

ARTÍCULO ORIGINAL

Evaluación de una intervención psicoterapéutica con padres en duelo por la muerte de un hijo.

Evaluation of a psychotherapeutic intervention with grieving parents for the death of a child.

Ana María Ancona Rosas¹, María de Lourdes Cortés Ayala¹

RESUMEN

Objetivo: evaluar la eficacia de una intervención psicoterapéutica en un grupo de 12 padres en duelo tras la muerte de un hijo. **Materiales y método:** La muestra fue no probabilística de tipo intencional; el diseño es cuasi experimental pre-post de una sola muestra. Los participantes respondieron a una entrevista clínica, al Cuestionario de Calidad de Vida (*WHOQOL-BREF* WHOQOL) versión adaptada por Sánchez-Sosa y González-Celis (2006), cuatro ítems del Cuestionario Oviedo del Sueño (Bobes García et al, 2000) y al Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II, Beck, Steer & Brown, 2011). La intervención psicoterapéutica constó de 14 sesiones de dos horas cada una, enmarcada en la Logoterapia de Frankl (1997, 2003) y en las Tareas del Duelo de Worden (2015). **Resultados:** indican que los participantes mostraron mejoría en la calidad de vida, del sueño y disminuyó la depresión a través de aprender a enfrentar su dolor, darle sentido, trascenderlo y de esta manera darle un nuevo significado a su vida. **Conclusión:** que es posible recuperar la vida a pesar de atravesar esta experiencia, quizá la más dolorosa que confronta una persona, a través de un proceso psicoterapéutico que permita ser capaz de recordar lo perdido sin sufrimiento.

Palabras clave: duelo, padres en duelo, logoterapia, psicoterapia grupal, evaluación.

ABSTRACT

Objective: evaluate the efficacy of a psychotherapeutic intervention in a 12 parents' group mourning after the death of a child. **Material and methods:** The sample was intentional non-probability; the design is quasi-experimental pre-post of a single sample. Participants responded to a clinical interview, to the Quality of Life Questionnaire (*WHOQOL-BREF* WHOQOL) version adapted by Sánchez-Sosa and González-Celis (2006), to four items from the Oviedo del Sueño Questionnaire (Bobes García et al, 2000) and to the Beck-II Depression Inventory (BDI-II, Beck, Steer & Brown, 2011). The psychotherapeutic intervention consisted in 14 sessions of two hours each one, framed in Frankl's Logotherapy (1997, 2003) and in Worden's Grief Tasks (2015). **Results:** indicate that the participants showed improvement in the quality of life, sleep and decreased depression through learning to face their pain, make sense of it, transcend it and build a new meaning in their life. **Conclusion:** that it is possible to recover life despite going through this experience, perhaps the most painful one that a person faces, through a psychotherapeutic process that allows one to be able to remember what was lost without suffering.

Key words: mourning, bereaved parents, speech therapy, group psychotherapy, evaluation.

¹Universidad Autónoma de Yucatán. Facultad de Psicología. Yucatán, México.

Recibido: 30 de octubre de 2019.

Aceptado: 11 de marzo de 2020.

Correspondencia para el autor: María de Lourdes Cortés Ayala. Calle 10 Núm. 362 por 31-A y 31-B. Col. San Esteban. Mérida, Yucatán, México. cortes.lourdes@gmail.com

INTRODUCCIÓN

La muerte de un ser querido es una experiencia amarga, que genera reacciones de tipo físico, emocional y social; las reacciones pueden variar desde un sentimiento transitorio de tristeza hasta una sensación de desgarró y de desolación completa que, en los casos más graves, puede durar años e incluso toda la vida (Echeberrúa y Corral, 2008; Castro, 2010). Una de las pérdidas que causan mayor tristeza y aflicción es la muerte de un hijo, definida en la sabiduría popular como un sufrimiento inmenso, el más devastador que un ser humano pueda experimentar, dejando profundas cicatrices (Tizon, 2004; 2008). La literatura sobre el tema coincide en que la muerte de un hijo es un hecho antinatural, ya que produce una inversión del ciclo biológico normal; se afirma que ni siquiera existe un término para describir al superviviente, como lo hay en el caso de la pérdida de los padres (huérfano) o de un cónyuge (viuda/o). Diversas investigaciones señalan las consecuencias negativas de este evento en la calidad de vida que se refleja en dificultades para realizar actividades cotidianas y concentrarse, trastornos del sueño, y depresión (Flórez, 2002; Millán-González y Solano-Medina, 2010; Rojas, 2008).

Ferrans (1996) ha definido la calidad de vida como el bienestar personal derivado de la satisfacción o insatisfacción con áreas de la vida consideradas importantes; en esta línea, la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2013), define la calidad de vida como uno de los factores determinantes de la salud

de las personas ya que cuando una persona se siente mal, se siente infeliz y esto puede dañar el resto de las dimensiones de la calidad de vida. Urzúa y Caqueo, (2012) afirma que la vivencia de un duelo por la pérdida de un ser querido afecta la calidad de vida de las personas, en el contexto cultural y el sistema de valores en que vive, en relación con sus metas, objetivos, expectativas, valores y preocupaciones. Miró, Cano-Lozano y Buela-Casals, (2008), encuentran que uno de los factores que más contribuyen a alcanzar dicho estado de bienestar físico y psicológico es el sueño, ya que se ha demostrado que existe una estrecha interrelación entre los procesos de sueño y el estado general de salud física y psicológica de una persona. Incluso se ha mostrado que el sueño es sin duda un excelente indicador del estado de salud de las personas tanto en muestras clínicas como en población general (Miró, et al. 2008). En el mismo sentido Nuñez Rojas *et al.*, (2010), refieren que uno de los factores que más contribuye para el estado de bienestar físico y psicológico es el sueño, siendo una función biológica fundamental, esencial para la vida no sólo por la cantidad de tiempo que se dedica a dormir sino también por la significación que se atribuye a una noche de descanso y el efecto que este tiene en la salud. Independientemente de la cantidad de sueño, los sujetos pueden clasificarse de acuerdo con dos grandes patrones de sueño relacionados con la calidad del dormir: personas con patrón de sueño eficiente o de buena calidad y personas con sueño no

eficiente o de pobre calidad (Buela-Casals y Caballo, 1991; Boelen y Lancee, 2013). Una condición que más padecen las personas en duelo es la carencia de un sueño reparador, ya que les cuesta trabajo conciliar y mantener el sueño (Millán-González y Solano-Medina, 2010; O'Connor, 2014).

