

TRABAJO FIN DE MÁSTER

**Propuesta de intervención psicológica en
duelo con familiares de víctimas de
siniestros de tráfico**

Marta Moreno Sánchez

Director/a: María Rocío Fernández Velasco

Máster en Psicología General Sanitaria

Centro Universitario Cardenal Cisneros

Universidad de Alcalá

Año 2020

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	2
2. OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS.....	3
2.1. OBJETIVOS GENERALES	3
2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	3
3. MARCO TEÓRICO	4
3.1. INTRODUCCIÓN A LOS SINIESTROS VIALES	5
3.2. VÍCTIMAS DE SINIESTROS VIALES Y CONSECUENCIAS PSICOLÓGICAS TRAS EL SUCESO	5
3.3. DIFERENCIAS ENTRE EL DUELO Y DUELO PATOLÓGICO	7
3.4. MODELOS EXPLICATIVOS DEL DUELO.....	10
3.5. FACTORES DE RIESGO Y FACTORES DE PROTECCIÓN DEL DUELO	11
3.6. FAMILIA Y DUELO.....	12
3.7. TERAPIA MULTIFAMILIAR EN DUELO	13
3.8. INTERVENCIONES PSICOLÓGICAS EN DUELO	14
4. PROPUESTA DE INTERVENCIÓN	17
4.1. DESCRIPCIÓN DE LA PROPUESTA INTEGRATIVA.....	17
4.2. PRIMER NIVEL	19
4.2.1. <i>Presentación del primer nivel de intervención</i>	<i>19</i>
4.2.2. <i>Objetivos concretos que persigue.....</i>	<i>21</i>
4.2.3. <i>Sesiones.....</i>	<i>22</i>
4.2.4. <i>Metodología, recursos, etc.</i>	<i>27</i>
4.3. SEGUNDO NIVEL	27
4.3.1. <i>Presentación del segundo nivel de intervención</i>	<i>27</i>
4.3.2. <i>Objetivos concretos que persigue.....</i>	<i>28</i>
4.3.3. <i>Sesiones.....</i>	<i>29</i>
4.3.4. <i>Metodología, recursos, etc.</i>	<i>32</i>
4.4. TERCER NIVEL	33
4.4.1. <i>Presentación del tercer nivel de intervención</i>	<i>33</i>
4.4.2. <i>Objetivos concretos que persigue.....</i>	<i>33</i>
4.4.3. <i>Sesiones.....</i>	<i>35</i>
4.4.4. <i>Metodología, recursos, etc.</i>	<i>36</i>
4.5. CONTEXTO EN EL QUE PODRÍA APLICARSE LA PROPUESTA	37
4.6. CRONOGRAMA DE APLICACIÓN DE LA PROPUESTA	38
4.7. EVALUACIÓN DE LA PROPUESTA	38
4.7.1. <i>Nivel individual.....</i>	<i>38</i>
4.7.2. <i>Nivel familiar</i>	<i>40</i>
4.7.3. <i>Nivel multifamiliar.....</i>	<i>41</i>
5. CONCLUSIONES.....	42

6. REFERENCIAS.....	44
7. ANEXOS.....	49
7.1. ANEXO 1. DISTORSIONES COGNITIVAS Y CREENCIAS ERRÓNEAS EN RELACIÓN AL DUELO Y SUS ALTERNATIVAS.	49
7.2. ANEXO 2. GUÍA PARA LOS RECUERDOS ESTRUCTURADOS.	50
7.3. ANEXO 3. HOJA DE REGISTRO DE SESIÓN MULTIFAMILIAR.	50
7.4. ANEXO 4. EJEMPLO DE ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA EN TERAPIA FAMILIAR PARA EL DUELO. 51	
7.5. ANEXO 5. EJEMPLO DE GENOGRAMA FAMILIAR.....	52
7.6. ANEXO 6. ENCUESTA DE VALORACIÓN DEL PROGRAMA.....	53
8. DECLARACIÓN DE AUTENTICIDAD.....	54

Índice de tablas

TABLA 1.....	7
TABLA 2.....	8
TABLA 3.....	9
TABLA 4.....	10
TABLA 5.....	15

Índice de figuras

FIGURA 1. MODELO ECOLÓGICO DE LA PROPUESTA INTEGRATIVA EN DUELO.	18
FIGURA 2. ESQUEMA DE LOS CRITERIOS DE INCLUSIÓN DEL PRIMER NIVEL DE INTERVENCIÓN.	19
FIGURA 3. ESQUEMA DE LOS CRITERIOS DE INCLUSIÓN DEL SEGUNDO NIVEL DE INTERVENCIÓN FAMILIAR.	27
FIGURA 4. FASES DEL GRUPO MULTIFAMILIAR EN DUELO Y DESCRIPCIÓN DE CADA UNA.....	35
FIGURA 5. CRONOGRAMA DE LA PROPUESTA INTEGRATIVA.....	38

RESUMEN

En el presente trabajo se lleva a cabo una revisión de estudios empíricos y programas de intervención destinados a resolver la problemática del duelo, cuando se produce una pérdida de un familiar de manera traumática e inesperada en accidentes de tráfico.

Tras la revisión teórica inicial se concluye que existen numerosos estudios previos que abordan la temática de duelo, aunque pocos estudios que relacionen el duelo complicado con la población diana de la propuesta, familiares de víctimas en siniestros de tráfico.

Los programas de intervención que se utilizan en duelo, cumplen en líneas generales con los objetivos de los que parten las propuestas de intervención convencionales. Sin embargo, existe la necesidad de crear programas de intervención en los que se aborde el duelo complicado desde una perspectiva integradora. Por ello, en el presente trabajo se crea un programa de intervención que combina diferentes modalidades de terapia en duelo y duelo complicado con el fin de englobar tanto al individuo como a los sistemas familiares afectados por la pérdida. Se proponen tres niveles de intervención, uno a nivel individual, otro a nivel familiar y otro multifamiliar. El programa dura un total de 14 sesiones y las intervenciones pueden ser complementarias entre sí. Se pretende prevenir el desarrollo de factores de riesgo de duelo complicado o en su caso, un empeoramiento de la sintomatología ya presente.

PALABRAS CLAVE: duelo, pérdida, familiar, intervención, siniestro vial.

ABSTRACT:

In this research, an empirical studies review and some intervention programs are carried out to solve the problematic situation of grief that exists when there is a loss of a relative in a traumatic or unexpected way in traffic accidents.

After the initial theoretical review, it is concluded that there are many previous studies that deal with the mourning topic, although there are few studies which relate the complex mourning to the target population of the proposal, the relatives of victims in traffic accidents.

In general terms, the intervention programs, used in the mourning, meet the objectives of the conventional intervention proposals. Nevertheless, there is a need to create intervention programs in which complex mourning are approached from an integrative perspective. For this reason, in

this research is created an intervention program which combines different methods of mourning therapy and complex mourning with the purpose of including both the person and relatives systems affected by the loss. It is suggested three levels of intervention: individual level, relatives level and multifamily groups. The program lasts a total of 14 sessions and the interventions can be supplementary between them. It is intended to prevent the development of risk factors for complex mourning or, if applicable, a worsening of the symptomatology already present.

KEY WORDS: mourning, loss, relatives, intervention, traffic accident.

1. INTRODUCCIÓN

En el año 2018, el Observatorio Nacional de Seguridad Vial certificó un total de 1.806 fallecidos en siniestros viales. Aunque esta cifra supone un descenso respecto a años anteriores, cada año en España se siguen produciendo miles de muertes más. En este sentido, los medios de comunicación suelen poner el foco en las víctimas mortales que se producen en las carreteras, como simples cifras o datos. Sin embargo, cuando una persona fallece en estas circunstancias tan devastadoras e inesperadas, deja a su paso, un dolor y pena inexplicables, que sufren miles de familias (Dirección General de Tráfico, 2018). Y es que, cada persona que fallece en las carreteras, pertenece a su vez, a una red de familiares y amigos que quedan profundamente afectados tras la noticia de la pérdida, sus vidas y todo lo que conllevan, quedan paralizadas al instante. Se trata de los familiares directos de la víctima, como padres, hermanos, cónyuges, hijos y abuelos, a los que va dirigida la presente propuesta.

Aunque son reducidos los estudios llevados a cabo con esta población tan específica, la bibliografía existente (Acinas, 2006), concluye que un accidente de tráfico ocasiona sin lugar a dudas, una grave crisis en la vida de la familia que lo sufre. Esto sucede, debido a las características del suceso como tal, ya que es inesperado y se produce de manera brusca y violenta. A lo que hay que añadir, el tipo de pérdida traumática y devastadora, del miembro de la familia en el accidente, lo que se considera ya de por sí, una de las circunstancias vitales más estresantes. Las reacciones emocionales que se desencadenan tras la muerte de un familiar, es lo que denominamos como duelo. En este sentido, el proceso de elaboración de la pérdida, es un proceso humano e inevitable, que pasa por diferentes fases o etapas y que conlleva emociones intensas como rabia y pena, autorreproches, conductas de aislamiento, etc. Sin embargo, cuando estas reacciones se intensifican, es cuando el proceso de duelo se interrumpe, y la persona se ve desbordada por la pérdida, aparecen recuerdos intrusivos, añoranza insoportable, sentimientos de soledad, alteraciones del sueño, pérdida de interés, etc., se recurre a conductas desadaptativas que

impiden avanzar en el proceso de resolución del duelo. Es ahí, cuando hablamos de duelo patológico o complicado (Morer, Alonso, y Oblanca, 2017).

De esta manera y más allá de una intervención en crisis inmediatamente después del accidente, surge la necesidad de promover intervenciones psicológicas que se lleven a cabo a medio y largo plazo con estos familiares en duelo. Este mismo planteamiento, queda reforzado por un estudio llevado a cabo con familiares de fallecidos por accidentes de tráfico (Asociación de víctimas de accidentes, 2015), donde además se concluye que la atención psicológica en estos casos, no es solo necesaria sino de vital importancia.

2. OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS

2.1. Objetivos generales

- 2.1.1. El objetivo previo a la propuesta de intervención, es una investigación teórica para conocer la problemática del duelo y los siniestros viales como causa al fallecimiento de una persona en el contexto familiar. Así como, revisar qué intervenciones y abordajes terapéuticos se han llevado a cabo con familiares de víctimas mortales en siniestros de tráfico, para prevenir e intervenir el duelo y sus implicaciones psicológicas a nivel cognitivo, conductual, emocional, relacional y social.
- 2.1.2. Elaborar una propuesta de intervención para abordar el tratamiento del duelo dirigida a la población de familiares que han perdido a un ser querido en un siniestro de tráfico.

2.2. Objetivos específicos

Al tratarse de una propuesta de carácter integrador, los objetivos específicos que busca alcanzar estarían contemplados dentro de los diferentes sistemas y niveles de intervención que engloba la problemática del duelo. Se persigue por ello, una intervención que integre y englobe a su vez, al individuo, familia y comunidad, tres esferas a las que afecta directa o indirectamente la pérdida de un ser querido en un siniestro vial.

Otro de los objetivos específicos que se persigue, es poder facilitar la continuación del proceso de atención y apoyo psicológico a aquellos familiares que reciben la noticia del fallecimiento en accidentes de tráfico. De tal manera, que se aborde la problemática, más allá de los Primeros Auxilios Psicológicos ofrecidos por los servicios de emergencia en ese fatídico momento y se prolongue así, la posibilidad de atención y seguimiento psicológico de calidad, al cual muchas víctimas no logran acceder o carecen de información de ello.

3. MARCO TEÓRICO

Para realizar una introducción teórica que justifique y argumente la propuesta descrita con posterioridad, se ha utilizado el siguiente método de búsqueda de información.

Las fuentes de búsqueda empleadas han sido diversas, desde Google Académico, hasta fuentes como Psycodoc, Pubmed, Dialnet, PsycInfo, PsyArticles, Pubpsych, Medline. Además se ha llevado a cabo una búsqueda de intervenciones y estudios relacionadas con la temática de la propuesta (duelo, intervención en duelo, terapia familiar, terapia multifamiliar) en bases de datos procedentes de la biblioteca online del Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid, biblioteca online de la Universidad de Alcalá de Henares, biblioteca online de la Universidad Autónoma de Madrid.

Algunos de los términos utilizados para dicha búsqueda bibliográfica han sido en español: “accidente de tráfico”, “duelo”, “siniestro vial”, “siniestro de tráfico”, “pérdida”, “terapia en duelo”, “terapia familiar”, “terapia multifamiliar”, “duelo en accidentes de tráfico”, “intervención en duelo”, “intervención psicológica en duelo”, “terapia psicológica en duelo”, “terapia familiar en duelo”, “terapia multifamiliar en duelo” y en inglés: “grief”, “bereavement”, “bereavement intervention”, “family therapy”, “bereavement psychological intervention”, “family”, “traffic accidents”, “family loss”.

Todos ellos han sido buscados en solitario o combinados a través de los siguientes operadores booleanos: AND, OR, NOT, SAME y WITH.

En cuanto a los criterios de inclusión seguidos para la selección del material, se han incorporado artículos pertinentes a los temas tratados en esta propuesta, como son: duelo, intervención familiar e intervención multifamiliar. Estos artículos datan desde 1989 hasta el año 2019. No obstante, el criterio de preferencia de elección se dirige sobre todo, a artículos más recientes temporalmente y que tengan además, un fuerte respaldo científico.

Estos han sido algunos de los criterios de exclusión: se descartaron aquellos artículos que no guardaban relación con la temática de la presente propuesta, también aquellos cuya antigüedad superará los treinta años de diferencia con el presente año (2020). Sin embargo, se excluye de este criterio un artículo de 1989 debido a la relevancia del mismo en la evaluación de las dinámicas familiares. La mayoría de los artículos escogidos, no distan más de veinte años entre sí. Por último, se han descartado aquellas publicaciones en las que quedaba en duda la rigurosidad y metodología del estudio.

3.1. Introducción a los siniestros viales

La Orden del Ministerio de Relaciones con las Cortes y de la Secretaría del Gobierno (1993, p.6017), ofrece la definición de “accidente de tráfico” como:

El accidente que se produce o tiene su origen en una de las vías o terrenos objeto de la legislación sobre tráfico, circulación de vehículos a motor y seguridad vial que, como consecuencia del mismo, una o varias personas resulten muertas o heridas o que se produzcan daños materiales y en el cual está implicado, al menos, un vehículo en movimiento.

Sin embargo, es necesario hacer una distinción entre accidentes de tráfico y siniestros. Según la Real Academia Española (RAE) (2001) el término accidente hace referencia a, “suceso eventual o acción de que resulta daño involuntario para las personas o las cosas”. Mientras que el siniestro implica, “suceso que produce un daño o una pérdida material considerable”. La gran diferencia en relación con la seguridad vial, tiene que ver con su concepción semántica. El concepto “accidente” lleva implícito en su significado el componente de eventualidad e inevitabilidad, algo vinculado directamente con el azar incontrolable. Sin embargo, la mayoría de “accidentes” de tráfico no son estrictamente “accidentes”, puesto que son causados de manera indirecta por irresponsabilidades o hechos provocados derivados de las mismas. En este sentido, siempre que se produce un evento traumático que altera la seguridad vial, salvo que éste haya sido producido únicamente por una causa totalmente fortuita e inevitable (fallo del vehículo correctamente mantenido, desprendimiento de rocas,...), habrá de ser denominado siniestro vial; concepción que evita el componente estrictamente fortuito y, por tanto, no daña la sensibilidad de las víctimas. Por ello, en definitiva, tales acontecimientos a lo largo de esta propuesta, serán denominados no como accidentes, sino como siniestros viales.

Como cada año, la Organización Mundial de la Salud (OMS) alerta, de que alrededor de 1,3 millones de personas en todo el mundo fallecen consecuencia de un accidente de tráfico (es decir, casi 3000 muertes diarias) (Organización Mundial de la Salud, 2011). En España, durante el año 2018 se han registrado un total de 102.299 accidentes de tráfico con víctimas, dentro de los cuales, 1.806 personas resultaron fallecidas en el acto o un mes después. En comparación con la Unión Europea, España ocupa la séptima posición en el ranking de tasas de víctimas mortales en accidentes de tráfico, 39 fallecidos por un millón de habitantes (Neimeyer y Ramírez, 2007; Observatorio Nacional de Seguridad Vial, 2018)

3.2. Víctimas de siniestros viales y consecuencias psicológicas tras el suceso

La RAE (2001) entiende como “víctima”, “aquella persona que padece daño por culpa ajena o por causa fortuita”. En el caso de los siniestros de tráfico, la literatura ha mostrado como estos accidentes causan una interrupción en la vida de las víctimas que lo sufren y un gran sufrimiento.

