el hogar. J.M. comenta una tarea que tenía atrasada. Esto generó un proceso de análisis, el cual le induce a expresar que, desde su separación, ha estado más tranquila y sintiéndose mejor; sin embargo, las distorsiones cognitivas a veces le ganan y la hacen descalificar lo positivo que está logrando. Agrega que, desde su cambio de casa, se ha sentido insegura y con miedo, lo que la llevan de forma rápida hacia las distorsiones cognitivas, “principalmente sobre que no voy a poder salir adelante, dando como resultado conclusiones apresuradas”.

Este punto fue significativo, debido a que los otros participantes se encontraban preocupados por los avances, las decisiones y los resultados de lo que J.M. había comentado en las sesiones anteriores. El apoyo y los consejos de solidaridad que externaron sus compañeros en positivo fueron adecuados para ese momento de su vida.

Posteriormente, los participantes se subdividieron en grupos para trabajar dos lecturas importantes: “Cuándo se está listo para volver a intentarlo” y “Qué puedo decir”, material utilizado por “March of Dimes” (1999). De ahí surge una discusión enriquecedora sobre las propias experiencias.

L.U. logra comentar su historia desde el inicio, desde que supo de su embarazo, su despido laboral, su dolor cuando su hija enfermó, y el fallecimiento de esta, los conflictos familiares. Habla desde su dolor, detectando algunas de las distorsiones cognitivas existentes en ese momento y cómo ha empezado a realizar cambios en su vida para sentirse mejor y poder superar su proceso de dolor por la pérdida de su hija.

L.A. también comenta cómo ha experimentado cambios en su vida para visualizar su experiencia y poder brindar apoyo a los otros; a la vez, habla del apoyo que ha recibido de su esposo.

J.M. manifiesta que sus nuevas decisiones han significado el poder enfrentar sus temores y su dolor, lo que le ha permitido una paz interior y un crecimiento, como el que su hijo experimentó a lo largo de su vida.

A.C. hace un mejor manejo de su relación, ya no sólo de protección con su pareja, sino en su crecimiento interior. Ahora puede expresar sus sentimientos y las cosas que en algún momento durante el proceso le molestaron, porque por su naturaleza conciliadora se le dificultaba expresarse.

Se realiza una relajación, compartimos alimentos y luego se asignan las tareas terapéuticas y se da el mensaje positivo de cierre.

#### **h.4. Análisis de la Terapeuta**

En el proceso grupal, se ha reforzado que la experiencia de perder a un ser querido es una situación difícil, tanto para el individuo como para la familia y las personas cercanas; sin embargo, la asistencia al grupo terapéutico facilita compartir el dolor y la vivencia desde un entorno más sano, ya que se pueden manejar los sentimientos, pensamientos y distorsiones presentes.

Se analiza con ellos y ellas la palabra “pérdida”. Se expone que a lo largo de la vida se van teniendo pérdidas a las que se les brinda poca importancia y se catalogan, dentro de nuestro conocimiento, como crecimiento, cambios en la vida y aprendizaje. Pero la muerte no se concibe de la misma forma. Esta es vista, por parte del familiar o el amigo, como una pérdida que marca su vida de forma intensa, debido a que el significado, relación, afecto y papel que desempeñaba la persona fallecida, intensifica los sentimientos de sufrimiento y temor; además, es posible perder la esperanza y no cumplir con expectativas, a causa de la falta de

control, de la vulnerabilidad y de la impotencia ante lo que no se puede cambiar (Longaker, 1997).

Rojas (2005) realiza un análisis de cómo a lo largo de la historia el proceso de “buena o mala muerte” ha variado tanto en el tiempo, como en los países donde se vive. Desde los siglos XIV-XVIII, el dolor y la agonía con sufrimiento adquieren un valor de índole religioso. Menciona que los ritos funerarios y el duelo mismo están sustentados por la religiosidad y que la compañía desde lo religioso le da sentido al dolor. Los ritos alrededor de este, dice este autor, sirven para que los que sobrevivan puedan adaptarse al hecho ocurrido.

Esto permite introducir algunos elementos sobre las creencias intermedias y centrales y cómo estas se construyen desde la cultura, las personas que educan a los niños y las situaciones específicas que viven las personas.

Los participantes analizan cómo la cultura en Costa Rica se enfrenta a los procesos de duelo. Comentan, en resumen, que los otros ven al doliente, como una víctima a la que califican de “pobrecito”.

Un elemento emergente es la visión del sufrimiento como algo malo que se asocia con la muerte, como un hecho estresante e individual, alejado del ámbito social, interpretando la creencia y los mitos existentes en la cultura alrededor del duelo (Lieberman: 2007).

Longaker (1997) plantea que el duelo es un paso necesario para crecer y la reacción que tengamos ante este evento hace la diferencia. Un aspecto fundamental y que impacta el proceso es el comportamiento cultural negativo de la muerte y de la vivencia del doliente, lo cual genera pensamientos, distorsiones, derivadas de las creencias intermedias y centrales que marcan la vida de los que sobreviven a la experiencia. Es necesario que el doliente pueda procesar la información, modificar sus distorsiones para comprender la experiencia y retomar su vida.



Lieberman (2007:29) propone que *“la pérdida cuestiona todos nuestros significados y valores. El duelo ofrece la posibilidad de construir un nuevo universo personal, con nuevas significaciones y nuevas perspectivas”*. El grupo ayuda a realizar este análisis de significados y valores que permite modificar la experiencia interpretada desde lo negativo, para lograr la recuperación emocional con el fin de retomar la vida.

El hecho de que cada uno pudiese discutir sobre situaciones que en su momento le molestaron y que además generaron enojo, descontrol e incapacidad, les facilitó poder crecer pues lograron soltar aspectos que tenían aferrados y que generaban sentimientos y pensamientos negativos.

El grupo ha logrado utilizar las sesiones para sacar el máximo provecho de cada una de las enseñanzas, del enfoque y de la riqueza de la experiencia de los participantes.

Los factores existenciales (Yalom: 2000) permiten aprender el límite de la orientación, y soportar la responsabilidad de la autonomía del grupo y de su vida, el encuentro grupal proporciona asistencia ante los hechos vividos, elementos que se reforzaron y se alcanzaron en el proceso grupal, donde se facilitaron espacios de reflexión, brindando herramientas para seguir el camino de sus vidas de forma independiente.

Se observa un crecimiento en los participantes; ya logran identificar los pensamientos y han realizado cambios positivos en su vida. Por ejemplo, J.M. analiza sus temores de enfrentar la vida sola con sus dos hijos y cómo esto le genera distorsiones que la llevan a pensar que no logrará salir adelante; sin embargo, es consciente de que las conclusiones apresuradas están provocando estos pensamientos.

La terapeuta ha desarrollado habilidades en el manejo grupal, con una dirección positiva, generando proceso de acompañamiento, señalando distorsiones y acciones y reforzando los cambios de los participantes.

Se ejecuta la relajación de una forma pausada y con el tiempo necesario para que los participantes puedan generar crecimiento y comprensión y, a la vez, aprendan a manejar el estrés que están cargando.

En cuanto a la evaluación cualitativa, la sesión les pareció “bien”; “enriquecedora”; “mejor para hablar”; “excelente”; “se comentó bastante dentro del grupo, fue enriquecedor”. Un participante se sintió incómodo: “Cuando tuve que hablar de mi duelo, hoy no tenía ganas de hablarlo”. No obstante, la persona sabía que, dentro del grupo, la regla era que cada uno hablara lo que quisiera y en el momento que deseaba.

En lo referente a cómo se sintieron al hablar de los sentimientos más íntimos del duelo, comentan: “bien, me ayuda a quitarme de alguna manera la tensión y frustración, me ayudó a quitarme un peso de encima”; “cómodo”; “el grupo manifiesta una mejor apertura” y “un poco incómodo porque no me sentía con ganas de hacerlo hoy”.

Las tareas terapéuticas y la reflexión son elementos motivadores para manejar el proceso grupal y la extensión de este. Además, se les recuerda a los participantes la realización de la carta de amor para el ser amado que falleció y que quedan cuatro sesiones para finalizar el proceso grupal. El recordar la finalización provoca (Kaplan y Sadock; 1998), que las personas participantes visualicen el logro de sus objetivos, prepara a cada uno para el cierre, y hace que se dé una participación activa.

## **i. Novena Sesión**

Haciendo énfasis en los conocimientos aprendidos, para ayudar a las personas a continuar con los cambios realizados, reforzando fortalezas desarrolladas para superar la pérdida y el dolor.

### **i.1. Objetivos**

1. Realizar un resumen de la sesión anterior.
2. Retomar el trabajo asignado.
3. Ubicar mi estado emocional y fortalezas para superar la pérdida y el dolor.
4. Utilizar la relación para canalizar mis sentimientos.
5. Infundir esperanza.

### **i.2. Desarrollo**

1. Bienvenida y resumen de la sesión anterior con los puntos más importantes.
2. Revisar el cumplimiento de la extensión terapéutica por medio de preguntas generadoras.
3. Resignificándome por medio de mi estado emocional y las fortalezas desarrolladas para enfrentar la pérdida y el dolor.
3. Relajándonos utilizando la técnica dirigida para canalizar los sentimientos y el estrés.
4. Compartir refrigerio para conocernos mejor.
5. Brindar un mensaje positivo y reconfortante sobre la temática de duelo, pérdida y dolor.

### **i.3. Resultados**

Se realiza el resumen de la sesión anterior por parte de los participantes; sin embargo, existe una serie de temas emergentes importantes en el desarrollo del grupo, razón por la cual se extiende la conversación. Entre dichos temas, se

encuentra el embarazo de L.A. y el matrimonio de A.C. y L.U.; estos asuntos son expuestos como bendiciones recibidas a raíz de los cambios realizados.

Cada uno va mencionando sus cambios y fortalezas que les ha dado una satisfacción interior y una paz que genera el poder ir resolviendo su vida, después de la pérdida.

Como solamente había tres personas, se definió, por parte de los presentes, esperar diez minutos para tocar el tema nuevo; luego se continuó hablando de las fortalezas desarrolladas a lo largo del proceso:

- ❖ J.M.: Tengo la fortaleza de saber que soy un ser humano capaz de pedir que se me respete como tal.  
Tengo la fuerza de saber que Dios me ama y no me va a abandonar.  
Tengo la fuerza de saber que soy capaz de seguir adelante.  
Tengo la fuerza de saber que tengo mucho por qué vivir.
- ❖ L.A. : Vivir cada momento día a día.  
Compartir todo lo bueno y malo con los seres queridos.  
Aprendí a dar valor e importancia a cada persona.  
El grupo de terapia, para mi concepto, es una gran fortaleza, ya que todos hemos recibido bendiciones.  
El poder culminar mi embarazo es un motivo de surgimiento.
- ❖ M.C.: Mi primera fortaleza ha sido Dios y las oraciones.  
Mi segunda fortaleza he sido yo misma, porque tengo que estar bien para los que me rodean mi hijo, mi papá y mi esposo.  
Luego necesito estar bien porque la vida es muy corta y tengo que sentirme con ganas de vivir.
- ❖ A.C. y L.U. comentan sobre su porcentaje de cambio y cómo las distorsiones cognitivas afectan en todo momento y cómo es necesario

ponerles un filtro mental. A su vez, hablan sobre su próximo matrimonio y sobre sus proyectos futuros.

- ❖ J.M. se incorpora de forma tardía y comenta sobre su historia de violencia doméstica resignificada, no desde ella como la víctima que fue, sino desde las fortalezas desarrolladas. Un elemento a destacar es que logró contestar en forma adecuada las preguntas que los miembros del grupo le hicieron.

La técnica de relajación quedó pendiente, debido a que se trabajó menos tiempo del programado.

#### **i.4. Análisis de la Terapeuta**

La terapeuta en este momento se encuentra muy fortalecida con el manejo grupal y con el modelo mismo. Esto se refleja en los logros que cada uno de ellos ha obtenido, entre los cuales se pueden detectar:

- ❖ Existe un reconocimiento de sus fortalezas desarrolladas dentro del proceso grupal.
- ❖ Han desarrollado habilidades internas que han llevado a la práctica, situación que ha facilitado su nuevo proyecto de vida.
- ❖ Existe un manejo adecuado del modelo por parte de cada uno de los miembros, para identificar los pensamientos automáticos y las distorsiones cognitivas.
- ❖ Descubrieron que son seres humanos individuales y que cada uno posee habilidades diferentes y enfrentan las situaciones de forma diferente.

- ❖ Hablaron del reflejo que I. hizo sobre lo que ellos no deseaban ser, y fue como el Ángel Guerrero que les enseñó a combatir y luchar por estar mejor.

El Ángel Guerrero fue un paciente problemático que exige intervenciones cuidadosas para generar estrategias; fue el paciente quejumbroso definido por Vinogradov y Yalom (1996), como el que posee un patrón conductual de rechazo a todo tipo de ayuda, a pesar de ser él mismo quien la solicita. Describe su pérdida como un hecho insalvable, enorgulleciéndose de la forma en que vive continuamente su vida diaria y de lo que no ha podido lograr, a pesar de su múltiples procesos de ayuda. Su efecto en el grupo es ser un agujero negro que absorbe la energía de los asistentes y del terapeuta, generando sentimientos de impotencia, de pérdida de esperanza; busca minar la cohesión grupal. Esto encuentra explicación en la dependencia y en sentimientos conflictivos que dan como resultado impotencia.

Sin embargo, por el abandono temprano de este Ángel Guerrero, se fomentó una imagen diferente, que llevó a los participantes a buscar un camino alternativo a esa visión derrotista y dañina de un proceso de duelo mal manejado. A la vez, motivó el deseo grupal de superación, de la búsqueda de alternativas para lograr retomar la vida después de la pérdida.

La cohesión de grupo, la solidaridad desarrollada y el refuerzo de los logros es un elemento clave para valorar en las sesiones que quedan pendientes y, así, se pueda cerrar el grupo, pues el objetivo terapéutico se está cumpliendo.

A lo largo del proceso grupal, el crecimiento ha sido bidireccional. Los participantes han ido comprendiendo el enfoque terapéutico y lo aplican de forma continua a sus actividades de la vida diaria. En el siguiente plano está la terapeuta en sus funciones de liderazgo, según Corey (1995: 162):

- Proporciona el refuerzo de forma sistemática de las conductas deseables que potencian la cohesión y el proceso grupal productivo.
- Ofrece la universalidad con los miembros del grupo.
- Apoya la interpretación de los patrones de conducta para que los miembros sean capaces de alcanzar el nivel más profundo de auto-exploración y busquen conductas alternas positivas.
- Es consciente de los elementos terapéuticos que operan en el cambio para ejecutar las modificaciones deseadas en los pensamientos, sentimientos y acciones.

Otra destreza que debe desarrollar la terapeuta tiene que ver con su capacidad de transferir lo aprendido del proceso grupal a la vida cotidiana.

El estadio final del grupo, menciona Corey (1995), es decisivo para la historia del grupo, debido a que los participantes están centrados en el trabajo cognitivo fundamental, en la interiorización del aprendizaje que permite la puesta en práctica del conocimiento, después del cierre grupal.

La finalización debe manejarse en forma adecuada por todos los miembros del grupo y la terapeuta en la historia grupal. Por eso, recordar periódicamente su finalización, posibilita a todos expresar sus sentimientos alrededor del cierre de una forma constructiva. Se debe hablar, entonces, de los sentimientos de separación, de los temores al cierre y a enfrentarse a la vida cotidiana sin el apoyo grupal.

En la evaluación cualitativa, las personas expresan que la sesión “estuvo mejor que nunca”; “muy abierta y sincera” y que fue “importante porque vimos el crecimiento personal todos”.

No generó sentimientos de incomodidad por parte de los participantes; por el contrario, hablar de ellos les hizo sentir bien, fortalecidos, cómodos.

La supervisión es una compañía y un soporte para la terapeuta; los aportes iniciales han facilitado el crecimiento y mejorado el manejo del grupo, modificando sus debilidades por pensamientos positivos que brindan mayor control del grupo.

## **j. Décima Sesión**

Se inicia el proceso de cierre, reforzando los conocimientos aprendidos para continuar con los cambios.

Se trabaja con las creencias centrales e intermedias.

### **j.1. Objetivos**

1. Realizar un resumen de la sesión anterior.
2. Revisar las creencias centrales.
3. Identificar las creencias centrales referentes a la pérdida y el dolor.
4. Asignación de tareas terapéuticas.
5. Infundir esperanza.

### **j.2. Desarrollo**

1. Bienvenida y resumen de la sesión anterior con los puntos más importantes.
2. Desarrollar el tema de las creencias centrales por la terapeuta para generar nuevo conocimiento y aprendizaje.
3. Identificar las creencias centrales por medio de un espacio de discusión, sobre la pérdida y el dolor
4. Asignación de un ejercicio para el hogar, que facilite la comprensión del tema analizado.



5. Compartir refrigerio para conocernos mejor.
6. Brindar un mensaje positivo y reconfortante sobre la temática de duelo, pérdida y dolor.

### **j.3. Resultados**

En esta sesión, los emergentes fueron un elemento significativo. Estas situaciones, menciona González (1999), son relevantes para las personas, debido a que constituyen reacciones espontáneas que permiten la retroalimentación correctiva.

Uno de los emergentes es el de L.A., quien tiene el riesgo de que su embarazo no llegue a buen término. Dicha información provocó acciones de solidaridad y deseos de suspender una sesión, o bien, realizarla en la casa de ella para que no pierda el proceso que se está siguiendo.

Otro de los emergentes abordados fue la boda de A.C. y L.U. El resultado fue un espacio de reflexión sobre lo positivo y el aprendizaje que ha dejado el grupo, rescatando sus cambios, la cohesión y solidaridad que se ha dado entre ellos.

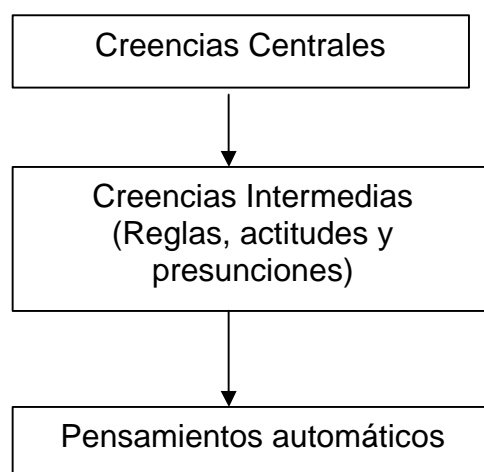
Luego se continuó con el tema programado, utilizando la técnica de exposición magistral, apta para explicar aspectos centrales del enfoque cognitivo conductual, como son las creencias. En el proceso se incorporan dos de los participantes de forma tardía, pero logran comprender el tema. En todo el grupo se generan preguntas significativas alrededor del tema desarrollado.

Beck (2000:32 y 33) plantea que *“los sentimientos de las personas están asociados con su forma de pensar e interpretar la situación. No es la situación misma la que determina en forma directa lo que sienten. La respuesta emocional está condicionada por la percepción de la situación”*.

Las creencias se construyen a partir de la infancia, donde las personas desarrollan ciertas ideas sobre sí mismos. Estas son fundamentales y profundas;

son vistas como verdades absolutas (Beck: 2000). Presentan una serie de características como las de ser globales, rígidas y generalizadas en exceso.

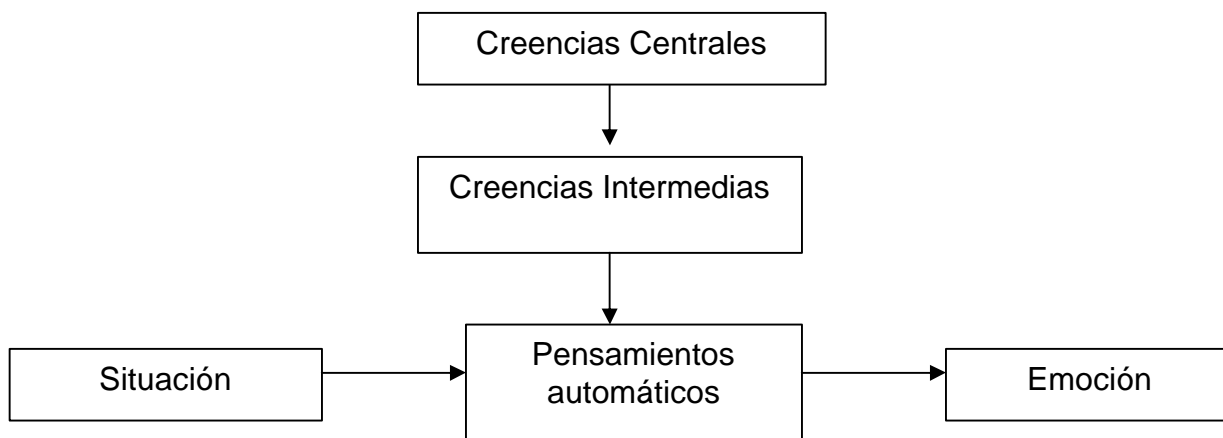
La construcción de las creencias se traduce en intermedias, compuestas por actitudes, reglas y presunciones que influyen en la forma en que se ve una situación y, por lo tanto, en los pensamientos y los sentimientos. Beck (2000:35) lo ejemplifica de la siguiente forma:



Fuente: Beck, 2000: 36

El origen de esas creencias centrales e intermedias se ubica en el desarrollo inicial, luego en la experiencia que, organizada y coherente, busca comprender su entorno. Las interacciones con el mundo y con otras personas llevan a ciertos aprendizajes que van conformando las creencias

Al poder identificar los pensamientos automáticos y las distorsiones cognitivas, se entra en una nueva fase de pensamientos donde están ubicadas las ideas disfuncionales que deben ser evaluadas para que puedan ser modificadas.