Asimismo, ante la pérdida de una persona, por muerte, especialmente si se trata de un hijo(a) los individuos con frecuencia caen en un estado de depresión del cual es difícil salir sin ayuda; ocurren también una variedad de desajustes internos y externos (en el hogar, lo laboral, social y espacial) que afectan la salud mental y la calidad de vida. Pérez Trenado (1999) afirma que alrededor de un 20% de los padres que pierden a un hijo no llegan a superarlo nunca. La tristeza y la falta de deseos por vivir pueden llegar a paralizar, a detener la vida en su realización existencial; aunque la vida sigue, ésta se ve desde lejos y sin inquietud, sin ilusión ni compromiso, se vive por inercia, como algo que al propio doliente no le compete, como si la vida le fuera algo ajeno e incluso llegando a doler estar vivo (Botella, Baños y Guillen, 2009).

Actualmente el DSM V (2013) reconoce que el duelo es un estresor psicosocial grave que puede precipitar un episodio depresivo mayor en un individuo vulnerable, generalmente poco después de la pérdida, lo cual incrementa el riesgo de sufrimiento, sentimientos de inutilidad, ideación suicida, peor funcionamiento laboral e interpersonal, y se aumenta el riesgo de sufrir *Trastorno por duelo persistente* (duelo patológico). Dado que la

depresión mayor está relacionada con el duelo es más probable que ocurra en individuos con historial personal o familiar de episodios depresivos; por último, los síntomas depresivos asociados con el duelo, responden a los mismos tratamientos farmacológicos y psicosociales que los síntomas depresivos no relacionados con el duelo.

El proceso de duelo

El duelo ha sido conceptualizado como la respuesta psicológica-sentimiento-pensamiento que se presenta ante la pérdida de un ser querido. Dicha respuesta es totalmente subjetiva y depende de las estructuras mentales y emocionales de quien la vive, lo cual determina si se involucran o no síntomas físicos en ella (Gala León et al, 2002). Al trabajar con personas en duelo, es primordial descubrir las necesidades que existen detrás del mismo, los asuntos no resueltos y los que se tienen que finiquitar y por supuesto establecer cuáles se ven afectados por la pérdida para poder contribuir a mejorar la calidad de vida, entristecida por este proceso (Castro, 2013).

En el caso del duelo por la muerte de un hijo, el impacto es enorme, aún mayor en las muertes traumáticas (accidentes, violencia, suicidios); la literatura coincide en señalar que la relación de parentesco resultó significativa en cuanto a la dificultad de afrontamiento de la pérdida (Gamo Medina, Del Álamo Jiménez, Hernangómez Criado y García Laborde, 2003). Gómez-Dantés et al. (2011) indican que las personas que pierden un hijo pierden también la capacidad de interesarse y disfrutar de las cosas, con una

disminución de la vitalidad acompañada de tristeza, inseguridad y cansancio exagerado. Suelen aparecer sentimientos de culpa, visión muy sombría del futuro, así como alteraciones en el sueño, el apetito y el deseo sexual, síntomas que en la mayoría de los casos pueden desembocar en un episodio depresivo. Este evento incluso tiene repercusiones en las relaciones con los otros hijos supervivientes y con el cónyuge, llegando a producir cambios en la relación de pareja, que van desde una intensificación del apoyo mutuo a tornarse conflictiva e incluso pueden dar lugar a una separación (Gamo Medina y Pazos Pezzi, 2009).

Grinberg y Grinberg (1980), señalan que vivir implica pasar por una sucesión de duelos; la evolución da tiempo al Yo a la elaboración de las pérdidas y al restablecimiento de los momentos transitorios de trastorno de la identidad. Si fracasa la elaboración del duelo, se producen graves perturbaciones o formaciones patológicas. De ahí que el proceso de duelo puede seguir cursos normales o, por el contrario, enquistarse de tal forma en la persona provocando un duelo patológico que requiera de ayuda profesional personalizada. De acuerdo con Castro (2010), puede presentarse el duelo anticipado, el normal y el patológico. El “duelo anticipado” se refiere a un complejo proceso que se experimenta cuando un individuo se encuentra frente a la posibilidad de anticipar su propia muerte o la de un ser querido y constituye una forma de adaptación a lo que va a llegar.

El duelo que se ha llamado “normal”, ocurre cuando la persona cercana al fallecido experimenta generalmente un sentimiento de desolación y llora la desaparición de la persona amada. A veces, sin embargo, sucede lo contrario, y la persona vive una especie de anestesia afectiva que le hace parecer como alguien vacío, aislado o indiferente. Otros manifiestan sentimientos negativos como la agresividad. Cada una de estas reacciones puede considerarse como “normal” (Tercero, 2010), ya que se caracteriza porque se acepta la realidad y se van dejando gradualmente los vínculos con la persona fallecida. En la forma que tome este proceso influyen diversos factores como la personalidad del doliente y el lazo familiar que mantenía con el difunto.

Se dice que un duelo es “patológico” cuando las reacciones emocionales ante la pérdida son intensas y duraderas e impiden el funcionamiento en la vida diaria, presentando disturbios emocionales (Instituto Mexicano de Tanatología, 2008). Otras características de este tipo de duelo son las distorsiones cognitivas, el enojo y la amargura acerca del fallecido, la negativa para continuar con la vida propia, el sentimiento de vacío en la vida, así como ideación intrusiva sobre la persona ausente, que generan actitudes evitativas y de franca disfunción social. Dicha condición se ha asociado con trastornos emocionales y físicos, entre los cuales se incluyen las patologías del sueño, así como altos porcentajes de episodios depresivos (Millán-González y Solano-Medina, 2010). En esta misma línea, Echeburúa y Herrán (2007)

afirman que el duelo por la muerte de un ser querido puede manifestarse en forma de síntomas somáticos (pérdida de apetito, insomnio, síntomas hipocondríacos, cefaleas, etcétera) y psicológicos (pena y dolor, fundamentalmente); puede haber también una disminución de las defensas del organismo, lo que aumenta la vulnerabilidad del sujeto a padecer enfermedades físicas.