El efecto del siniestro, no solo afecta a la víctima directa, que fallece, sino que se expande también a las familias, amigos, comunidad e incluso también, al responsable del accidente como tal (Gutiérrez de Piñeres, Coronel, y Andrés, 2009).

Podríamos decir que la mayoría de víctimas de siniestros de tráfico tienen una serie de factores comunes como son la gestión médica, la calidad de apoyo familiar y la historia personal de cada paciente, que facilitan que en cierta medida, proliferen trastornos emocionales diversos (Nicolas y Delahaye, 2018). Pero sin lugar a dudas, lo que les une es que viven situaciones inesperadas que alertan y desestabilizan el curso normal e irrumpen y trastornan sus creencias y su actividad rutinaria, creando una cascada de emociones desgarradoras (Vaca, Carpio y Brito, 2019). De unas víctimas a otras, estas reacciones emocionales pueden ser muy variables, desde miedo, ira, rabia, depresión, sensación de inseguridad, embotamiento afectivo, etc. (Echeburúa y Corral, 2007). A esto se añade un componente que agrava el daño, como es en este caso, el tipo de fallecimiento.

La muerte de un familiar en siniestros viales se produce de manera repentina, súbita y en muchas ocasiones evitable, lo cual hace que el impacto emocional sea mucho mayor que en otros tipos de pérdida (Echeburúa y Herrán, 2007). Es por esto, que la literatura científica ha considerado como factor de riesgo asociado a la conducta suicida, el haber experimentado un evento vital estresante, y este, sin lugar a dudas, es uno de ellos (Fernández, 2014). Se han identificado una serie de reacciones normales ante la pérdida como: sentimiento de vacío, seguido en ocasiones de hostilidad, incapacidad funcional para hacer frente a las tareas que hacía antes, culpabilidad e ideas de haber fallado a esa persona (Vaca et al. 2019). A nivel más cognitivo, una situación traumática de estas características, provoca una destrucción de las creencias nucleares, tanto sobre él/ella misma, como sobre el mundo que le rodea (Payás, 2012).

La Asociación Estatal de Víctimas de Accidentes DIA junto con la Dirección General de Tráfico y la Fundación ONCE, realizaron en España, un estudio sobre las secuelas psicológicas y sociales en familiares de fallecidos a causa de un accidente traumático. Se les aplicó el inventario de síntomas SCL-90-R y se pudo observar como la mayor cantidad de respuestas afirmativas se encontraban en los ítems referentes a ideación suicida o ideas sobre la muerte. El ítem con mayor puntuación fue depresión, sentimientos leves de culpabilidad, preocupación por las obsesiones que no eran deseadas, seguido de una sensación de incompreensión por parte de los demás, alta sensibilidad, algunos síntomas ansiosos y hostilidad, posible anhedonia y despersonalización. Se concluye que la atención psicológica a los familiares que han perdido a un ser querido de manera inesperada, es primordial, necesaria y de vital importancia (Asociación de víctimas de accidentes, 2015).

3.3. Diferencias entre el duelo y duelo patológico

Entendemos el “duelo”, palabra que proviene del latín “dolus”, como dolor emocional comprendido dentro de unas influencias culturales múltiples (Gil, Bellver, y Ballester, 2008). El concepto de muerte, así como el proceso de duelo, están socialmente vinculados a interpretaciones religiosas que a su vez están asociadas a una cultura correspondiente (Zwielewski y Sant'Ana, 2016).

Partimos de la base de el duelo, no es sinónimo de enfermedad que se haya de evitar, sino, una experiencia humana y universal que todos experimentamos ante la pérdida de un ser querido con el que hemos construido un vínculo afectivo (Gil et al. 2008). Aun así, las manifestaciones del duelo en adultos son diversas y podemos catalogarlas de la siguiente manera (véase Tabla 1).

Tabla 1

Manifestaciones del duelo en adultos

Motoras	Cognitivas	Físicas o somáticas
Autoaislamiento social, hipo o hiperactividad, hablar con el fallecido, conductas impulsivas, usar ropas del fallecido, frecuentar lugares y llevar objetos del fallecido, suspirar y llorar.	Irrealidad, preocupación, rumiaciones, pensamientos e imágenes recurrentes, sensación de presencia del fallecido, vivencia de abandono y soledad, añoranza, insensibilidad, incredulidad, dificultades de atención, concentración y memoria, desinterés, obsesión por recuperar la pérdida, ideas de culpa, liberación, confusión, alucinaciones visuales y auditivas breves y cuestionamiento religioso.	Sensaciones en el estómago y sensación de vacío, boca seca, hipersensibilidad a ruidos, alteraciones del sueño, dolor de cabeza, astenia y debilidad, opresión en pecho y garganta, trastornos del apetito, palpitaciones y aumento de la morbimortalidad.

Nota. Recuperado de Barreto, P., y Soler, M. C., 2007, *Muerte y duelo*, p. 105.

Existen numerosos estudios que hablan de cómo estas reacciones, pueden ir variando con el paso del tiempo y que solo un 10-20% de las personas que sufren una pérdida, experimentan un duelo complicado (Berenguer, Barreto, y Pérez, 2018). La incidencia del duelo patológico específicamente en víctimas de crisis, será tanto más alta, cuanto más directa y violenta haya sido la pérdida del familiar y cuantos menos recursos psicológicos posea esa persona para hacerle frente (Sanz, García y Carbajo, 2014).

Habitualmente, el duelo genera una gran cantidad de dolor y sufrimiento en la persona, pero según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales de la Asociación Americana de Psiquiatría (DSM-5), el duelo, no implica necesariamente un episodio depresivo mayor (Zachar, 2015). Sin embargo puede ocurrir que durante el duelo, se de un Trastorno Depresivo Mayor, lo cual hará que aumente el riesgo de sufrimiento emocional, incrementen los sentimientos de inutilidad asociados a la depresión, ideación suicida, empeoramiento laboral e interpersonal, etc. Multiplicando por ende, las probabilidades de que la persona sufra un Trastorno por duelo persistente (duelo patológico o complicado) (Vedia, 2016). El DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013) define el duelo no complicado como una reacción normal ante una pérdida, no atribuyéndolo a un trastorno mental. La persona en duelo, podrá experimentar síntomas característicos de un episodio de depresión mayor (tristeza, insomnio, falta de apetito, etc.) pudiendo ser posible, que se den a la vez ambos. Es importante distinguirlos, y para ello el DSM-5 propone considerar la historia del individuo y normas culturales para la expresión del malestar (véase Tabla 2).

Tabla 2

Diferencias entre el duelo y depresión mayor según DSM-5

Elementos	Duelo	Depresión mayor
Culpabilidad	Sentimiento de vacío y pérdida	Estado depresivo persistente e incapacidad para expresar felicidad o placer
Disforia	Intensidad fluctuante, se asocia a pensamientos del difunto	Se mantiene de manera persistente, no asociada a pensamientos específicos
Autoestima	No afectada	Disminuye

Nota. Recuperado de American Psychiatric Association, 2013, *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5*, p.106.

Pero, y ¿cómo diferenciar el duelo normal de un duelo complicado?. Se define este último, como aquel cuya intensificación alcanza un nivel en el que “la persona está desbordada, recurre a conductas desadaptativas o permanece interminablemente en este estado sin avanzar en el proceso de duelo hacia su resolución” (Vedia, 2016). A su vez, el DSM-5 contempla el Trastorno de Duelo Complejo Persistente como un trastorno caracterizado por la pena intensa, persistente y reacciones de luto, englobado dentro de “otro trastorno relacionado con traumas y factores de estrés especificado” (American Psychiatric Association, 2013). Cuando se interrumpe el proceso natural de duelo, la persona experimenta un duelo patológico y como consecuencia, los procesos ya no se dirigen hacia la asimilación de la pérdida, sino a repeticiones estereotipadas que impiden el progreso. Dentro del duelo patológico, existen cuatro tipos a tener en cuenta: el duelo retrasado

o inhibido, el intensificado o exagerado, el prolongado o crónico y el enmascarado (Valero, Barreto, y Pérez, 2016; Vedia, 2016).

La distinción entre el duelo normal y el patológico, constituye una problemática recurrente, que obliga a establecer criterios fiables de diagnóstico que permitan discernir entre ambas tipologías e intervenir correctamente. Prigerson y Jacobs (2001) proponen los siguientes criterios diagnósticos de duelo complicado: haberse producido la muerte de alguien significativo para esa persona, estrés por separación del ser querido (pensamientos intrusivos, añoranza, búsqueda y soledad), estrés por el trauma psíquico que supone la pérdida y presencia de falta de metas y/o sentimientos de inutilidad, sensación de frialdad o indiferencia, dificultad para aceptar la pérdida, sentir la vida vacía, muerte de una parte de sí mismo, destrucción del modo de ver el mundo, asunción de síntomas o conductas perjudiciales del fallecido y enfado e irritabilidad. La duración debe de ser de al menos 6 meses, ocasionando un fuerte deterioro en la vida social, laboral o en otras actividades significativas (Valero et al. 2016; Vedia, 2016). La siguiente tabla comparativa permite diferenciar ambos de manera concisa (véase Tabla 3).

Tabla 3

Diagnóstico diferencial de duelo normal y duelo patológico

	Duelo normal	Duelo patológico
Momento de aparición	A los pocos días del fallecimiento	Semanas o meses después (duelo retrasado). No aparición del duelo (negación del duelo)
Intensidad	Incapacitante durante días	Incapacitante durante semanas
Características	Negar aspectos de la muerte, características del fallecido (idealización) Identificarse con el fallecido (almacenando pertenencias) Oír, ver u oler al fallecido, reconociendo que no es real. Síntomas somáticos similares que causaron la muerte del ser querido (proceso de identificación) Desarrollar conductas en relación al muerto, socialmente aceptables (luto temporal, etc.)	Negar la muerte del fallecido, creer que vive. Creerse que es el fallecido. Alucinaciones complejas y estructuradas. Crear que se va a morir de la misma manera. Extremar medidas de seguridad. Establecer conductas anormales (conservar un altar, acudir diariamente al cementerio, etc.)

Nota. Recuperado de “Duelo patológico. Factores de riesgo y protección” de Vedia, V., 2016, *Revista Digital de Medicina Psicosomática y Psicoterapia*, vol. 4, p. 14.

Debido a la gran dificultad de establecer un perfil de sintomatología específico para el duelo complicado y la elevada comorbilidad de este con otras psicopatologías (Fernández, Pérez, Catena, Pérez, y Cruz, 2016), es preciso prestar atención a las reacciones y necesidades individuales de cada uno de los familiares que sufren la pérdida y su relación con otros miembros del sistema familiar. En definitiva, los signos de advertencia para una intervención psicológica englobarán: la intensidad de las reacciones, el cómo interfieren con el normal funcionamiento de las diferentes esferas de su vida y si la duración de estas, se prolonga en el tiempo (Echeburúa y Herrán, 2007).

3.4. Modelos explicativos del duelo

Con el objetivo de comprender el proceso de duelo, a continuación se muestran algunos modelos explicativos que difieren entre sí, según la perspectiva teórica subyacente (véase Tabla 4).

Tabla 4

Modelos explicativos del duelo

Modelo	Propuesta de duelo
Teoría psicodinámica	Proceso normal que tiende a evolucionar favorablemente, cuando no ocurre, los sentimientos negativos hacia el fallecido se manifiestan como culpabilidad y debe realizar una reestructuración interna por la pérdida de una parte de si mismo.
Teoría del apego de Bowlby	Duelo como ruptura del vínculo afectivo generando reacciones emocionales intensas.
Teoría de los constructos	Duelo como ruptura de los constructos o esquemas respecto al mundo, al fallecido y su relación con él, demandando la creación de nuevos esquemas acordes a la reciente circunstancia.
Teoría cognitiva	Depende del significado e interpretación, puede ajustarse reconstruyendo el significado que se ha dado a la pérdida.
Teoría del estrés	Duelo como potente estresor y acentuación de los recursos personales para hacerle frente, proporcionando al sujeto un papel activo.
Perspectiva funcional	El duelo genera emociones negativas y positivas que envuelven a la persona, dificultando o favoreciendo su proceso.

Modelo de proceso dual	La habituación a la pérdida dependerá de cómo fluctúe entre el proceso orientado a la pérdida y el orientado a la reconstrucción, admitiendo un grado de evitación.
Modelo médico	Duelo como enfermedad o disfunción psiquiátrica.
Modelo descriptivo del duelo en fases	Duelo como un síndrome con sintomatología psicológica y somática que pasa por fases: desconcierto, anhelo, desorganización y desesperación y, reorganización.
Modelo descriptivo del duelo en tareas	Trabajo del paciente, no a través de fases, sino de tareas del duelo que ha de desempeñar. Papel activo en el proceso, mayor locus de control, identificando cuatro tareas de afrontamiento: aceptar la realidad de la pérdida, conectar con las emociones y el dolor, adaptarse a la ausencia del ser querido y, recolocarlo emocionalmente.
Modelo Integrativo-Relacional y las “6R”	Reúne las fases del duelo y las tareas, enriqueciendo la forma de entender el proceso y posibilitando una intervención por fases específicas: choque, evitación-negación, conexión e integración y crecimiento- transformación.

Nota. Recuperado de Modelos Psicológicos del Duelo: Una Revisión Teórica, de Alonso, L., Ramos, M., Barreto, P., y Pérez, M., 2019, *Calidad de vida y Salud*, 12, p. 67

3.5. Factores de riesgo y factores de protección del duelo.

Principalmente, los factores de riesgo que complicarían el desarrollo del duelo en el contexto de los siniestros viales son: la edad (cuanto más joven o mayor, más riesgo), personalidad, religiosidad, escasez de aficiones, pérdida temprana de padres, duelos previos no resueltos, historia de afrontamiento pasivo ante pérdidas anteriores, salud previa, reacciones emocionales intensas (rabia, amargura y culpabilidad) negación de la muerte, retraso en la reacción emocional, no visualizar la pérdida, falta de disponibilidad de apoyo social y familiar, bajo nivel de comunicación, estilo de apego inseguro, recursos materiales reducidos, pérdidas múltiples en el mismo siniestro y crisis concurrentes (Alonso, Ramos, Barreto, y Pérez, 2019; Valero et al. 2016).

No solo es importante contemplar los factores que empeoran el desarrollo del duelo, sino además, aquellos que lo previenen y actúan como protectores para una resolución adaptativa del mismo. Dentro de estos, la literatura destaca: un estilo de afrontamiento dirigido al problema y/o a la emoción, creencias religiosas, espirituales y sus conductas relacionadas, estilo de apego seguro, buen ajuste ante anteriores pérdidas y otros factores que se detecten en sesión (como fluidez comunicativa, percepción de autoeficacia, habilidad de planificación y resolución de problemas, flexibilidad mental, etc.) (Barreto y Soler, 2007; Valero et al. 2016). La intensidad de las

reacciones emocionales ante la pérdida, dependerá también de la personalidad del sujeto, del tipo de relación que tuviera con el fallecido y de las circunstancias de la pérdida. Lo que se espera, es que si la persona posee estrategias de afrontamiento positivas y las lleva a cabo, estas reacciones negativas tenderán a desaparecer paulatinamente en un plazo de 6 meses a un año (Echeburúa y Herrán, 2007).

Partiendo de los modelos que explican el duelo en base a tareas y defienden el papel activo de la persona y sus recursos para hacerle frente, es importante profundizar sobre las estrategias de afrontamiento que adopta el individuo ante una pérdida traumática como sucede en este contexto. Las estrategias de afrontamiento son aquellos intentos del doliente, para utilizar recursos personales y sociales que le ayuden a manejar reacciones de estrés y llevar a cabo acciones específicas para modificar los aspectos problemáticos (Nomen, 2008). Son cada vez más los estudios (Magaña, Bermejo, Villacieros, y Prieto, 2019) que destacan la relevancia de los estilos de afrontamiento (como factores de protección) en el proceso de elaboración del duelo. Dentro de estos, diferenciamos los estilos de afrontamiento activos (como la búsqueda de apoyo social, la planificación, el humor, la religión, aceptación, reinterpretación, confrontación, autocontrol, etc.) y los evitativos (negación, auto distracción, consumo de sustancias, autoculpabilización, distanciamiento, etc.). De hecho, el papel que tienen es tan importante, que se ha visto cómo las personas que adoptan un estilo evitativo frente a los que su estilo es activo, suelen vivir, con mayor probabilidad, un duelo complicado.