Fuente: Beck, 2000: 36

Esta conceptualización se da en el primer contacto y se va profundizando en cada una de las sesiones, desarrollando empatía con el terapeuta, quien explora sentimientos, y la percepción del mundo.

Para que los participantes logran comprender el proceso de las creencias y la vinculación de los pensamientos automáticos con ideas más profundas, se realiza un “Diagrama de conceptualización cognitiva” (Anexo 18). De este trabajo grupal se extraen los siguientes datos:

### Diagrama N° 1

#### Diagrama de conceptualización cognitiva

##### Datos Relevantes de la Infancia

¿Qué experiencias contribuyeron al desarrollo y al sostenimiento de la creencia central?

M.C. Que mi papá nos limitó mucho.

A.C. Como somos inteligentes tenemos que estudiar y graduarnos.

J.M. Me enseñaron o me hicieron creer que no era nadie.

L.U. Las mujeres deben poder ser madres.

### **Creencia/s Central/es**

¿Cuál es la creencia más importante que tiene acerca de su persona?

M.C. Que me tengo que entregar a los demás.

A.C. Tengo que alcanzar metas altas.

J.M. Que yo no tenía derecho a ser feliz, que no valgo nada.

L.U. Las personas esperan verme embarazada otra vez.

### **Presunciones/ Creencias/ Reglas condicionales**

¿Qué presunción positiva lo ayudó a soportar su creencia central?

¿Cuál es la contraparte negativa de esa presunción?

M.C. Que tenía que educar a mi hijo bien y al no poder me siento mal.

A.C. Obtenía buenas notas. Si no obtengo buenas notas voy a decepcionar a muchos.

J.M. El amor a mis hijos. Talvez considere que también era mal madre.

L.U. Poder tener otro hijo. Ser portadora de algo que enferme a mis hijos.

### **SITUACIÓN**

¿Cuál fue la situación problemática?

M.C. El estudio de mi hijo, porque es repitente y va mal.

A.C. No avanzo en mi tesis.

J.M. La muerte de mi hijo.

L.U. La muerte de mi hija.

### **Significado del Pensamiento Automático**

¿Qué significa para él o ella ese pensamiento automático?

M.C. Me siento como una mala madre.

A.C. El no poder cumplir con mis metas.

J.M. Que sea una persona fracasada.

L.U. No poder seguir adelante, no tratar de rehacer mi vida.

### **Pensamiento Automático**

¿Qué pasó por su mente?

M.C. Que es culpa mía porque yo por limitarlo le he hecho daño, le he bajado su autoestima.

A.C. No la voy a poder terminar.

J.M. Que Dios me había castigado y que yo no me merecía eso.

L.U. Se acaba el mundo para mí.

### **Emoción**

¿Qué emoción se asocia con el pensamiento automático?

M.C. Angustia. Preocupación, dolor.

A.C. Frustración.

J.M. Dolor, inseguridad, desesperación.

L.U. frustración, ansiedad.

Esta matriz se llena de forma inversa (de abajo hacia arriba). Esto facilitó a cada uno de los participantes conocer el proceso de donde surgen las situaciones y sus conductas, lo que permitió advertir la construcción de las creencias centrales, intermedias y cómo estas se construyen a nivel social, familiar, escolar y cultural.

Este análisis individual de la situación les permitió a las personas visualizar las estrategias y creencias intermedias que tuvieron que utilizar para poder sobrellevar la situación que estaban viviendo, con el fin de desarrollar estrategias compensatorias y prevenir que las creencias centrales no se hagan realidad y viceversa (Naranjo: 2004: 107).

El grupo en este momento presentaba preocupaciones sobre el embarazo de su compañera y su desenlace, lo que dificultó el desarrollo de los temas planteados; sin embargo, dejó entrever aspectos sobre la cohesión grupal, la solidaridad y empatía desarrollada por las participantes y los participantes.

El grupo propuso una opción para que su compañera pudiese participar en el proceso grupal y ayudarle a manejar los pensamientos y sentimientos alrededor de la situación vivida. Sin embargo, este aspecto debió ser consultado con J.T. y L.A., para analizar la factibilidad de la realización de la sesión en su hogar.

Como las personas llegaron tarde a la sesión por situaciones externas a ellos, no se realizó la relajación y fue necesario acortar la discusión. Pero se trabajó profundamente en la comprensión de las creencias centrales e intermedias para poder iniciar el proceso de identificación.

El grupo ha tomado un rol activo en su aprendizaje. Cuestiona, analiza y busca soluciones alternativas. Según Vinogradov y Yalom (1996), esto se debe a que el grupo se convierte en una experiencia emocional correctiva, porque los miembros experimentan situaciones intensas, que deben comprender para facilitar el descubrimiento de conductas dañinas e inapropiadas.

Estos elementos mencionados solo se logran cuando las personas consideran al grupo un lugar seguro y capaz de brindar apoyo, guía y orientación, además de brindar el *feedback*, y la franqueza que les permite eficazmente enfrentar la realidad.

Se hace un recordatorio sobre el tiempo que le queda al grupo y se discute si se realizará una actividad final. Además, se les facilita material de trabajo y se recuerdan aspectos sobre la Carta al Ser Querido.

#### **j.4. Análisis de la Terapeuta**

En este momento del proceso de intervención terapéutica y del desarrollo de las sesiones, algunos aspectos han cambiado de forma significativa; entre ellos están:

- ❖ La cohesión grupal y la solidaridad desarrollada por las personas que asisten, dando al grupo un tono más familiar y cuestionador, facilitando la apertura para tocar temas delicados o sensibles para cada uno de las participantes y los participantes.
- ❖ El desarrollo de habilidades nuevas, y de formas diferentes de analizar la situación vivida ha permitido cambios visibles y modificación en la toma de decisiones; esto se ha detectado por medio de los comentarios que las personas hacen sobre los cambios que les han afectado de forma positiva.
- ❖ El nivel de compromiso, aprendizaje y los deseos de cambios han ido en aumento y les ha permitido desarrollar estrategias para realizar pequeños cambios en su vida cotidiana, lo cual ha dado resultados diferentes que han derivado en sentimientos positivos, y en reflexiones internas que les han permitido crecer.

En cuanto a la terapeuta, los cambios observados y sentidos también han sido diversos; entre ellos podemos comentar:

- ❖ Mayor seguridad y definición al momento de manejar el grupo, con habilidades más directivas y adecuadas dentro del modelo.
- ❖ Un mejor manejo de la supervisión, dado el empoderamiento existente en el proceso grupal y el desarrollo de las actividades terapéuticas.
- ❖ Dominio teórico sobre aspectos de duelo y sobre el enfoque cognitivo conductual, que facilita la transmisión de los conocimientos y el manejo de las situaciones difíciles.
- ❖ Madurez en el manejo de los emergentes y de las crisis, lo que ya no genera inseguridad e incertidumbre en el grupo y a la terapeuta.

En estas últimas sesiones, el grupo se observa cohesionado, vinculado, unificado y trabajando con un punto en común. Se recuerda al grupo la finalización y se revisa el control de tiempo de las actividades pendientes.

Los miembros del grupo visualizan cambios en sí mismos; se ven más reflexivos, con una visión de compromiso, motivados en la participación activa. Esto implica la recepción de nuevas responsabilidades, apertura de cambios y roles desarrollados a raíz de la experiencia grupal.

Los grupos de proceso de duelo refuerzan la confianza de los participantes, el autodescubrimiento, donde el papel del terapeuta (Yalom: 2000) es de anticipar y facilitar el proceso de autoexploración y cambio; la pérdida, el dolor y la catarsis emocional llevan a generar autoconocimiento y deseo de retomar la vida.



La forma de trabajar las creencias centrales e intermedias fue acertada; facilitó su comprensión y permitió hacer un repaso por todas las habilidades obtenidas y entender por qué se actúa de esa forma y no de otra. Esta revisión generó a las personas una inquietud importante sobre otros aspectos de su vida y del duelo mismo.

El diagrama de conceptualización cognitiva realmente fue valioso; su análisis de lo simple a lo complejo facilitó un trabajo provechoso con las personas asistentes; permitió ver la raíz de algunos aspectos significativos de su vida.

La reflexión final además reforzó algunos aspectos trabajados dentro de la sesión; se retomó el elemento central de fortalecer la esperanza, visualizando luz al final de camino, una nueva forma de ver la vida, la importancia de los cambios y de encontrar en ellos fuerza para ser mejores personas.

La relajación, a pesar de ser una actividad significativa, ha sido difícil de realizar en varias sesiones, pues la programación del tiempo no fue el correcto. Esta situación debe tomarse en cuenta cuando se repita la experiencia, ampliando la cantidad de sesiones y redistribuyendo los temas para dar herramientas en el manejo del estrés.

En lo referente a la evaluación cualitativa que realizan las participantes y los participantes, se puede mencionar que la sesión les pareció “bien”; “la teoría estaba interesante”; “importante”; “tranquila y con buenas noticias” y “buena, pero me hizo falta L...”

Las personas del grupo manifiesta no sentirse incómodas durante el desarrollo de la sesión; además, el hablar sobre sus sentimientos generó estos comentarios: “Me sentí tranquila y más motivada a conversar”; “me gusta mucho hablar”; “muy bien”.

Los temas sugeridos para la siguiente sesión fueron “Cómo mejorar las relaciones interpersonales”; “soluciones para cambiar nuestras malas actitudes”. Una persona comentó: “me gusta todo lo que hemos visto”.

## **K. Undécima Sesión**

Se continúa con el proceso de cierre, reforzando conocimientos aprendidos, manteniendo cambios y trabajando con la identificación de creencias centrales e intermedias

### **k.1. Objetivos**

1. Realizar un resumen de la sesión anterior.
2. Revisar la tarea asignada sobre las creencias centrales.
3. Modificar algunas creencias centrales sobre el duelo.
4. Utilizar la relajación para canalizar sentimientos.
5. Infundir esperanza.

### **k.2. Desarrollo**

1. Bienvenida y resumen de la sesión anterior con los puntos más importantes.
2. Revisar la tarea asignada sobre el tema de las creencias centrales con el fin de visualizar el aprendizaje.
3. Iniciar con las modificaciones sobre las creencias centrales por medio de preguntas generadoras sobre el duelo.
4. Utilizar la relajación como un medio para canalizar los sentimientos de estrés que puedan generarse por los temas vistos.
5. Compartir refrigerio para conocernos mejor.

6. Brindar un mensaje positivo y reconfortante sobre la temática de duelo, pérdida y dolor.

### **k.3. Resultados**

El tema que inicia la sesión es la pérdida del embarazo de la compañera. Como esto representó la esperanza de todos, se notó la preocupación y la fortaleza del grupo, cómo se sintieron ante esa nueva pérdida y la expresión de sus sentimientos alrededor de esta.

Después se realizó el puente con el resumen de la sesión anterior; se retomaron aspectos sobre las creencias centrales e intermedias. Las intervenciones de la terapeuta permitieron reforzar los conocimientos aprendidos y facilitaron la introducción del tema a las personas ausentes en la sesión anterior.

La revisión de la tarea como una extensión terapéutica permite a su vez ejemplificar lo aprendido:

### **Diagrama Nº 2**

#### **Diagrama de Conceptualización Cognitiva**

##### **Datos Relevantes de la Infancia**

¿Qué experiencias contribuyeron al desarrollo y al sostenimiento de la creencia central?

M.C. G. Fue siempre el hermano defensor.

A.C. Debo graduarme.

J.M. La violación y la indiferencia de mi mamá.

J.T. La unión familiar y el amor recibido y vivido.

L.A. El que mis padres me enseñaron a ser independiente desde niña.

### **Creencia/s Central/es**

¿Cuál es la creencia más importante que tiene acerca de su persona?

M.C. Que necesito a alguien para salir adelante.

A.C. Tengo suficiente capacidad para graduarme.

J.M. Que soy una inútil que no sirvo para nada.

J.T. Soy una persona muy sensible; pero muchas veces edifico murallas para evitar ser dañado por otras personas.

L.A. Respeto, lucha, confianza.

### **Presunciones/ Creencias/ Reglas condicionales**

¿Qué presunción positiva lo ayudó a soportar su creencia central?

¿Cuál es la contraparte negativa de esa presunción?

M.C. Que él siempre estuvo. Que ahora ya no está y me ha costado salir adelante.

A.C. Todos me consideran capaz de lograrlo, esto me provoca presión.

J.M. El haber sido madre tan joven, no tuve la oportunidad y el apoyo para estudiar.

J.T. Soy una persona positiva, con esperanza y temor de Dios pero muchas veces soy muy duro conmigo mismo.

L. A. La convivencia con mis padres hace que los valores que me inculcaron los quiera para el resto de mi vida, con algunos cambios. No repetir todo exactamente igual

### **SITUACIÓN**

¿Cuál fue la situación problemática?

M.C. El robo en mi casa.

A.C. No trabajé suficiente en la tesis el fin de semana.

J.M. El estar sola con un hijo.

L.U. No me dan una respuesta en el hospital de la evaluación genética.

J.T. La falta de tiempo, generado por el trabajo y el estudio, hace que mi tiempo de compartir con mi familia se reduzca.

L.A. Aborto inesperado, cuando mejor me sentía resulta que el bebé ya no existe.

### **Pensamiento Automático**

¿Qué pasó por su mente?

M.C. No tengo a G. para que me apoye o me ayude.

A.C. Nunca terminaré el trabajo.

J.M. Que no tenía ni el amor de Dios y no tenía derecho a traer un hijo al mundo.

L.U. Seguramente ya perdieron los papeles como sucedió con los exámenes de mi hija.

J.T. Esta angustia en mi mente me puede generar que me equivoque en el trabajo o que mi rendimiento académico no sea el deseado.

L. A. Por qué se repiten estas situaciones en mi persona.

### **Significado del Pensamiento Automático**

¿Qué significa para él o ella ese pensamiento automático?

M.C. Tristeza, dolor.

A.C. Derrota.

J.M. Negativo.

L.U.

J.T. Creo que estos pensamientos no son adecuados y deben ser eliminados o enfrentados.

L.A. Fracaso como mujer, en el sentido de que las mujeres en mi familia son muy fértiles y yo no.

### **Emoción**

¿Qué emoción se asocia con el pensamiento automático?

M.C. Soledad y desprotección

A.C. Preocupación, angustia y culpa.

J.M. Soledad, fracaso e inseguridad.

L.U. Desilusión, frustración, enojo.

J.T. Angustia y dolor.

L.A. La desesperanza, ya que médicamente es muy difícil y complicado un embarazo a estas alturas.

L.U. no completó algunos de los ítems, ya que comenta que se le dificultó identificar alrededor de la muerte de su hija, los datos de su infancia que sustentan su creencia y cómo se traducen en creencias intermedias. Analizando la situación, se observa que existe dificultad para identificar los principales elementos del enfoque, debido principalmente a la profundidad de estos; además, al ser la primera experiencia individual, las personas también se confundieron, aunque luego pudieron lograr modificaciones con reforzadores en el proceso y con práctica en el grupo.

Después, se trabajó con dos preguntas de forma individual. Se transcriben a continuación ambas preguntas y las respuestas respectivas:

***¿Qué hago yo o qué no hago para mantener esas creencias que me hacen daño y dolor?***

- ❖ L.U. Me angustia el hecho de que en el hospital aún no me den una respuesta en genética y me paso pensando en si podré o no tener hijos sanos.
- ❖ A.C. Trato de pensar en forma objetiva, de racionalizar la situación, los pro y los contra, lo peor que puede llegar a pasar y sopesar las situaciones.
- ❖ M.C. Bueno, en el caso de la formación de mi hijo, yo siento que he fallado como madre.

- ❖ J.T. Soy poco expresivo, no soy muy comunicativo y levanto una muralla que me sirve para protegerme de los recuerdos y situaciones que me causan dolor o temor.
- ❖ L.A. Siempre evalué lo bueno y lo malo de cada circunstancia, le dedicó tiempo prudente a la situación negativa, ya que creo que necesito vivirlo a mi manera, para poder sacarle el provecho a la enseñanza que esto me dejó.
- ❖ J.M. Lo que estoy es tratando de aprender otras cosas porque yo sí soy capaz de hacer algo bueno.

***¿Qué hago yo o qué no hago para cambiar esas creencias por unas más positivas?***

- ❖ L.U. Trato de pensar en qué debo disfrutar esta etapa de mi vida y no pensar en ello, Dios sabrá qué es lo mejor par mí.
- ❖ A.C. A veces del todo no hago el análisis y pienso en otras cosas, trato de evitar la situación.
- ❖ M.C. Estoy tratando de modificar mi manera, estoy dando más seguimiento. Con mi papá yo acepté que tengo que estar hoy y ahora, lo hago con más tranquilidad.
- ❖ J.T. Conozco esos defectos, sé cómo enfrentarlos, pero me cuesta mucho tomar las decisiones que me permitan cambiar.
- ❖ L.A.. Siempre trato de poner un proyecto en práctica, esto nos ha funcionado mucho para salir adelante. Converso del tema de todo lo que me gusta o no de la situación.



- ❖ J.M. Trato de acercarme más a Dios. Creo que Dios me ama y que soy capaz de aprender a hacer cosas nuevas y a ser mejor madre, mejor persona, mejor ser humano. Estoy aprendiendo a quererme mucho, a sentirme bien.

La reflexión que se realiza se centra en que el duelo es un sentimiento que aparece cuando muere alguien a quien amamos. La forma de expresarlo por lo tanto está estrechamente relacionada con la cultura, las creencias y las enseñanzas familiares, las situaciones relacionadas con la pérdida, la edad y la forma de la muerte. La superación es periodo que comienza y finaliza en el momento en que la persona puede hablar del tema sin sentirse vacío y pobre.

Se realiza la relajación y se hace la lectura de un mensaje que infunde esperanza.

#### **k.4. Análisis de la Terapeuta**

En este proceso, el avance del grupo y la madurez alcanzada se encuentra dentro de los niveles esperados, lo cual quiere que la cohesión se consolidó, se tiene un espacio seguro y de confianza para hablar, los miembros se brinda apoyo mutuo en los momentos de crisis, se logra identificar fortalezas en cada miembro y se han realizado cambios en la forma de pensar buscando alternativas positivas y realistas,

Los avances y aprendizajes han sido visibles, y se han logrado cambios significativos en el estado emocional, modificando algunas distorsiones cognitivas, remplazándolas por unas más realistas y positivas con respeto al proceso de duelo.

Las participantes y los participantes tienen claro que el proceso está llegando a su fin, pero esto también genera dudas sobre la forma de retomar la vida sin el apoyo de sus compañeros y cómo mantener el aprendizaje, sin ese espacio seguro que fue significativo en los cambios realizados.

Se logró cumplir con los trabajos asignados, se buscó infundir esperanza para que el aprendizaje adquirido fuera duradero en el proyecto de vida de cada uno.

Un elemento que debe ser rescatado, fue la elaboración de la pérdida del embarazo de una de las participantes. Los comentarios y las estrategias propuestas para el proyecto de vida de ella y su compañero han sido valiosos, ya que ahora poseen una visión alternativa, de carácter positivo.

En este aspecto, la madurez que ha demostrado la terapeuta en cuanto a las habilidades y destrezas, han permitido al grupo posicionarse adecuadamente para manejar una temática compleja.

La terapeuta, como plantea Corey (1995), realiza en esta sesión un manejo de los sentimientos sobre la finalización, sobre la intensa experiencia vivida y lo significativa que ha sido para cada uno de los participantes, dándoles algunas herramientas para ir afrontando los temores relacionados con ese término del proceso.

La terapeuta inicia aclarando la función del grupo y del aprendizaje obtenido, y recordando el material de apoyo que poseen; asimismo, recuerda la aplicación de las nuevas destrezas desarrolladas que les facilita integrar y consolidar lo aprendido a lo largo del proceso grupal.

Por su parte, los participantes y las participantes expresan su deseo de acompañar a la terapeuta, con el fin de conocer el aprendizaje que esta obtuvo de ellos. Al mismo tiempo, están interesados en mostrar sus sentimientos y esperanzas hacia ella, en esa fase final de un proceso de crecimiento conjunto.

Los instrumentos y las actividades utilizados en el desarrollo del proceso terapéutico han sufrido variaciones, a raíz de la lectura del contexto y de las habilidades de las personas participantes.

La reflexión última además reforzó algunos aspectos trabajados dentro de la sesión y les infundió la esperanza de entender que siempre hay una luz de esperanza, una nueva forma de ver la vida; asimismo, subrayó la importancia de los cambios y de encontrar en ellos mismos fuerza para ser mejores personas.

La evaluación cuantitativa aplicada a lo largo de las sesiones, fue una decisión acertada de la terapeuta, ya que permitió ir visualizando cambios en las personas participantes. La evaluación cualitativa, por su parte, complementó los resultados de forma significativa. Entre las opiniones con respecto a la sesión, están estas: “buena”; “bien, hubo esparcimiento y nos pudimos relajar”; “muy bien”; “muy expresiva, comunicativa”; “bien, más activa para hacer planes a futuro como grupo que nos puede ayudar” y, por último, fue “un desahogo”. Para los participantes y las participantes no hubo situaciones que los hiciera sentirse incómodos.

Al hablar de sus sentimientos expresan que se sienten “bien”, “tranquilos” “creciendo”, haciendo cosas para las cuales en su trabajo y en la casa no tienen esa libertad. Solicitan para la siguiente sesión el desarrollo de temas como “estrategias para seguir adelante” y “métodos para relajarse”.