Elaboración del duelo

Tizón (2008) y Díaz (2012) señalan que la elaboración del duelo consiste en una serie de procesos psicológicos que permiten la aceptación de la nueva realidad interna y externa del sujeto, la superación de la tristeza y la posible ambivalencia hacia lo perdido, así como la reorientación de la actividad mental (cogniciones, sentimientos y fantasías fundamentales). Por ello, elaborar un duelo es un proceso largo, lento y doloroso cuya magnitud dependerá en gran parte de la dimensión de lo perdido y de las características peculiares de cada persona, y tiende a la adaptación y armonización de la propia situación interna y externa frente a una nueva realidad. La elaboración del duelo se termina cuando la persona es capaz de recordar lo perdido sintiendo poco o ningún dolor, cuando ha aprendido a vivir sin lo que ya no está, cuando ha dejado de vivir en el pasado y puede invertir de nuevo toda su energía el presente y en lo que tiene a su alrededor.

Neimeyer y Ramírez (2002) expresan que los objetivos realistas del trabajo del duelo incluyen recuperar el interés en la vida y sentirse esperanzado, descubrir los nuevos aspectos de sí mismo y entablar nuevas

relaciones. El autor señala que la persona debe encontrar un “sitio” (un lugar simbólico) donde recolocar emocionalmente (y también cognitivamente) al difunto, que permita a la persona en duelo continuar percibiendo que la vida tiene sentido. Soto, Falcón y Volcanes (2009) indican que el proceso de duelo está influido por las fortalezas individuales y la experiencia de vida de los que atraviesan un duelo, y señalan que el género es un factor que hace que las parejas lleven diferentes tipos de duelo.

Etapas y tareas del duelo

La literatura presenta diversas perspectivas sobre el proceso de elaboración del duelo y las etapas o tareas del mismo (Ortiz, 2005). Uno de los enfoques usado con mayor frecuencia es el propuesto por Kübler-Ross (2012), quien considera que pueden identificarse cinco etapas: 1). Negación: o incapacidad de aceptar la pérdida, utilizando la negación como mecanismo de defensa. 2) Enojo/ira: el individuo empieza a asimilar la pérdida, pero surgen la ira y el enojo proyectados hacia el exterior. 3). Regateo/negociación: el deudo siente gran enojo y resentimiento con Dios, su familia y amigos y trata de hacer algunas promesas para intentar recuperar a su ser querido o para sentirse mejor. 4). Depresión/tristeza: el no encontrarle salida al dolor, angustia y culpa; los sentimientos de cólera, enojo y frustración repentinamente se tornan en una profunda tristeza y una sensación de desesperanza. 5. Aceptación y reorganización: el deudo revisa, aprende, define y modifica su comportamiento para

adaptarse a su nueva vida, sin su ser querido. La autora señala que se puede avanzar y retroceder durante el proceso de duelo hasta llegar a la aceptación, que no significa olvidar al ser querido sino aprender a vivir con el dolor.

El modelo de O'Connor, (2014) hace referencia a plazos o tiempos, que ofrecen una referencia para poder diferenciar entre duelos normales o patológicos. La autora propone las siguientes etapas: 1) *Ruptura de hábito* (del fallecimiento hasta ocho semanas después aproximadamente), se caracteriza por el cambio radical de vida. Los dolientes se dedican a los rituales y ceremonias propias del fallecimiento. Los hábitos alimenticios y del sueño se ven bruscamente alterados; existe mucho dolor y miedo, mismos que se manifiestan a través de intenso llanto. Otros sentimientos comunes son la confusión y la negación. 2). *Reconstrucción de vida* (de 2 a 12 meses), se dice que es la etapa más difícil, se empiezan a tener rutinas nuevas y se está aprendiendo a vivir sin la presencia del ser querido, sin embargo, se lucha contra la recuperación, hay dolor y llanto que van disminuyendo poco a poco, en ocasiones se presentan crisis, en especial en fechas significativas. 3). *Nuevos objetos de amor y amigos* (transcurso del segundo año), es llamada también fase de resolución, ya que el doliente toma conciencia de que su vida debe continuar y de que ha de responsabilizarse de su felicidad. En esta etapa aumenta la vida social, la cual se había visto muy alterada. 4). *Terminación del ajuste* (final del segundo año), es la etapa en

la que finaliza el duelo, se describe como *aceptar lo pasado, vivir el presente y estar dispuesto a planear el futuro*.

William Worden (2015) desarrolló un modelo que llama "Las cuatro tareas del duelo"; el autor comenta que ante la pérdida y el dolor la persona puede hacer muchas cosas para completar exitosamente el trabajo del duelo. Worden usa el término "tareas" en relación al concepto de Sigmund Freud "trabajo de duelo", dando una idea de un proceso activo. Sin embargo, aclara que estas tareas fueron descritas básicamente para ayudar a facilitar la comprensión de estos procesos, lo que no implica esperar que los pacientes estén obligados a transitar por un camino lineal. Pueden no respetar dicha cronología ya que se trata de un proceso dinámico y muy personal.