3.6.Familia y duelo.

Cada vez son más los autores (Mondaca y Gomariz, 2012) que coinciden en que un siniestro de tráfico provoca innegables modificaciones entre los vínculos de los miembros de la familia que lo sufre. En definitiva, la relación que existe entre estos, es el producto de una situación de equilibrio familiar. Tal es así, que el sufrimiento individual que le sigue a la pérdida de un familiar, no es únicamente por el duelo en sí, sino también producto, de los cambios producidos en la dinámica familiar (Sales, 2006).

Entendiendo a la familia desde una perspectiva sistémica, el fallecimiento de uno de los miembros por un siniestro vial, es una de las mayores crisis vitales que puede afrontar el sistema familiar. Aun así, el efecto posterior que este evento tiene en el sistema dependerá tanto de la significación que tenga para la familia esa pérdida, como de los recursos con los que cuente el sistema para hacerle frente. Tras una crisis vital así, la familia puede reaccionar mostrando: un aumento de cohesión (expresada en apoyo mutuo, afecto y confianza), mayor flexibilidad, adaptabilidad (cambio de las relaciones de rol existentes, reglas, etc.), permeabilidad (con el exterior), etc. (Morer, Alonso, y Oblanca, 2017). Por ello, de la misma manera que son importantes las

estrategias de afrontamiento individual ante el duelo, las del sistema familiar, implicarán los mismos esfuerzos comportamentales y cognitivos para manejar la situación estresante originada. Dentro de las estrategias de afrontamiento a nivel familiar se encuentran: la reestructuración, evaluación pasiva (aceptando y minimizando), la atención de apoyo social, búsqueda de apoyo espiritual y movilización familiar (búsqueda de recursos en la comunidad) (Macías, Orozco, Amarís, y Zambrano, 2013).

Del mismo modo, al igual que el individuo pasa por diferentes etapas en el proceso de duelo, así sucede en la dinámica familiar; primero se da una reorganización de los sistemas de comunicación, se redistribuyen los roles, se reorganizan las reglas de funcionamiento del sistema, proporcionando en última instancia la adaptación del sistema a la nueva realidad. Este curso es progresivo y requiere de tiempo, pudiéndose dar actitudes defensivas por parte de los miembros del sistema como intensificar el contacto con la familia extensa o dar tiempo y espacio a conflictos previos (González, 2000; Morer, et al. 2017).

3.7. Terapia multifamiliar en duelo

La terapia multifamiliar se inicia en el 1960 de la mano de Laqueur, como concepto que hace referencia a un reagrupamiento de varias familias, en torno a una patología o problemática con características comunes, dentro de un marco y con un fin terapéutico, inspirado en la terapia de grupo y la terapia familiar. Dentro de estas familias, se encuentra el “miembro sintomático”, sin embargo, la actuación terapéutica no tiene porqué ir dirigida hacia este, sino que se enfoca hacia las relaciones del sistema familiar o grupo. Pese a la falta de unicidad a la hora de establecer un único modelo de terapia multifamiliar, la mayoría confluyen en extender el foco del tratamiento a través de un espacio en el que se interviene de manera simultánea, sobre las dinámicas familiares y sobre el medio social que representan las demás familias (Sempere, 2016).

Con el paso de los años y su práctica, la literatura (Sempere y Fuenzalida, 2013) ha encontrado una amplia variedad de programas multifamiliares tanto en su estructura, duración, frecuencia y número de sesiones, como en el número de participantes, problemática en común, rol del terapeuta, enfoques teóricos, técnicas empleadas, etc. Sin embargo, todas las sesiones llevadas a cabo en la terapia multifamiliar, utilizan las potenciales similitudes entre sus miembros como la edad, sexo, problemática común y rol familiar, para impulsar la interacción entre las familias componentes del grupo.

Aún a pesar de la cantidad de aportaciones que ha recibido la terapia multifamiliar, no se han promovido suficientes estudios de eficacia sobre el modelo que subyace esta terapia. Es decir, se

conoce a partir de algunos estudios empíricos, que la terapia multifamiliar es efectiva en duelo puesto que supone una mejora de las relaciones familiares, comunicación, habilidades para resolver problemas, satisfacción marital, expresión de emociones, toma de conciencia sobre roles familiares y potenciación de las capacidades de la familia. Sin embargo, no existen suficientes estudios que identifiquen empíricamente qué elementos específicos y distintivos de la terapia multifamiliar, son esenciales para su efectividad. Aun así los principales autores, evidencian que todas las familias que formen parte de un grupo multifamiliar de estas características, se beneficiaran de lo que aporta la terapia de grupo y la terapia familiar (Sempere, 2016).

3.8. Intervenciones psicológicas en duelo

La mayoría de las revisiones realizadas sobre los tratamientos del duelo (Romero, 2013), coinciden en la existencia de resultados limitados sobre los tipos de psicoterapia y eficacia en términos de mejoría del paciente. Se determina que las intervenciones estructuradas a pacientes que se encuentran en duelo “normal”, llevadas a cabo justo después de producirse la pérdida, no generan mejorías significativas. Las intervenciones de carácter preventivo, carecen de resultados debido a la posibilidad de que el dolor prolongado que se sufre, no se pueda en sí ni prevenir ni impedir, pero si tratar una vez se detecte. En cambio, la literatura científica puntualiza que las intervenciones que se realizan en personas con duelo complicado, alcanzan resultados notables en cuanto a la mejoría del paciente. Sin embargo, no han tenido en cuenta el beneficio de la terapia cuando son los pacientes los que demandan la ayuda. Se concluye por tanto, que no es posible determinar cuál de los tratamientos existentes es el más adecuado para el duelo complicado (Fernández et al. 2016).

A pesar de ello, atendiendo al tipo de modalidad de intervención que suele recomendar la bibliografía para pacientes con duelo complicado, se sugiere la intervención a nivel individual y la intervención grupal y/o familiar, sin descartar la combinación de ambas en algunos casos (Echeburúa y Herrán, 2007; Sales, 2006; Shear, 2010). Debido a que no existe un protocolo unificado y extendido sobre el tratamiento del duelo en el contexto de siniestros viales, se abordará una breve revisión de las técnicas de intervención o procedimientos más extendidos y utilizados (véase Tabla 5).

Tabla 5

Técnicas de intervención psicológica en duelo

Técnicas	Objetivos
Técnicas basadas en el condicionamiento operante y condicionamiento clásico	Incrementar los satisfactores, desarrollar repertorios conductuales complejos y conseguir la disminución de conductas disfuncionales y potenciación de las adaptativas
Reestructuración cognitiva	Contribuir al aprendizaje de estrategias dirigidas a identificar, cuestionar y cambiar pensamientos distorsionados o automáticos respecto al duelo. Reconstruir la representación del yo, de los otros y del mundo tras la pérdida.
Ensayos conductuales	Poner a prueba las predicciones o interpretaciones hechas por sobre la pérdida, mediante una tarea comportamental diseñada.
Técnicas de Autocontrol	Aportación de las técnicas operantes y psicología social y centradas en la intensidad de las emociones como tristeza, rabia y cambio vital que supone la ausencia del fallecido.
Propuesta terapéutica basada en la teoría del constructivismo de Neimeyer (2002)	Proceso de reconstrucción de significado a creencias que se tienen sobre la vida. Promover un planteamiento psicoeducativo del duelo y la actividad a desarrollar teniendo en cuenta el contexto familiar, sociocultural y espiritual el doliente. Ejercicios como biografías, caracterización de la pérdida, cartas que no se envían, diarios, dibujos e imágenes, entrevista de reconstrucción de significados, epitafios, galería de fotografías, historias e imágenes metafóricas, huella vital, lectura reflexiva, libros de recuerdos, objetos de vinculación, peregrinación personal, poesía de la pérdida y rituales.
Técnica basada en la Resolución de Problemas	Entrenamiento frente a alternativas de respuesta potencialmente eficaces hacia los problemas. Útil en el momento vital actual de inundación de emociones y disminución de la capacidad de razonamiento. Fomento de ideas, generación de alternativas y toma de decisiones.
Entrenamiento en Habilidades sociales y Asertividad	Incremento o mantenimiento del apoyo social (principal factor de protección en duelo), mejora de la comunicación interpersonal y expresión emocional de la pena cuando existe incapacidad o dificultad.
Técnicas de exposición	Disminuir la frecuencia e intensidad de pensamientos e imágenes reexperimentados con mucho dolor sobre el fallecido,

	disminuir conductas de evitación, aumentar la habituación a los estímulos evitados en relación con la pérdida.
Rituales de despedida terapéuticos	Promover una fase preparatoria a la despedida, reorganizar su vida mediante tareas para casa, favorecer la despedida simbólica y llevar a cabo rituales adecuados a la cultura y creencias. Uso adecuado de los objetos de vinculación, para establecer una relación con el fallecido acorde a la situación actual.
Estrategias de visualización	Utilizar imágenes para potenciar los efectos de la relajación fisiológica, aumentar las sensaciones de competencia y anticipar la recuperación.
Auto instrucciones	Permitir organizar y desarrollar mejor las tareas cotidianas, entender lo que sucede, plantear objetivos de actuación, mensajes de esperanza y potenciar la autoeficacia.
Juegos de rol	Facilitar la resolución de diversas necesidades, representar escenas con el fallecido, aclarar una dificultad, practicar habilidades, etc.
Parada de pensamiento	Disminuir la aparición de cogniciones o rumiaciones persistentes en relación con el fallecido.
Modelo integrador de Nolen-Hoeksema (2001)	Psicoeducación de los efectos de las rumiaciones, distracciones positivas, terapia cognitiva, limitación de la preocupación, búsqueda de significado y apoyo social efectivo.

Nota. Recuperado de Barreto, P., y Soler, M. C., 2007, *Muerte y duelo*, p.105.

El programa de tratamiento individual de duelo complicado propuesto por Shear (2010), se enmarca dentro de la teoría del apego y combina técnicas de la terapia interpersonal, cognitivo conductual e intervención motivacional.

Haciendo mención a algunos protocolos de intervención en duelo, se destacan:

- El protocolo de atención al duelo de la Comunidad de Madrid, dirigido a profesionales de la Salud (Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid, 2019).
- Guía para profesionales de la salud ante situaciones de duelo (Basaluzzo et al., 2011) propuesto por la Junta de Andalucía.
- El protocolo de duelo en cuidados paliativos, pensado como guía para familiares (Lacasta et al., 2014).
- Guía de duelo adulto para profesionales sanitarios (Díaz, Losantos, y Pastor, 2014).

Algunas propuestas llevadas a cabo dentro de la modalidad de intervención grupal en duelo:

- Psicoterapia grupal en duelo, experiencia de la psicología clínica en Atención primaria (Espinosa, Campillo, Garriga, y Martín, 2015), con sesiones cognitivo-conductuales y resultados que reportan mejoras significativas.
- Intervención grupal en duelo, desde el servicio de Oncología (Payás, 2007).
- Exposición de casos clínicos en terapia de grupo en duelo complicado con un enfoque desde los factores de cambio positivo (Pérez, Hernangómez, y Santiago, 2000).
- Tratamiento del duelo en Salud Mental: una experiencia grupal compuesta por grupos de apoyo al duelo y cuyos resultados muestran un alivio en el sufrimiento de los participantes (Sanz et al. 2014).
- Asesoramiento grupal en duelo traumático en Madrid, con resultados favorecedores respecto a las estrategias de afrontamiento y expresión emocional (Jarne, García, y Torres, 2005).

En general, numerosas investigaciones coinciden en que los sujetos que participan en el tratamiento grupal de duelo complicado, consiguen resultados significativos a nivel de mejoría clínica (Díaz, 2011).

Para finalizar, respecto a la terapia multifamiliar en duelo, existen limitadas investigaciones sobre cómo contribuye positivamente en el proceso psicoterapéutico, puesto que no existe una teoría consensuada acerca de su funcionamiento. Sin embargo, actualmente existen grupos multifamiliares de duelo en diversas asociaciones que se llevan a la práctica (Sempere, 2016).

4. PROPUESTA DE INTERVENCIÓN

4.1. Descripción de la propuesta integrativa

Con el objeto de adoptar un enfoque más integral de tratamiento del duelo complicado, la presente propuesta adquiere un encuadre global, no sólo centrándose en la intervención del individuo, sino también abarcando las diferentes esferas que se relacionan con su problemática. Para este fin, se emplea el Modelo Ecológico que propone Bronfenbrenner en 1979. Dicho modelo, nos proporciona un marco general para la intervención en duelo, planteando que el desarrollo humano está inevitablemente influenciado por las características del ambiente en el que se desenvuelve. Esta propuesta, entiende a la persona en duelo, no sólo como un ente sobre el que repercute el ambiente, sino, como una entidad dinámica en continuo desarrollo, que influye a su vez en el ambiente e incluso reconstruye el medio (García, 2001).

En este sentido, la presente intervención intenta cubrir tanto las necesidades del individuo a nivel personal, como sus necesidades en la red social y de apoyo, ampliando los horizontes terapéuticos

a otros sistemas que influyen en la persona. Se proponen las siguientes intervenciones en base al sistema en las que actúa siguiendo el Modelo Ecológico:

- Terapia individual: actuando a nivel de Microsistema, es decir, individuo (sobre las características psicológicas e intrapersonales).
- Terapia familiar: actuaría a nivel del Mesosistema, a lo cual intervendríamos sobre la interrelación de dos o más microsistemas, al ser varios miembros de una misma unidad familiar.
- Terapia multifamiliar: delimitada entre el Mesosistema y el Exosistema del modelo y entendida según este, como una comunidad o vecindario. Entorno en el que la persona no está incluida directamente (diferentes familias), pero se producen hechos que afectan a los entornos en los que se incluye la persona (véase Figura 1).

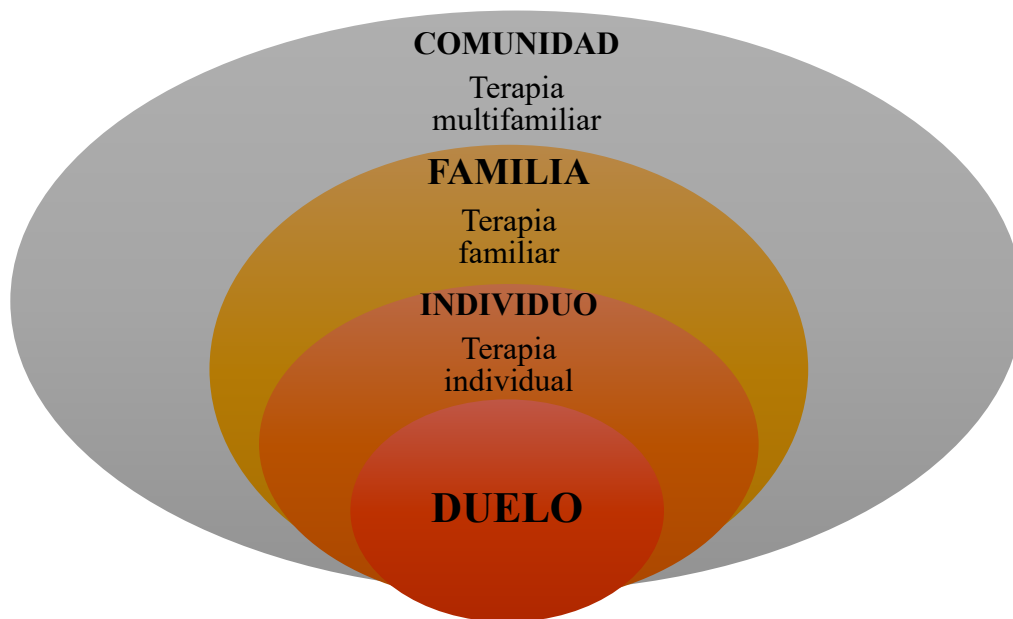


Figura 1. Modelo Ecológico de la propuesta integrativa en duelo.

Desde esta perspectiva, la muerte de una persona y por ello el duelo que se sufre tras su pérdida, actuaría (según representa la Figura 1), como una “ola expansiva” que afecta, no solo al individuo como tal (por ello la necesidad de terapia individual cuando se trata de duelo complicado), sino también, a la dinámica familiar (de ahí la terapia familiar) y además, a la relación de estos sistemas con otros entornos importantes (terapia multifamiliar de varias familias en duelo). A partir de aquí, entendiendo la propuesta desde un punto de vista integrativo, se hará referencia a tres niveles de intervención en función de estos tres sistemas dinámicos que influyen entre sí.