### **Actividad Social**

La sesión fue una actividad social y, aunque la terapeuta no llevaba objetivos específicos, sí fue significativa para el grupo y se lograron aspectos importantes.

Inicialmente, L.U. y A.C. llevaron las fotos de su hija para enseñárselas a sus compañeros y pudieron hablar de los buenos momentos que tuvieron con ella, con una óptica pausada, positiva y menos dolorosa, sin llanto y con un recuerdo desde el cariño no doloroso. Esto representó para sus compañeros un logro y sobre todo un espacio de reflexión, donde todos aportaron comentarios solidarios y de reforzamiento de esos avances.

L.A. y J.T. también mostraron fotos de su boda y de su hija y recordaron el poco tiempo que esta estuvo con ellos. Dicha participación generó sentimientos de solidaridad y comentarios de apoyo que evidenció aprendizaje de la experiencia grupal.

Este *feedback* se tornó valioso para valorar los avances grupales fuera del proceso terapéutico como tal y de la clínica misma. Se pudo ver la forma en que cada uno de ellos está resolviendo su proceso de duelo.

El estar en otro espacio permitió una relación más profunda y conocer la intimidad específica de cada uno de ellos, sus necesidades, inquietudes y logros en la vida. Algunos pusieron de ejemplo a J.M. de quien conocieron sus dolores iniciales, penurias y debilidades, problemas económicos y emocionales y cómo ella, desde su ingreso al grupo, toma decisiones que la han hecho cambiar, y resaltan su valentía para enfrentar la vida.

Esta actividad a su vez logra armonizar otros espacios para el grupo, para que todos visualicen sus avances, sus fortalezas y áreas que necesitan ser atendidas para fortalecerlas.

El grupo acuerda realizar una actividad social de cierre, fuera de la clínica, con el objetivo de poder fortalecer sus lazos de amistad y de convivencia; sin embargo, se debe tomar en cuenta la situación de cada uno para que todos y todas puedan asistir.

## **I. Duodécima Sesión**

Sesión de cierre, donde se trabajará la consolidación del aprendizaje, el manejo de sentimientos con respecto a su proceso de duelo, a la finalización del proceso y evaluar los resultados obtenidos.

### **I.1. Objetivos**

1. Realizar un resumen de la sesión anterior.
2. Revisar la tarea asignada sobre la Carta de Amor a un Ser Querido que falleció.
3. Consolidar el aprendizaje obtenido en el proceso grupal.
4. Evaluar los resultados del trabajo grupal.
5. Infundir esperanza.

## **I.2. Desarrollo**

1. Bienvenida y resumen de la sesión anterior con los puntos más importantes.
2. Revisar la tarea asignada sobre la Carta al Ser Amado que falleció.
3. Con preguntas generadores, revisar las fortalezas, decisiones y debilidades individuales.
4. Evaluar los avances terapéuticos y sus resultados.
5. Compartir refrigerio para conocernos mejor.
6. Brindar un mensaje positivo y reconfortante sobre la temática de duelo, pérdida y dolor.

## **I.3. Resultados**

Esta sesión fue muy enriquecedora, debido a que era el cierre de un proceso grupal innovador para las personas participantes, quienes se habían arriesgado en la aventura de trabajar su dolor por la pérdida del ser amado, con el fin y la esperanza de encontrar la paz emocional y poder retomar su vida.

Fue un proceso que, con la dirección de la terapeuta, tuvo momentos de éxito, de temor, de incertidumbre y de crecimiento para cada uno de ellos en diferentes áreas de su vida, pero que representó diversas posibilidades de retomar sus vidas después de la pérdida y de entender que solamente ellos pueden hacerlo y dar el primer paso en sus vidas (Deits: 1994)

Para revisar esto se generan tres preguntas cuestionadoras que faciliten la discusión grupal, desde las experiencias vividas y sentidas por cada uno de los participantes:

**1. ¿Qué fortalezas ha tenido al estar en el grupo?**

**2. ¿Qué debilidades tengo o encontré en el grupo?**

**3. ¿Qué cambios de actitud he tenido?**

**Tabla N° 11**

**Fortalezas, debilidades y cambios por participante**

<b>Participante</b>	<b>Fortalezas</b>	<b>Debilidades</b>	<b>Cambios</b>
J.M.	He obtenido la fortaleza de creer en Dios otra vez. Siento que Dios me quiere y soy importante para él. Creo que no estoy sola, que puedo salir adelante con un poquito de apoyo. Ya no soy una fracasada. Creo que valgo mucho y que soy alguien importante.	He tenido la debilidad de sentirme muy sola últimamente. De pensar solo cosas negativas. Pero después las desecho. Quiero seguir adelante.	He tomado la decisión de vivir sola con mis hijos. No quiero que nadie me maltrate más con palabras, ni diga que yo no valgo nada, ni soy capaz de seguir adelante sola. Sí puedo. Yo valgo mucho.
J.T.	El grupo le permite a uno como persona, la oportunidad de compartir en sintonía con otras personas, situaciones de dolor. En mi caso en particular las situaciones de	Pero mi debilidad es que la celeridad no es la esperada y sufro regresiones y edifico muros y me vuelvo esquivo.	En la actualidad me atrevo a abrir las puertas para enfrentarme al dolor, a la angustia.

Participante	Fortalezas	Debilidades	Cambios
	<p>dolor las asemejo a puertas que trato de cerrar para evitar que el dolor o la angustia salgan de ellas y afecten más mi vida. Antes de ingresar a este tipo de trabajo grupal trataba de no abrir las puertas y dejar que el tiempo y el olvido se encargaran de apaciguar el dolor o eliminarlo.</p>		
L.U.	<p>Creo que me ayudó a ver un poco cómo decir o hacer cosas para mejorar esos pensamientos negativos. Me ayudó a ver que debo seguir adelante con mis proyectos de vida estudios, trabajo, familia, etc. Me ayudó a ver cosas buenas de personas que pensé no eran tan buenas, por los pensamientos generalizados que tenía y he cambiado.</p>	<p>Me afectó mucho el hacer la carta, yo le escribí una igual a la que me pidieron con sentimientos negativos y luego positivos cuando ella murió y esa me tranquilizó, pero el tener que hacer otra me hizo recordar sentimientos feos que había olvidado y me dejó sin dormir por cuatro días y eso me trajo otras consecuencias personales y en el trabajo.</p>	
A.C.	<p>Creo que aprendí a identificar hasta cierto punto las creencias intermedias, para</p>	<p>Me parece que avanzo lentamente el proceso didáctico. En algunas clases me pareció que algunos</p>	<p>He podido obtener la noción de crear estrategias para disminuir las</p>

<b>Participante</b>	<b>Fortalezas</b>	<b>Debilidades</b>	<b>Cambios</b>
	así restarles un poco de peso en función de disolver algunas distorsiones cognitivas. Me ha permitido identificar con claridad las distorsiones cognitivas para mejorar mi comportamiento en ciertas situaciones cotidianas.	temas se repetían y no se avanzaba.	distorsiones cognitivas. He podido ampliar mi visión de mundo con respecto al duelo para evitar pensar que solo nosotros pasamos por situaciones como las que hemos vivido.
L.A.	Poder hablar de mis temores con mi esposo. Enfrentar a los demás con una respuesta franca y sin dar mayor explicación.	No querer cerrar capítulos en mi vida. Me encerraba en mi misma, sin darme cuenta que me estaba haciendo daño y perjudicando mi hogar.	Aprendí que mi dolor no es único y que existen otros más duros y prolongados. Llorar con menos dolor y llorar menos.
M.C.	Aprendí que la muerte es algo de todos, que es un paso que hay que dar natural. Que tengo que salir adelante y que en mejor estado me encuentre es mejor por mí y por los que están a mi alrededor. Que las personas nos ganamos las cosas con nuestras actitudes y responsabilidades y malas actitudes.	Me siento sola y me niego como a recordar porque así no sufro tanto.	Aprendí que yo doy lo que puedo y no me preocupa si los demás lo hacen. Empecé a trabajar sacrificando a mi papá porque él tampoco pone de su parte y tiene que aprender. Salgo, disfruto sin atormentarme porque yo también tengo derecho a ser feliz. No es lo mismo pero estoy tratando de hacer



Participante	Fortalezas	Debilidades	Cambios
			cambios

Rogers, citado por Kaplan y Sadock (1996), plantea que una terapia exitosa se mide cuando se demuestra coherencia, comprensión empática y atención positiva. Esto se logra cuando se facilita educación, capacidad de crear un entramado para el cambio, proteger, dar apoyo, ofrecer amistad, mostrar calidez, amabilidad y capacidad cognitiva de juicio por parte del terapeuta, siendo este un núcleo de alianza eficaz a lo largo del proceso, pero sobre todo, al finalizar, pues se pueden confirmar los logros, cambios y aprendizajes.

Una forma de medir el éxito del proceso grupal es la “nutrición” que se brinda a los participantes. Inicialmente, se construye siendo cálido y cuidadoso; posteriormente, la confianza y cohesividad facilitan la capacidad de cuidado y expresión del terapeuta y de las personas participantes (Kaplan y Sadock: 1996). Este elemento se observa con amplitud en la tabla anterior, en el área de las fortalezas y cambios vividos por los participantes.

El optimismo es otro aspecto que apoya la medición del éxito. Tiene que ver con el coraje y la capacidad del terapeuta para resistir los retrocesos y las experiencias negativas, pues esto permite que las personas participantes asuman su lucha contra la dificultad de forma conjunta. Esto se observa en el planteamiento de las debilidades mencionadas y en un comentario como el siguiente: “Me parece que avanzo lentamente en el proceso didáctico. En algunas clases, me pareció que algunos temas se repetían y no se avanzaba”.

La tolerancia fundamental en los procesos terapéuticos, unida a la espontaneidad que Kaplan y Sadock (1996:710) ven como “*la sensibilidad a los sentimientos y la capacidad para expresar adecuadamente*” son cruciales para un terapeuta”, ya que proporcionan equilibrio entre lo programado, la creatividad y la espontaneidad, situación que también mencionan los participantes y se muestra en la tabla anterior.

El humor es vital en el proceso grupal, pues este se convierte en una ayuda para salir de situaciones dolorosas o difíciles. Va de la mano con la madurez que permite la integración de las personas, pues da paso a la aceptación del terapeuta y de las personas participantes, abre la puerta a la objetividad y la calma. Mediante el humor, las personas apoyan la cohesión, la confianza y el contacto con la realidad (Kaplan y Sadock: 1996).

La terminación de forma planificada, como teorizan Kaplan y Sadock (1996) está conformada por el cumplimiento de los objetivos. Como se observa, las habilidades desarrolladas permiten a las personas participantes continuar solos en su vida cotidiana, con un mayor control de su vida, con un mejor manejo de su dolor, disminuyendo las distorsiones iniciales.

Sin embargo, los mismos autores citados anteriormente, dicen que algunos de los miembros que asisten al grupo se resisten a que este finalice, por múltiples razones que van, desde las necesidades individuales, hasta el contexto del grupo. En la presente investigación, se presentó un caso similar al descrito (del cual ya se habló); no obstante, la persona aceptó que era real esa finalización, pero sobre todo, que ella tenía las habilidades y herramientas para enfrentar ese temor específico.

Se facilita una reflexión final que busca reafirmar la importancia de poner los conocimientos en práctica y sobre todo infundir esperanza.

#### **i.4. Análisis de la Terapeuta**

En la sesión de cierre, se tocan los factores de éxito en dos direcciones: la visión de la terapeuta y la de las personas participantes. Las consideraciones más importantes con respecto al rol de la terapeuta son las siguientes:

- Una personalidad madura e integrada ayuda para el autocontrol desde la visión terapéutica, pero a su vez, permite mantener el equilibrio de las interacciones disminuyendo el estrés, situación que

se observó al inicio del proceso. Posteriormente, se recupera el delicado estado conciencia y conocimiento que propicia el control del grupo y de las actividades que se realizan, haciendo que la experiencia fuera beneficiosa, en el aprendizaje, hacia los demás miembros del grupo, y hacia el líder como figura central (Kaplan y Sadock:1996).

- La madurez grupal, refuerza el ambiente seguro y de cohesión, lo que genera espacios de expresión de sentimientos y cambios en la forma de analizarlos, dentro de un ambiente realista, respetuoso de las diferencias y de evaluación del conocimiento adquirido.
- La ética se transforma en un ente central para el mantenimiento de la confidencialidad, las responsabilidades, los límites establecidos, las interacciones y los cuestionamientos; al mismo tiempo, apoya el cambio y el éxito del grupo. Todos estos aspectos estuvieron presentes desde el inicio del proceso descrito en el presente documento. Aspecto que se logran desarrollar por parte de los participantes de manera clara y precisa, definiendo desde el inicio la necesidad de que estuvieran presentes.

También se pueden extraer destrezas y habilidades que se desarrollaron en el proceso por parte de la terapeuta:

- ❖ Un manejo teórico, metodológico y práctico del enfoque cognitivo conductual que facilitó el desarrollo de las sesiones, de los temas por abordar, y que brindaron direccionalidad al proceso de intervención.
- ❖ La lectura del lenguaje analógico y digital del grupo, facilitó retomar elementos emergentes, como la pérdida del embarazo de una de las

participantes, la situación de violencia y dificultades de otra, así como los sentimientos de culpa que no se expresaban verbalmente.

- ❖ La directividad y la energía canalizada, produjo equilibrio entre lo programado y las necesidades grupales, lo que apoyó el cumplimiento de los objetivos.

Con respecto a las participantes y los participantes se pudo observar:

- ❖ Sesiones reflexivas, donde los participantes hablaron de sus vivencias y su crecimiento, desde su incorporación al grupo, específicamente en su vida y en su proceso de duelo.
- ❖ El significado de todo el proceso en sus vidas y sus aprendizajes valiosos para el desarrollo personal.
- ❖ El crecimiento que representó conocer a otras personas que también viven el dolor de perder a un ser querido y poder hablar de su experiencia sin ser señalados o criticados.
- ❖ La importancia de las soluciones planteadas por ellos, a raíz del conocimiento adquirido y del enfoque terapéutico utilizado.
- ❖ La cohesión grupal desarrollada por los participantes y la esperanza adquirida para enfrentar la vida y sus proyectos desde una visión positiva, que obliga a una revisión de sus creencias intermedias y centrales.

Es necesario destacar el significado que tuvo la Carta para el Ser Amado en cada uno de ellos. J.T. manifestó que, a pesar de haber estado en otro grupo, solo hasta ahora logró abrirse para escribir su dolor con respecto a la muerte de su hija y a la pérdida del embarazo de su esposa y que realmente había vivido cada una de las etapas, sentidas emocionalmente, lo que le ayudó a salir poco a poco.

A.C. comentó que realmente él vivió cada uno de los momentos de ira o enojo, tristeza, frustración y amor, lo que le ayudó a llorar y a expresar sus sentimientos; sin embargo, L.U. manifestó que se le dificultó la realización de la carta porque esto le provocó enojo, dolor y soñar con su bebé. Se le hace una devolución, porque le generó todos esos sentimientos, ya que había cosas que no se habían elaborado y que debería sentirse bien, porque logró expresarlo de alguna manera y eso también le permitiría sanar.

A otros miembros del grupo, se les facilitó compartir su experiencia con sus hijos o esposo, para que comprendieran su progreso y su dolor. Se realizaron entonces devoluciones a la familia, desde una visión positiva, sobre sus logros y lo que la experiencia grupal representó para cada uno de ellos en su crecimiento y aceptación de la muerte de su ser querido.

La participación fue activa, con gran fluidez, centrada en la temática. El cierre grupal se efectuó con una óptica positiva para cada una de las personas participantes.

La reflexión final de cierre buscaba que cada una de las personas participantes visualizara sus logros, observara las posibles situaciones dolorosas que deberán enfrentar y las herramientas novedosas que poseen para hacerlo. Unido a ello, se les facilitó un material de lectura sobre el momento de retomar su vida sin el grupo.

### **6.3.3. Tercera Etapa: Seguimiento**

Aunque el modelo terapéutico y el modelo de evaluación plantean un seguimiento para valorar los avances de las personas participantes, este no se ha realizado de forma grupal, debido principalmente a la imposibilidad de reunir a las personas participantes, el tiempo limitado de la terapeuta y las exigencias educativas mismas.

El seguimiento consiste en realizar llamadas telefónicas y programar una entrevista, después de los tres meses de finalizado el proceso grupal, con el objetivo de valorar cómo se han dado los cambios. Además, se valora si requieren de algún repaso sobre el enfoque o sobre el evento mismo de la pérdida por una muerte inesperada.

Sin embargo, el seguimiento individual de las personas ha sido posible y se han observado algunos elementos significativos, entre los que destacan:

- Habilidades para analizar las situaciones de la vida, a pesar de las dificultades que están viviendo; tal es el caso de J.M., que no ha recibido ayuda del IMAS (Instituto Mixto de Ayuda Social), pero piensa que existen soluciones que no han analizado o que en algún momento se presentarán.
- M.C. comenta que su hijo es el que debe decidir estudiar, y que no por ello será mala madre; que esa distorsión ya desechó de su vida.
- L.A. inició un trabajo nuevo que le está rindiendo frutos en lo personal.
- No han aumentado sus consultas médicas, según el monitoreo que se realizó en la clínica y vía telefónica con cada uno de ellos.
- L.U. y A.C. iniciaron su proceso en genética, con el fin de poder tomar decisiones que les permitan vivir mejor como pareja y con un futuro claro.

#### **6.3.4. Cuarta Etapa: Supervisión**

La supervisión debe ser entendida como un proceso mediante el cual una persona con conocimientos, experiencia y habilidades, asume la responsabilidad

de dirigir a otro para obtener resultados comunes ([www.monografias.com/supervisi3n](http://www.monografias.com/supervisi3n), 2006). La supervisi3n es, por lo tanto, una actividad t3cnica y especializada que tiene como fin fundamental utilizar racionalmente los factores que le hacen posible la realizaci3n de los procesos de trabajo.

Inicialmente, la supervisi3n es una herramienta de apoyo a la estudiante que est3 realizando un proceso de intervenci3n grupal; le permite un crecimiento que se genera con las devoluciones positivas y las 3reas que deben ser fortalecidas.

El principal objetivo de la supervisi3n de los procesos de intervenci3n terap3utica es revisar los aspectos utilizados, el enfoque, su aplicaci3n y el desenvolvimiento mismo de la terapeuta, garantizando la calidad del proceso, desde el punto de vista del ejercicio profesional.

No hay labor m3s importante, dif3cil y exigente que la supervisi3n del trabajo de otro. Una supervisi3n adecuada requiere de conocimientos, habilidad, sentido com3n y visi3n, que permita brindar aportes de crecimiento. La clave del 3xito del supervisor o la supervisora en el desempe1o de sus deberes determina el 3xito o el fracaso de programas y grupos ([www.monografias.com/supervisi3n](http://www.monografias.com/supervisi3n), 2006).

Sin embargo, un elemento que debe ser considerado al realizar la supervisi3n, es que esta no debe iniciar con el grupo en su fase de formaci3n, debido a que genera factores de estr3s y preocupaci3n que derivan temporalmente en sentimientos de inseguridad y temor, lo cual se demuestra al observar constantemente a la supervisora o esperar el comentario final para valorar los avances y dificultades presentados.

En las dos primeras sesiones, la terapeuta concibe la supervisi3n como una actividad intimidante, ya que entre sus propias distorsiones cognitivas “la

supervisora es poseedora del conocimiento total y sin errores”. Al confrontar estas distorsiones con la realidad se encuentra que

- ❖ Al ser la primera experiencia grupal de forma terapéutica es normal equivocarse.
- ❖ Todas las personas, cuando realizan nuevas cosas, presentan temores y limitaciones que disminuyen con la experiencia.
- ❖ Con la temática de duelo y con los grupos, se lleva un programa que puede ser modificado y ahí está la fortaleza de la terapeuta.

Un elemento positivo observado en la tarea de supervisión es que esta facilita espacios de devolución significativos, donde se analizan aspectos que deben ser mejorados, con el fin de que la terapeuta los retome para comprender mejor el grupo en áreas como:

- ❖ Lectura del lenguaje no verbal.
- ❖ Mejorar la línea de dirección del grupo.
- ❖ Devolución positiva sobre el manejo del enfoque y del tema.

La supervisión como elemento clave dentro de cualquier proceso terapéutico y de organización fortalece el trabajo y crecimiento de la terapeuta. El monitorear de forma alterna algunas sesiones, facilitó que la terapeuta fortaleciera su rol líder del proceso grupal, y se apropiara del mismo y de la temática trabajada.

La contribución y los aportes se tornaron en fortalezas, sobre todo en los momentos de procesar toda la información, desde la óptica realista y de experiencia y habilidades de la supervisora.



Este monitoreo alternativo también facilitó un espacio para que la terapeuta se empoderará, atendiera mejor el estrés de la nueva experiencia y asumiera un papel definitivo en el proceso.

El grupo, además, logró identificar a la supervisora como un recurso de apoyo intermitente, pero con la claridad de que la conducción estaba en ella. Esta percepción de se debió al marco inicial con el que se estableció el contrato terapéutico.

Los aportes facilitados a lo largo del proceso, desde antes de iniciar el grupo, fueron de gran valor, no sólo en los aspectos teóricos, metodológicos y epistemológicos, sino en el crecimiento personal y el desarrollo de potencialidades de la terapeuta.

La supervisión fue significativa en cuanto al crecimiento del proyecto y los aportes acertados en el desarrollo grupal, que permitieron que la terapeuta, así como a los participantes y las participantes, que realizaran el proceso en conjunto.