De acuerdo con Worden (2015), la primera y más fuerte de las tareas es la "*aceptación de la realidad*", el ser consciente de que su ser querido ya no está y no volverá. Realizar la primera tarea lleva tiempo y los rituales tradicionales como el funeral ayudan a muchas personas a acercarse a la aceptación. La segunda se refiere a "*elaborar el dolor de la pérdida*". Parkers (1972, citado en Worden, 2015), expresa que, si el dolor no se reconoce y no se resuelve, se manifiesta en síntomas físicos o mediante alguna forma de conducta anormal. No todos viven el dolor de la misma manera o con la misma intensidad, pero es imposible perder a alguien con quien se estaba muy unido sin sentir dolor. La negación de la segunda tarea tiene como consecuencia no sentir, las personas pueden evitar esta tarea

bloqueando sentimientos y negando el dolor. Muchas personas se benefician del apoyo externo que los ayuda a afrontar y resistir la pena que produce la pérdida. De esta manera asistir a un grupo terapéutico funciona como soporte para las personas que pasan por un duelo

La tercera tarea se refiere a *“adaptarse a un mundo sin la persona fallecida”*. Dicha adaptación es muy amplia, puesto que incluye adaptaciones externas (vida diaria sin la persona), internas (¿Quién soy ahora?) y espirituales (encontrar nuevas formas de ver el mundo). Y, por último, la tarea cuatro reside en *“hallar una conexión perdurable con el fallecido”* al embarcarse en una vida. Esta tarea se obstaculiza cuando la persona se apega tanto al afecto pasado que no puede establecer otras relaciones. La frase que podría definir mejor la no resolución de la tarea cuatro sería *“No vivir”*. Para muchas personas esta tarea es la más difícil, pues se quedan encalladas en este punto y más tarde se dan cuenta de que su vida se ha detenido en el momento de la pérdida. La aceptación de la pérdida no significa que la relación con la persona fallecida ha concluido. Encontrar una manera propia, exclusiva de continuar una conexión con esa persona es normal y saludable. Para que esta cuarta tarea se pueda completar habrá que haber realizado con éxito las tres anteriores. El final del duelo ocurrirá cuando la persona encuentra motivos para vivir, y puede volver a vincularse con aquello que la vida le ofrece, sin olvidar, ni dejar de amar a la persona fallecida con quien estuvo unido/a pero que se ha marchado.

El trabajo psicoterapéutico en el proceso de duelo

Uno de los enfoque que se ha usado para trabajar el duelo es la logoterapia (Frankl, 1997), que supone la existencia del inconsciente espiritual del hombre (Noblejas, 2000), donde el individuo conoce quién es en profundidad y qué valores tienen sentido, aunque conscientemente no logre saberlo. Este enfoque terapéutico promueve que el individuo se dé cuenta de que la forma en que una persona vive una situación dramática es una decisión personal y ha mostrado ser una alternativa psicoterapéutica valiosa (Sánchez-Castillo, Amador-Velázquez y Rodríguez-García, 2015; Rodríguez-Sosa y Gómez-del Castillo, 2012) Para Frankl, el cambio terapéutico se produce cuando se encuentra el “sentido a la situación concreta y de la existencia”. El descubrimiento del “sentido” es el foco esencial de la psicoterapia, especialmente en el duelo, como se ha evidenciado en estudios mas recientes (Arango, Ariza y Trujillo, 2015; Hedayati y Khazaei, 2013, Martínez y Castellanos, 2013). Cuando el paciente logra tomar plenamente su propio Sentido Existencial, surgen en él preguntas tales como: “¿Para qué concretamente es bueno que yo exista?”, “¿Qué concretamente puedo hacer para que el mundo sea un poco mejor? ¿Algo que me involucre plenamente como persona?” (Gengler, 2009). El uso de técnicas de la logoterapia como la *“derreflexión”* (Frankl, 1997; 2003), que significa ignorarse a sí mismo, se refiere a la capacidad de auto distanciamiento, es decir, que la persona pueda dejar de estar

ensimismada en su propio dolor. Con esta técnica el terapeuta ayuda a las personas a salir del egocentrismo para acercarse a otros y a causas significativas, a buscar sentido más allá de la situación existente, a eliminar el sufrimiento evitable a través de la autotrascendencia, motiva a la persona para que se comprometa y actúe.

Otra de las técnicas con este enfoque es el *“cambio o modulación de actitud”* cuyo objetivo consiste en corregir una actitud insana hacia un problema sobre el que no se tiene control. El proceso consiste en ayudar a que las personas consigan una perspectiva que las capacite para ver lo viejo con nueva luz, para aceptar el destino con nueva actitud, para buscar sentido en las situaciones actuales, para cambiar el sufrimiento inevitable en logro humano, para motivar al individuo a actuar con coraje y dignidad. La técnica del *“diálogo socrático”* permite hacer consciente tales contenidos para enfocar y superar la situación de sufrimiento desde ellos. Se procura que las personas encuentren sentido en el sufrimiento, ya que cuando no existe ninguna posibilidad de cambiar el *“destino”*, lo importante es la actitud con la que se afronta (Noblejas, 2000). Asimismo, las intervenciones desde la Gestalt permiten colocar a una persona significativa en la vida del paciente, que puede no estar disponible por diversas causas (fallecimiento, distanciamiento, abandono, separación, etc.). La persona, si bien ya no tiene existencia en la realidad física, existe en la realidad psicológica; de esta manera los participantes pueden usar su imaginación

para rellenar con la presencia del ser querido ausente, con el objetivo de despedirse y expresar lo no dicho por lo imprevisto de la muerte.

Durante la intervención psicoterapéutica se utilizaron varias técnicas gestálticas como: *“la silla vacía”*, esta técnica permite a las personas mediante un diálogo con la persona ausente, reintegrar a sus vidas situaciones no resueltas que provocan malestar emocional, dolor, agobio o frustración; también se utilizó la de *“asuntos inconclusos”*, donde la persona puede expresar sus asuntos inconclusos o pendientes que pueden ser sentimientos (agresivos, amorosos, o de cualquier otro tipo). Una vez expresados los sentimientos la persona ha de despedirse de su ser querido ausente y cerrar la historia que mantenía abierta; generalmente, los efectos beneficiosos de estas despedidas suelen ser duraderos, y la persona va adquiriendo mayor interés por la vida y por quienes le rodean. La técnica *“me hago responsable”* logra que la persona tome conciencia de que es ella la que decide la actitud que va a asumir ante lo que no puede cambiar, en este caso la muerte de hijos. De esta manera deja de echarle la culpa al mundo de su situación, y tiene la oportunidad de hacer algo por sí misma para cambiar o disminuir sus consecuencias (Martín González, 2013).