4.2. Primer nivel

4.2.1. Presentación del primer nivel de intervención

El primer nivel de intervención corresponde a la intervención en el microsistema del individuo, entendiendo a su vez las relaciones interpersonales con los demás sistemas. Ya que la propuesta va dirigida a familiares de víctimas de siniestros de tráfico, actuaremos a nivel individual con cada familiar afectado. A continuación se detallan los criterios de inclusión de este nivel, pudiendo formar dos grupos de pacientes (véase Figura 2).

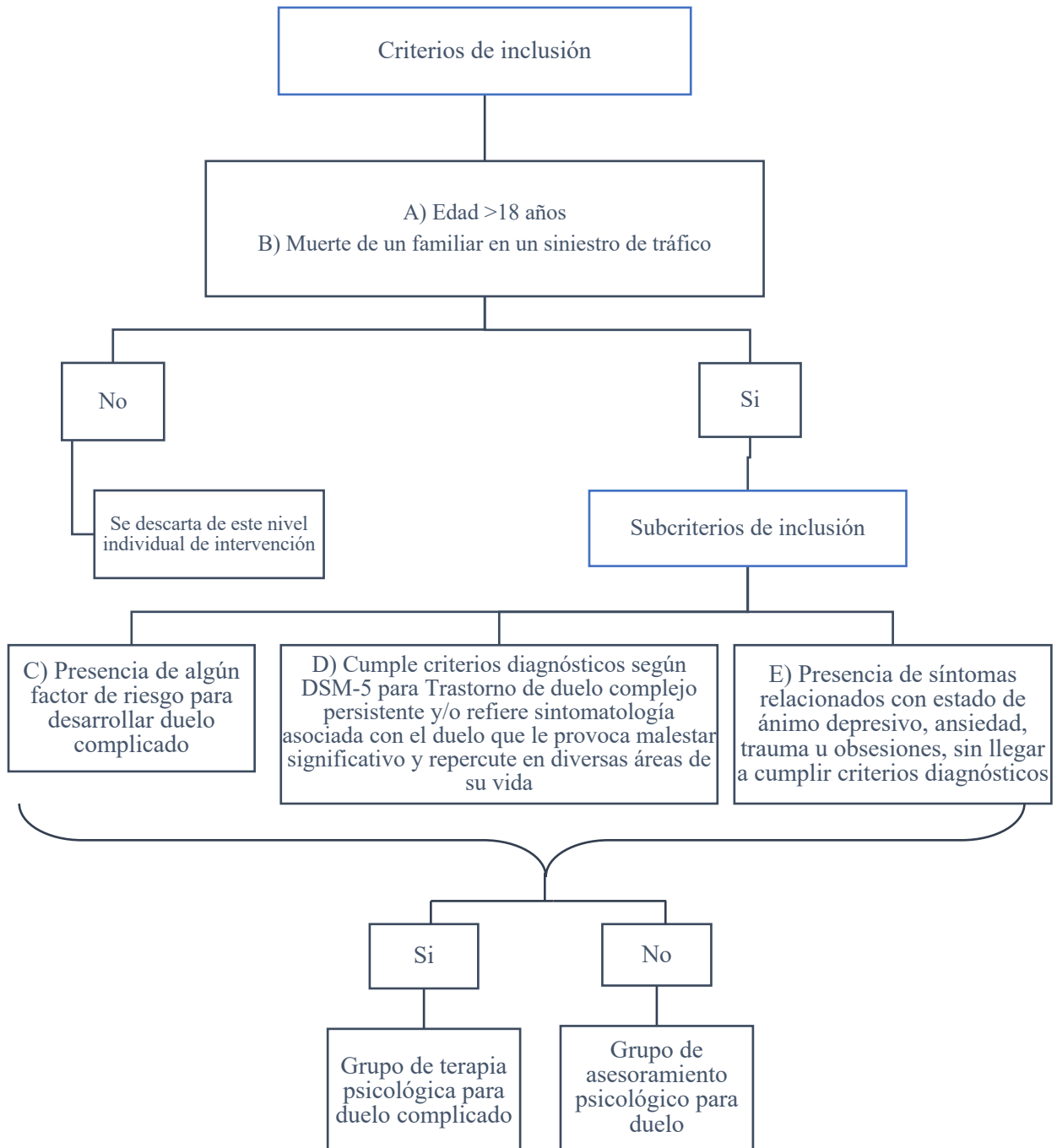


Figura 2. Esquema de los criterios de inclusión del primer nivel de intervención.

Como se observa en la Figura 2, después de cumplir los criterios de inclusión para participar en el programa al primer nivel de intervención, pasaríamos a verificar si cumple o no los siguientes subcriterios con el objetivo de formar dos modalidades individuales diferentes. A continuación se detallan cada uno de estos subcriterios (no excluyentes):

- C) Presencia de uno o más factores de riesgo que establece la literatura para desarrollar un duelo complicado, como: haber experimentado situaciones traumáticas, historia de psicopatología previa, pérdida temprana de padres, duelos previos no resueltos, historia de afrontamiento pasivo ante pérdidas anteriores, reacciones emocionales intensas o retraso en ellas, negación de la muerte, no visualizar la pérdida, falta de disponibilidad de apoyo social y familiar, bajo nivel de comunicación, recursos materiales reducidos, pérdidas múltiples en el mismo siniestro y crisis concurrentes, entre otros.
- D) Cumple criterios diagnósticos de “Trastorno de Duelo Complejo Persistente” según el DSM-5 y/o refiere sintomatología intensa relacionada con el duelo que le provoca un malestar significativo e interfiere con diferentes áreas de su vida cotidiana (laboral, relaciones, etc.), teniendo en cuenta un periodo de tiempo de 6 meses tras el suceso.
- E) Presencia de sintomatología asociada a un estado de ánimo depresivo, ansiedad, trauma, obsesiones, etc., (sintomatología comórbida asociada al proceso de duelo complicado) sin llegar a cumplir criterios diagnósticos según el DSM-5 para Trastorno.

Si la persona, cumple uno o más de estos tres subcriterios, pasará a formar parte del nivel de intervención individual en el que se llevará a cabo una terapia de corte cognitivo conductual en relación con el duelo complicado, la cual será descrita posteriormente.

Sin embargo, cuando la persona no cumple ninguno de los tres subcriterios anteriores, se dará la posibilidad de que forme parte de otra modalidad de intervención, dirigida a familiares que no presentan riesgo de duelo complicado y/o que se encuentran en duelo normal. Por ello sus necesidades difieren del otro grupo de terapia de duelo complicado o patológico. Este tipo de intervención será diferente y no una intervención psicológica al uso. Esto es así, ya que en base a la literatura científica (Romero, 2013) se desaconseja el uso de intervenciones en duelo normal, puesto que pueden llegar a interrumpir la elaboración del proceso, si se realizan seguidamente a la pérdida. Debido a la naturaleza traumática del suceso y el poco riesgo de complicación del duelo, se propone para este grupo, un Asesoramiento psicológico que ayude al familiar a

contemplar cualquier cuestión no resuelta con el fallecido y que aumente la realidad de la pérdida, expresión emocional y en definitiva, un reajuste después de la pérdida (Worden, 2013).

Los criterios de exclusión a dicho nivel individual serán los siguientes:

- La persona cumple criterios diagnósticos según el DSM-5 para trastornos relacionados con el estado de ánimo, ansiedad, depresión, obsesiones o traumas, (no solo refiere sintomatología) y por ello, este diagnóstico se asocia al Trastorno de Duelo complejo persistente.
- El paciente padece una enfermedad psiquiátrica grave ya diagnosticada (como esquizofrenia, enfermedad neurodegenerativa, trastorno psicótico, etc.)
- La edad es menor a 18 años.

Si cumple uno o más de estos tres criterios de exclusión, se le derivará automáticamente a otro programa específico que pueda atender sus necesidades de manera más especializada.

4.2.2. Objetivos concretos que persigue

4.2.2.1. Objetivos para Asesoramiento psicológico en duelo

- Objetivo general: favorecer la correcta elaboración del proceso de duelo y por tanto, la recuperación de su vida personal y profesional.
- Objetivos específicos:
 - a) Informar sobre el proceso de duelo, duración y sus manifestaciones como normalidad.
 - b) Reforzar la flexibilidad mental ante dificultades presentes, fomentando la planificación en el futuro.
 - c) Promover conductas de adaptación al duelo como: rituales, despedidas, etc.
 - d) Abordar las circunstancias de la muerte y favorecer la realidad de la pérdida.
 - e) Fomentar la narración de la historia de relación con el fallecido, abordando los elementos positivos y negativos.
 - f) Estimular estrategias de afrontamiento activas y promover tareas para ello.
 - g) Potenciar el manejo de estresores cotidianos y readaptación a la vida diaria.
 - h) Favorecer la toma de decisiones y la resolución de los problemas.
 - i) Facilitar la expresión emocional y de necesidades básicas.

Sin embargo, ya que este grupo de asesoramiento psicológico, no conlleva la aplicación de una intervención psicológica como tal, no será desarrollado en adelante.

4.2.2.2. Objetivos para Terapia cognitivo conductual en duelo complicado

- Objetivos generales: disminuir los factores de riesgo asociados al duelo patológico y aumentar los factores de protección. Reducir aquella sintomatología leve o moderada, asociada a otros trastornos comórbidos del duelo patológico (síntomas depresivos, ansiedad, obsesiones, etc.).
- Objetivos específicos:
 - a) Potenciar la aceptación de la realidad de la pérdida.
 - b) Realizar un procesamiento adecuado de lo sucedido e integrar la pérdida en la autobiografía existente.
 - c) Modificar creencias distorsionadas acerca de la pérdida socialmente aceptable.
 - d) Reestructurar los pensamientos distorsionados causantes de emociones excesivas en intensidad y/o duración.
 - e) Reconstruir el sistema de creencias sobre sí mismo y el mundo tras el suceso traumático.
 - f) Aumentar sensación de seguridad frente al mundo, disminuyendo así conductas de sobreprotección, hipervigilancia, evitación (ej. Relacionadas con la conducción).
 - g) Fomentar la toma de decisiones activa, elaborando nuevas metas y relaciones de vida.
 - h) Facilitar la readaptación a la vida diaria.
 - i) Evaluar las conductas adaptativas relacionadas un estilo de afrontamiento activo y fomentarlas en forma de tareas (ej. búsqueda de apoyo social).
 - j) Favorecer la expresión emocional y el manejo de emociones como ira, tristeza y pena.
 - k) Disminuir culpabilidad y autorreproches.
 - l) Disminuir la desesperanza, pensamientos de muerte y riesgo de suicidio.
 - m) Disminuir rumiaciones y pensamientos e imágenes recurrentes en torno al fallecido.
 - n) Fomentar conductas de autocuidado personal y hábitos saludables (sueño, apetito y salud física).
 - o) Disminuir conductas relacionadas con posible consumo excesivo de drogas, alcohol o abuso de medicamentos.

Como en cualquier intervención, se deberán adaptar los objetivos terapéuticos en base a las necesidades y requerimientos del paciente.

4.2.3. Sesiones

Para conseguir los objetivos terapéuticos descritos, será necesario planificar las sesiones que se llevarán a cabo dentro de la Terapia cognitivo conductual para duelo complicado. Tendrá un total de 14 sesiones que se llevarán a cabo de manera semanal (sesión 1-14). Por ello, la duración es

de 3 meses y dos semanas, pudiendo ser posible alargar dicha terapia, 4 meses de seguimiento más (sesión 15) con una sesión mensual, en función de necesidad terapéutica. La duración total con el seguimiento, en este primer nivel, será de siete meses y dos semanas. Cada sesión tendrá una duración de una hora y media. La planificación de las sesiones se detalla a continuación.

Sesión 1: Presentación del programa de intervención individual.

- Objetivos: establecer una alianza terapéutica y explicación breve del programa de intervención e introducción al proceso de duelo.
- Contenidos:
 - o Introducción de la terapia cognitivo conductual mediante la explicación del modelo ABC en base a sus Autorregistros previos en relación con la vivencia de duelo.
 - o Repaso de sus sentimientos, pensamientos y conductas en los momentos de la pérdida, y ejemplificación del modelo pensamiento-emoción-conducta en sus experiencias.
 - o Explicación del proceso de duelo en base a modelos teóricos ajustados a su idiosincrasia y de la sintomatología propia de este, normalizando el proceso.
 - o Propuesta de tareas para casa: seguir con los Autorregistros y una breve exposición de lo que ha significado para él/ella la pérdida.
- Técnicas: Psicoeducación, normas de terapia, Técnica de Reestructuración cognitiva a pensamientos o distorsiones en base a los Autorregistros, Validación de emociones.

Sesión 2 y 3: Favoreciendo la aceptación de la pérdida.

- Objetivos: detectar la fase del duelo según Barreto y Soler (2007) en la que se encuentra (desconcierto o sentimiento de irrealidad, anhelo, desorganización o desesperación y reorganización). Con el objetivo de promover la aceptación de la pérdida mediante cogniciones progresivamente más adaptativas, en función de la fase en la que se encuentre.
- Contenidos: Promover la narración de lo sucedido, abordando los pensamientos más irracionales y las emociones que generan en base al modelo explicado en la sesión pasada. Se pretende hacer hincapié sobre los diferentes momentos cronológicos antes, durante y posterior a la pérdida. Promoviendo poco a poco una salida del posible estado de confusión o sensación de irrealidad correspondiente a la primera fase del duelo.
- Técnicas: Autorregistros, Técnica de Reestructuración cognitiva mediante contraste adaptativo, Rituales tradicionales (funeral, visita al cementerio u otros rituales que

permitan transitar desde una vida con el fallecido a una vida sin él), Técnica de distanciamiento.

Sesión 4 y 5: Trabajando sobre los pensamientos y emociones relacionadas con la pérdida.

- Objetivos: entrenamiento en la identificación de emociones y pensamientos asociados a la pérdida y asociación con su malestar.
- Contenidos:
 - o Explicación de qué son las distorsiones cognitivas e ideas irracionales y cómo se relacionan con la vivencia de duelo (Anexo 7.1.)
 - o Explicación de la funcionalidad de las emociones y normalización de estas en el proceso del duelo.
 - o Evaluación de la posible desesperanza y riesgo de suicidio.
 - o Autoculpabilización versus responsabilidad.
- Técnicas: Reestructuración cognitiva para la culpa excesiva y pensamientos o ideas irracionales, construcción de la historia relacional con el fallecido, pruebas de realidad, discusión cognitiva, ejercicios para manejar emociones, Técnica de relajación y respiración diafragmática, Guía para los recuerdos estructurados (Anexo 7.2.).

Sesión 6 y 7: Expresión y manejo de las emociones.

- Objetivos: una vez que se ha entrenado en identificar las emociones relacionadas con la pérdida, el objetivo es fomentar la expresión emocional y de necesidades básicas.
- Contenidos: narración de la pérdida y de las emociones suscitadas en relación al fallecido, su vida, el mundo, etc. Reestructuración de posibles creencias distorsionadas en relación a la expresión del dolor y las conductas de duelo socialmente extendidas (ej. No salir de casa, no poder reír, etc.). Reconstruir e integrar lo que ha sucedido, creando poco a poco un sentido de vida y una mirada hacia un futuro.
- Técnicas: Técnicas de Terapia narrativa (que permitan la narración y el recuerdo de la muerte del ser querido), Psicodramatización de las escenas relevantes, Técnica de control de ira, Técnica de lamentación dirigida mediante una exposición en imaginación (exponiendo cognitivamente al paciente a recuerdos vivenciales en relación al fallecido, sobre todo cuando hay conductas de evitación cognitiva y bloqueo emocional) se consigue la evocación de recuerdos, lectura de cartas o presentación de fotografías, uso de dibujos y redacciones acerca de los sentimientos generados por el fallecido.

Sesión 8 y 9: Dificultades del día a día.