La revisión previa de las sesiones y de algunos de los temas que se trabajarían en el grupo, posibilitaron hacer cambios antes del desarrollo de la experiencia, situación que proporcionó más coherencia y que produjo que solo fueran necesarios ajustes pequeños en el proceso de ejecución.

Tomando la supervisión como un proceso técnico, su análisis de fortalezas desde cuatro áreas, permite clarificar aún más el papel que desempeñó en el grupo terapéutico:

- ❖ **PROYECCIÓN:** Se entiende como la programación o planificación del trabajo, donde se da prioridad al orden, recursos, tiempo y efectividad ([www.monografias.com/supervisión](http://www.monografias.com/supervisión), 2006). La proyección se dio, en el

presente caso, mediante la planificación del trabajo, la investigación teórica, el ejercicio cotidiano con otros profesionales, y la búsqueda de la coherencia en lo programado, en el enfoque y en los elementos teóricos que se utilizarían en el desarrollo de la experiencia grupal. La supervisión previó el cumplimiento de tiempo por medio de la fijación de fechas y plazos de entrega y la organización de la terapeuta para alcanzar el éxito en la ejecución grupal. Una de las debilidades detectadas, precisamente, fue que el cumplir con estos plazos, cuando la profesional también labora, se transforma en un elemento estresante y complejo para ella.

- ❖ **DIRECCIÓN:** Implica la delegación de la toma de decisiones y generar instrucciones que faciliten el proceso de la terapeuta, del proceso grupal mismo y de las habilidades que deben irse generando en cada terapeuta ([www.monografias.com/supervisión](http://www.monografias.com/supervisión), 2006). Esta supervisión cercana, realizada para una estudiante profesional en proceso de especialización, le da un matiz de respeto, de apoyo y de crecimiento, que ha sido invaluable en lo personal y lo profesional. Por otra parte, se ha apoyado el crecimiento profesional de la terapeuta, pero principalmente por medio de los aportes que Trabajo Social está brindando en esta sociedad de grandes cambios.
  
- ❖ **DESARROLLO:** Busca en la supervisión y la supervisada la responsabilidad de desarrollar habilidades y destrezas que mejoren el trabajo desde la motivación, la satisfacción y generando trabajos de alta calidad y productividad ([www.monografias.com/supervisión](http://www.monografias.com/supervisión), 2006). Al finalizar las sesiones, y desde un análisis retrospectivo, la supervisión facilitó una ampliación de conocimiento en lo individual y en lo profesional, en lo teórico y en la práctico, que derivó en un desarrollo grupal con avances de las participantes y los participantes.

- ❖ **MONITOREO:** Es crear la conciencia, en cada uno de los colaboradores, de su gestión y del papel que desempeña, evaluando y realizando devoluciones significativas ([www.monografias.com/supervisión](http://www.monografias.com/supervisión), 2006). Como se ha planteado, el manejo de la terapeuta fue de menos a más, sobre aspectos directivos, uso del tiempo, dominio de la temática y del grupo, lectura del lenguaje digital y analógico de las personas participantes, desarrollo de nuevas habilidades y alternativas innovadoras en Trabajo Social y, lo más importante, el beneficio de más usuarios que viven situaciones de duelo por la pérdida de un ser querido.

## 7. EVALUANDO LA EXPERIENCIA VIVIDA

Se busca con esta experiencia, analizar los elementos iniciales planteados en la propuesta, interrelacionando sus indicadores, los registros existentes y la teoría misma, las cuales están subdivididas en viabilidad de la propuesta y efectividad.

Otros elementos que se debe tomar en cuenta, en la evolución de la experiencia, son los indicadores y el perfil de entrada definido por la terapeuta para el proceso grupal e individual

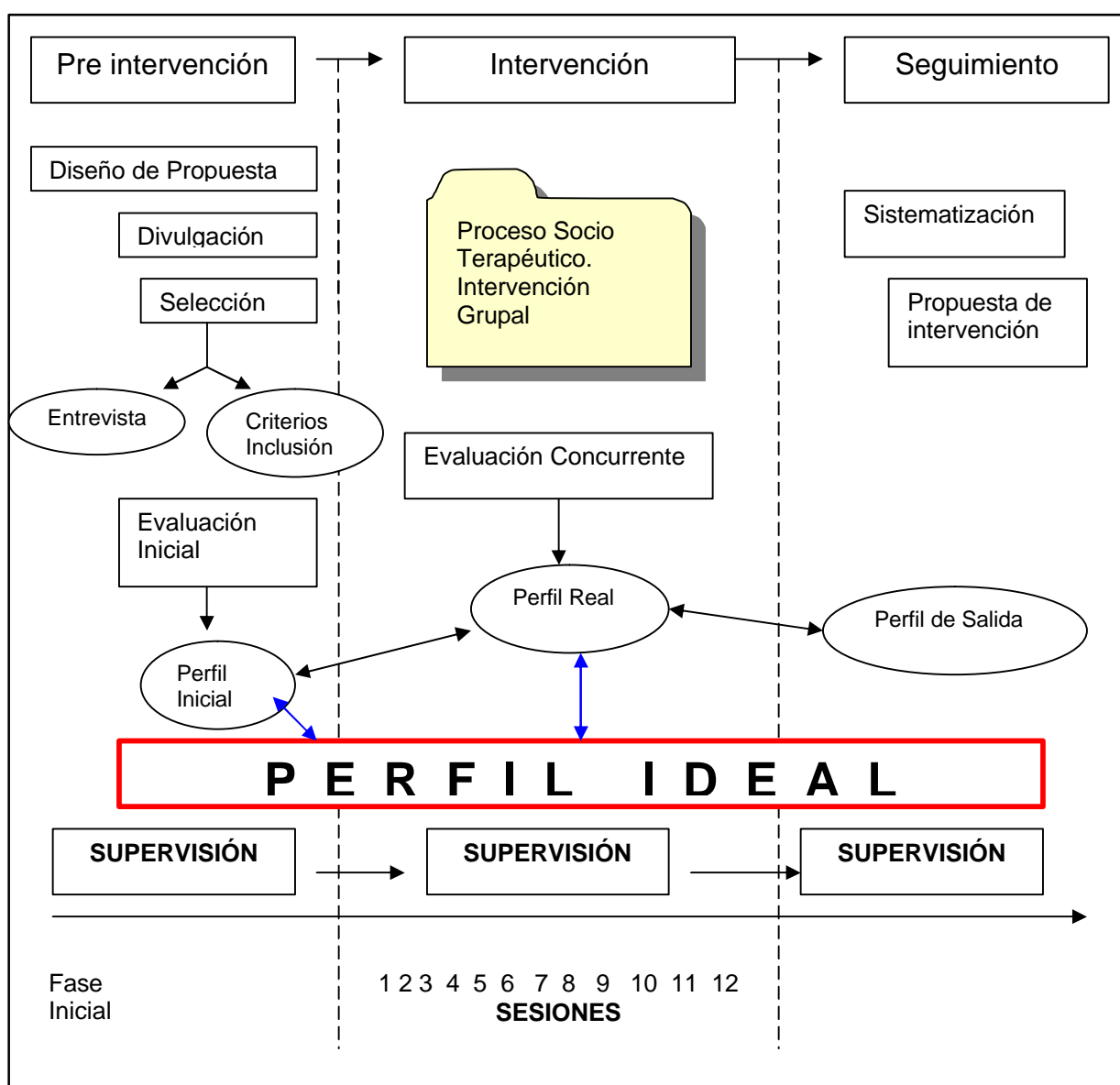
### 7.1. VIABILIDAD DE LA PROPUESTA

Este aspecto permite determinar si es posible llevar a cabo un proyecto o proceso terapéutico de forma satisfactoria y en condiciones de seguridad ética y tecnológica existentes, verificando factores como el proceso mismo en su estructura, operatividad y control ([www.es.wikipedia.org](http://www.es.wikipedia.org), 2007).

Las preguntas para la sistematización, centran gran parte de su atención en la metodología utilizada, el cumplimiento de las etapas propuestas y las fortalezas que aporta el modelo para trabajar el tema de las pérdidas o duelos de los seres queridos que fallecen de forma inesperada.

El proceso de intervención socio-terapéutico se realizó con el enfoque teórico cognitivo conductual, apoyado de forma directa con un modelo de sistematización, un modelo de evaluación y un plan de trabajo que permitió guiar el accionar de la estudiante responsable del mismo. El siguiente esquema facilita su comprensión;

**Esquema Nº 1**  
**Proceso de Intervención y Evaluación Socio-Terapéutica**  
**Madres y Padres que han Perdido un Hijo o una hija**



Fuente: Elaboración propia, 2007.

El cronograma inicial presentó una serie de cambios, debido a factores internos y externos a lo planificado por la profesional. Estas situaciones fueron analizadas en su momento con la supervisora, y generaron ventajas en la construcción y diseño de instrumentos de selección, concedieron tiempo para la realización de una entrevista inicial a cada una de las personas participantes, que tomó un período de tiempo mayor, debido a diversos aspectos, entre los que están:

- ❖ Situación cultural donde se visualiza el duelo como una situación privada y que debe ser resuelta de forma individual.
- ❖ El poco conocimiento de la labor que realiza Trabajo Social, por parte de diversos servicios como medicina, psiquiatría y otros.
- ❖ Encasillamiento de que es psicología la disciplina que debe manejar el proceso de duelo.
- ❖ El reconocimiento mismo de las personas, de su necesidad de apoyo profesional en el proceso de duelo por la pérdida de su ser querido.
- ❖ Candidatos o candidatas que no cumplían con los criterios de inclusión.

En la entrevista inicial, se pudo realizar un cruce de variables y se consideraron los criterios de inclusión y exclusión. Estos aspectos permitieron obtener información amplia de la situación de cada uno de los participantes, pero a su vez, generaron temor por no cumplir con la cantidad de personas establecida en el diseño del estudio.

Los criterios de producción, utilizados por el sistema de salud y la limitación de las zonas de adscripción existentes, fueron un elemento que se debió negociar con la Jefatura del Departamento y la Clínica; hubo que ampliar la negociación a otros centros de salud, para la referencia de personas en proceso de duelo.

Dentro de la etapa de pre-intervención, la divulgación en diversos centros de salud y otras profesionales de Trabajo Social permitió lograr la conformación del grupo socio-terapéutico.

Como se observa en el esquema 1, el trabajo presenta una coherencia con el enfoque teórico-epistemológico, de sistematización y evaluación que facilitó visualizar los logros obtenidos en el proceso de intervención.

No se debe olvidar que el enfoque teórico regula también de forma entrelazada la sistematización y el proceso socio terapéutico, relacionando lo conductual y lo cognitivo; por lo tanto, implica que el aprendizaje del modelo apoya el desarrollo de habilidades por parte de la terapeuta y de las personas participantes, en donde la claridad de los pensamientos son la guía que acciona las respuestas emocionales y conductuales.

En el primer momento, las personas participantes comprenden el modelo y su conceptualización, facilitando el proceso enseñanza-aprendizaje, para que estas sean observadoras de su propia conducta y de la relación pensamiento-sentimiento-conducta (Ruiz Sánchez y Cano Sánchez, 2006). Implica esto que las personas deben:

- ❖ Revisar su visión personal de pérdida.
- ❖ Analizar la cultura social aprendida sobre qué implica una pérdida y el mandato social existente.
- ❖ Explorar qué vínculo se tenía con la persona fallecida.
- ❖ Estudiar cuáles expectativas y esperanzas estaban depositadas en la persona fallecida.
- ❖ Visualizar cómo el enfoque facilitará el rompimiento del círculo doloroso.

El proceso grupal no es único en su forma de analizarlo y comprenderlo. El enfoque de evaluación de avance permite observar cómo van asimilando la experiencia las personas participantes. Subdividir el proceso facilitó el cumplimiento de los objetivos terapéuticos, académicos, de sistematización y profesionales; además, facilitó la construcción de un perfil inicial y final o de salida, como se observa a continuación en la tabla 12.

**Tabla N° 12**  
**Analizando objetivos y momentos evaluativos**

<b>OBJETIVOS</b>	<b>N° de Sesión</b>	<b>Actividades</b>	<b>Momento Evaluativo</b>
- Desarrollar un espacio de confianza y <i>rapport</i> . - Definición contrato terapéutico. - Infundir esperanza	1  1  1,2,3,4,5, 6,7,8,9 10,11 y12	- Mensajes reflexivos	Perfil de entrada construido.
- Conocer el enfoque cognitivo conductual. - Trabajar sobre temática duelo. - Utilizar la relajación para manejar el dolor	2, 3  3,4,5,6, 7,8,9, 10 11 2, 3, 4,5 6, 7, 8, 9 10, 11	- Conocer el enfoque de trabajo - Conociendo sobre duelo.  - Técnicas de relajación	Evaluación cualitativa de la sesión
- Expresar pensamientos y sentimientos alrededor de la pérdida  - Identificar	3, 4  5, 6, 7, 8	- Conociendo la conexión entre pensamientos, sentimientos y reacciones. - Conociendo las distorsiones, identificándolas para	Evaluación cualitativa de la sesión

<b>OBJETIVOS</b>	<b>Nº de Sesión</b>	<b>Actividades</b>	<b>Momento Evaluativo</b>
distorsiones cognitivas para cambiarlas.		cambiarlas	
- Autoevaluar herramienta necesaria para ver el avance obtenido.	4, 6, 8, 10 11, 12	- Explicación de la importancia de esta para visualizar el crecimiento - Construyendo nuestro perfil - Terapeuta construyendo el perfil de avance observado.	4, 6, 8, 10, 11 y 12  Evaluación final. Perfil de salida.
- Conociendo mis creencias centrales e intermedias.	9, 10, 11	- Identificar las creencias intermedias. Sustituir pensamientos en torno al duelo.	Evaluación por cualitativa de la sesión
- Consolidando el aprendizaje y viviendo sin el grupo	10,11 y 12	- Sustitución de pensamiento. Reforzando aprendizaje. - Creando una red de apoyo	Evaluación cualitativa de la sesión

Fuente: Elaboración propia, 2007.

Es importante mencionar, que en la entrevista de ingreso de las participantes y los participantes al proceso grupal, se les construyó el perfil de entrada que se analizará más adelante.

Los pasos parecieran poseer un orden de tipo lineal; sin embargo, a lo largo del proceso se observa cómo cada participante va comprendiendo el modelo, puede hacer relaciones con actividades anteriores y percibir la relación pensamiento-reacción e iniciar el proceso de cambio, lo cual da como resultado que no se trata de un proceso estático, ni lineal, sino que es circular y progresivo.



El organizar las actividades y las sesiones tenía el objetivo de orientar el proceso grupal, evaluar el proceso desarrollado y facilitar un esquema que ordene su quehacer, situación que en la práctica cotidiana no es tan estructurada.

En la organización del desarrollo del trabajo grupal inicialmente se definieron 12 sesiones, las cuales se cumplieron en su totalidad y fueron suficientes para el desarrollo de los temas señalados; además, resultaron adecuadas con las técnicas definidas, como se observa en la tabla 13:

**Tabla N° 13**  
**Analizando estructura y operatividad del proceso grupal**

<b>Elementos teóricos del Enfoque y de Duelo</b>	<b>Temas incluidas en las sesiones</b>	<b>Técnicas</b>
Generando <i>rapport</i> y empatía	Desarrollando confianza, <i>rapport</i> e identificación grupal. Conocer las expectativas grupales.	Romper el hielo. Lluvia de ideas. Asumiendo mi responsabilidad Proyección futura Mensaje positivo.
Conociendo el enfoque Cognitivo Conductual	ABC del enfoque. Construyendo mi concepto de pérdida y dolor. Relajación.	Exposición magistral. <i>Collage</i> Relajación Tareas (lecturas dirigidas sobre pérdida y dolor). Mensaje positivo.
Conocer e identificar pensamientos y distorsiones	Repasando el ABC Conociendo las distorsiones cognitivas	Exposición magistral Señalamiento de la conexión entre las sesiones. Instrumentos (Situación pensamiento emoción acción). Panfleto informativo. Tareas: Identificando pensamientos y distorsiones.

<b>Elementos teóricos del Enfoque y de Duelo</b>	<b>Temas incluidas en las sesiones</b>	<b>Técnicas</b>
		Mensaje positivo.
Manejando aspectos sobre duelo y pérdida	Pérdida y duelo, significados y problemática	Exposición magistral. Carta de despedida a mi ser querido. Contando mi experiencia. Hablando desde el dolor. Conozcamos las etapas del duelo Relajación. Identificando las distorsiones sobre mi duelo. Mensaje positivo. Tarea lecturas seleccionadas.
Analizando los pensamientos distorsionados	Identificar y analizar la validez de los pensamientos distorsionados	Instrumento: Analizando la validez de mis pensamientos. Analizando mis relaciones familiares y laborales. Tarea: lectura dirigida. Mensaje positivo
Sustitución de pensamientos y aplicación	ABC con mis nuevos pensamientos sobre duelo y pérdida. Resignificando mi historia de dolor.	Construyamos un nuevo concepto de duelo. Instrumento cambio de pensamiento. Claves para cambiar pensamientos. Mensaje positivo. Preguntas generadoras Tarea: lecturas seleccionadas.
Identificando algunas creencias centrales e intermedias	Conociendo sobre las creencias centrales e intermedias	Identifiquemos algunas creencias que tenemos sobre duelo Practiquemos. Pregunta generadora. Visualicemos los logros. Hablemos sobre nuestra

<b>Elementos teóricos del Enfoque y de Duelo</b>	<b>Temas incluidas en las sesiones</b>	<b>Técnicas</b>
		carta. Mensaje positivo. Tarea: lecturas seleccionadas.

Fuente: Elaboración propia, 2007

Como se observa, existe una vinculación directa con el desarrollo de los temas, el avance de los mismos y la evolución del grupo; sin embargo, se requirió inicialmente de una terapeuta directiva que ayudara en el recorrido y permitiera compensar la pasividad del grupo, pues este estaba centrado en el dolor mismo.

Cabe mencionar que la experiencia implicó que una persona que presentaba un duelo patológico abandonara el grupo en la segunda sesión. Fue un emergente fundamental que permitió que las participantes y los participantes analizaran su deseo de no estar en esas condiciones, pensar en poder retomar sus vidas y sus ratos de felicidad.

Esto a su vez facilitó que las personas analizaran su nivel de compromiso, lo cual se evidenció en el cumplimiento de las tareas, de las lecturas asignadas, y sobre todo, en el desarrollo de la carta de despedida del ser amado.

Sin embargo, cabe mencionar que en una ocasión el grupo no cumplió con la tarea. Cuando se analizó con ellos esta situación, argumentaron dificultad para realizarla solos, debido a que era la identificación del ABC del enfoque cognitivo conductual, por lo que se definió hacer un repaso del tema, mediante el desarrollo de la tarea en la sesión; esto aclaró bastante los conceptos para las otras sesiones de trabajo.

Se puede afirmar que la estructura en cuanto a organización terapéutica, metodológica, contenido teórico y técnicas, respondió al enfoque propuesto, al problema seleccionado para trabajar y a las expectativas grupales.

El rol del terapeuta en este proceso fue brindar apertura para la interacción aprovechando una herramienta de tratamiento, ser sensible, empático y reducir la incomodidad que vive el paciente que asiste el proceso (Kaplan y Sadock: 1996). En este análisis, podemos rescatar algunos elementos que fueron centrales y que se han desarrollado en el apartado anterior:

- ❖ **Organización de grupo:** implicó la toma de decisiones sobre el tema central del grupo, la cantidad de personas participantes, el número de sesiones, los criterios de selección, para la búsqueda del éxito grupal y los beneficios de los participantes.
- ❖ **Orientación:** se refirió a la orientación de los objetivos, contenidos, las responsabilidades de cada una de las partes participantes, la construcción del contrato terapéutico y el enfoque terapéutico seleccionado.
- ❖ **Construcción de la cohesividad:** buscó incrementar la interacción grupal, mediante la intervención asertiva del terapeuta, la espontaneidad para transmitir los problemas, la flexibilidad del rol dentro del proceso grupal, el aumento de los niveles de confianza interna y los autoinformes positivos sobre el trabajo grupal.
- ❖ **Evaluación diagnóstica:** es la actividad que permite *“definir y determinar las conductas y cogniciones que deben modificarse, las situaciones que viven como conflicto, los puntos fuertes del paciente, los miembros del grupo y sus respectivos entornos que facilitarán la solución del problema del paciente y los obstáculos a la eficacia del*

*tratamiento*” (Kaplan y Sadock, 1996: 227). Esto permite valorar si una persona puede o no incorporarse al proceso grupal y los motivos correspondientes. Otro elemento que es elemental para medir el éxito es la participación del grupo, la satisfacción de los participantes, la asistencia, el cumplimiento de tareas, el aprendizaje para definir su problema en términos conductuales, sus pensamientos, sentimientos y distorsiones cognitivas.

- ❖ **Controles:** son fundamentales para visualizar avances y logros; su frecuencia está sujeta a los aspectos que se van a controlar; los registros de control o tareas sirven para valorar la forma de enfrentamiento y los cambios logrados.
- ❖ **Evaluación:** pueden utilizarse los datos observados, escritos y las interacciones de sus miembros en el proceso terapéutico; permitiendo que se realicen los ajustes necesarios para que el proceso sea exitoso. Los comentarios, las evaluaciones cualitativas y cuantitativas aportaban en cada sesión aspectos que debían mejorarse o mantenerse.
- ❖ **Planificación de la Terapia:** esta va precedida por un análisis sobre la problemática con la que se definió trabajar, con los participantes; además, incluye la planificación terapeuta, aspecto que se mencionó con anterioridad.
- ❖ **Resolución sistemática de problemas:** se les enseña cómo elaborar una serie de pasos para analizar el problema desde otra óptica, dando nuevas formas de abordaje, evaluando nuevas alternativas que generan estrategias prácticas que se llevan al mundo real y luego se evalúan los resultados a nivel individual o grupal.