Intervención psicoterapéutica grupal

De acuerdo con Yalom (2010) las intervenciones psicoterapéuticas grupales resultan sumamente valiosas, ya que el cambio es un proceso enormemente

complejo que sucede a través de un intrincado intercambio de experiencias humanas. El autor menciona que propiciar diversos “factores terapéuticos” en las psicoterapias de grupo contribuye al cambio; estos factores o líneas son nueve y son interdependientes ya que operan en conjunto, por lo que se les debe considerar como un mapa cognitivo, que dirigen la efectividad de la terapia de grupo. Estos factores son: 1) *Infundir esperanza*, considerada crucial en toda psicoterapia ya que se requiere para mantener al paciente en la terapia, y para que puedan tener efecto otros factores terapéuticos, además, la fé en un modo de tratamiento puede por sí misma ser efectiva terapéuticamente. 2) *Universalidad*: En terapia grupal, los pacientes se dan cuenta que no son casos únicos. 3) *Información participada*: Informar es importante porque el no saber genera ansiedad. 4) *Altruismo*: Los pacientes reciben cuando dan. En todo grupo de terapia, los pacientes se ayudan mucho entre sí. Comparten problemas similares; se ofrecen mutuamente ayuda, sugerencias e insight, y se tranquilizan unos a otros. Para que un paciente que inicia la terapia, que se siente desmoralizado y cree que no puede ofrecer nada de valor a nadie, la experiencia de ser útil a otros miembros del grupo puede resultar sorprendentemente gratificante. 5) *Recapitulación correctiva del grupo familiar primario*: La mayoría de los pacientes de terapia grupal tienen una experiencia insatisfactoria con su familia primaria. Gracias a que la terapia de grupo ofrece una selección de posibilidades de recapitulación

tan amplia, los pacientes pueden empezar a interactuar con los líderes o con otros miembros, tal como interactuaron antes con sus padres y hermanos. 6) *Desarrollo de técnicas de socialización*: El aprendizaje social o desarrollo de habilidades sociales básicas, varían por su naturaleza, dependiendo del tipo de grupo. 7) *Conducta imitativa*: Durante la terapia en grupo, los miembros se benefician de la observación de la terapia de otro paciente que tiene problemas similares. 8) *Catarsis*: El dar rienda suelta a las emociones en sí mismo pocas veces promueve el cambio duradero en el paciente, aunque lo acompañe una sensación de alivio emocional. Pero es importante compartir con los demás el propio mundo interior para ser aceptado por el grupo. 9) *Factores existenciales*: La lucha primordial del ser humano es aquella que tiene lugar contra los hechos dados de la existencia: la muerte, el aislamiento, la libertad y la carencia de sentido.

En este enfoque, existen tres preguntas orientadas existencialmente que han sido ponderadas por los pacientes: a) *Reconocer que no importa lo próximo que se esté orientado a otras personas, debo todavía afrontar mi vida solo.* b) *Afrontar las cuestiones básicas de la vida y muerte propias, y de este modo, vivir la vida más honestamente y ser menos propenso a trivialidades.* c) *Aprender que se deben asumir la responsabilidad por el modo en que persona vive su vida, no importa cuanta guía y apoyo consiga de los demás.* Estos tres factores juegan un papel supremo en los grupos especializados donde los pacientes

están gravemente enfrentados a cuestiones existenciales, como el dolor, el sufrimiento y la enfermedad (Yalom, 2010). A partir de lo anterior, y dada la importancia vital del proceso de duelo, especialmente en los casos de la muerte de un hijo, el objetivo de

este trabajo es evaluar la eficacia de una intervención psicoterapéutica grupal en la calidad de vida, del sueño y la depresión en padres en duelo por la muerte de un hijo.

MATERIAL Y MÉTODOS

Diseño

Esta investigación constituye un diseño cuasi experimental pre-post de un solo grupo pues se pretende conocer la forma en que la intervención psicoterapéutica influye sobre la calidad de vida, calidad del sueño y síntomas de depresión de un grupo de participantes (Hernández Sampieri, Fernández y Baptista, 2010).

Participantes

Participaron seis parejas casadas (seis padres y seis madres) que habían tenido la experiencia de muerte de uno de sus hijos y que acudieron a solicitar apoyo psicológico. El rango de edad de los participantes fue de 40 a 64 años ($M = 47.6$, $DE = 17.19$). Con excepción de una pareja, todos tenían otros hijos, además del hijo(a) fallecido. El tiempo desde la muerte del hijo(a) hasta el momento de solicitar la ayuda psicológica estuvo en un rango de cinco meses a dos años; el rango de edad de los hijos fallecidos es de 4 a 25 años (4, 17, 20, 20, 23 y 25 años). Las causas de muerte fueron variadas: uno falleció por suicidio, uno por accidente automovilístico, uno a causa de enfermedad corta e inesperada, dos por enfermedades

congénitas y una por quemaduras tras una explosión.

Instrumentos

Cuestionario de Calidad de Vida (WHOQOL-BREF WHOQOL, Skevington, Lotfy y O'Connell, 2004). Se utilizó la versión corta adaptada por Sánchez-Sosa y González-Celis (2006), que contiene 26 preguntas, dos preguntas generales sobre calidad de vida y satisfacción con el estado de salud, y 24 preguntas agrupadas en cuatro áreas: Salud Física, Salud Psicológica, Relaciones Sociales y Ambiente que evalúan las dimensiones de: Salud Física, Salud Psicológica, Independencia, Relaciones Sociales, Medio Ambiente, Espiritualidad y Área General (α de cronbach total = .75) Se responde con un formato de respuesta tipo Likert, de cinco opciones. Se obtienen sumas parciales que van de 0 a 100 puntos, a mayor puntaje mejor es la calidad de vida. Los dominios se miden en una dirección positiva entre más alto el puntaje mejor es la calidad de vida.