- **Objetivos:** identificar que dificultades reales tiene en el desarrollo del día a día y fomentar la resolución de problemas en base a las estrategias de afrontamiento activas ante el duelo.
- **Contenidos:** abordar posibles dificultades para realizar actividades que antes le gratificaban, reestructurar creencias o pensamientos asociados a la culpabilidad, conseguir reactivar la relación social, evitar creencias sobre su “inutilidad” ante la pérdida del rol del ser querido, crear nuevos roles de actuación a nivel personal, familiar y laboral, fomentando la elaboración de una lista con los recursos personales que tiene. Además se pretende fomentar la sensación de control personal pérdida tras el fallecimiento, facilitando así el aprendizaje de métodos que la potencien y disminuyendo así su vulnerabilidad.
- **Técnicas:** Reestructuración cognitiva ante ideas irracionales o pensamientos distorsionados, Planificación y programación de actividades gratificantes, Técnica de Resolución de problemas, Técnica de entrenamiento en habilidades sociales y asertividad, búsqueda de apoyo social de calidad, Técnicas de higiene del sueño, Psicoeducación de hábitos saludables, Técnica de autocontrol.

Sesión 10 y 11: Recolocando la pérdida.

- **Objetivos:** buscar un lugar a la persona fallecida, que nos permita seguir hacia delante.
- **Contenidos:** promover una historia de vida juntos, ubicando el nuevo sitio que dará a la persona en base a recuerdos positivos, fomentar el recuerdo de esa persona en base a experiencias y recuerdos agradables (en fechas específicas), permitiendo espacios para la intimidad del recuerdo del ser querido y reduciendo estos a momentos específicos. Cambiar en definitiva las emociones negativas evocadas por el recuerdo del fallecido, a emociones que generen menor grado de malestar e introducir aquellas que permitan un recuerdo menos doloroso.
- **Técnicas:** Planificación y programación de actividades ritualizadas programadas, escribir una carta al fallecido que no se envíe, diario de emociones, etc.

Sesión 12: Reorganización, recuperación y búsqueda de un propósito.

- **Objetivo:** creación de un plan de actuación con estrategias de afrontamiento activas aprendidas durante las anteriores sesiones para cuando aumente su malestar, emociones y pensamientos identificados como distorsionados en relación a la pérdida.
- **Contenidos:** planificar una lista de actividades o recomendaciones de tareas que pueda hacer en los momentos que note una mayor sensación de malestar o pena instaurada en relación con el fallecido. Recuerdo y refuerzo del proceso de cambio y reconstrucción

que ha conseguido con la terapia. Recuerdo de la funcionalidad de las emociones y “permitirnos sentir”. Establecer una serie de metas u objetivos a cumplir a corto, medio y largo plazo que antes interfirieran con la pérdida.

- Técnicas: técnica de Reestructuración cognitiva sobre posibles creencias irracionales (respecto al duelo), creación de una lista de pensamientos adaptativos sobre la muerte y el fallecido, tarjetas de rescate (con recuerdos positivos y motivos para seguir adelante), establecimiento de otras ayudas adicionales (grupos de apoyo, guías de autoayuda para el duelo, etc.)

Sesión 13 y 14: Abordando otros síntomas comórbidos

Estas sesiones tiene como objetivo el abordaje terapéutico de la sintomatología asociada al duelo complicado como síntomas depresivos, ansiedad, obsesiones, compulsiones, reexperimentación de traumas, evitación social, etc. Todos ellos, serán identificados en la evaluación previa. Se propone así, un espacio de una o dos sesiones semanales en las que se trata específicamente estos síntomas comórbidos mediante técnicas o programas específicos, con el objetivo de que disminuyan significativamente, de manera que no interfieran en el proceso adecuado de elaboración del duelo.

Sesión 15: Sesiones de Seguimiento

Estas sesiones se llevarán a cabo cada mes, tras haber terminado satisfactoriamente las anteriores sesiones y así el terapeuta lo decida. Serán un total de 4 sesiones mensuales de seguimiento (es decir 4 meses de duración para estas sesiones). Todo esto variará en función del progreso del paciente y de las dificultades diarias que acontezcan. El objetivo de estas sesiones, será evaluar la situación, emociones, conductas y pensamientos mediante Autorregistros, recordar pensamientos o creencias adaptativas y alternativas a la situación y reforzar la adquisición de las estrategias de afrontamiento activas aprendidas en anteriores sesiones. Se persigue favorecer el recuerdo de estas estrategias, como por ejemplo, la búsqueda de apoyo social, que mediante el entrenamiento en habilidades sociales por la técnica de Role playing, facilitará así su retención y generalización a futuras situaciones.

Debido a la exigencia terapéutica inherente a algunos de los objetivos planteados, se proponen dos sesiones para facilitar la consecución de los mismos.

4.2.4. Metodología, recursos, etc.

Para desarrollar la terapia individual con los familiares en duelo complicado, serán necesarios los siguientes recursos:

- Recursos materiales: material de papelería, bolígrafos, elementos audiovisuales (ordenador), álbum de fotos, cuaderno, etc.
- Recursos humanos: psicólogos sanitarios (con especialización en duelo).

4.3. Segundo nivel

4.3.1. Presentación del segundo nivel de intervención

Siguiendo esta perspectiva integradora del duelo, al entender el fallecimiento de un familiar en un siniestro vial, como una de las mayores crisis vitales que afronta la familia, es interesante complementar el programa con un segundo nivel que aborde el duelo a nivel familiar. Se propone una terapia familiar para aquellos miembros de las familias que así lo soliciten tras la pérdida de un ser querido por un accidente de tráfico. A continuación, se muestran los criterios de inclusión a este segundo nivel (véase Figura 3).

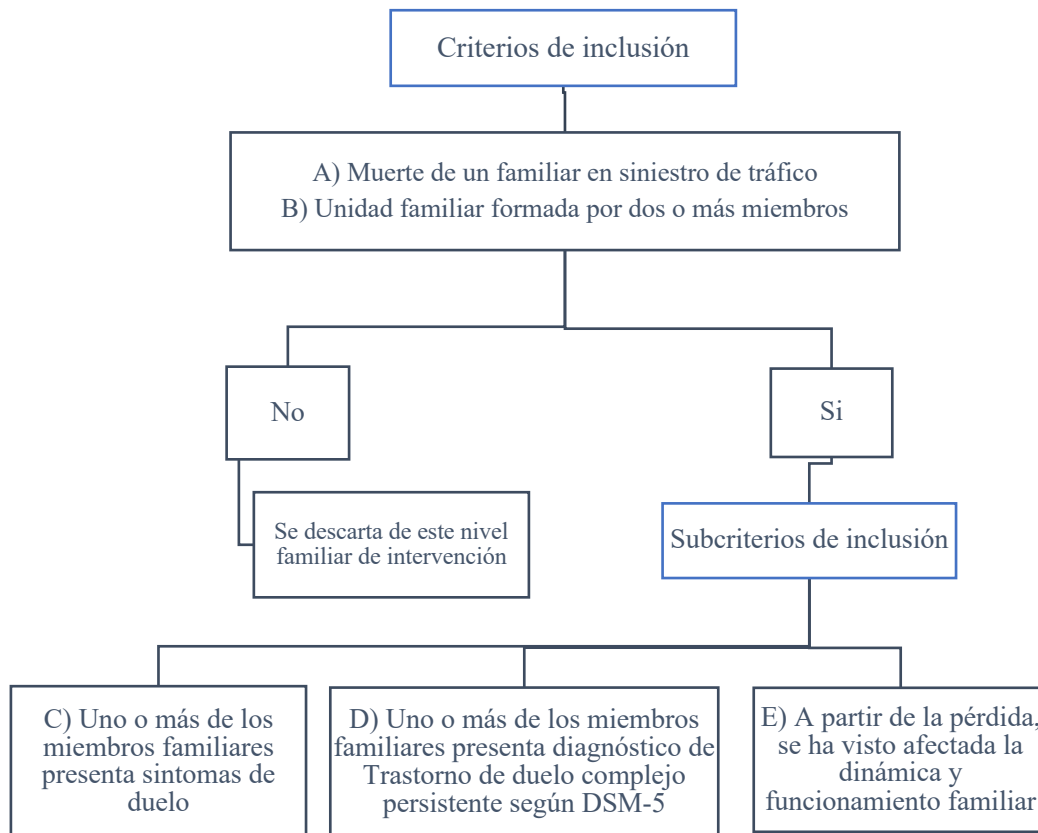


Figura 3. Esquema de los criterios de inclusión del segundo nivel de intervención familiar.

Bajo una perspectiva integradora, la terapia familiar irá orientada a cualquier unidad que haya perdido a un miembro en un siniestro vial y que tengan dos o más miembros. De esta manera, el grupo familiar que tendremos en cuenta para llevar a cabo este nivel de intervención, se formará en base a los subcriterios de inclusión (no excluyentes):

- C) Aquellas personas en duelo normal que en el nivel de intervención individual (primer nivel), así lo soliciten.
- D) De igual manera, podrán incluirse en la terapia familiar aquellas familias en las que haya uno o más miembros en duelo complicado, es decir, que presenten criterios diagnósticos según el DSM-5 para Trastorno de duelo complejo persistente.
- E) Aquellas familias en las que se haya visto afectada negativamente la dinámica y el funcionamiento familiar tras la pérdida de manera significativa.

Los criterios de exclusión a la terapia familiar son: que no haya pérdida humana en el sistema familiar, que esa pérdida no sea como consecuencia de un siniestro vial y/o que no pertenezca a una unidad familiar.

La terapia familiar se llevará a cabo desde una óptica sistémica introduciendo aspectos cognitivos conductuales. De manera que este nivel, pueda ser una continuación del anterior (nivel individual más nivel familiar), o que se puedan realizar de manera independiente (así como lo deseen los participantes). Este grupo lo componen los miembros del sistema familiar al que ha afectado la pérdida, por lo que las edades de los miembros serán variadas, así como sus niveles culturales, experiencias vitales, etc.

Este tipo de intervención, al ser de carácter familiar, optimiza los recursos y los resultados al brindar apoyo social, facilitar un espacio común de encuentro donde expresar pensamientos y emociones, permitir normalizar las manifestaciones del duelo, romper el aislamiento de algunos miembros y ofrecer modelos entre iguales.

4.3.2. Objetivos concretos que persigue

- a) Aumentar el nivel de comunicación de la familia.
- b) Aumentar el apoyo social de cada uno de los miembros.
- c) Aumento del apoyo familiar percibido y expresado.
- d) Favorecer la expresión emocional (pena, desagrado, etc.) de los demás miembros y que estos faciliten y respeten las de los demás.
- e) Modificar creencias distorsionadas acerca de la pérdida socialmente aceptable.

- f) Conseguir la aceptación de la realidad de la pérdida por todos los miembros familiares.
- g) Fomentar la experiencia compartida de dolor entre los miembros de la familia y la necesidad de apoyo y soporte mutuo.
- h) Favorecer mediante el modelado entre iguales, conductas adaptativas frente al duelo.
- i) Proceder a la reorganización del sistema familiar, asumiendo las funciones del rol del difunto.
- j) Intensificar el contacto con la familia extensa.
- k) Favorecer nuevas metas y relaciones, en la vida de los miembros de la familia.

4.3.3. Sesiones

La terapia familiar, contará de un total de 8 sesiones que se llevarán a cabo semanalmente, y tendrán una duración de 2 horas cada una de ellas. Existirá posibilidad de aumentar estas sesiones si así se requiere. En total, tendrá una duración de 2 meses.

Sesión 1: Presentación de la terapia familiar

- Objetivos:
 - o Establecimiento de los límites y estructura de la terapia, con normas específicas.
 - o Construcción del vínculo y compromiso de los miembros de la familia (ambiente contenedor, escucha activa a todos y neutralidad).
 - o Recopilación y profundización de la terapia de familiar.
 - o Establecimiento de las metas y objetivos de la terapia.
 - o Evaluación de expectativas antes de la terapia.
- Técnicas: Psicoeducación, explicación del modelo de duelo, habilidades terapéuticas.

Sesión 2: ¿Por qué el duelo nos afecta a todos los miembros familiares?

- Objetivos:
 - o Desarrollar y monitorear el vínculo. Introducción de conceptos sistémicos, red familiar e interacción bidireccional de los sistemas que componen la familia.
 - o Explicación del duelo, proceso, modelo de fases y tareas del duelo.
 - o Explicación breve de la sintomatología propia del duelo y del duelo patológico.
 - o Normalización y validación de emociones y sentimientos en duelo.
 - o Explicación del modelo ABC (pensamiento-emoción-conducta) para la aplicación individual y acerca de los demás miembros.

- Favorecer la expresión de sus pensamientos sobre la pérdida en ese espacio de armonía familiar.
- Técnicas: Psicoeducación, Reestructuración cognitiva de pensamientos distorsionados frente a la pérdida, uso de preguntas circulares (se pregunta a otro miembro por lo que hace, siente, etc.) fomentando una visión cíclica e interrelacionada del problema que afecta a todos, y permitiendo que fluya información que se desconocía o puntos de vista nuevos. *Reframing* o reencuadramiento (redefinir la manera de ver el duelo y el significado de lo que están sintiendo).

Sesión 3: Estrategias de afrontamiento familiar empleadas

- Objetivos:
 - Recopilar información y enfoque de la discusión.
 - Expresión individual de las estrategias que cree que utilizan para manejar el dolor y la pena.
 - Puesta en común a todos los miembros.
 - Debate familiar acerca de la funcionalidad de esas estrategias para hacer frente al problema.
 - Fomentar la empatía y escucha mutua ante el dolor transmitido por otro miembro.
 - Explicación del sistema en base a la individualidad de cada uno de ellos pero a su vez, interacción necesaria que afecta a los demás sistemas de la familia.
 - Explicación de las distorsiones cognitivas en base al modelo cognitivo de Beck.
 - Normalizar las dificultades de los miembros.
 - Movilizar a la familia hacia nuevas ideas de afrontamiento conjunto.
- Técnicas: Reestructuración cognitiva, Psicoeducación, elicitación de soluciones (recopilar información sobre las soluciones que la familia ha intentado o que considerarían útiles para lidiar con las dificultades de la pérdida), preguntas lineales o circulares (orientadas al futuro).

Sesión 4: Expresión de los sentimientos y emociones en familia

- Objetivos:
 - Definición de sentimientos: culpa, rabia, pena e impotencia, en relación con la pérdida. Explicación de la funcionalidad de estas en el proceso.
 - Diferencias de expresión emocional en la familia (individualidades e interacciones).
 - Debatir la funcionalidad o sentido dentro de la familia y en relación con el fallecido.
 - Fomentar la expresión emocional y de necesidades dentro de la familia.

- Ejercicios de rol, dando una respuesta de apoyo y comprensión hacia estas emociones expresadas.
- Recapitular las cosas positivas y negativas del grupo hasta el momento de terapia.
- Establecer compromisos de cambio por parte de los miembros.
- Técnicas: Preguntas escala (en este caso un ejemplo sería pedirle a la familia que valoren, del 1 al 10, en qué punto está ahora de gravedad la situación que están viviendo de pérdida en función de cómo se sienten de mal, como lo están llevando, en qué punto están, etc. Desde aquí podemos indagar a través de los demás miembros, qué haría falta para subir un punto en la escala, o si la puntuación es baja, que han hecho para conseguir que no baje más, de manera que se involucra a todos los miembros), Psicoeducación del papel y funcionalidad de las emociones, debate socrático, Técnicas asertivas para responder a las emociones y necesidades de la familia, Escritura y dibujo (sobre el fallecido y los sentimientos evocados), Técnica de Role playing.

Sesión 5: Compartir pensamientos e interpretaciones en familia

- Objetivos:
 - Identificar y explorar las creencias en base al duelo y las dificultades actuales.
 - Fomentar la expresión de las preocupaciones o rumiaciones a los miembros de la familia.
 - Explorar las relaciones dentro del sistema familiar y con el sistema extenso.
 - Evaluar las creencias en relación a la terapia y el comportamiento de la familia durante la terapia.
 - Conectar las ideas y creencias de la familia.
- Técnicas: Reestructuración cognitiva de creencias distorsionadas relacionadas con el duelo, distorsiones cognitivas e ideas irracionales, pruebas de realidad, estrategias de manejo de pensamiento obsesivos (posible pérdida de otro familiar, imágenes dolorosas), técnicas narrativas, escribir una carta, uso de símbolos (fotos o recuerdos del fallecido que sirvan para visualizarle).

Sesión 6: Reorganización de roles y actividades

- Objetivos:
 - Trabajar hacia el cambio a nivel de las conductas y creencias en relación con el funcionamiento y organización familiar (confrontar las ideas y patrones diferentes, proveer distancia entre la familia y el problema).
 - Deberán hacerse responsables de sus propios roles y acciones, así como del proceso de cambio.