Como se puede observar, en la entrevista inicial y en el perfil de entrada los participantes del proceso terapéutico presentaron elementos centrales que facilitaron guiar el accionar. Entre dichos elementos están:

- ❖ **Proceso de duelo:** en su mayoría se presenta una fase de depresión, con una mezcla de culpa y enojo. Los recursos internos se vieron disminuidos de forma previa al evento desencadenante, por situaciones familiares no resueltas, como duelos anteriores, pocas redes de apoyo e imposibilidad de visualizar salidas por sí mismo. Todos reconocieron que ocupaban ayuda para lograr retomar su vida y superar ese momento; como dijo J.M., de “un dolor profundo que no permite entender la vida”.
- ❖ **Pensamientos disfuncionales:** en el proceso, los participantes logran visualizar que muchos de sus pensamientos automáticos disfuncionales están ligados a su proceso de enseñanza y de su propia vida, que su respuesta emocional y física por lo tanto está ligada a sus pensamientos y a sus creencias. Que el patrón familiar, social y cultural influye en su conducta, pero que los sentimientos, experiencias y la representación en sus vidas de la persona fallecida marca una gran diferencia en sus reacciones. Sus conductas y aprendizaje a lo largo de la vida es lo que la enseña a vivir dentro de un dolor sobredimensionado y sin las herramientas necesarias para sobrellevar esa pérdida.
- ❖ **Consecuencias sociales y emocionales:** todas las personas participantes reconocieron que existieron efectos sociales y emocionales que los llevaron a aislarse, a tener problemas de confianza, salud y distanciamiento familiar y social, lo que solamente producía que los efectos dañinos se incrementaran.

- ❖ **Proceso terapéutico:** representó y facilitó un cambio de pensamientos y reacciones, un aumento de conocimientos sobre sí mismo y su problemática, sobre su potencial de cambio, su posibilidad de afrontar nuevas crisis y tener una comprensión del enfoque para ser aplicado en su vida cotidiana. Los participantes se transforman en entes multiplicadores, efecto no previsto por la terapeuta. Ellos les enseñan a las otras personas que buscar ayuda para esas situaciones difíciles es posible y que da buenos resultados.

#### **7.1.1. Perfil de Entrada**

Este mide las características individuales que presentaron las personas que ingresaron al grupo, con respecto al problema objeto de intervención. Para ello, la terapeuta definió los siguientes aspectos a evaluar:

1. Identificación de pensamientos automáticos distorsionados.
2. Establecer conexiones entre pensamientos y reacciones físicas y emocionales.
3. Examinar las pruebas a favor y en contra de los pensamientos distorsionados.
4. Sustitución de pensamientos distorsionados por la interpretación más realista.
5. Desarrollo de estrategias para mantener el nuevo cambio de pensamiento.

Para evaluar el avance, se definieron las siguientes escalas de análisis:

1. **No logra identificar:** El o la integrante del grupo no logra identificar la existencia de los pensamientos distorsionados en relación con el proceso de duelo.
2. **Identifica con ayuda:** con apoyo del terapeuta o compañero logra identificar algún pensamiento distorsionado en relación con el proceso de duelo.
3. **Medianamente los identifica:** Presenta algún grado de dificultad para reconocer los pensamientos distorsionados en relación con el proceso de duelo.
4. **Logra identificarlos:** La persona logra precisar los pensamientos distorsionados el 100% de las veces en relación con el proceso de duelo.

**Cuadro Nº 5**  
**Perfil de entrada, entrevista inicial, 2007**

Participante	Variables				
	Identificación de Pensamientos Automáticos Distorsionados	Establecer Conexiones entre Pensamientos y Reacciones Físicas y Emocionales	Examinar las Pruebas a Favor y en Contra de los P.D.	Sustitución de P.D. por la Interpretación más realista	Desarrollo de Estrategias para Mantener el Nuevo Camino de Pensamiento
JM	1	1	1	1	1
MC	1	1	1	1	1
LU	1	1	1	1	1
AC	1	1	1	1	1
LA	1	1	1	1	1
JT	1	1	1	1	1
JG	1	1	1	1	1
KM	1	1	1	1	1
SM	1	1	1	1	1



Participante	Variables				
	Identificación de Pensamientos Automáticos Distorsionados	Establecer Conexiones entre Pensamientos y Reacciones Físicas y Emocionales	Examinar las Pruebas a Favor y en Contra de los P.D.	Sustitución de P.D. por la Interpretación más realista	Desarrollo de Estrategias para Mantener el Nuevo Camino de Pensamiento
<b>MVM</b>	1	1	1	1	1
<b>MA</b>	1	1	1	1	1
<b>IC</b>	1	1	1	1	1
<b>LF</b>	1	1	1	1	1

Fuente: Elaboración Propia, 2007

Es importante destacar que el perfil de entrada permite a la terapeuta representar el estado inicial con respecto a las ideas de los participantes, pero sobre todo, cómo estas dominan su proceso de duelo y no les permiten avanzar para lograr retomar su vida.

Otro aspecto a analizar son los indicadores utilizados en todo el proceso y cómo estos, en un primer momento, marcaron la pauta de ingreso. La intensidad de la reacción en los procesos de duelo se ubicó en enojo y depresión. La fase inicial de negación, en la mayoría de los casos, ya la habían superado. Los recursos internos a los que recurrirían los hacía girar de forma cíclica y sin lograr una salida a la situación. En el área externa, la mayoría de las personas cercanas, les recomendaban “dejar de llorar”; “continuar la vida” y “aceptar lo sucedido”.

Al finalizar el proceso, los participantes lograron pasar hacia la fase de adaptación, con nuevos recursos internos brindados por el enfoque, con una visión diferente de su pérdida, pues revisaron sus creencias intermedias, las cuestionaron para ser modificadas; los recursos externos de forma indirecta fueron modificando sus conductas de sanción y evasión, al observar los avances en cada uno.

Con respecto a los pensamientos disfuncionales, los participantes, al incorporarse al grupo, no conocían sus creencias centrales, sus pensamientos automáticos, sus distorsiones cognitivas y su relación con las respuestas emocionales y físicas (cuadro 5); las modificaciones en esta área se verán más adelante, cuando se analice el perfil de salida de cada uno de los participantes.

En el área social y emocional, los participantes tenían debilidades que los hacía sentir poca confianza en las personas y en su entorno, pues el dolor direccionaba su vida y las respuestas utilizadas. En M.C., los problemas de salud eran evidentes y la cantidad de consultas aumentó de 2 o 3 al año, a 7 al año, después de las pérdidas de sus seres queridos, situación detonada con la muerte de su madre. En el caso de J.M., su depresión, a raíz de la muerte de su hijo se manifestó con los problemas familiares, el alcoholismo de su compañero y la violencia intrafamiliar hacia ella y sus hijos.

Se puede afirmar que este proyecto es reproducible, con un grado de satisfacción y logró, acorde con lo esperado, con la limitación de que quien lo aplique requiere de un entrenamiento sobre el enfoque cognitivo conductual.

El enfoque utilizado demostró ampliamente su potencial para trabajar con la temática de duelo, con población urbano-marginal con un grado de escolaridad mínima; el nivel de complejidad es bajo y tiene un componente educativo significativo y adecuado para facilitar su aprendizaje.

Se trata de un enfoque que requiere conductas directivas por parte del terapeuta, así como reentrenamiento en el análisis de pensamientos, reacciones y sentimientos, y en la detección de las distorsiones que poseen las personas con respecto a la problemática.

Demostró ser efectivo en las personas sin patología anexa, o duelos problemáticos de larga data. Además, facilitó la revisión de elementos culturales y

sociales que profundizan las creencias intermedias y centrales; sin embargo, llegar a que las personas puedan reconocer la totalidad de sus creencias centrales e intermedias requiere de mayor tiempo de terapia para hacer intentos de cambios profundos.

El enfoque, la evaluación cualitativa, la intervención terapéutica, la sistematización facilitan el hilo conductor y la aplicación de cambios que deben irse implementado en el transcurso de las sesiones. La evaluación cuantitativa facilita la construcción del perfil real, con las mediciones de las variables predefinidas, aplicadas en las sesiones 4, 6, 8, 11 y 12; sin embargo, inicialmente, se pensó que fueran las sesiones 3, 5, 7, 9, 11 y 12, presentándose cambios por el desarrollo mismo del proceso. Esto fue la base para comparar con el perfil ideal y la última sesión se tomó como el perfil de salida. Cabe mencionar que no todas las variables fueron evaluadas en las sesiones definidas, porque estaban íntimamente relacionadas con el avance del modelo y la apropiación de los conocimientos.

Las sesiones fueron aproximaciones sucesivas en las comprensión del enfoque cognitivo conductual y en el proceso de duelo y pérdida, por lo que a partir de la sesión 4 se pueden ver los cambios en las variables definidas, ya que se vincularon los pensamientos automáticos con las reacciones, para poder llevar a cabo pruebas a favor y en contra de los mismos y sustituirlos por unos más reales.

El siguiente cuadro presenta un resumen de algunos de los cambios logrados durante el proceso:

Cuadro Nº 6

## Comparación cualitativa inicial y final de conceptos control, 2007

PARTICIPANTE	INICIAL					FINAL				
	TRATAMIENTO	APOYO TERAPÉUTICO	GRUPO TERAPÉUTICO	DOLOR	MUERTE	TRATAMIENTO	APOYO TERAPÉUTICO	GRUPO TERAPÉUTICO	DOLOR	MUERTE
LU	Proceso por el cual tratamos de mejorar algo o curar	El apoyo de una persona con conocimientos académicos	Grupo de personas con las cuales tenemos algo en común	Ese sufrimiento y opresión que sentimos cuando aún no superamos la pérdida	Es el adiós físico y la esperanza de encontrar a esa persona en otro espacio y momento	Es algo que uno hace durante un tiempo para mejorar algo	Es un seguimiento que te da una persona para obtener resultados positivos	Ese grupo donde te apoyas para continuar el tratamiento	Ese sentimiento que tratas de olvidar	Algo que quieres evitar
JM	Aprender a superar este dolor	Compartir o expresar todo lo que sentimos	Conversar y escuchar, comprender a los demás y comprendemos	La desesperación por la ausencia	No volver a ver	Estoy de acuerdo que el tratamiento es muy bueno	El apoyo que he sentido con la persona de la cual he recibido me ha ayudado mucho, demasiado	El grupo de mis compañeros ha sido incondicional, excelente, no hay palabras	He aprendido a vivir con él. Es el mismo pero ya aprendí.	Es empezar : vivir de verdad. E esta cerc: de Dios
JT	Apoyo en un proceso de duelo	Ayuda	Apoyo, personas que se unen para ayudarse	Situación que tratamos de evitar pero nos deja enseñanza	Un paso más en la vida que nos permite crecer	Mecanismo para enfrentar una enfermedad, dolor o angustia	Ayuda que se recibe en un grupo terapéutico	Personas con las cuales se tiene sintonía	Situación que se trata de evadir pero te alcanza y te afecta en el transcurrir de la vida	Es pérdid: que transform la vida
<b>PARTICIPANTE</b>	<b>INICIAL</b>					<b>FINAL</b>				

	TRATAMIENTO	APOYO TERAPÉUTICO	GRUPO TERAPÉUTICO	DOLOR	MUERTE	TRATAMIENTO	APOYO TERAPÉUTICO	GRUPO TERAPÉUTICO	DOLOR	MUERTE
LA	Amortigua el dolor físico o del alma	Tratamiento que recibimos por medio de un especialista	Personas que nos ayudan a compartir experiencias	Es como un puñal que se nos clava, y que no podemos sacar, pero sí podemos ayudar a que deje de sangrar	Partida de un ser querido, pero que la esperanza nos anima a que algún día Dios nos llevará también	Las pautas que se nos indican son de un alto seguimiento	El poder escuchar y entender a los demás y viceversa nos ayuda a tener un mejor apoyo en nosotros mismos	Ayuda a liberar pensamientos, sentimientos, culpas, y cambiar	Aprendizaje de la vida, que nos enseña día a día a iniciar de nuevo	Esperanza de una nueva vida
MC	Es lo que nos dan a tomar principalmente	Ayuda profesional que podemos recibir	Lo que podemos mejorar con nuestros compañeros	Es ese vacío que sentimos en el alma y con la soledad	Es el adiós a nuestros seres queridos, es no tenerlos más con nosotros	Yo pensaba que era medicamentos pero me di cuenta que no hay necesidad de tomar nada	Para mi fue importante porque aprendí y agarré bases para seguir adelante	Fue importante porque todos aprendimos de todos un poco	Aprendí a manejar mejor el dolor	Ya la veo de otra forma más natural

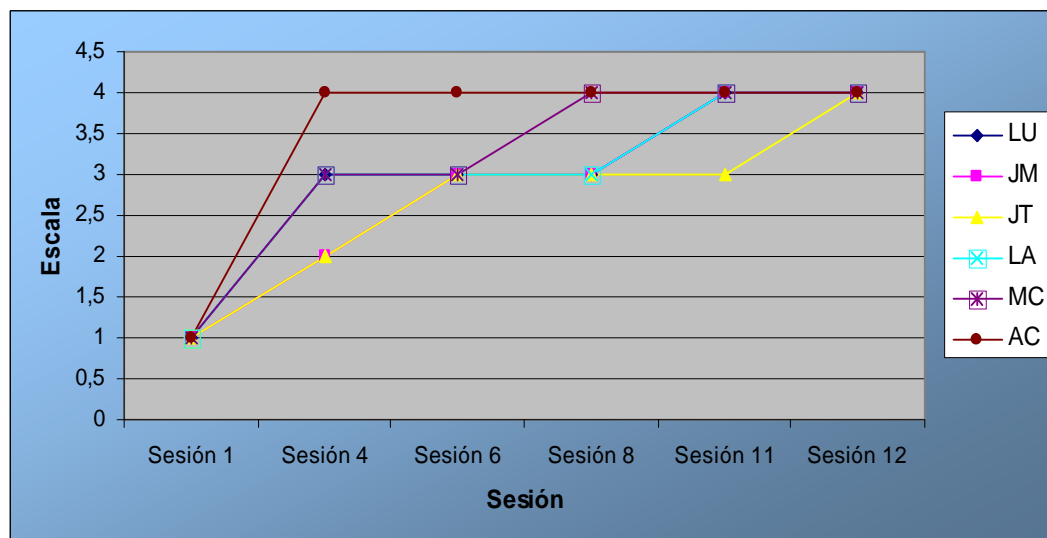
Fuente: Elaboración Propia, 2007 Como se observa, existen cambios evidentes en el significado de la importancia del grupo terapéutico, de la muerte y del dolor, por lo que los pensamientos, sentimientos, distorsiones cognitivas y propuesta racional logran detectarse con el paso del tiempo.

Al analizar estos resultados con la variable “Proceso Terapéutico” y sus indicadores, podemos observar conocimientos adquiridos a través de la experiencia grupal; una redefinición de sentimientos, conductas y pensamientos sobre el dolor y la muerte. La búsqueda de alternativas fue de la mano con el aprendizaje y su puesta en práctica en actividades hasta de la vida cotidiana.

Los espacios seguros brindados por los participantes y la terapeuta apoyaron el proceso de asimilación del conocimiento, catarsis y el avance en su duelo por la pérdida de su ser querido, mejorando su salud, y retomando sus proyectos de vida, laborales o personales.

En la elaboración del perfil real, podemos observar (gráfico 1) cómo desde la sesión 1 hasta la sesión 12, los participantes logran identificar sus pensamientos automáticos.

**Gráfico N° 1**  
**Reconocimiento de Pensamientos Automáticos**  
**Grupo de Duelo “LA ESPERANZA”, Julio – Octubre 2007**  
**Clínica Dr. Clorito Picado**



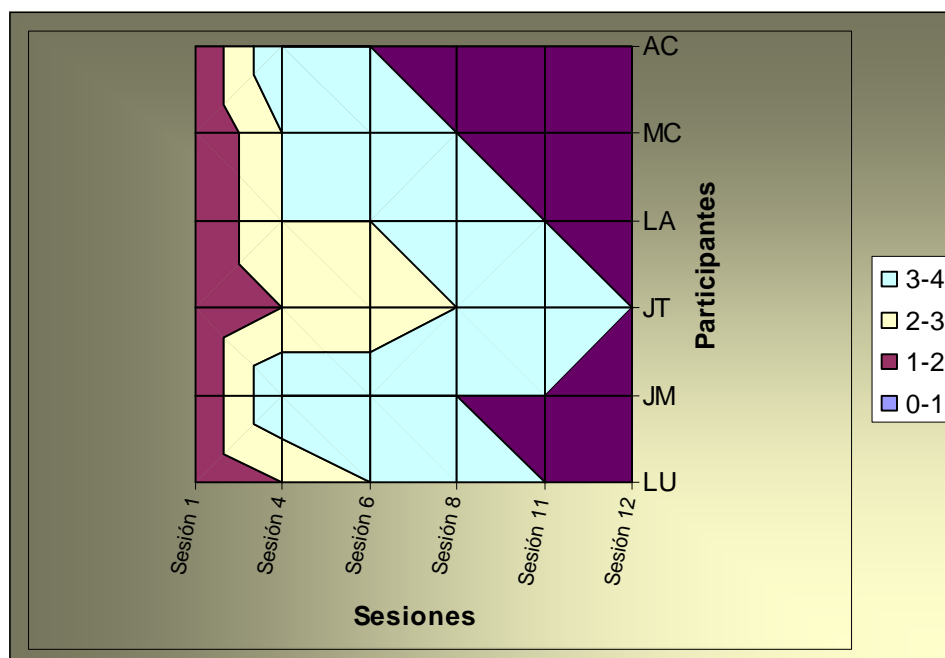
Fuente: Elaboración Propia, 2007

Este instrumento de autoevaluación (anexo 7) no deja de tener rasgos subjetivos, al ser llenada por cada uno de los participantes; el análisis de los logros o avances puede ser más duro en unos casos que en otros.

En el análisis sobre el avance y los logros de cada uno de los participantes cabe mencionar cambios significativos, como los que se reflejan en estos comentarios: J.M. *“Muerte de mi hijo, impotencia, desesperación, soledad, culpabilidad, con el pensamiento automático de por qué Dios me hace esto a mí; no vale la pena seguir viviendo”*; o este otro, que contiene una distorsión cognitiva: *“Dios me está castigando porque he sido mala”*. O bien, estos otros: *“pedir perdón a Dios, él sabe lo que hace y lo hace bien”*, *“Creo que Dios me ama, y que soy capaz de aprender a hacer cosas nuevas y ser mejor madre, mejor persona, mejor ser humano. Estoy aprendiendo a quererme mucho, a sentirme bien”*.

Al analizar las siguientes variables del perfil real, observamos que para la conexión de pensamiento reacción, el proceso también fue muy cercano a la detección de los pensamientos automáticos, como se muestra en el gráfico 2.

**Gráfico Nº 2**  
**Conexión Pensamientos Automáticos y Reacciones Físicas y Emocionales**  
**Grupo de Duelo “LA ESPERANZA”, Julio – Octubre 2007**  
**Clínica Dr. Clorito Picado**



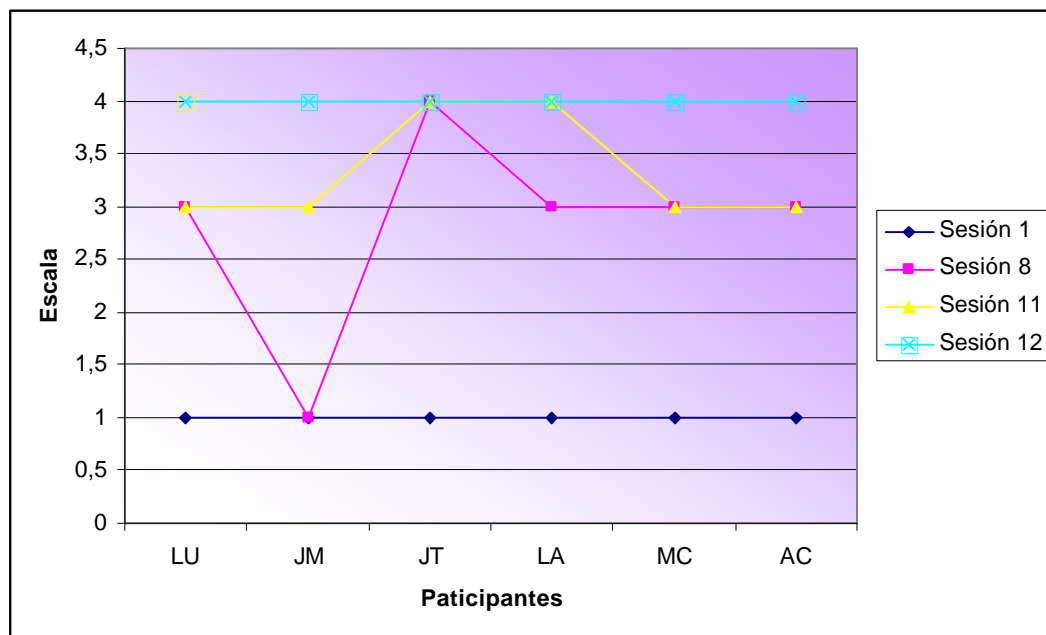
Fuente: Elaboración Propia, 2007

Este tipo de evaluación permitió mostrar cómo en el proceso, cada uno va logrando los objetivos a su propio ritmo, pero sin limitar el avance del grupo.