Cuestionario Oviedo del Sueño (Bobes García et al, 2000). Para este trabajo se utilizaron como indicadores de la calidad del sueño cuatro ítems: el 1, que indaga sobre la satisfacción subjetiva del sueño, y los ítems 2, 3, y 4 que indagan sobre dificultades para

conciliar el sueño, para permanecer dormido y para lograr tener un sueño reparador. El coeficiente alpha de Cronbach para la escala total reportado por los autores es = .7667.

Inventario de Depresión de Beck-II (Beck, Steer y Brown, 2011). Este inventario de autoinforme se compone de 21 ítems indicativos de síntomas tales como tristeza, llanto, pérdida de placer, sentimientos de fracaso y de culpa, pensamientos o deseos de suicidio, pesimismo, etc. La valoración de los ítems se realiza a partir del estado de ánimo en los últimos 15 días. Cada ítem se responde en una escala de 4 puntos (de 0 a 3), excepto los ítems 16 (cambios en el patrón de sueño) y 18 (cambios en el apetito) que contienen 7 categorías. La puntuación total oscila entre 0 (puntuación mínima) y 63 (puntuación máxima). Se han establecido puntos de corte que permiten clasificar a los evaluados en uno de los siguientes cuatro grupos: 0-13, mínima depresión; 14-19, depresión leve; 20-28, depresión moderada; y 29-63, depresión grave. La consistencia interna a través del alpha de Cronbach para muestras mexicanas es = .90 (Estrada, Delgado, Landero y González, 2015).

Procedimiento

Todos los instrumentos fueron respondidos en forma individual y se aplicaron antes de iniciar la intervención y posteriormente, y se utilizaron como test criterio para evaluar el cambio de los pacientes. A los participantes se les garantizó el anonimato y confidencialidad de sus respuestas y firmaron el consentimiento informado antes de su participación. El

tiempo aproximado de respuesta en cada sesión de administración de los instrumentos fue de 25 minutos. Una vez finalizada la evaluación diagnóstica, las parejas iniciaron el proceso psicoterapéutico.

Proceso terapéutico.

La intervención terapéutica tuvo una duración de 14 sesiones durante 7 meses, con una frecuencia de dos sesiones al mes, una cada 15 días, con una duración por sesión de 2 hora cada una. Para todas las sesiones se hicieron registros anecdóticos tanto de los discursos de padres y madres como de los eventos significativos. Al finalizar la intervención se realizó otra fase de evaluación en la que se administraron individualmente los mismos instrumentos que en la fase de diagnóstico. El enfoque psicoterapéutico usado en la intervención fue la Logoterapia de Victor Frankl (1997) y se trabajaron las tareas del duelo de Worden (2015), así como los nueve factores terapéuticos de Yalom (2010). Se utilizó la logoterapia como aplicación clínica del Análisis Existencial, ya que constituye una psicoterapia que mantiene o restablece la salud mental e integral de la persona ayudándole a encontrar un sentido de vida (Gengler, 2009) a través del asesoramiento psicológico y terapia, utilizando diversas técnicas psicológicas para que el paciente afrontara su pérdida y su dolor. Entre las técnicas más utilizadas están la *derreflexión*, *cambio o modulación de actitud* y el *diálogo socrático*. Se utilizaron las dinámicas y lecturas del material de los Grupos de ayuda mutua en el duelo propuestas por Pangrazzi

(2006); asimismo se aplicaron técnicas gestálticas como: “la silla vacía, “me hago responsable” y asuntos inconclusos” (Martín González, 2013).

Análisis de datos

El procesamiento de datos se realizó con el paquete estadístico SPSS para Windows (versión 24.0). En primer término,

se realizó el análisis descriptivo de las variables evaluadas y posteriormente para establecer diferencias entre el pre y post test se realizó la prueba de rangos asignados de Wilcoxon para la escala de calidad de vida y el inventario de depresión y la prueba U de Mann-Whitney para los ítems de sueño. Para todos los análisis se consideró un alfa de 0.05.

RESULTADOS

Para responder al objetivo del estudio y determinar si la intervención psicoterapéutica mejoró la calidad de vida en los participantes se realizó un análisis de diferencias a los factores de la Escala de calidad de vida a través de la prueba de rangos asignados de Wilcoxon debido al tamaño de la muestra y al diseño pre-post. Los resultados (ver Tabla 1) indican que para

todos los factores de la calidad de vida se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas entre los puntajes pre y post intervención. Como puede observarse se encuentran mejoría en la situación post en todas las dimensiones de la calidad de vida.

Tabla 1. Análisis de diferencias pre-post para los factores de la escala de calidad de vida y salud para la muestra total (N= 12).

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

* $p \leq 0.05$ ** $p \leq 0.01$ *** $p \leq 0.001$

Para determinar si la intervención psicoterapéutica mejoró la calidad del sueño en los participantes, se realizó un análisis de diferencias a través de la prueba U de Mann-Whitney; este análisis se hizo para contrastar las diferencias entre grupos. Si bien fue tomado al mismo grupo, por cuestiones de confidencialidad se trataron ambos grupos de datos como grupos independiente. Los resultados (ver Tabla 2) muestran que para el ítem 1 no se obtuvieron diferencias en la

satisfacción con el sueño entre la situación pre y post, en tanto que para los ítems 2, 3 y 4 se obtienen diferencias que indican que en la situación post disminuyen los días con dificultades para: conciliar el sueño, para permanecer dormido y para lograr un sueño reparador.

Tabla 2. Análisis de diferencias pre-post para los indicadores de la escala de sueño.