- Permitir a cada uno de los miembros darse cuenta de las acciones y motivaciones hacia el cambio de los otros.
- Técnicas: Externalización (consiste en otorgarle al problema, en este caso el fallecimiento, una realidad externa y objetiva fuera de la persona), Reencuadre a través de las preguntas circulares (re-etiquetando de manera positiva las ideas y descripciones entregadas por los miembros de la familia, en una manera que sea consistente con sus realidades), Técnicas de rituales.

Sesión 7: Mirando hacia delante como familia

- Objetivos:
 - Elaborar de manera adaptativa el duelo por todos los miembros del grupo.
 - Establecer pautas específicas sobre cómo manejar la dinámica familiar ante situaciones complejas.
 - Compromiso de apoyo y ayuda mutua en la familia.
 - Creación de un recuerdo menos doloroso sobre el fallecido.
 - Definición de tareas y roles en la dinámica familiar.
 - Amplificar el cambio con respecto a las anteriores sesiones.
 - Puesta en común de progresos en la familia.
 - Aumento de la sensación de control familiar.
- Técnicas: Libro de recuerdos (actividad que puede realizar la familia conjuntamente haciendo un libro de recuerdos sobre el fallecido, puede incluir historias sobre acontecimientos familiares, fotografías, poemas y dibujos, ayudando a la familia a recordar viejas historias y, finalmente, a elaborar el duelo), Exposición en imaginación, Ejercicios de visualización, escribir una carta, Técnica de modelado, diario sobre la experiencia de duelo.

Sesión 8: Finalización de la terapia familiar

- Objetivos: Se recapitulará todos los objetivos de las sesiones anteriores, haciendo hincapié en las dificultades y progresos que han conseguido como unidad familiar. Se llevarán a cabo unas breves conclusiones sobre el proceso de terapia y recomendaciones futuras. Se realizará la evaluación final con el objetivo de obtener las medidas post, para evaluar la efectividad de la terapia familiar.

4.3.4. Metodología, recursos, etc.

La metodología básica de este nivel de terapia familiar, se centra sobre todo en recursos como:

- Recursos materiales: material de papelería, pizarra grande, bolígrafos, pinturas, elementos audiovisuales, etc.
- Recursos humanos: necesidad de implicar a profesionales como psicólogos sanitarios especializados en terapia familiar o de pareja, con experiencia en duelo (un terapeuta por grupo familiar).

4.4.Tercer nivel

4.4.1. Presentación del tercer nivel de intervención

Este último nivel de intervención, corresponde a la creación de un grupo formado por diversas familias (multifamiliar), donde se llevará a cabo una intervención multifamiliar de orientación principalmente sistémica. Siguiendo la literatura existente sobre estos grupos (Sempere, 2016), se plantea un contexto abierto a cualquier persona representativa del entorno familiar, que sea aceptado por las demás personas que acuden solas, sin ningún otro representante familiar. El nexo de unión que se dará entre estas personas (y único criterio de inclusión), será la pérdida de un familiar en siniestros de tráfico. De tal manera, que para incluirse en este grupo, no hace falta acudir con la unidad familiar, sino que se puede acudir de manera individual. Sin embargo, este nivel de intervención adquiere mayor potencia, si se combina con los anteriores niveles (individual y familiar), aunque se puede realizar de manera independiente a ellos si algún grupo familiar o miembro se niega a asistir a las demás.

El objetivo de la propuesta basada en un grupo multifamiliar, es que pueda estar disponible y funcionar como un grupo abierto, que permita la salida y entrada de sus miembros conforme así lo deseen. Los grupos estarán formados por al menos 4 o 5 familias o miembros individuales de las mismas, creando un grupo heterogéneo de personas de cualquier edad, características sociocultural y profesión, pero todos ellos circunscritos a la problemática concreta: la pérdida de un familiar en accidente de tráfico.

Al plantearse de este modo, no habrá selección de pacientes en función de criterios de inclusión, sino que podrán asistir todos los familiares que hayan perdido a seres queridos en siniestros de tráfico, con unas condiciones mínimas de respeto hacia sí mismos y los demás.

4.4.2. Objetivos concretos que persigue

En la terapia multifamiliar los objetivos terapéuticos, no suelen ser impuestos por el terapeuta, sino que se esbozan por los participantes conforme suceden las sesiones a través de un encuentro mínimamente estructurado. Los objetivos perseguidos son:

- a) Conseguir crear una universalidad de los sentimientos relacionados con la pérdida y una experiencia compartida de la misma, ya que todos los componentes han perdido a un familiar en parecidas circunstancias. Hablar con los demás sobre el propio suceso y posterior duelo, puede hacer que se recapitule sobre su propia vida: significado, valores, metas, etc.
- b) Conseguir explicitar lo qué sucede tras una pérdida en estas circunstancias, en base al testimonio del grupo.
- c) Fortalecer la capacidad de reflexión o autoconciencia del propio estado y su capacidad para el cambio y aceptación de la pérdida.
- d) Fomentar la sensación de empoderamiento o sensación de “tener en cuenta su voz”: *“lo que me ocurre es relevante y merezco que los demás me presten atención”*.
- e) Fomentar y normalizar la expresión de las emociones y pensamientos relacionados con la pérdida, en base al respeto y atención prestada por el grupo.
- f) Favorece la ruptura de creencias distorsionadas frente al duelo y tópicos como *“hay que ser fuerte en la vida”* o imagen de duelo como signo de debilidad.
- g) Conseguir una imagen positiva de cambio, mediante el modelado de otros miembros que se encuentran en diferentes fases de duelo, permitir dar esperanza al sufrimiento actual.
- h) Aumentar la confianza hacia los demás al compartir experiencias de la pérdida, mediante la reconstrucción narrativa del relato, está vez, más tolerable y tranquilizador.
- i) Fomentar la empatía, comprensión y respeto de las individualidades presentes en el grupo y capacidad de generalización a otros contextos.
- j) Favorecer la cohesión grupal, creando un sentimiento de pertenencia grupal que sirva como fuente de apoyo social a diferentes edades y géneros.
- k) Favorecer el aprendizaje de un estilo de comunicación adaptativo con los demás y con la propia familia, que puede ser opuesto al de algunos miembros.
- l) Conseguir modificar y contrastar creencias personales con la opinión del resto del grupo: fomentando el contraste empírico de las ideas irracionales
- m) Promover la identificación con otras personas en duelo (mediante la expresión de emociones, creencias diversas, conductas, modos de afrontamiento). Existen multitud de diferencias y semejanzas en cómo uno siente la pérdida, de manera que la vivencia de cada miembro es única y a la vez especial, gracias a la hipercomplejidad del contexto multifamiliar.
- n) Fomentar la construcción de un “sujeto reflexivo” o “yo autentico”, que se libera de los hábitos emocionales de dolor y pena tan opresivos y afianza su propio poder personal.

4.4.3. Sesiones

El grupo multifamiliar tendrá un mínimo de 9 sesiones (con la posibilidad de aumentar el número en función la entrada de nuevas familias, cambios, etc.) y podrá durar un máximo de 14 sesiones (de manera que pueda solaparse con los anteriores niveles). La periodicidad de estas sesiones se llevará a cabo cada 15 días y la duración de cada sesión será de una hora y media, máximo dos horas. En total, el grupo multifamiliar puede durar 4 meses y medio como mínimo.

Las sesiones que se plantean llevar a cabo en los grupos multifamiliares para el duelo son muy diversas debido al dinamismo y espontaneidad de los miembros. Al carecer de objetivos terapéuticos estructurados, el plantear sesiones previamente establecidas carece de valor en los grupos multifamiliares. Sin embargo, con el objetivo de ofrecer un marco general de actuación de estos grupos, las actividades quedarán reflejadas atendiendo a la siguiente estructura en función de las Fases que recorre un grupo multifamiliar (véase Figura 4).

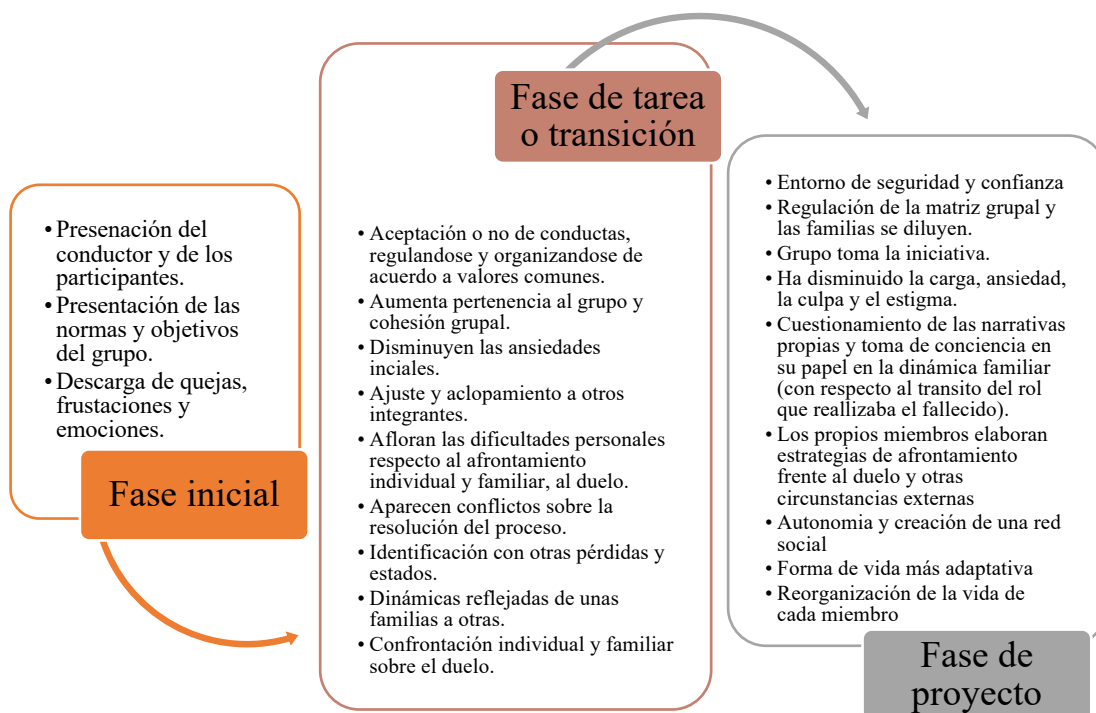


Figura 4. Fases del grupo multifamiliar en duelo y descripción de cada una.

Al ser un grupo abierto, con la posibilidad de que nuevos participantes entren en diferentes momentos del grupo, es necesario poder volver sobre las fases nuevamente, haciendo una breve introducción y presentación del grupo o tema a tratar. A continuación, se muestran de manera general, algunas de las técnicas más usadas en las fases anteriores en el grupo multifamiliar y la composición de sesiones para el duelo.

Fase inicial (3 sesiones)

- Técnicas: interpelación a todos los miembros de la familia, disipación de prejuicios, angustia y vergüenza por medio del *reframing* o reencuadramiento positivo de las experiencias y síntomas, promoción de autoestima, diálogo abierto (espacio colaborativo de conversación con el terapeuta, se eliminan las relaciones jerárquicas, y se basan en la igualdad) (llevada a cabo en la mayoría de las sesiones de la terapia).

Fase de tarea (3 sesiones)

- Técnicas: intervenciones de enlace transfamiliar (pidiendo a los demás que opinen sobre lo mostrado por una familia), Toma de insights (hacer conscientes los elementos inconscientes de cada participante), Técnicas narrativas (a través de una “conversación” o “diálogo”), creación del equipo reflexivo (se reconocen los temores personales, necesidades de los miembros), diálogo abierto, Técnica de modelado, aprendizaje por “analogías”, análisis grupal de material audiovisual (se analizan conjuntamente extractos de grabaciones de sesiones pasadas o de películas), Técnicas de psicodrama.

Fase de proyecto (3 sesiones)

- Técnicas: Centradas en solución de problemas, cambios estructurales en la familia, técnica del cambio de papeles, diálogo abierto, generalización, modelado, aprendizaje por “analogías” (capacidad de observar análogas situaciones de conflicto y aprender de ellas, por ejemplo un padre puede aprender sobre conductas parentales a través de ver la acción de otro padre, lo que provoca un impacto por observación para el cambio de dinámicas)

4.4.4. Metodología, recursos, etc.

La metodología que se llevará a cabo con el grupo multifamiliar, se encuadra dentro de una visión totalmente diferente a los anteriores niveles. Puesto que no es un grupo terapéutico como tal, no sigue sus normas, es un grupo no directivo, en el que son los propios integrantes los que toman la palabra. El grupo se basa en derechos y deberes sujetos al principio de responsabilidad y compromiso que deben ser respetados. Las normas serán construidas en el espacio grupal, pudiendo ser revisables, ya que ellos definen el marco normativo que guiará su conducta dentro del proceso interactivo. Aun así, no todos los miembros tienen por que conocerlas, por lo que se firmarán estas normas al inicio de la sesión.

Su estructura será abierta y dinámica, aunque se llevará un registro en cada sesión por parte del terapeuta, con el fin de estimar el progreso de grupo y posible derivación de casos especiales (Anexo 7.3.)

- Recursos materiales: se precisará una sala grande, bien dotada de múltiples sillas o mesas para llevar a cabo las sesiones con un grupo elevado de participantes.
- Recursos humanos: al ser un grupo bastante variado se necesitarían al menos dos psicólogos que funcionarán como conductores (a ser posible con formación o experiencia en grupos multifamiliares). El conductor debe estar atento a las secuencias comunicativas que se producen en los miembros individuales del grupo (plano individual), entre los miembros de cada familia (plano intrafamiliar), entre las familias (plano interfamiliar), en el grupo como un todo (plano social). Su función será de conductor/a coordinando el grupo y a sus miembros desde una posición no jerárquica.

4.5.Contexto en el que podría aplicarse la propuesta

En general, la propuesta en su conjunto tendría un contexto de futura aplicación especialmente dirigido a aquellas organizaciones no gubernamentales (ONG) o asociaciones de víctimas relacionadas con los siniestros viales o con la intervención en duelo. Entre estas podría destacar: AMAD (Asociación de mutua ayuda ante el duelo), Fundación EKR (Fundación Elisabeth Kübler Ross México), Fundación A víctimas de tráfico, Vivir la pérdida, IPIR Duelo (Instituto de Psicoterapia Integrativa Relacional), Asociación Alaia (Centro de Atención al duelo), DGT (dirección general de tráfico), CAMINAR (Asociación Valenciana de Apoyo en Duelo), SNUA (Unidad de Acompañamiento en el duelo), Asociación Viktor E. Frankl, Centro de duelo AVES, etc.

Aunque como perspectiva integradora, podría dividirse el contexto de aplicación, ya que la terapia familiar se puede ampliar a asociaciones relacionadas con la familia: FEATF (Federación Española de Asociaciones de Terapia Familiar), ATENEA (Centro de Terapia y Formación Sistémica), Apertus, Grupo Zurbano de Terapia Familiar, IAF (Instituto Alicantino de la Familia), etc.

En general, estas asociaciones podrían ser el medio por el cual llegar a la población de interés, familiares de víctimas de siniestros de tráfico, que tras la pérdida puedan acudir a alguna de estas, solicitando asistencia psicológica.

Aunque el contexto de aplicación de este programa podría ser más ambicioso, ampliando su implantación a servicios de atención públicos como servicios sanitarios, atención primaria,

guardia civil, policía nacional, etc. Es decir, la propuesta se haría llegar a una población más extensa por medio de los servicios públicos y gratuitos que en la atención prestada en el momento del accidente y con posterioridad, así lo ofertasen.

4.6. Cronograma de aplicación de la propuesta

A la hora de llevar a cabo la propuesta integradora con los tres niveles de intervención, se tendrán en cuenta, la temporalización individual de cada uno, y posteriormente la composición de la propuesta de manera conjunta (véase Figura 5). De tal manera que los tres niveles, comiencen en la misma semana, y se lleven a cabo en la misma línea temporal de manera simultánea.

Semana/ Nivel	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
Terapia individual	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■			
Terapia Familiar	■	■	■	■	■	■	■	■									
Grupo Multifamiliar	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■

Figura 5. Cronograma de la propuesta integrativa.