La tercera variable a evaluar en el perfil de entrada fue la de pruebas a favor y en contra de los pensamientos automáticos. A pesar de que el progreso en esta variable de evaluación fue más lento, para la mayoría del grupo, al contrastarlo con la sustitución de pensamientos y el desarrollo de estrategias, facilitó la incorporación interna del enfoque en cada uno de los participantes.

En las gráficas 3, 4 y 5 se evidencian estas afirmaciones:

**Gráfico Nº 3**  
**Pruebas a Favor y en Contra de los Pensamientos Automáticos**  
**Grupo de Duelo “LA ESPERANZA”, Julio – Octubre 2007**  
**Clínica Dr. Clorito Picado**

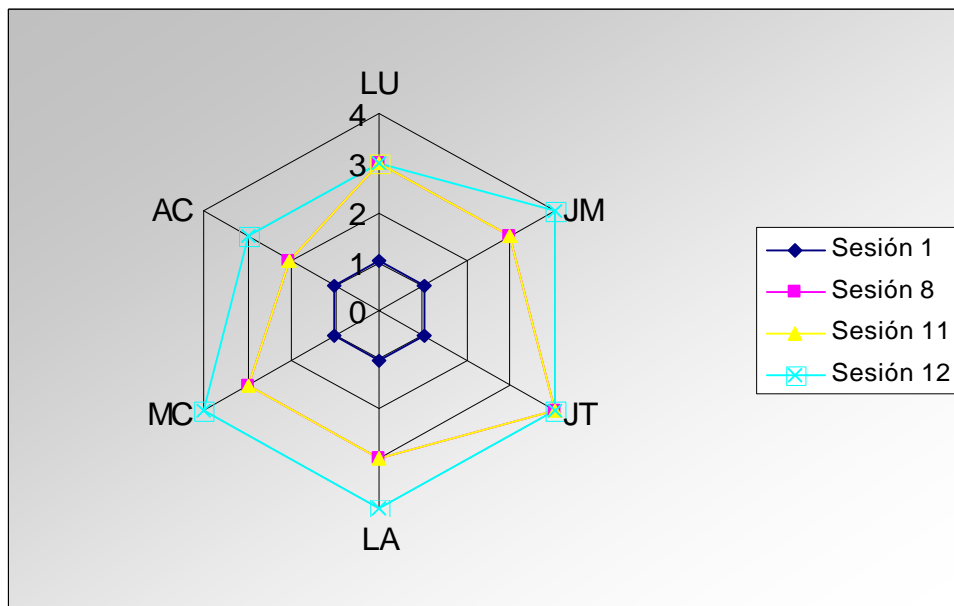


Fuente: Elaboración Propia, 2007



Como se observa, los participantes logran más rápidamente localizar las pruebas a favor y en contra de sus pensamientos distorsionados, identificándolos y haciendo modificaciones en estos. Tal es el caso de L.U.; “No me dan respuestas en el hospital”; los sentimientos detectados se expresan en “enojo, frustración, desilusión”; el pensamiento automático, con la manifestación de que “no hacen nada bien, no quieren decirme qué sucede, no saben qué hacer”; la distorsión detectada está contenida en una alocución como esta: “filtro mental, generalización excesiva, conclusiones apresuras”. Y la respuesta racional reevaluada es: “quizás quieren investigar más para darme una mejor respuesta”.

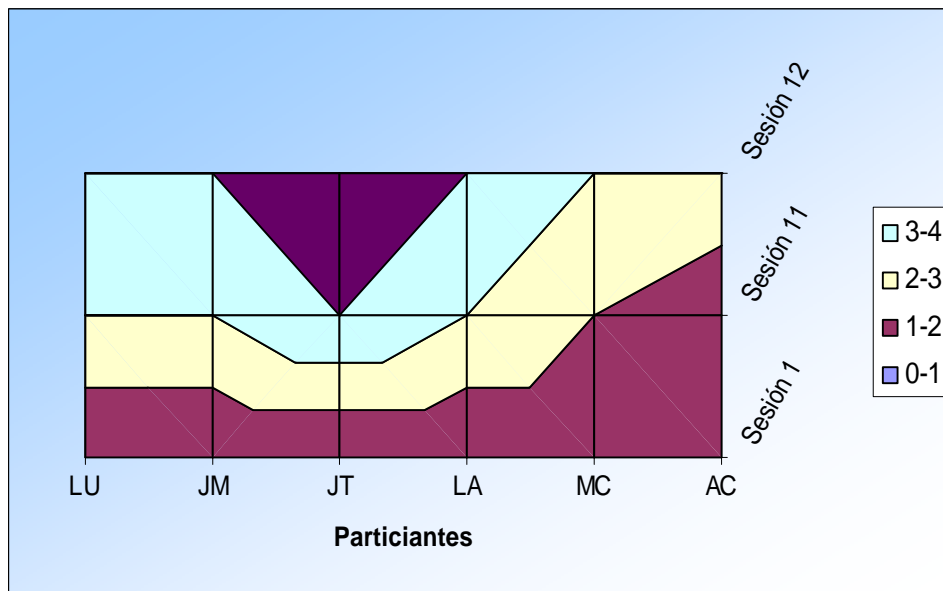
**Gráfico N° 4**  
**Sustitución de Pensamientos Automáticos Grupo de Duelo**  
**“LA ESPERANZA”, Julio – Octubre 2007**  
**Clínica Dr. Clorito Picado**



Fuente: Elaboración Propia, 2007

En el desarrollo de las estrategias, se pudo confirmar que las creencias intermedias son un elemento que limita el cambio si no se trabajan; se realizaron modificaciones en las respuestas emocionales obtenidas pero que, al identificarlas, se pueden trabajar. Por ejemplo, L.U. dice que su creencia intermedia la hace pensar: *“me angustia el hecho de que en el hospital aún no me den una respuesta en genética y me paso pensando en si podré o no tener hijos sanos”*. Cuando valida dicha creencia y confronta con el nuevo aprendizaje para hacer cambios plantea: *“trato de pensar en que debo disfrutar esta etapa de mi vida, y no pensar en ello, Dios sabrá qué es lo mejor para mí”*.

**Gráfico N° 5**  
**Desarrollo de Estrategias, Grupo de Duelo “LA ESPERANZA”,**  
**Julio – Octubre 2007**  
**Clínica Dr. Clorito Picado**



Fuente: Elaboración Propia, 2007

Cuando se analizó cualitativamente este aprendizaje, los participantes mencionaron:

- Tengo la fuerza de saber que tengo mucho por qué vivir.

- Tengo la fuerza de saber que soy capaz de seguir adelante.
- Vivir cada momento, día a día.
- El grupo de terapia para mi concepto es una gran fortaleza, ya que todos hemos recibido bendiciones.
- Necesito estar bien porque la vida es muy corta y tengo que sentirme con ganas de vivir.

Los logros o resultados de los participantes se deben a que todos fueron realizando el trabajo de forma conjunta, utilizando técnicas cognitivas que coadyuvan a la obtención de resultados positivos y negativos. Por ejemplo, el uso de la técnica de biblioterapia con temas referentes al duelo, al conocimiento de las etapas del duelo, a las formas de vivir sin mi ser querido, facilitaron la extensión terapéutica en el hogar.

Las reflexiones finales permitieron a cada uno autoanalizarse y encontrar estrategias para autoconocerse; también, compartir con otras personas que viven algo similar a su historia y saber qué han hecho al respecto.

La relajación, aunque se aplicó en algunas sesiones, fue significativa en el grupo. Al vivirse momentos tan intensos como comentar su experiencia, construir su concepto de pérdida, desglosar el inventario de emociones de Beck, entre otros, facilitaron a los participantes canalizar su dolor físico y emocional, aunque esto se realizará en la vivencia de cada uno de ellos.

El que existiera un espacio seguro, donde hablar era parte del contrato, facilitó que cada uno fuera tomando confianza, generando una unión sólida, por medio de los sentimientos y las estrategias desarrolladas.

La intervención social terapéutica demostró su efectividad en los resultados y en el cambio de los conceptos referentes al duelo. El trabajo centrado en los pensamientos y sentimientos de las personas que participaron en el proceso grupal les permitió analizar, comprender y modificar distorsiones alrededor de la muerte de su ser querido y acoger un nuevo punto de vista para retomar su vida.

Se puede observar que todos los resultados fueron coherentes con los objetivos y la estrategia planteada, y que se lograron una interrelación con el modelo aplicado, la evaluación y los resultados finales:

- Se realizó un perfil de entrada al grupo, desde un diagnóstico social que visibilizó las necesidades de cada uno de los participantes.
- Se desarrolló un listado de temas que permitirían a las personas conocer el enfoque en sí mismo y la temática de duelo en lo social, cultural y emocional, sus vínculos y las distorsiones que se generan de las creencias centrales e intermedias.
- Se generó un plan de tratamiento en el perfil de entrada que, aunque predefinido, contempló aspectos emergentes y aspectos específicos.
- Los participantes lograron incorporar a su vida cotidiana la aplicación de técnicas cognitivas que les permitieron sobrellevar su proceso de duelo y pérdida. J.M analizó su historia familiar y tomó decisiones que la muerte de su hijo no le permitía, pues pensaba que ese era el castigo que debía vivir por lo sucedido.

- Realizaron esfuerzos por alcanzar cambios en las distorsiones cognitivas respecto al duelo y la pérdida, desarrollando estrategias que les permitieran una respuesta distinta al dolor y al recuerdo del ser amado fallecido. Buscaron comprender la muerte como un evento natural, que deja impacto en la vida, pero que se puede recordar con amor y no con dolor.
- Se prepararon para la finalización del proceso grupal y se dispusieron para posibles nuevos eventos y recaídas. Se brindó material de apoyo para ser revisado en momentos difíciles.
- Se sistematizó el proceso; a la vez, este fue evaluado desde lo cualitativo y cuantitativo para tener elementos que confirmaran los logros de los participantes.
- Se logró la detección de las creencias intermedias y centrales, aunque de forma parcial, por falta de tiempo.

En resumen, se puede concluir que el proceso grupal para el manejo de situaciones de duelo favoreció el cambio cognitivo, emocional y conductual, lo que ayudó a los participantes a concebir el evento desde una óptica cultural, social y personal distinta, y permitió una incorporación menos dolorosa a la vida cotidiana. El proceso terminó, según una reflexión grupal, recordando, desde el amor, al ser querido fallecido “y no desde el dolor de la ausencia que detuvo el tiempo y solamente para recordar el vacío, la angustia y la culpa”.

La directividad inicial fue disminuyendo y cada participante se apropió del proceso conforme se desarrollaban las sesiones; la participación consistió en las siguientes actividades:

- Resumir la sesión anterior.
- Exponer ideas y pensamientos en cada sesión.
- Contar la historia de pérdida y temores existentes.
- Brindarse apoyo mutuo para sobrepasar cada evento difícil referente a la pérdida.
- Escribir sobre su dolor, pasando del enojo, la ira, la culpa, la tristeza, hasta llegar al amor.

En la evaluación cualitativa, el grupo resumió sus percepciones sobre el proceso opinando que se trataba de estrategias para la vida; que le gustaba todo lo que se había visto; que ahora estaba más motivado a conversar; que hablar de los sentimientos resultaba ahora más comfortable; finalmente, la mayoría de los participantes dijo que se sentían muy positivos; y se sentía bien.

Como resultado del uso de las técnicas, la terapeuta pudo observar en los participantes al finalizar el proceso, que este fue “enriquecedor, con reflexiones positivas y de crecimiento; con avances significativos expresados en el apoyo grupal a una de las participantes por la pérdida del embarazo; los participantes compartieron sus fotos del ser querido que falleció, después de haber dado un giro a las distorsiones anteriores, con respecto al significado emocional y cognitivo. La idea de mostrar fotografías surgió de los participantes, mismos, para ayudarse a relatar puntos de la historia que no se habían desarrollado hasta ese momento. Al ser esta una actividad generada por ellos, no existieron directrices; sin embargo, el nivel de riqueza y esperanza expresada, permitió consolidar el grupo como enriquecedor y promotor del cambio. Esta actividad demostró que el grupo no solo es un enhebrado de ejercicios estructurados, sino un ejercicio de expresión de sentimientos, cuya profundidad es marcada por los participantes.

EL trabajo grupal y las sesiones fueron el hilo conductor que llevó de la mano a cada uno de los participantes para cumplir con los principios básicos del enfoque seleccionado. El abordaje y el método permitieron la

reestructuración cognitiva, apoyada en las técnicas definidas, en las reflexiones y en el uso de la relajación como una alternativa para el manejo del dolor y la pérdida.

Las técnicas empleadas en los procesos grupales y el enfoque cognitivo conductual permiten establecer la normas de funcionamiento; a su vez, marcan la pauta de la forma de trabajo, de la revisión de procesos individuales en busca de intervenciones ubicadas en el aquí y el ahora, sobre proyecciones futuras y modificaciones para retomar el proyecto de vida. Desde ahí, el trabajo con las creencias intermedias y centrales se torna vital. Por ello, los miembros del grupo logran hablar sobre cómo las técnicas les han permitido enfrentar las dificultades en la vida desde otra forma.

El hablar, describir el dolor y compartir su experiencia, comentando sobre su vivencia actual fue el momento en que cada uno se identificó con su compañero, donde las lágrimas y sentimientos de enojo e ira, afloraron de forma espontánea. La principal tarea de la terapeuta fue reafirmar la seguridad del grupo, el apoyo recíproco de los compañeros y analizar la situación, cuestionando las distorsiones presentes y orientando hacia el cambio.

En todo el proceso grupal, se discutió a profundidad temas referentes al enfoque cognitivo conductual, sobre el duelo, sus etapas, sobre la cultura y el simbolismo de las pérdidas, sobre alianzas y los significados de estas para motivar el cambio. El grupo en todo momento estuvo caracterizado por el apoyo, la energía y las interacciones que facilitaban la conducción, el crecimiento y los cambios generados, situación que se presenta cuando el grupo acepta la responsabilidad de tomar la dirección de su propio proceso.

El tema de las distorsiones cognitivas, cuestionó el tema de los “debería” que surge como una carga pesada con el pasar del tiempo, pues cuestionaba su papel de madres y padres, quienes tenían sentimientos de

culpa que constantemente les recordaba que sentirse mal era lo único que quedaba en sus vidas.

La cohesión grupal se fue consolidando con el avance de las sesiones, generando en las personas participantes se identificaran con el otro, lo cual ayudaba en los momentos más complejos. En las últimas sesiones, el grupo estaba cohesionado, y su esfuerzo se orientaba a la mejor administración del tiempo para reforzar el trabajo con las creencias intermedias y centrales, utilizando las columnas de Beck y el diagrama de conceptualización cognitiva. Esto permitió anticipar y modificar las creencias intermedias y visualizar las creencias centrales referentes al duelo.

El terapeuta debe tener claro que las revelaciones y el proceso de catarsis deben ser la oportunidad para trabajar en el aquí y el ahora para mejorar el contenido del proceso de la autorrevelación y facilitar la exploración de las creencias centrales.

En la terminación del proceso grupal se dan dos elementos fundamentales. Uno de ellos es que las personas participantes comprendan la pérdida del grupo, para lo cual hay que ayudarles a hacer frente a los sentimientos que esto puede motivar. El otro es anticipar y prevenir las recaídas, y la pesadumbre por los temas no finalizados.

El grupo plantea la posibilidad de reunirse después de la finalización y los miembros acuerdan llamarse telefónicamente para tal efecto. La terapeuta apoyó y alentó la idea. Sin embargo, esta actividad no se llevó a cabo; aún así, las personas participantes han estado en contacto con la terapeuta quien les ha podido brindar un seguimiento.



## Reflexiones y Recomendaciones Finales

En este apartado se tocarán los aspectos más relevantes de la propuesta y su viabilidad, de la sistematización y del modelo de evaluación.

El enfoque cognitivo conductual facilita el conocimiento como una forma de trabajar los problemas que presentan las personas. Los problemas se direccionan hacia el análisis de los pensamientos y sentimientos, para explorar las distorsiones cognitivas, con el objetivo de modificar los patrones de pensamiento. Para ello el terapeuta debe ayudar a las personas a desarrollar estrategias sistemáticas, desde una perspectiva real y válida. Entre los elementos positivos detectados de dicho enfoque, para la atención grupal de personas en procesos de duelo, está la construcción teórico-metodológica de la intervención, que utiliza el modelo socio-educativo fundamental en Trabajo Social.

Se debe resaltar que la estructura de las sesiones y sus técnicas permitieron unificar el problema y ver la muerte como un proceso natural; facilitó visualizar las soluciones individuales y grupales, favoreció el desarrollo de aspectos socio-terapéuticos para el crecimiento y el cambio de las participantes y los participantes. Al mismo tiempo, facilitó herramientas socio-terapéuticas para que las personas puedan retomar su vida desde un punto de vista menos doloroso, con un proyecto vital que las llevará a ver la pérdida como una oportunidad para crecer.

El plan de trabajo y la construcción de cada una de las sesiones se constituyeron en el norte que guiaba el trabajo en cada sesión. Este puede ser seguido por otros terapeutas que conozcan el enfoque, con la adecuación de contenidos. Por otro lado, los emergentes deben ser atendidos a lo largo de las sesiones y es un elemento que debe estar contemplado en cada una de las sesiones y variará dependiendo de la conformación del grupo.

Cuando se trabaja con las personas, se debe tener claro que las creencias sobre el tema de duelo están muy arraigadas por el proceso educativo y cultural existente. Estos aspectos requieren de mayor tiempo de trabajo; el grupo inició una aproximación a las creencias centrales e intermedias de las personas participantes, pero si se desea trabajar sobre estos puntos mencionados, se requiere de ampliar el proceso en al menos tres sesiones, donde se utilicen técnicas que brinden profundidad al tema para que las modificaciones sean intensas.

La teoría del enfoque cognitivo conductual señala una serie de aspectos que deben ser seguidos de forma lineal; sin embargo, por la forma de analizar los procesos desde lo social, el terapeuta que desee aplicar el modelo debe tener en cuenta que los procesos de las personas no son lineales, tienen avances, retrocesos y estancamientos; los pasos utilizados sirven como guía teórica del modelo, pero en la práctica pueden ser modificados según las necesidades grupales. Por lo tanto, se debe analizar el enfoque cognitivo conductual, desde una visión crítica y social, para facilitar la mezcla de la riqueza que tiene lo social en el trabajo con las personas. Lo grupal tiene la riqueza de visualizar el problema como algo que sucede a muchas personas y no como un elemento individual que daña a un único ser humano; esto facilita el compartir el dolor y las estrategias utilizadas por cada participante.

El trabajo en grupo permitió generar un panorama más amplio sobre la situación de pérdida y duelo, facilitó espacios de discusión y autoanálisis, lo que se convirtió en la fuerza impulsadora para mejorar su vida y sus relaciones posteriores a la pérdida. En el proceso se brindaron apoyos individuales básicos que, aunque no tenían relación directa con el tema, sí generaban un efecto en el grupo.

Los factores terapéuticos presentes en el grupo fueron los espacios de tolerancia y generosidad cuando cada uno de ellos enfrentó situaciones. Se convirtieron en redes de apoyo social, dando como ganancia secundaria

altos niveles de confianza y aceptación, no sólo de ayuda en el grupo sino fuera de este.

Otro aspecto que debe resaltarse es que las personas participantes en el grupo comprendieron que el duelo es un proceso que debe vivirse en etapas y visto como una oportunidad para crecer.

La capacidad del ser humano de expresar sus sentimientos, de comprender la subjetividad de lo que sucede, de entender y extraer la unicidad del dolor, retomado en lo grupal, facilita a las participantes y los participantes visualizar los pensamientos y los sentimientos de la colectividad en torno al duelo.

Se redimensiona el sentimiento de dolor, descubriendo el significado del mismo y, el sentido viendo la muerte como parte de la vida, incorporando el duelo desde una visión más integral e integradora.

El enfoque cognitivo conductual y su premisa sobre la capacidad de transformación del ser humano y su visión pensamiento, sentimiento y acciones apoya el cambio de conducta, sobre todo la modificación en la actitud, trabajando ese punto en la vida y reforzando las nuevas estrategias. Además el enfoque brinda herramientas e instrumentos que instruyen el cambio, que permite gestar el cambio en el aquí y el ahora.

Se debe resaltar los factores terapéuticos como: infundir esperanza, universalidad, compartir información, instrucción didáctica, dar consejo, desarrollo de técnicas de socialización, conducta imitativa, catarsis, recapitulación correctiva y cohesión grupal fueron elemento central para el éxito del proceso grupal. Estos muestran su potencial para fomentar el cambio, exigen habilidad terapéutica, operando en diferentes sentidos y momentos a lo largo del tiempo.

Cada uno de los participantes y las participantes fueron sujetos multiplicadores en sus familias y en su contexto social inmediato, comentando los cambios en sus pensamientos, sentimientos y acciones en torno a su proceso de duelo, beneficio indirecto del proceso terapéutico.

Se debe tomar en cuenta, que el trabajo grupal no es nuevo para Trabajo Social; sin embargo, es innovador en la temática de duelo, que da paso a nuevos espacios laborales que no están siendo abordados en salud y que actualmente derivan en diversas atenciones médicas.