Ítems de escala de sueño	Rango promedio		U de Mann-Whitney	p.
	Pre test	Post test		
<i>¿Cómo de satisfecho ha estado con su sueño?</i>	9.96	15.04	41.500	.07
<i>¿Cuántos días a la semana ha tenido dificultades para conciliar el sueño?</i>	16.33	8.67	26.000	.007**
<i>¿Cuántos días a la semana ha tenido dificultades para permanecer dormido?</i>	15.38	9.63	37.500	.04*
<i>¿Cuántos días a la semana ha tenido dificultades para lograr un sueño reparador?</i>	15.40	9.50	36.000	.04*

* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

Por último, para conocer si la intervención psicoterapéutica disminuye los síntomas de depresión se utilizó la prueba de rangos asignados de Wilcoxon debido al

tamaño de la muestra y al diseño pre-post. Los resultados indican que disminuye la puntuación de depresión en el post test para todos los participantes (ver Tabla 3).

Tabla 3: Análisis de diferencias pre-post para la escala de depresión.

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

* $p \leq 0.05$

DISCUSIÓN

El objetivo de este trabajo fue evaluar la eficacia de una intervención psicoterapéutica grupal en la calidad de vida, del sueño y la depresión en padres en duelo por la muerte de un hijo. Los resultados obtenidos mostraron que la calidad de vida estaba seriamente afectada antes de la intervención, obteniendo que las tres dimensiones con los puntajes más bajos fueron: salud física (dolor, dependencia de medicinas, energía para la vida diaria), relaciones sociales (relaciones interpersonales, apoyo social) y salud psicológica (sentimientos positivos, autoestima, imagen corporal), aunque en todas las dimensiones se obtuvieron puntuaciones por debajo de la media teórica (con excepción del factor medio ambiente). Estos resultados coinciden con estudios que evidencian que ante el proceso de duelo, especialmente patológico, la calidad de vida se ve comprometida en forma severa (López Rodríguez, 2009; Meza Dávalos et al, 2008; Urzúa y Caqueo 2012), y genera encontrarle poco sentido a la vida, carecer de una dirección en los propósitos y experimentar un caso severo de lo que Frankl (1997; 2003) llama “vacío existencial”.

Los resultados obtenidos después de la intervención evidencian mejoría significativa en todas las dimensiones de calidad de vida y coinciden con lo reportado en el estudio de López Rodríguez, (2009, pág. 153) “brindar atención especializada para la resolución del duelo es la clave para elevar la calidad de vida”; asimismo, los resultados utilizando el enfoque y técnicas

de logoterapia han demostrado ser una herramienta eficaz para el manejo del duelo, como refiere la literatura (Rodríguez-Sosa y Gómez-del Castillo, 2012; Sánchez-Castillo et al, 2015).

Respecto a la calidad de sueño, los resultados mostraron que una alta proporción de los participantes estaban insatisfechos, tenían dificultades para dormir y lograr un sueño reparador. Los resultados posteriores a la intervención señalan diferencias estadísticamente significativas para tres ítems indicadores de calidad de sueño, lo que significa que tuvieron menos días con dificultades para conciliar el sueño, para permanecer dormidos y para tener un sueño reparador, lo cual sugiere una mejoría en este proceso. Estos resultados coinciden con los estudios sobre el efecto del duelo, especialmente el patológico con la calidad del sueño (Miró et al, 2008; O’Connor, 2014, Nuñez Rojas et al, 2010) y evidencian la posibilidad de mejorar la calidad del mismo a través de las intervenciones psicoterapéuticas, como han demostrado diversos estudios (Sarrais y de Castro, 2007; Clemente Luna, 2019; Oviedo, Forero y Mondragón, 2016).

En cuanto a la depresión, las puntuaciones antes de la intervención señalan que los participantes pasaban por una depresión de leve a grave, lo cual ha sido documentado por diversos estudios (Botella, et al, 2009; Echeburúa, Corral y Amor, 2005; Pérez Trenado, 1999), que encuentran que las pérdidas de los seres queridos desbordan, con frecuencia, la capacidad de respuesta de

una persona, que se siente sobrepasada para hacer frente a las situaciones que se ve obligada a soportar (Gómez-Dantés et al, 2011). Los resultados muestran una notable mejoría en los índices de depresión en todos los participantes, lo cual coincide con

estudios que muestran la eficacia de la logoterapia y sus técnicas para el manejo de la depresión (Arango, et al, 2015; Hedayati y Khazaei, 2013, Martínez y Castellanos, 2013).

CONCLUSIONES

En conclusión, se lograron cambios significativos en la calidad de vida, una notable mejoría en la calidad de sueño y una disminución en los índices de depresión en la mayoría de los participantes a través de la intervención psicológica grupal a través de la logoterapia y técnicas gestalt, que permitió la elaboración del duelo. Estos padres y madres al solicitar ayuda psicológica brindada a través de los enfoques usados aprendieron a enfrentar su dolor, a otorgarle un sentido a su sufrimiento, para finalmente trascenderlo y en ese proceso encontraron un nuevo significado a la vida. La decisión de los participantes por salir adelante y superar la pérdida fue un factor importante en los avances logrados, ya que se encontraban muy motivados pues todos manifestaron que “no querían seguir viviendo como estaban”, aunque algunos necesitaron más tiempo. La literatura respecto a este tema concuerda en que hay padres que pueden resolver su dolor más rápido que otros (Botella et al, 2009; Perez Trenado, 1999) y obtener así una mejor calidad de vida, que son capaces de trascender su sufrimiento y usar su capacidad para auto-distanciarse y muy rápidamente comienzan a ayudar dentro del grupo al compañero que sufre

más (Pangrazzi, 2006). Esto permite que quien ayuda al otro comienza a distanciarse de su dolor y empiezan a prestar más atención al de los otros, comprenden que la vida, después de todo, necesita seres compasivos, y es sólo, como dice Frankl (1997), a través del "sufrimiento sufrido con coraje" que la compasión puede ser ganada.