4.7. Evaluación de la propuesta

Con el objetivo de evaluar la eficacia de la propuesta, se llevarán a cabo los siguientes métodos de evaluación en función de los niveles a determinar:

4.7.1. Nivel individual

4.7.1.1. Medidas pre

Antes de iniciar el programa, se llevará a cabo una sesión de evaluación con los siguientes instrumentos, con el objetivo de valorar la sintomatología relacionada con el duelo y así determinar si cumplen o no con los criterios de inclusión y exclusión al primer nivel del programa. Estas sesiones de evaluación se llevarán a cabo una semana antes de comenzar el programa (medidas pre) y durarán una hora y media.

- Entrevista semiestructurada: identificación de factores de riesgo o protección del paciente que nos darán mucha información sobre el transcurso del duelo, preguntas acerca de su relación con el fallecido, características del fallecimiento, existencia de apoyo social y recursos, etc.

- Genograma: elaboración individual de un árbol familiar del paciente, con datos como edad de los miembros de la familia, número de personas del núcleo familiar, número de fallecimientos anteriores, etc. También interesante de cara a los próximos niveles de intervención.
- Autorregistros: en base al modelo cognitivo conductual, es importante un registro de aquellas situaciones en las que se ha sentido peor durante la última semana, centrando su atención en su pensamiento, emoción, conducta y posterior consecuencia de la misma. Nos dará información acerca de cuáles son las conductas problemáticas que impiden la resolución del duelo. Otro beneficio, es que fomentará la atención y meta cognición del paciente sobre sus propios pensamientos y establecerá la relación entre ellos.
- Autoinformes (con buena fiabilidad test-retest):
 - a) Historia personal: nos proporciona datos como la edad del fallecido y del paciente, situación actual (vivencia de la pérdida), circunstancias de la pérdida, historia de relación con el fallecido, recursos personales o estrategias de afrontamiento que ha puesto en marcha, funcionamiento familiar, etc.
 - b) Inventario de Experiencias en Duelo (IED) de Sanders, Mauger y Strong, adaptado al castellano (García-García, Petralanda, Manzano, y Inda, 2001), cuestionario auto administrado equivalente al original y con una fiabilidad y validez similar. Cuenta con 135 ítems dicotómicos que exploran áreas somática, emocional y relacional a través de 18 subescalas que son: deseabilidad social, respuestas atípicas, negación, desesperanza, enfado, culpa, aislamiento social, pérdida de control, rumiación, despersonalización, somatización, ansiedad ante la muerte, alteraciones del sueño, pérdida del apetito, disminución de energía, síntomas físicos, optimismo/desesperanza y dependencia.
 - c) Inventario de Duelo Complicado (IDC): adaptado al castellano (Limonero, Lacasta, García, Maté, y Prigerson, 2009), cuestionario auto administrado, contiene 19 ítems de escala Likert, asociados a síntomas de duelo complicado como anhelo por el fallecido, rumiaciones, aspectos emocionales y alucinaciones. Nos permitirá discriminar entre duelo “normal” y patológico. La adaptación al castellano tiene adecuadas propiedades psicométricas, similares a la versión original (fiabilidad test-retest de 0,81 y consistencia interna de 0,94).
 - d) Cuestionario de Modos de Afrontamiento al estrés forma disposicional (COPE-28) abreviado (Magaña, Bermejo, Villacieros, y Prieto, 2019), evalúa las estrategias de afrontamiento ante procesos de duelo con 28 ítems, con formato de respuesta tipo Likert. Diferencia dos estilos de afrontamiento: activo (búsqueda de apoyo social emocional e instrumental, planificación y afrontamiento activo, desahogo, reinterpretación positiva, humor, aceptación, religión y autoculpabilización) y evitativo (autodistracción, negación,

consumo de alcohol y drogas y desconexión conductual). Buena consistencia en la aplicación test-retest y confiabilidad entre 0,42 y 0,89.

- Evaluación de la comorbilidad: ya que uno de los criterios de inclusión/exclusión es la existencia de diversos trastornos o sintomatología comórbida, se propone como método de evaluación el Inventario Clínico Multiaxial de Millon (MCMI-III), ya que las escalas multidimensionales abarcan tanto patrones clínicos de personalidad, patología grave de la personalidad, síndromes clínicos graves e índices modificadores. Esto nos ofrecerá de una manera general, un boceto sobre la sintomatología y estado de la persona a evaluar, que determinará criterios del programa. Aun así, se proponen también cuestionarios más específicos para evaluar la depresión (BDI), ansiedad (STAI) o agresividad (BDHI).

4.7.1.2. Medidas post

Se llevarán a cabo al terminar la sesión 14 de la terapia individual en duelo complicado. Se utilizarán los mismos instrumentos que en las medidas pre, con el objetivo de encontrar una deseable mejoría significativa. Esta evaluación, durará una hora y media como máximo.

4.7.2. Nivel familiar

4.7.2.1. Medidas pre

Aunque este nivel pueda ser complementario o no al anterior, se propone incorporar los cuestionarios individuales del primer nivel, con el fin de valorar de manera más individualizada a cada miembro así como la posibilidad de derivación a terapia individual si fuera preciso. Estas medidas de evaluación, se llevarán a cabo antes de la Sesión 1 de la terapia familiar y tendrán una duración de dos horas.

- Entrevista semiestructurada: a nivel familiar, es preciso evaluar otros temas diversos que engloban a todos los miembros de la familia y a sus dinámicas (Anexo 7.4.)
- Genograma: nos permite la evaluación del funcionamiento familiar o los procesos a través de los que la familia actúa, se comunica, etc. Analizamos el tipo de distribución familiar que presenta, si se trata de una familia nuclear compuesta de la pareja y los hijos, o si es una familia amplia y extensa, en la que coexisten generaciones anteriores. Se describiría si hay una situación de divorcio, si es una familia reconstituida, etc. (Anexo 7.5.)
- Cuestionarios:
 - a) Family Relationships Index (Family Environment Scale) (FRI) (Seisdedos, de la Cruz, y Cordero, 1989), adaptado al castellano, auto administrado, identifica familias

disfuncionales en riesgo de presentar duelo complicado. Con 10 subescalas organizadas en las siguientes 3 dimensiones:

- I. Relaciones interpersonales: grado de comunicaciones, expresión libre e interacción conflictiva (Cohesión, Expresividad, Conflicto).
 - II. Desarrollo o Crecimiento Personal: grado de significancia para la familia proceso vinculados al desarrollo personal y que pueden favorecerse a partir de la convivencia (autonomía, actuación, intelectual-cultural, social-recreativo, moralidad-religiosidad).
 - III. Estabilidad o Mantenimiento del Sistema: tipo de estructura y organización familiar, grado de control que se establece entre los miembros de la familia (organización, control).
- b) El Cuestionario de Afrontamiento Familiar (CAF) (McCubbin, Thompson, y McCubbin, 1996), adaptado al castellano, se compone de 21 ítems que miden: reestructuración, apoyo de amigos y familiares, apoyo espiritual, apoyo formal, apoyo de vecinos y evaluación pasiva. Se puede administrar de manera individual o colectiva. Facilita la visión de los recursos de afrontamiento familiares ante al duelo. La consistencia interna del conjunto global de la escala es de 0.74.

4.7.2.2. Medidas post

Se llevarán a cabo los mismos instrumentos de evaluación que en las medidas pre, al finalizar la octava sesión de la terapia familiar. Se espera una mejoría significativa general tanto en los miembros de la unidad como en la dinámica y funcionamiento familiar tras la pérdida.

4.7.3. Nivel multifamiliar

4.7.3.1. Medidas pre-post

Debido a que este nivel se lleva a cabo de manera tan dinámica y abierta, no se les proporcionará instrumentos de evaluación al uso como en los anteriores niveles. Sin embargo, es propio que el psicólogo conductor tenga elementos en los que basarse para determinar la evolución de las sesiones. Por ello, se les proporcionará una evaluación subjetiva de su Estado de ánimo (del 0-10) de cada sesión (tras finalizarla) de manera individual. Además, el terapeuta rellenará una hoja de registro (Anexo 7.3.) en el que quede constancia de los temas abordados en cada sesión y las dificultades planteadas. Con esto, también se podrán detectar posibles derivaciones a otra modalidad de intervención si así se precisa.

Todos los niveles de intervención, contarán con un cuestionario de valoración (Anexo 7.6.) sobre el programa de intervención realizado.

5. Conclusiones

Una vez llevada a cabo una revisión bibliográfica sobre el duelo y los siniestros viales, y sobre las intervenciones psicológicas más extendidas, puede respaldarse la intención inicial de crear una propuesta de intervención integral en duelo.

Comenzando sobre la revisión de las intervenciones en duelo y en especial, aquellas dirigidas a este colectivo, se extraen algunas conclusiones. La primera de ellas, se relaciona con la modalidad de intervención en duelo más extendida, la terapia individual. Sobre esta, existen hoy en día numerosos protocolos, guías para profesionales de la salud que atienden a pacientes en duelo e incluso guías de autoayuda para los propios pacientes. Sin embargo, el volumen de intervenciones o protocolos para familias en duelo, no es tan numeroso como el anterior, pudiendo así ser esta, una oportunidad para futuras aportaciones terapéuticas. Por último, reseñar la oportunidad en un futuro, de investigar acerca de los mecanismos de actuación y eficacia del grupo multifamiliar en duelo con este colectivo. Ya que, aunque hoy en día existan en la práctica de algunas asociaciones estos grupos de familias en duelo, todavía no son suficientes los estudios empíricos que avalen la efectividad del proceso que siguen estos grupos. Independientemente de la modalidad terapéutica en la que se aborde el duelo, es preciso aportar mediante esta propuesta, la oportunidad y necesidad evidenciada, de crear intervenciones dirigidas específicamente a este colectivo de pacientes en el contexto de la seguridad vial.

Haciendo referencia a la propuesta actual, se resumen las siguientes aportaciones. Primero, gracias a una visión integral del duelo complicado, esta propuesta aporta al tratamiento, un abordaje dirigido a cada una de las fases o etapas del proceso. Esto se lleva a cabo tanto a nivel individual como a nivel familiar. Por lo que, independientemente, de en qué fase se encuentre la persona o familia, cada una de las sesiones planteadas, permite guiar y dotar de habilidades para conseguir un proceso adecuado de elaboración y adaptación a la pérdida. Al mismo tiempo, se aportan la consecución de las tareas del duelo, que se introducen a lo largo de las sesiones, gracias a las cuales, se consigue dotar al paciente de autonomía y papel activo en el proceso de recuperación. Otra aportación que añade esta propuesta, es la introducción de técnicas eficaces y con aval empírico, que al mismo tiempo, están adaptadas a la pérdida de un ser querido en estas circunstancias. La duración del programa está adaptada a los tiempos que en general, se prevé, para aceptar la pérdida. Lo que añade un elemento interesante, puesto que en todos los niveles planteados, se busca favorecer un adecuado procesamiento de la pérdida, que repercuta tanto a

nivel individual, familiar y en comunidad. La propuesta, en definitiva, posibilita la oportunidad de combinar a la vez, estas tres especialidades de intervención, que según la literatura, mejorarán la eficacia del tratamiento.

Sin embargo, es preciso hacer constancia de algunas limitaciones existentes en el programa. La mayor dificultad estriba, posiblemente, en la motivación inicial de crear dicha propuesta desde un punto de vista integrativo. Es innegable, que un abordaje global de esta problemática, es una de las principales fortalezas que posee esta propuesta de intervención en duelo. Se entiende por ello, que el duelo, no solo atañe al individuo que lo sufre, sino que también afecta a las relaciones con sus iguales (relaciones familiares, laborales,...), llegando a causar estragos incluso en la dinámica familiar y en la comunidad. A pesar de esto, esta visión integrativa, es detectada como una limitación en diferentes aspectos, siendo uno de ellos, el reducido nivel de especificación deseado y ofrecido en cada uno de los nivel de intervención. Esto se observa, sobretodo, por la escasa profundización que se ha otorgado al nivel individual en asesoramiento psicológico del duelo.

Otra dificultad que se evidencia guarda relación con la línea de intervención que se sigue en las terapias planteadas. El tratamiento del duelo engloba multitud de aspectos del individuo, como son su sintomatología, modos de afrontamiento, patologías previas, cogniciones, etc. La presente propuesta, se ha enfocado sobre todo, al aprendizaje de estrategias de afrontamiento activas y a la reducción de conductas desadaptativas que empeoraban el proceso de duelo. Como futura propuesta de intervención, se plantea la posibilidad de introducir, sobretodo elementos de la teoría del apego y con ello el estilo de apego del familiar, para intervenir sobre ello de manera más específica. En este sentido, se proponen incluir métodos de evaluación como el Cuestionario de Apego Adulto, como mejora del programa en futuras ocasiones. En relación con esto, surge otra limitación en el desarrollo de la terapia familiar, y es a la hora de planificar una evaluación que incluye una gran variabilidad de sujetos que componen una unidad familiar. Para futuras mejoras, se propone crear una batería de test más avanzada que integre la evaluación del duelo en personas de tercera edad, en población infanto-juvenil y en personas con discapacidad intelectual (como por ejemplo con el siguiente cuestionario: Complicated Grief Questionnaire for People with Intellectual Disabilities (CGQ- ID). Por último, en relación con el grupo multifamiliar, una limitación importante ha sido el hecho de la carencia de estudios cuantitativos sobre la eficacia del grupo como tal y del proceso terapéutico que se lleva a cabo en un grupo con estas características. Se propone como futura mejora, la investigación en duelo complicado que ofrezca datos fiables y replicables a otros grupos en otros contextos.

Para finalizar, se considera de gran interés terapéutico el comprobar la eficacia del programa aplicándolo a familiares de víctimas mortales en accidentes de tráfico, para poder así evaluar sus principales beneficios y necesidades en base a una evidencia empírica.

6. Referencias

- Acinas, M. P. (2006). Intervención psicológica en accidentes de tráfico. *Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona*, 33(1), 15-23.
- Alonso, L., Ramos, M., Barreto, P., y Pérez, M. (2019). Modelos psicológicos del duelo: Una revisión teórica. *Calidad de Vida y Salud*, 12(1).
- American Psychiatric Association. (2013). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5* Médica Panamericana.
- Asociación de víctimas de accidentes. (2015). *Secuelas psicosociales en familiares de fallecidos por accidente de tráfico en España*. Recuperado de http://revista.dgt.es/Galerias/noticia/nacional/2014/11NOVIEMBRE/Estudio_Secuelas_Psicosociales_en_Familiares_de_Fallecidos-por-Accidentes-de-Trafico-en-Espana.pdf
- Barreto, P., y Soler, M. C. (2007). *Muerte y duelo*. Madrid: Síntesis.
- Basaluzzo, S., González, D., Goya, P., Guerrero, M., Luna, J., Madueño, A., . . . Ruiz, A. (2011). *Guía para profesionales de la salud ante situaciones de duelo*. Andalucía: Servicio Andaluz de salud. Consejería de salud.
- Berenguer, M., Barreto, M. P., y Pérez, M. (2018). Apego y superación de la pérdida de una persona significativa. *Revista Argentina De Clínica Psicológica*, 27(1), 62-71.
- Orden de 18 de febrero de 1993 por la que se modifica la estadística de accidentes de circulación. Orden U.S.C. (1993). Recuperado de <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1993-5264>
- Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid. (2019). *Protocolo de atención al duelo en la Comunidad de Madrid*. Madrid:
- Díaz, J. (2011). Estudio de variables asociadas a la psicoterapia grupal en los procesos de duelo patológico. *Revista De La Asociación Española De Neuropsiquiatría*, 31(109), 93-107.