Trabajo Social está inserto en el mundo de la salud y requiere de nuevas estrategias de trabajo que le permitan el abordaje de la “cuestión social”. Esto obliga a los profesionales del campo a investigar y desarrollar mejores y nuevos métodos que permitan a una atención social óptima y efectiva para las personas.

Esta experiencia en el área de la Caja Costarricense de Seguro Social, puede ser replicada en el segundo y tercer nivel de atención, facilitando la atención a las familias donde se presenta la muerte de un ser querido. Esta permitiría, abarcar mayor cantidad de personas y brindaría una respuesta oportuna y efectiva al proceso de duelo.

La medición del proceso grupal permite ver la producción, en cantidad y calidad de la atención. El brindar atención grupal a personas que enfrentan problemas similares es una alternativa socio-terapéutica innovadora.

## **Evaluación y Sistematización como un Proceso de Registro**

A lo largo de la experiencia, se desarrolló e implementó un modelo de evaluación y una propuesta de sistematización que permitiera recuperar y medir el avance del grupo; esta propuesta no fue estática sino que hubo que

se revisa con el desarrollo, con el fin de realizar los ajustes necesarios para el grupo.

La evaluación y el registro de cada sesión fue útil para valorar el logro de los objetivos, la funcionalidad del proceso definido, la viabilidad de este, y visualizar los cambios de los participantes, tanto individual como colectivamente.

La evaluación permanente, desde el principio hasta el final, combinada con la de sujeto único, permitió la organización de la sistematización de la experiencia, así como la reconstrucción, y brindó aportes significativos recopilados mediante los instrumentos utilizados para tal propósito.

A su vez, ambos modelos facilitan la evidencia de los avances y los logros de las personas desde lo cualitativo y cuantitativo. En lo social, lo anterior se convierte en fundamental para demostrar el avance de los participantes, la efectividad y eficiencia en la atención de las personas, y demostrar a las autoridades, con números, el trabajo realizado.

Las variables utilizadas en la evaluación de sujeto único y los ejes de la sistematización permitieron implementar aspectos de la autoevaluación de los participantes, de modo que estos gráficamente visualizaran su avance y consiguieran reflexiones sobre su proceso personal, sobre las acciones que debían implementar y las acciones pendientes de realizar para finalizar su proceso grupal.

Es importante utilizar los instrumentos de evaluación definidos, pues estos permiten su aplicación en cada una de las sesiones y facilitan el registro de lo cualitativo y cuantitativo, apoyando la sistematización del proceso. Por su parte, las variables e indicadores utilizados son necesarios y suficientes para poder realizar la evaluación con criterio claro y objetivo y permiten dar rigurosidad al proceso de sistematización de la experiencia.

El quehacer profesional de Trabajo Social requiere actualmente de estrategias oportunas, ágiles, sencillas e innovadoras para entrelazar su intervención social con un modelo de evaluación y de sistematización, y para facilitar el desarrollo de la profesión, con una visión rigurosa aplicable a otros grupos poblacionales y a otro tipo de problemas.

Es importante mencionar que se encontraron aspectos teóricos sobre el enfoque aplicado, sobre la sistematización y sobre el modelo de evaluación utilizado en otras situaciones; sin embargo, no se hallaron experiencias sobre la atención grupal socio-terapéutica en personas que han perdido un familiar debido al fallecimiento, por lo que esta propuesta es novedosa y creativa con respecto a la problemática abordada.

Existen experiencias grupales en la temática de duelo, que varían en los enfoques que utilizan, en la duración que tienen y en los resultados que se logran. Además, se encontraron experiencias con grupos de autoayuda y de apoyo que también mencionan sus experiencias y sus éxitos.

Un aspecto adicional que debe destacarse de la experiencia es su ajuste a las dimensiones en las que Trabajo Social se desempeña y la complementariedad del enfoque con lo socio-educativo y lo socio-terapéutico.

Para la terapeuta, que esta experiencia se replique como parte de las acciones cotidianas de Trabajo Social y que se capacite a otras profesionales en esta problemática es la mejor forma de medir el impacto positivo de su trabajo.

El proceso grupal parte de la necesidad sentida de la población, expresada en la cantidad de situaciones sociales referidas y detectadas en los Servicios de Trabajo Social. Se constituye en una alternativa para la atención integral de la salud y para racionalizar al máximo los recursos existentes en cada unidad. Es, en realidad, una ampliación de la oferta de servicios ofrecidos.

## **Experiencia de los participantes**

En lo que respecta a los cambios que experimentaron los participantes, los instrumentos de evaluación, el perfil de entrada y salida permitieron comparar los avances en las áreas cognitivas, emocionales y en lo conductual cuando cada uno inició la puesta en práctica de las nuevas estrategias.

Al realizar una comparación sobre los objetivos planteados y los logros obtenidos, se visualizan cambios positivos, que fueron conceptualizados por los participantes como moderados; sin embargo, al comparar los resultados alcanzados con el perfil ideal, se observan cambios importantes en su concepto de muerte. Se debe recordar que el perfil ideal es solamente la guía que promueve las modificaciones, pues la perfección en los seres humanos es difícil de lograr.

La visión de la muerte, el enfrentamiento de la pérdida, las respuestas al evento, y el cambio de conductas hacia otras personas, así como la cultura, dificultan o apoyan el proceso, pues desde las creencias centrales la interpretación que se realiza genera distorsiones y pensamientos automáticos.

Las personas, en los procesos socio-terapéuticos, realizan modificaciones sobre una temática en particular en la que aprenden a hacer cambios significativos en algunas áreas; en el caso específico, aprenden a cuestionar sus creencias centrales e intermedias para interpretar la realidad desde una visión más positiva, que les posibilite hacer cambios en el ambiente y en su relación con su contexto familiar, comunal y hasta laboral. Esta situación no pudo ser observada directamente, pero fue objeto de comentario en el proceso grupal.

Es importante mencionar la apertura de la población para tratar el tema de muerte y duelo en otros espacios fuera del ámbito familiar. Esto debido a que la muerte de una persona supone una de las situaciones más difíciles que deben afrontar los profesionales de la salud, pero también puede suponer una de las experiencias más enriquecedoras y de gran intensidad emocional, que requiere de ayuda para que se pueda resolver.

El efecto multiplicador de los aprendizajes del grupo en otros familiares, amigos, compañeros de trabajo, vecinos, no se pudo observar de forma directa; sin embargo, los mismos participantes refieren a otras personas que viven la misma situación y les comentan lo exitoso que ha sido para ellos la participación en el grupo.

### **Experiencia Personal y Programa de Maestría**

Se debe destacar que la Maestría brindó un servicio a la Clínica Dr. Clorito Picado, específicamente al Departamento de Trabajo Social sin costo alguno, para la institución o para los participantes y las participantes, impulsado por el posgrado a través de la estudiante.

Es fundamental que dentro de la Maestría se trabaje de forma más estructurada y específica los modelos socio-terapéuticos para facilitar al estudiante mayor conocimiento en el enfoque que cada uno desea implementar en la práctica.

La experiencia personal de la terapeuta para trabajar en procesos de duelo, requiere de alto nivel de compromiso y una revisión personal de su propia historia de vida. Este es un elemento que debe ser analizado para poder llevar a cabo el proceso grupal.

Fue posible reconocer las habilidades y limitaciones que las personas tenemos en el desarrollo de experiencias novedosas y sobre todo a nivel



grupales, porque la intervención socio-terapéutica requiere herramientas que se alcanzan con la práctica cotidiana.

La implementación conjunta de un enfoque terapéutico, enriquecida con la visión y principios, la epistemología y la metodología de Trabajo Social, permite aplicar cambios en el enfoque que le dan a este mayor amplitud y logros.

La sistematización del proceso sufrió una serie de retrasos que limitaron la reconstrucción, pero a la vez, ese distanciamiento temporal permitió madurar la propuesta y, sobre todo, sistematizar la experiencia retrospectivamente.

## **Recomendaciones**

La profesional de Trabajo Social que replique la experiencia debe tener en cuenta los siguientes aspectos:

- ❖ Tener elaborados sus propios procesos de duelo, ya que las sesiones son intensas y remueven múltiples sentimientos.
- ❖ Valorar de forma individual si existieron conflictos con la persona fallecida, los cuales puedan limitar la participación de ella dentro del grupo. Es ideal separar a los padres de los hijos, a los hermanos y a los abuelos, porque la relación que poseían con el ser querido fallecido es única y esto puede inhibir la participación para “no dañar o herir a los otros”.
- ❖ Llevar un proceso individual paralelo al grupal, en caso de duelo por suicidio y homicidio.
- ❖ Dar atención individual a la persona que se encuentra en crisis por el fallecimiento reciente (tres meses de antelación o menos) de un ser querido; posteriormente, se le incorporará al grupo de duelo.

- ❖ Tener conocimiento teórico, metodológico y epistemológico del modelo y sobre duelo.
  
- ❖ Tomar en cuenta las estrategias para enfrentar los emergentes que puedan surgir a lo largo de la sesiones.

## BIBLIOGRAFÍA

- Acuña, Alejandra y Bolaños María del Carmen (2001), Estudio Epidemiológico de la Mortalidad Infantil por Malformaciones Congénitas en las Regiones Central Norte y Central Sur, Tesis de Maestría en Gestión Políticas de Salud, San Pedro, Costa Rica.
- Albom, Mitch (1998), Encuentros con Morrie: La Lección más Grande de la Vida, Editorial, Grupo Norma, Bogotá, Colombia.
- Ayala, Norma, Carvajal, Xinia, Fonseca, Jorge y otros, (1993), Hacia un Nuevo Modelo de Atención en Salud, San José, Costa Rica.
- Banco Interamericano de Desarrollo, Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo, Reforma Social y Pobreza: Hacia una Agenda Integrada de Desarrollo, Washington, D.C., Febrero, 1993, Cap. 1-5.
- Beck, Judith (2000), Terapia Cognitiva, Conceptos Básicos y Profundización, Editorial Gedisa, Primera Edición, Barcelona, España.
- Bermúdez, Alicia (1991), Determinantes Individuales y Contextuales de la Mortalidad Infantil en Costa Rica, 1984, Instituto de Investigaciones Económicas, San Pedro, Costa Rica.
- Bowlby, John (1990), La Pérdida Afectiva. Tristeza y Depresión, Editorial Paidós, Buenos Aires, Argentina.
- Bloon y Fischer (1982), Evaluación de la Práctica: Guía para la Práctica Profesional, Editorial Prentice Hall, Englewood Cliff, E.U.A.
- Bucay, Jorge (2002), El Camino de las Lágrimas, Editorial Océano, México, D.F.
- Burns, David (1990), Sentirse Bien. Una Nueva Terapia en contra de las Depresiones, Editorial Paidós, Primera Edición, Barcelona, España.
- Caja Costarricense de Seguro Social, (Diciembre, 1998), Compromisos de Gestión San José, Costa Rica.
- Caja Costarricense de Seguro Social, (Diciembre, 1999), Compromisos de Gestión San José, Costa Rica.
- Caja Costarricense de Seguro Social, (Agosto, 2000), Trabajo Social en Compromisos de Gestión San José, Costa Rica.
- Caja Costarricense de Seguro Social, (Diciembre, 2001), Compromisos de Gestión San José, Costa Rica.

- Caja Costarricense de Seguro Social, (2000), ASIS, Clínica Dr. Clorito Picado, San José, Costa Rica.
- Caja Costarricense de Seguro Social (2001), Casos de Mortalidad Infantil Investigados en la Clínica Dr. Clorito Picado, San José, Costa Rica.
- Caja Costarricense de Seguro Social (1997), Reglamento de Seguro de Salud, San José, Costa Rica.
- Caja Costarricense de Seguro Social, (2005), 40 Años Clínica Clorito Picado, Elaborada por Lic. Chavarri Diego. Tibás, Costa Rica.
- Carmona, Zoraida y Bracho, Cira (2008), La Muerte, el Duelo y el Equipo de Salud, Revista de Salud Pública (XII) 23 de diciembre, Venezuela.
- Caruso, Igor (1996), La Separación de los Amantes, Editorial Siglo XII S.A., Distrito Federal, México.
- Castañedo, Celedonio, Brenes Aberlardo, Jensen Henning y otros, (1993), Seis Enfoques Psicoterapéuticos, Editorial Moderno S.A., Primera Edición, Distrito Federal, México.
- Corey, Gerald (1982), Theory and Practice of Counseling and Psychotherapy, Editorial Brooks/Cole Publishing Company, Second Edition, California, Estados Unidos de América.
- Corr, Charles (2001), Las Muertes Violentas e Inesperadas Dejan una Serie de "Víctimas Secundarias" Universidad del Sur de Illinois en Edwardsville, Partnership for Caring, Inc.  
([www.findingourway.net/downloads/Violence\\_Sp.doc](http://www.findingourway.net/downloads/Violence_Sp.doc))
- Chacón, Laura e Hidalgo, Roxana (1994), Cuando la Femenidad se Trastoca en el Espejo de la Maternidad: Un Análisis Casuístico de Madres Penalizadas por Cometer Infanticidio, Instituto de Investigaciones Sociales, Universidad de Costa Rica.
- Deits, Bob (1992), Vivir Después de la Pérdida, Editorial Diana, México, D.F.
- Free, Michael L. (2000), Cognitive Therapy in Groups. Guidelines and Resources for Practice. Ed. John Wiley & Sons, Ltd. New York. USA.
- Feeney, Griffith, (1983), Estimación de la Mortalidad Infantil y de la Niñez en Condiciones de Mortalidad Variable, CELADE, San José, Costa Rica.
- Fernández, Antonieta y Ramos Ileana (2000), Familia y Procesos de Duelo. Análisis de la Dinámica de una Familia con un Paciente con Cáncer

Terminal, Tesis para optar por al grado de Licenciatura en Psicología, San Pedro, Costa Rica.

- Freud, Sigmund (1915, 1981), Las Obras Completas, Editorial Biblioteca Nueva, Madrid, España.

- Font, Rosa (1998), La Efectividad de la Terapia de Familia con Enfoque Sistémico, en Familia con Manejo de Límites y Adaptación a Fuentes de Stress, Maestría de Trabajo Social, SEP, San Pedro, Costa Rica.

- Fonnegra, Isa (1999), De Cara a la Muerte: Cómo Afrontar las Penas, el Dolor y la Muerte para Vivir Plenamente, Editorial Andrés Bello, Colombia.

- Fundación Pro Unidad de Cuidado Paliativo (2007) Historia de los Cuidados Paliativos en Costa Rica.  
(<http://www.cuidadopaliativo.org/costarica.htm>)

- Grecco, Eduardo (1998), Muertes Inesperadas: Manual de Autoayuda para los que Quedamos Vivos, Ediciones Continente, Segunda Edición, Buenos Aires Argentina.

- Golman, Howard, (1999), Psiquiatría General, Editorial Manual Moderno, S.A., Segunda Reimpresión, Distrito Federal, México

- González Calvo, Valentín (2006), Trabajo Social Familiar e Intervención en Procesos de Duelo con Familias, Ponencia al VI Congreso de Escuelas Universitarias de Trabajo Social.  
(<http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2002448>)

- González Núñez, José (1999), Psicoterapia de Grupos, Editorial Manual Moderno, Distrito Federal, México.

- Güell Durán, Ana Josefina (1999), “Experiencia Terapéutica grupal para personas VIH/SIDA homosexuales. Un aporte desde la perspectiva cognoscitiva, Informe de Sistematización de la Residencia Práctica para optar por el título de Magistra en Trabajo Social con énfasis en Intervención Terapéutica, San Pedro, Costa Rica.

- Guzmán, Laura (1998) Cómo Sistematizar Experiencia Metodológicas con Adolescente y Jóvenes. Lineamientos Teóricos Metodológicos y Operativos, Programa de Mujeres Adolescente CEE, San José Costa Rica

- Haley, Jay (1980), Terapia no Convencional, El Ciclo Vital Familiar, Amorrortu Editores, Buenos Aires, Argentina pp. 33-57.

- Hernández, Roberto; Fernández, Carlos y Baptista, Pilar (1998), Metodología de la Investigación, Mc Graw Hill, Segunda Edición, Distrito Federal, México.

- Hidalgo, Roxana y Chacón, Laura (2001) Cuando la Feminidad se Trastoca en el Espejo de la Maternidad, Colección Instituto de Investigaciones Sociales, Editorial de la Universidad de Costa Rica, San José, Costa Rica.
- Jara, Óscar (1994) Para Sistematizar Experiencias, Editorial Alforja, Primera edición, San José, Costa Rica.
- Jiménez, Alexandra y Vargas Damaris (1993), Características del Duelo Anticipado: Un Estudio de Casos con Padres de Niños con Cáncer Remitidos a la Unidad de Cuidados Paliativos del Hospital Nacional de Niños, que se Encuentran en la Fase Terminal de su Padecimiento, Tesis para optar al grado de Licenciatura en Psicología, San Pedro, Costa Rica.
- Kaplan, Harold y Sadock Benjamín, (1998), Terapia de Grupo, Tercera Edición, Editorial Médica Paramericana S. A.
- Kübler-Ross, Elisabeth (1975), Sobre la Muerte y los Moribundos, Segunda edición, Editorial Debolsillo, Distrito Federal, México.
- Kübler-Ross, Elisabeth (1997), La Rueda de la Vida, Tercera edición, Editorial Punto de Lectura, España.
- Kuehlwein, Kevin. (1999) "The cognitive Therapy Model". En: Dorfman Rachele. Paradigms of Clinical Social Work. Volume 2. Cap. 6. Editorial Brunner / Mazel. New York.
- Liberman, Diana (2007) Es hora de Hablar del Duelo: del Dolor de la Muerte al Amor a la Vida, Editorial Atlantida, Buenos Aires, Argentina.
- Longarker, Cristine (1997) Afrontar la Muerte y Encontrar Esperanza, Editorial Grijalbo, México.
- Mischel Walter (1988), Teorías de la Personalidad, Editorial Mc Grow-Hill, México.
- Naciones Unidas, (1990), Factores Sociales de Riesgo de Muerte en la Infancia, CELADE, Santiago, Chile.
- Naranjo, María L. (2004), Enfoques conductistas, cognitivos y racional-emotivos, Primera Edición, Editorial de la Universidad de Costa Rica, San José, Costa Rica.
- Obando, Ligia y Villalobos María (1994), Procesos de Duelo en una Familia con un Paciente Terminal. Un Acercamiento desde el Modelo de Terapia Familiar Sistémica, en una Familia Costarricense con un Miembro Varón Homosexual con SIDA, Tesis para optar al grado de Licenciatura en Psicología, San Pedro, Costa Rica.

- Phares, Jerry y Trull, Timothy, (1999), Psicología Clínica, Conceptos, Métodos y Práctica, Editorial Manual Moderno, Segunda Edición, Distrito Federal, México.

- Pérez Valera, Víctor, (2009), Aspectos espirituales y religiosos del duelo por la muerte de un ser querido.  
<http://www.uia.mx/humanismocristiano/docs/duelo.doc>

- Rojas Posada, Santiago (2005), El manejo del duelo. Una propuesta para un comienzo, Editorial Norma, Bogotá, Colombia.

- Ramos, Pilar, (1992), Factores Asociados con la Mortalidad Infantil, un Estudio de Casos y Controles, Seminario para optar al grado de Licenciatura en Estadística, San Pedro, Costa Rica.

- Romero, S., María Cristina, (1997), El Modelo Terapéutico en Trabajo Social, Tomo III, Universidad de Costa Rica, Sin Publicar.

- Romero, Carmen María, Apuntes de Clase, Maestría en Trabajo Social, Universidad de Costa Rica, San José, Costa Rica, 2001.

- Ruiz, Olabuenaga e Ispizua, María Antonieta (1989), La Descodificación de la Vida Cotidiana. Método de Investigación Cualitativa, Publicaciones de la Universidad de Deusto, Bilbao, Portugal.

- Ruiz, Juan José y Cano Justo, (2005) Manual de Psicoterapia Cognitiva, libro electrónico ([www.psicología-online.com/libros](http://www.psicología-online.com/libros)) versión digital.

- Salas, Álvaro y Castillo Alcira (2003), Fundamentos Conceptuales y Operativos del Sistema Nacional de Salud y del Modelo de Atención de la Salud, Modulo Uno, Curso Gestión Local en Salud, San José, Costa Rica.

- Vinogradov, Sophia y Yalmon, Irvin (1996), Guía Breve de Psicoterapia de Grupo, Editorial Paidós, Barcelona, España.

- Worden, William (1991) El Tratamiento del duelo, Editorial Paidós.

- Viorst, Judith, (1990), Pérdidas Necesarias, Editorial Plaza y Editores S.A., Barcelona España.

- Yalom, I. (1984), Psicoterapia Existencial, Editorial Herder, Barcelona España.

- Yalom, Irvin (2000), Psicoterapia Existencial y Terapia de Grupo, Editorial Paidós, España.

**ANEXO 1  
ENTREVISTA INICIAL  
GRUPO DE DUELO**

**1. DATOS:**

1.1. Nombre de la Entrevistada (o) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

1.2. Cédula \_\_\_\_\_

1.3. Edad \_\_\_\_\_

1.4. Escolaridad \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

1.5. Lugar de Residencia

\_\_\_\_\_

1.6. Teléfonos

\_\_\_\_\_

1.7. Composición familiar

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Historia Actual:**

Breve historia de los hechos ocurridos (pensamientos y emociones)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



---

---

---

---

---

¿Qué consecuencias ha vivido durante el proceso de duelo a nivel familiar y laboral?.

---

---

---

---

Episodios previos similares de familiares o personas cercanas a la familia con respecto al duelo los que tuvieron contacto

---

---

---

---

---

Acciones realizadas anteriormente (búsqueda de ayuda profesional, amigos, familiares y otros) para la superación del duelo

---

---

---

---

¿Tiene usted interés de integrarse a un grupo duelo y qué esperaría de este?

---

---

---

¿Ha participado en otros grupos y cuál ha sido su experiencia?

---

---

---

¿Cómo se sentiría usted de compartir su experiencia con personas que tienen una situación similar a la suya?

---

---

---

Disponibilidad de tiempo \_\_\_\_\_

---

Definición personal:

a. ¿Cómo le han dicho las personas que es su carácter?:

---

---

b. Fortalezas que pudiera compartir con el grupo

---

---

c. Debilidades:

---

---

**ANEXO 2**  
**EVALUACIÓN INICIAL Y FINAL**

**1. DATOS:**

Nombre \_\_\_\_\_

**2. Historia:**

Conceptos importantes de las personas:

a. Tratamiento: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

b. Apoyo terapéutico: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

c. Grupo terapéutico: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

d. Dolor: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

e. Muerte: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**ANEXO 3**

**REGISTRO GRUPAL PROGRAMADO**

Sesión \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Objetivos Programados:

Puntos a tratar:

Observaciones e impresiones.

Resultados.

Emergentes.

Problemas.

**ANEXO 4**  
**REGISTRO DE SESIÓN**

**1. Actividades Iniciales:**

Sesión \_\_\_\_\_

Fecha:

Tiempo utilizado

Cantidad de participantes

Tema que inicia la sesión

Temas planteados.

Inquietudes o problemas planteados por el grupo.

Soluciones planteadas

Aspectos relevantes para el cierre de la sesión

Aspectos pendientes.

Emergentes presentados

## **2. Participación:**

¿Quiénes participan en la discusión?

¿A quiénes se les dificultó la participación y razones?

¿Papel asumido por las diversas personas del grupo?

¿Papel asumido por la terapeuta?

## **3. Actividades Desarrolladas:**

Técnicas utilizadas.

Tareas asignadas.

Material facilitado.

#### **4. Análisis de sesión**

Dificultades.

Logros.

Situaciones a mejorar.

Cambios.

Estrategias

### **ANEXO 5 IMPRESIONES INDIVIDUALES**

Sesión:

Fecha:

¿Qué le pareció la sesión?

¿Existió alguna parte que los hiciera sentirse incómodos durante esta sesión?

¿Cómo se sintieron al tener que hablar sobre sus sentimientos más íntimos del duelo?

¿Qué tema le gustaría trabajar en la siguiente sesión?

Comentario:

**ANEXO 6  
HOJA DE SEGUIMIENTO  
GRUPO DE DUELO**

**1. DATOS:**

Nombre: \_\_\_\_\_

**2. Aspectos referentes al proceso de duelo vivido:**



## a. Nivel familiar que sucedió posterior a la pérdida:

- Peleas frecuentes: Sí \_\_\_ No \_\_\_
- Separación o divorcio: Sí \_\_\_ No \_\_\_
- Se culpan unos a otros: Sí \_\_\_ No \_\_\_
- Unión familiar mayor: Sí \_\_\_ No \_\_\_
- Enojos y desunión familiar: Sí \_\_\_ No \_\_\_
- Pérdida de bienes materiales: Sí \_\_\_ No \_\_\_

b. En lo referente al cumplimiento de su labores trabajo, labores del hogar  
qué sucedió con usted posterior a la pérdida

- Se incapacita con frecuencia: Sí \_\_\_ No \_\_\_
- Realiza las labores del hogar: Sí \_\_\_ No \_\_\_
- Logra iniciar tareas y no las termina: Sí \_\_\_ No \_\_\_
- Se le olvida hacer las cosas: Sí \_\_\_ No \_\_\_
- Despido del trabajo: Sí \_\_\_ No \_\_\_

## c. Nivel de salud que sucedió con usted posterior a la pérdida:

- Se enfermó más: Sí \_\_\_ No \_\_\_
- Inicia tratamiento antidepresivo: Sí \_\_\_ No \_\_\_
- Aparición de enfermedades: Sí \_\_\_ No \_\_\_
- Múltiples consultas al sistema de salud: Sí \_\_\_ No \_\_\_

## d. Nivel del afecto que sucedió con usted posterior a la pérdida:

- Tristeza excesiva: Sí \_\_\_ No \_\_\_
- Soledad: Sí \_\_\_ No \_\_\_
- Incapacidad para demostrar cariño: Sí \_\_\_ No \_\_\_
- Aparición de temores: Sí \_\_\_ No \_\_\_
- Estrés: Sí \_\_\_ No \_\_\_

➤ Enajo con todo: Sí \_\_\_ No \_\_\_

e. Nivel de las conductas desarrolladas posterior a la pérdida:

➤ Demuestra el enajo con todos: Sí \_\_\_ No \_\_\_

➤ Aislamiento social: Sí \_\_\_ No \_\_\_

➤ Cambio de personalidad importante: Sí \_\_\_ No \_\_\_

➤ Distanciamiento de actividades anteriores: Sí \_\_\_ No \_\_\_

f. Descripción breve de alguna área importante que no se haya tocado anteriormente, que usted considere significativamente afectada posterior a la pérdida \_\_\_\_\_

---

---

---

---

**ANEXO 7  
IMPRESIONES INDIVIDUALES  
GRUPO DE DUELO**

**1. DATOS:**

Nombre: \_\_\_\_\_

**2. Aspectos referentes al proceso de duelo vivido, posterior al ingreso al grupo:**

a. Nivel familiar que sucedió posterior a la pérdida y del ingreso al grupo:

- Peleas frecuentes: Disminuyeron \_\_\_ Aumentaron \_\_\_ Igual \_\_\_
- Separación o divorcio: Disminuyeron \_\_\_ Aumentaron \_\_\_ Igual \_\_\_
- Se culpan unos a otros: Disminuyeron \_\_\_ Aumentaron \_\_\_ Igual \_\_\_
- Unión familiar mayor: Disminuyeron \_\_\_ Aumentaron \_\_\_ Igual \_\_\_
- Enojos y desunión familiar: Disminuyeron \_\_\_ Aumentaron \_\_\_ Igual \_\_\_
- Pérdida de bienes materiales: Disminuyeron \_\_\_ Aumentaron \_\_\_ Igual \_\_\_

b. En lo referente al cumplimiento de sus labores trabajo, labores del hogar

¿qué sucedió con usted posterior a la pérdida y del ingreso al grupo?

- Se incapacita con frecuencia: Disminuyeron \_\_\_ Aumentaron \_\_\_ Igual \_\_\_
- Realiza las labores del hogar: Disminuyeron \_\_\_ Aumentaron \_\_\_ Igual \_\_\_
- Logra iniciar tareas y no las termina: Disminuyeron \_\_\_ Aumentaron \_\_\_  
Igual \_\_\_
- Se le olvida hacer las cosas: Disminuyeron \_\_\_ Aumentaron \_\_\_ Igual \_\_\_
- Despido del trabajo: Disminuyeron \_\_\_ Aumentaron \_\_\_ Igual \_\_\_
- Logra reubicarse laboralmente: Disminuyeron \_\_\_ Aumentaron \_\_\_  
Igual \_\_\_

c. Nivel de salud. ¿Que sucedió con usted posterior a la pérdida y del ingreso al grupo?:

- Se enfermó más: Disminuyeron \_\_\_ Aumentaron \_\_\_ Igual \_\_\_
- Inicia tratamiento antidepresivo: Disminuyeron \_\_\_ Aumentaron \_\_\_

Igual \_\_\_

- Aparición de enfermedades: Disminuyeron \_\_\_ Aumentaron \_\_\_ Igual \_\_\_
- Múltiples consultas al sistema de salud: Disminuyeron \_\_\_ Aumentaron \_\_\_

Igual \_\_\_

d. Nivel del afecto: ¿Qué sucedió con usted posterior a la pérdida y posterior al ingreso al grupo?:

- Tristeza excesiva: Disminuyeron \_\_\_ Aumentaron \_\_\_ Igual \_\_\_
- Soledad: Disminuyeron \_\_\_ Aumentaron \_\_\_ Igual \_\_\_
- Incapacidad para demostrar cariño: Disminuyeron \_\_\_ Aumentaron \_\_\_

Igual \_\_\_

- Aparición de temores: Disminuyeron \_\_\_ Aumentaron \_\_\_ Igual \_\_\_
- Estrés: Disminuyeron \_\_\_ Aumentaron \_\_\_ Igual \_\_\_
- Enojo con todo: Disminuyeron \_\_\_ Aumentaron \_\_\_ Igual \_\_\_

e. Nivel de las conductas desarrolladas posterior a la pérdida y del ingreso al grupo.

- Demuestra el enojo con todos: Disminuyeron \_\_\_ Aumentaron \_\_\_
- Aislamiento social: Disminuyeron \_\_\_ Aumentaron \_\_\_ Igual \_\_\_
- Cambio de personalidad importante: Disminuyeron \_\_\_ Aumentaron \_\_\_

Igual \_\_\_

- Distanciamiento de actividades anteriores: Disminuyeron \_\_\_

Aumentaron \_\_\_ Igual \_\_\_

f. Descripción breve de alguna área importante que no se haya tocado anteriormente, que usted considere significativamente afectada posterior a la pérdida y al ingreso al grupo

---

---

---

---

**ANEXO 8  
INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN  
TERAPEUTA (INDIVIDUAL)**

<b>sesión</b>	<b>Pensamientos Automáticos (0-4)</b>	<b>Conexión P.A. y Reacción (0-4)</b>	<b>Pruebas a favor o en contra P.A. (0-4)</b>	<b>Sustitución P.A. más reales (0-4)</b>	<b>Estrategias para mantener el cambio (0-4)</b>
4					
6					
8					
10					
12					

NOMBRE

---

**ANEXO 9  
HOJA DE TRABAJO  
INDIVIDUAL**

<b>Situación o Acontecimiento</b>	<b>Estado Emocional</b>	<b>Pensamiento Automático</b>

**ANEXO 10  
HOJA DE TRABAJO  
INDIVIDUAL 3**

<b>Situación o Acontecimiento</b>	<b>Estado Emocional</b>	<b>Pensamiento Automático</b>	<b>Distorsiones Cognitivas</b>



**ANEXO 11  
HOJA DE TRABAJO  
INDIVIDUAL 4**

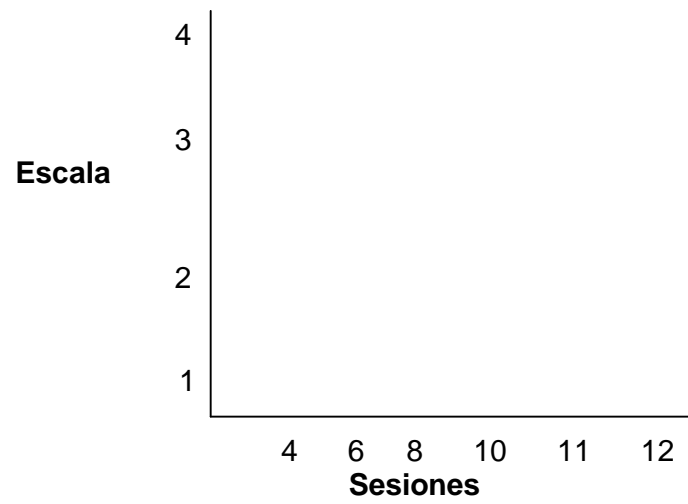
<b>Pensamiento Automático</b>	<b>Conducta o Resultado</b>	<b>Cambio de Pensamiento Automático</b>

**ANEXO 12  
HOJA DE TRABAJO  
INDIVIDUAL 5**

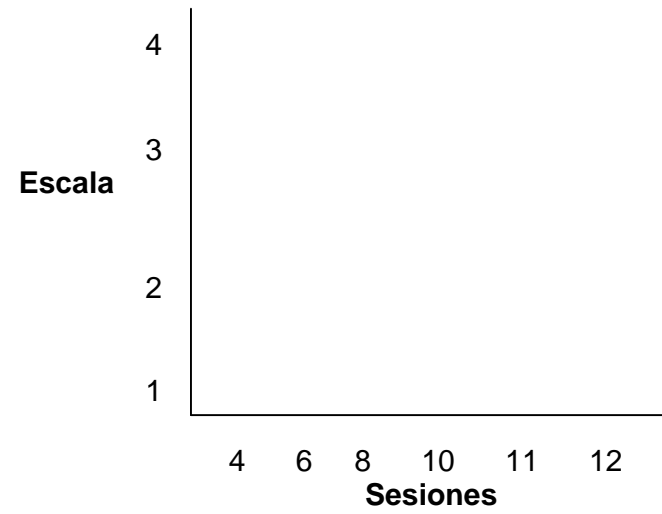
<b>Pensamiento Automático</b>	<b>Cambio de Pensamiento Automático</b>	<b>Cambio de Conducta</b>

**ANEXO 13  
ESCALAS DE AVANCE**

**Reconocimiento de Pensamientos Automáticos**

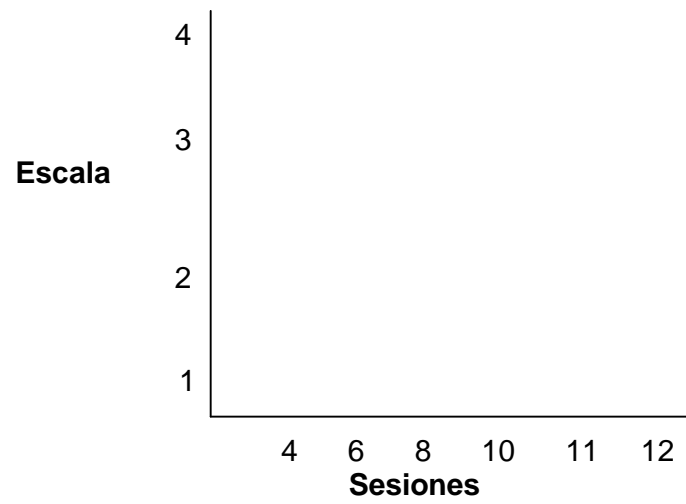


**Conexiones Pensamiento y Reacción**

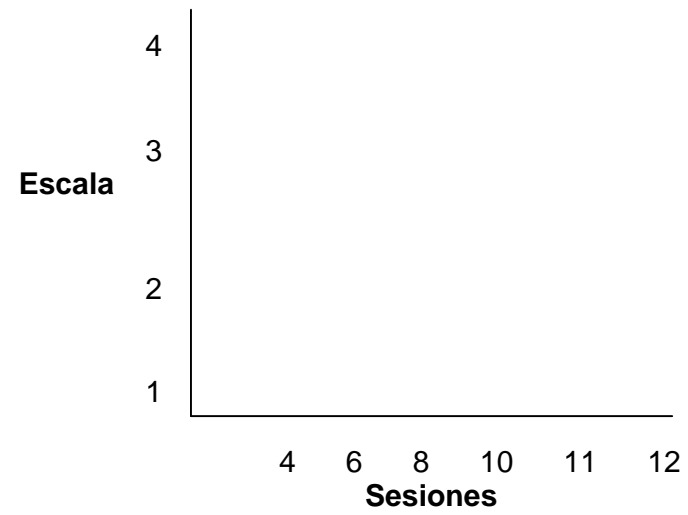


### ANEXO 14 ESCALAS DE AVANCE

Pruebas a favor y en contra Pensamiento Automático

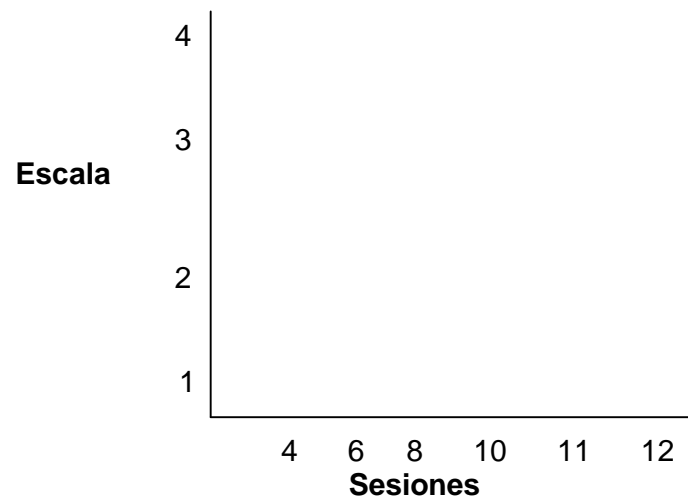


Sustitución de Pensamiento Automático



### ANEXO 15 ESCALAS DE AVANCE

#### Desarrollo de estrategias



**ANEXO 16  
HOJA DE TRABAJO  
INDIVIDUAL**

<b>SITUACIÓN</b>	<b>EMOCIÓN</b>	<b>PENSAMIENTO AUTAMATICO</b>	<b>DISTORSIÓN COGNITIVA</b>	<b>RESPUESTA RACIONAL</b>	<b>PORCENTAJE</b>
Acontecimiento que provoca la emoción desagradable	Especificar sentimientos y su calificación 100%	P.A. acompaña la emoción	D.C. acompaña el P.A.	Anote una respuesta real para cada pensamiento negativo de cambio	Cómo me siento en porcentaje escala 100% por el cambio.

**Anexo 17**  
**Contrato Terapéutico**  
**“Grupo La Esperanza”**

Yo \_\_\_\_\_

Cédula N. \_\_\_\_\_

1. Me comprometo a asistir de forma regular al grupo de Duelo “La Esperanza” cuyo objetivo es **“Desarrollar y aplicar un modelo de atención terapéutico, con un enfoque cognitivo conductual, dirigido a madres y padres en proceso de duelo, que han perdido a un hijo o una hija de forma inesperada entre los 0 y los 19 años.”**

2. Las sesiones se realizarán los días miércoles, a las 5:30 p.m., en la sala de recreación de la Clínica Dr. Clorito Picado y tendrán una duración de dos horas; las mismas serán dirigidas por la Licda. Adriana Gutiérrez Cuevas.

3. No se pueden reponer sesiones, en caso de que alguna de las personas falte a las mismas ya que el grupo continuará el proceso: sin embargo, si alguna persona debe faltar debe comunicarlo a la terapeuta por lo menos en horas de la mañana y solicitarle el material para que continúe con el desarrollo del grupo; para ello se le facilitan los siguientes número telefónicos:

- ❖ 223-5208 ext 138 ó 112.
- ❖ 223-4827
- ❖ 223-4710
- ❖ 361-1510; debe ser utilizado en casos de emergencias ya que existe una restricción institucional de usos de celulares y en horas y días hábiles.

4. La puntualidad de los participantes es fundamental para el desarrollo de los objetivos planteados para cada una de las sesiones, razón por la cual siempre se iniciará a la hora pactada.
5. En esta terapia grupal, la confidencialidad es un elemento esencial, por lo que la privacidad y lo que ocurre o se hable dentro de las sesiones NO DEBE SER COMENTADO FUERA DE LA MISMA ya que las personas fuera del grupo desconocen el proceso de atención y los objetivos terapéuticos.
6. Los teléfonos celulares deben ser apagados en las sesiones. ya que estos interrumpen el proceso de atención y el desarrollo del grupo.
7. Los acuerdos grupales de otras reglas o normas o del funcionamiento deben ser respetadas por todos los miembros del grupo.
8. El cumplimiento de los trabajos dentro o fuera de las sesiones son elementos importantes para el desarrollo terapéutico ya que facilitan el crecimiento de las personas que asisten al mismo.
9. El grupo inicia y finaliza con las mismas personas, eso quiere decir que es un grupo cerrado; sin embargo, se puede hacer la excepción de aceptar alguna persona si el grupo lo acuerda y solamente en las dos primeras sesiones.
10. En caso de que se deba cambiar alguna fecha de reunión grupal, la misma se hará con acuerdo del grupo y por medio de consenso.
11. La experiencia grupal desarrollada y el proceso terapéutico será utilizada con fines académicos por parte de la terapeuta, pero guardando los principios éticos y de confidencialidad que plantea la profesión y el anonimato de los participantes.



12. El proceso terapéutico tendrá una duración aproximada de 12 ó 13 sesiones, lo que representa aproximadamente 3 meses de duración y según acuerdo del grupo se pueden definir algunas sesiones extraordinarias posterior al cierre inicial.

13. Durante el proceso grupal desarrollado, asistirá la Msc. Ana Josefina Güell Durán, directora de la residencia por parte del la Maestría de Trabajo Social de la Universidad de Costa Rica.

14. Por tener un carácter académico, previa autorización de las participantes, algunas estudiantes de la Maestría podrían visitarnos, pero estas no tendrán un papel activo, ni asumirán parte del proceso terapéutico, las mismas serán observadoras.

Fecha: \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Firma de la Terapeuta \_\_\_\_\_

## Anexo 18 DIAGRAMA DE CONCEPTUALIZACIÓN COGNITIVA

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

<b>Datos Relevantes de la Infancia</b>
¿Qué experiencia contribuyeron al desarrollo y al sostenimiento de la creencia central?

<b>Presunciones/ Creencias/ Reglas Condicionales</b>
¿Qué presunción positiva lo ayudó a soportar su creencia central?
¿Cuál es la contraparte negativa de esta presunción?

<b>Creencia/s Central/es</b>
¿Cuál es la creencia más importante que tiene acerca de su persona?

<b>Situación 1</b>
¿Cuál fue la situación
<b>Pensamiento Automático</b>
¿Qué pasó por su mente?


<b>Emoción</b>
¿Qué emoción se asocia con el pensamiento automático?

--

<b>Significado del P.A.</b>
¿Qué significa ese pensamiento automático?

--