- Díaz, P., Losantos, S., y Pastor, P. (2014). *Guía de duelo adulto para profesionales socio-sanitarios* Fundación Mario Losantos del Campo.
- Dirección General de Tráfico. (2018). Plan de investigación e innovación en seguridad vial y movilidad 2017-2020. *Resumen Ejecutivo y Líneas Estratégicas*. Recuperado de <http://www.dgt.es/Galerias/seguridad-vial/investigacion/plan-investigacion/20170302-PLAN-INVESTIGACION-E-INNOVACION.pdf>
- Echeburúa, E., y Corral, P. (2007). Intervención en crisis en víctimas de sucesos traumáticos: ¿Cuándo, cómo y para qué? *Psicología Conductual*, 15(3), 373-387.
- Echeburúa, E., y Herrán, A. (2007). ¿Cuándo el duelo es patológico y cómo hay que tratarlo? *Análisis y modificación de conducta*, 33(147), 31-50. Recuperado de <http://dialnet.unirioja.es/servlet/oaiart?codigo=2388069>
- Espinosa, R. M., Campillo, M. J., Garriga, A., y Martín, J. C. (2015). Psicoterapia grupal en duelo. experiencia de la psicología clínica en atención primaria. *Revista De La Asociación Española De Neuropsiquiatría*, 35(126), 383-386. Recuperado de <http://www.revistaen.es/index.php/aen/article/download/16889/16759>
- Fernández, J. M. (2014). *Gestión e intervención psicológica en emergencias y catástrofes* Ediciones Pirámide.
- Fernández, M., Pérez, M. N., Catena, A., Pérez, M., y Cruz, F. (2016). Influencia de la psicopatología emocional y el tipo de pérdida en la intensidad de los síntomas de duelo. *Revista Iberoamericana De Psicología Y Salud*, 7(1), 15-24. doi:<https://doi.org/10.1016/j.rips.2015.10.002>
- García, F. G. (2001). Modelo ecológico/modelo integral de intervención en atención temprana. Informe presentado en *XI Reunión Interdisciplinaria Sobre Poblaciones De Alto Riesgo De Deficiencias*, 1-12.
- García-García, J. A., Petralanda, V. L., Manzano, M. T., y Inda, I. G. (2001). Inventario de experiencias en duelo (IED): Adaptación al castellano, fiabilidad y validez. *Atención Primaria*, 27(2), 86-93.
- Gil, B., Bellver, A., y Ballester, R. (2008). Duelo: Evaluación, diagnóstico y tratamiento. *Psicooncología*, 5(1), 103-116.

- González, I. (2000). Las crisis familiares. *Revista Cubana De Medicina General Integral*, 16(3), 270-276.
- Gutiérrez de Piñeres, C., Coronel, E., y Andrés, C. (2009). Revisión teórica del concepto de victimización secundaria. *Liberabit*, 15(1), 49-58.
- Jarne, A., García, A. M., y Torres, B. (2005). Asesoramiento grupal en duelo traumático. *Anales De Psiquiatría*, 21(5), 230-236.
- Lacasta, M., Sanz, B., Soler, C., Yelamos, C., de Cuadras, S., y Gándara del Castillo, Á. (2014). *Atención al duelo en cuidados paliativos: Guía clínica y protocolo de actuación* (Sociedad Española de Cuidados Paliativos ed.). Madrid.
- Limonero, J., Lacasta, M., García, J., Maté, J., y Prigerson, H. G. (2009). Adaptación al castellano del inventario de duelo complicado. *Medicina Paliativa*, 16(5), 291-297.
- Macías, M. A., Orozco, C. M., Amarís, M. V., y Zambrano, J. (2013). Estrategias de afrontamiento individual y familiar frente a situaciones de estrés psicológico. *Psicología Desde El Caribe*, 30(1), 123-145.
- Magaña, M., Bermejo, J. C., Villaceros, M., y Prieto, R. (2019). Estilos de afrontamiento y diferencias de género ante la muerte. *Revista De Psicoterapia*, 30(112), 103-117.
- McCubbin, H. I., Thompson, A. L., y McCubbin, M. A. (1996). *Family assessment: Resiliency, coping, and adaptation-inventories for research and practice*. Madison: University of Wisconsin.
- Mondaca, A., y Gomariz, A. (2012). *El día después de los accidentes de tráfico: Perspectiva de las víctimas*. Madrid.
- Morer, B., Alonso, R., y Oblanca, M. (2017). El duelo y la pérdida en la familia: Revisión desde una perspectiva relacional. *Redes: Revista de Psicoterapia Relacional e Intervenciones Sociales*, (36), 11-23. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7010619&orden=0&info=link>
- Neimeyer, R. A. (2002). Traumatic loss and the reconstruction of meaning. *Journal of Palliative Medicine*, 5(6) doi:<https://doi.org/10.1089/10966210260499177>
- Neimeyer, R., y Ramírez, Y. (2007). *Aprender de la pérdida: Una guía para afrontar el duelo*. Paidós.

Nicolas, F., y Delahaye, A. (2018). Prévention des troubles psychiques après un accident de la voie publique [prevention of psychological disorders after a road accident]. *Revue De L'Infirmiere*, 67(238), 35-37. doi:10.1016/j.revinf.2017.11.029

Nomen, L. (2008). *Tratando el proceso de duelo y de morir*. Madrid: Piramide.

Observatorio Nacional de Seguridad Vial. (2018). *Las principales cifras de la siniestralidad vial. edición provisional*. Madrid. Recuperado de http://www.dgt.es/Galerias/seguridad-vial/estadisticas-e-indicadores/publicaciones/principales-cifras-siniestralidad/Las-principales-cifras-2018-ampliado-Internet_v2.pdf

Organización Mundial de la Salud. (2011). *Plan mundial para el decenio de acción para la seguridad vial 2011–2020*. Recuperado de https://www.who.int/roadsafety/decade_of_action/plan/es/

Payás, A. (2007). Intervención grupal en duelo. *Duelo en Oncología. Sociedad Española de Oncología Médica*, 169-182.

Payás, A. (2012). *Las tareas del duelo: Psicoterapia de duelo desde un modelo integrativo-relacional*. Paidós.

Pérez, P., Hernangómez, L., y Santiago, C. (2000). Terapia de grupo en duelo complicado: Un enfoque desde los factores de cambio positivo. *Psiquiatría Pública*, 12(3), 273-284.

Prigerson, H. O., y Jacobs, S. C. (2001). Traumatic grief as a distinct disorder: A rationale, consensus criteria, and a preliminary empirical test. In Stroebe M. S., Hansson R., Stroebe W., y Schut H. (Eds.), *Handbook of bereavement research: Consequences, coping and care*. (pp. 86-165). Washington, DC, US: American Psychological Association. doi:10.1037/10436-026

Real Academia Española. (2001). *Diccionario de la lengua española (22.ª ed.)* Recuperado de <http://www.rae.es/rae.html>


Romero, V. (2013). Tratamiento del duelo: Exploración y perspectivas. *Psicooncología*, 10(2/3), 377.

Sales, P. S. (2006). *Trauma, culpa y duelo. hacia una psicoterapia integradora*. Desclèe de Brouwer.

- Sanz, J. M., García, I. M., y Carbajo, E. (2014). Tratamiento del duelo en salud mental: Una experiencia grupal. *Revista De Psicoterapia*, 25(99), 115-133. Recuperado de <http://revistadepsicoterapia.com/rp99-08.html>
- Seisdedos, N., de la Cruz, M. V., y Cordero, A. (1989). *Escalas de clima social familiar (FES) [Family Social Environment Scales]*. Madrid: TEA Ediciones, S.A.
- Sempere, J. (2016). *Terapia interfamiliar: Análisis y descripción de la aplicación de un nuevo modelo de terapia multifamiliar*.
- Sempere, J., y Fuenzalida, C. (2013). Terapia interfamiliar: De la “terapia de familia” a la “terapia entre familias”. Análisis y difusión del modelo terapéutico. *Psicoterapia y Psicodrama*, 2(1), 88-105.
- Shear, M. K. (2010). Complicated grief treatment: The theory, practice and outcomes. *Bereavement Care*, 29(3), 10-14.
- Vaca, J. F., Carpio, J. D., y Brito, F. A. (2019). Primeros auxilios psicológicos y su aplicación en duelos complicados, conflictos y movilidad humana. *Cuadernos de Crisis y Emergencias*, 1(18), 36-42.
- Valero, S., Barreto, M. P., y Pérez, M. (2016). Familia y duelo: El apego y los acontecimientos vitales estresantes como predictores del desarrollo de duelo complicado. *Familia: Revista de Ciencias y Orientación Familiar*, (53), 57-69. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5654148&orden=0&info=link>
- Vedia, V., (2016). Duelo patológico: Factores de riesgo y protección. *Revista Digital de Medicina Psicosomática y Psicoterapia*, 4(2), 12-34.
- Worden, J. W., (2013). *El tratamiento del duelo: Asesoramiento psicológico y terapia*. Paidós. Barcelona.
- Zachar, P., (2015). Grief, depression, and the DSM-5: A review and reflections upon the debate. *Revista Latinoamericana de Psicopatología Fundamental*, 18(3), 540-550.
- Zwielewski, G., y Sant'Ana, V. (2016). Detalhes de protocolo de luto e a terapia cognitivo-comportamental [A grief protocol details and the cognitive behavior therapy applicability]. *Revista Brasileira De Terapias Cognitivas*, 12(1), 27-34. doi:10.5935/1808-5687.20160005



7. Anexos.

7.1. Anexo 1. Distorsiones cognitivas y creencias erróneas en relación al duelo y sus alternativas.





La persona que ha perdido a un ser querido en un accidente de tráfico no deberá conocer los detalles del acontecimiento y tampoco es conveniente que vea el cuerpo o alguna evidencia clara de su muerte

Saber los detalles que implicaron la desaparición de alguien cercano, nos permite aceptar la realidad de su ausencia ya que la persona entiende las circunstancias y recrea mentalmente la situación. Hay preguntas clave, que la familia necesita y quieren saber, por ejemplo si ha sufrido. La confusión y falta de información permiten que se elaboren toda clase de hipótesis y fantasías falsas sobre las circunstancias, dificultando el proceso de duelo





Cuando la persona desaparece, se pierde para siempre su recuerdo y no queda nada de ella.

Cuando alguien muere, permanece en la mente de las personas como recuerdos, imágenes que podrán ser recordadas.



La intensidad y duración de las reacciones asociadas al duelo, son directamente proporcionales al cariño que se le tenía a la persona que se ha ido. Cuánto más cariño se tenía por la persona, más traumático y doloroso es el proceso.

El duelo es una experiencia individual que depende de las características de cada persona, del significado que tenga para cada uno, de aspectos sociales y culturales, etc. No hay reglas para determinar el camino ni la duración del proceso de duelo.



Cuando una persona demuestra la rabia, el dolor y la desesperanza, y además cree ver a la persona que se ha ido, se encuentra cercana a la locura o a sufrir una depresión crónica.

La expresión de sentimientos resulta adecuada ya que nos permite que se procese la pérdida. Aunque estas manifestaciones parezcan excesivas para algunos, no son siempre indicadores de que la persona desarrollará un problema mental grave.



7.2. Anexo 2. Guía para los recuerdos estructurados.

Guía para los recuerdos estructurados.

Una manera de evitar los recuerdos repetitivos y desestructurados sobre nuestro ser querido es facilitar una guía para el recuerdo, e ir respondiendo a las siguientes preguntas:

¿Cómo era esa persona?

¿Qué es lo que más te gustaba de él/ella?

¿Qué es lo que nunca vas a olvidar de él/ella? ¿Qué costumbres tenía?

¿Qué tipo de bromas hacía? ¿Qué cosas decía siempre?

¿Qué hacía en el tiempo libre? ¿Habría algún libro, alguna película, alguna canción que asocies especialmente a él/ella?

¿Qué cualidades de esa persona te gustaría tener tú? ¿Qué defectos preferirías evitar?

¿Si estuvieras enfrente de él/ella, que le dirías ahora mismo?

7.3. Anexo 3. Hoja de registro de sesión multifamiliar.

Hoja de registro

Fecha de la Sesión:

Sesión N°:

¿Quién asistió a terapia?

--

Nombre del terapeuta:

Principales temas tratados en la sesión (Incluir lenguaje utilizado por la familia)

--

Observaciones.

Intervenciones: Ideas / temas / decisiones clave a retomar en sesiones posteriores

7.4. Anexo 4. Ejemplo de entrevista semiestructurada en terapia familiar para el duelo.

- Preguntas sobre habilidades sociales y de afrontamiento.

- 1º. ¿Cómo se comunican?
- 2º. ¿Cómo expresan sus sentimientos?
- 3º. ¿Utilizan información clara para comunicarse?
- 4º. ¿Hay modelos socioculturales o étnicos involucrados en su comunicación?
- 5º. ¿Qué ventajas y qué inconvenientes tiene su modo particular de comunicarse?
- 6º. ¿Qué otras opciones barajan?
- 7º. ¿Están seguros de que las demás personas relevantes para ellos, prefieren esta forma de interacción (por ejemplo: "no saber")?
- 8º. ¿Qué ventajas podría tener cambiarla (por ejemplo: ser sinceros con los otros y las personas del entorno en este tema)?
- 9º. ¿Qué es lo que más temen comunicar a los demás?
- 10º. ¿Cuáles son las cosas que más le producen bienestar o malestar?
- 11º. ¿En qué ambiente tiene lugar su comunicación?
- 12º. ¿Existe tensión o agresión física?
- 13º. ¿Existen expresiones corporales o faciales de especial relevancia?
- 14º. ¿Cuántos familiares están normalmente presentes?
- 15º. ¿Cómo afrontan habitualmente el estrés o las crisis?
- 16º. ¿Quién les ofrece apoyo?

- Preguntas para valorar los recursos que posee la familia: salud, educación, apoyo social, capacidad de solución de problemas, capacidad de petición de ayuda.

- 1º. ¿Cómo es la salud física de los miembros de la familia?
- 2º. ¿Qué otros recursos hay disponibles (educación, finanzas, religión, habilidades de solución de problemas, proximidad de los miembros de la familia)?
- 3º. ¿Había problemas sin resolver previos al fallecimiento?
- 4º. ¿Con quién cuentan a la hora de pedir ayuda?
- 5º. ¿Qué servicios sociales suelen utilizar ante problemas familiares?
- 6º. ¿Han consultado antes con un psicólogo?

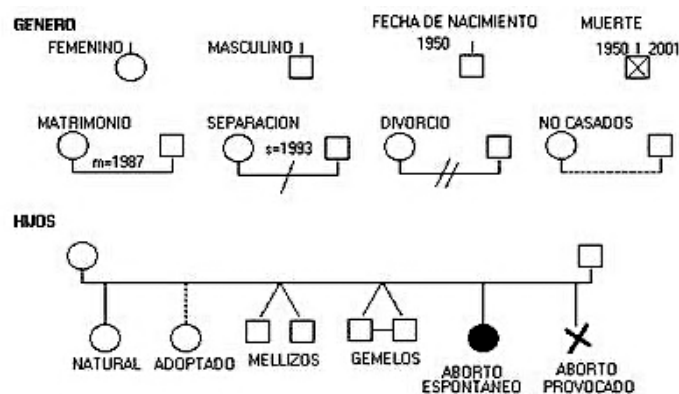
- Preguntas tipo para valorar el nivel de flexibilidad en los roles familiares para una óptima adaptación a la pérdida.

- 1º. ¿Se han reasignado y asumido los roles dentro de la familia?
- 2º. ¿Están los familiares satisfechos con estos roles?
- 3º. ¿Cuál es la distribución del poder dentro de la familia?
- 4º. ¿Tiene la familia los recursos o el deseo de reestructurarse ella misma?
- 5º. ¿Cambian los roles en momentos de crisis y necesidades especiales?

- Preguntas para el establecimiento de límites y barreras.

- 1º. ¿A quién se le permite participar en el sistema familiar?
- 2º. ¿Cuán flexibles son sus límites?
- 3º. ¿Permitirían una intervención ajena a la familia?
- 4º. ¿Cómo negocian las normas dentro de la familia?
- 5º. ¿Cuán variables o estables son las normas?, etc.

7.5. Anexo 5. Ejemplo de Genograma familiar.



7.6. Anexo 6. Encuesta de valoración del programa.

ENCUESTA DE VALORACIÓN DEL PROGRAMA

Indique del 1 al 5 su grado de conformidad con las siguientes cuestiones siendo **5 totalmente de acuerdo** y **1 totalmente en desacuerdo**. **MUCHAS GRACIAS**

	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Indiferente	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
1. El programa me ha parecido interesante en general	1	2	3	4	5
2. Estoy satisfecho con lo aprendido	1	2	3	4	5
3. Considero que los temas tratados son los adecuados	1	2	3	4	5
4. El tiempo asignado para cada sesión me parece adecuado	1	2	3	4	5
5. Los materiales y métodos empleados me parecen apropiados	1	2	3	4	5
6. Considero útil este programa para hablar con mi familia sobre la muerte y la pérdida	1	2	3	4	5
7. He adquirido conocimientos teóricos para hablar del duelo	1	2	3	4	5
8. He adquirido conocimientos prácticos para actuar si mi familia sufre un proceso de duelo	1	2	3	4	5
9. Creo que este programa tiene que mejorar	1	2	3	4	5

Conteste por favor:

10. Si pudiera modificar algo del programa para mejorar sería

.....

11. Lo que más me ha gustado del programa ha sido

.....