Por último, deben considerarse las limitaciones de este trabajo, en primer término, se considera que los participantes no constituyen un grupo homogéneo pues la pérdida de los hijos en las diferentes parejas de padres se debió a circunstancias muy diversas (enfermedad terminal, accidente, muerte autoinflingida, entre otras). Asimismo, las edades de los hijos que se han perdido por muerte es diversas (entre 4 y 25 años) lo que también constituye un factor que pudiera considerarse una limitación. Asimismo, dado que no hay un grupo de control, es posible que los participantes perciban un alivio al sufrimiento que pudiera estar relacionado con el desahogo emocional, más que con la resolución de tareas del duelo elaboradas durante la intervención.

REFERENCIAS

- Arango, M. A., Ariza, S. y Trujillo, A. (2015). Sentido de vida y recursos psicológicos en pacientes diagnosticados con depresión mayor con ideación suicida. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, XXIV (3), 211-221.
- Beck, A., Steer, R. y Brown, G. (2011). *Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II)*. Madrid: Pearson Educación.
- Bobes García J, González G-Portilla M. P., Saiz Martínez P. A., Bascarán Fernández M.T., Iglesias Álvarez C. y Fernández Domínguez J.M. (2000). Propiedades psicométricas del cuestionario Oviedo de sueño. *Psicothema*, 12(1), 107-112.
- Boelen, P. A. y Lancee, J. (2013). Sleep Difficulties Are Correlated with Emotional Problems following Loss and Residual Symptoms of Effective Prolonged Grief Disorder Treatment. *Depression Research and Treatment*, Vol. 2013, 1-6. <http://dx.doi.org/10.1155/2013/739804>.
- Botella, C., Baños, R. M. y Guillen, V. (2009). *El tratamiento del Duelo Complicado: La Utilidad de las Nuevas Tecnologías. En Asociación Viktor Frankl (Comp.) El Duelo "aquí y ahora" observar el duelo para elaborar el sentido*. Valencia: Sello Editorial.
- Buela-Casals, G. y Caballo, V. (1991). *Patrones del sueño y diferencias individuales*. Madrid: Siglo XXI.
- Castro, M. (2010). *Cómo enfrentar las pérdidas de la vida*. México: Minos, III Milenio Editores.
- Castro, M. C. (2013). *Tanatología. La inteligencia emocional y el proceso de duelo*. México: Editorial Trillas.
- Clemente Luna, S. (2019). *El tratamiento psicoterapéutico del insomnio: Desde Freud hasta la higiene del sueño*. Tesis de Grado. Universidad Internacional de La Rioja, España. Disponible en <https://reunir.unir.net/bitstream/handle/123456789/9418/Sara%20Clemente%20Luna.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Díaz, M. E. (2012). *El duelo y su proceso para superarlo*. Tesina. Mexico: Asociación Mexicana de Tanatología.
- DSM V. (2013). *Manual Diagnóstico y Estadística de Trastornos Mentales*. Barcelona: Panamericana.
- Echeburúa, E. y Corral, P. (2008) Superación del duelo en víctimas de delitos violentos. En L. Nomen (coord.) *Tratando el proceso de duelo y de morir*. Madrid: Pirámide.
- Echeburúa, E. y Herrán B. A. (2007). ¿Cuándo el duelo es patológico y cómo hay que tratarlo? *Análisis y Modificación de Conducta*, 33(147), 32-50.
- Echeburúa, E., De Corral, P., y Amor, P. J. (2005). La resistencia humana ante los traumas y el duelo. Alivio de las situaciones difíciles y del sufrimiento en la terminalidad. En R. Baños (Ed.), *El duelo "aquí y ahora"* (337-359). Barcelona: Sello Editorial.
- Estrada A., B. D., Delgado, A. C. Landero, H. R. y González, R. M. T. (2015). Propiedades psicométricas del modelo bifactorial del BDI-II (versión española) en muestras mexicanas de población general y estudiantes universitarios. *Universitas Psychologica*, 14 (1), 125-136.
- Ferrans, C. (1996). Desarrollo de un modelo conceptual de la calidad de vida. Investigación académica para la Práctica de Enfermería: *International Journal*, 10 (3), 293-304.
- Flores, S. D. (2002). Duelo. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 25 (3), 77-85.
- Frankl, V. E. (1987). *Logoterapia y análisis existencial*. Barcelona: Herder.
- Frankl, V. E. (1997). *El hombre en búsqueda de sentido*. Barcelona: Paidós.
- Frankl, V. (2003). *Ante el vacío existencial*. Barcelona: Herder.
- Gala León, F. J., Lupiani Jiménez, M., Raja Hernández, R., Guillén Gestoso, C., González Infante, J. M., Villaverde Gutiérrez, M., y Alba Sánchez, I. (2002). Actitudes psicológicas ante la muerte y el duelo: Una revisión conceptual. *Cuadernos de Medicina Forense*, 30, 39-50.
- Gamo Medina, E., y Pazos Pezzi, P. (2009). El duelo y las etapas de la vida. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 29(2), 455-469.
- Gamo Medina, M., Del Álamo Jiménez, C., Hernangómez Criado, L., y García Laborda, A. (2003). Seguimiento de pacientes que consultan por duelo. *Actas Españolas de psiquiatría*, 31(5), 239-243.
- Gengler, J. (2009). Análisis existencial y Logoterapia. Bases teóricas para la práctica clínica.

- Psiquiatría y Salud Mental*, XXVI, (3-4), 200-209.
- Gómez-Dantés, O., Sesma, S., Becerril, V. M., Knaul, F. M., Arreola, H., y Frenk, J. (2011). Sistema de salud de México. *Salud Pública de México*, 53 (2), 220-232.
- Grinberg, L. y Grinberg, R. (1980). *Identidad y Cambio*. Buenos Aires: Paidós.
- Hedayati, M. y Khazaei, M. (2013). An investigation of the relationship between depression, meaning in life and adult hope. *Procedia – Social and Behavioral Science*, 114, 598-601.
- Hernández Sampieri, R., Fernández, C.C. y Baptista, L. P. (2010). *Metodología de la Investigación* (5ª Ed.). Mexico: McGraw Hill.
- Instituto Mexicano de Tanatología (2008). *¿Cómo enfrentar la muerte?* México: Trillas.
- Kübler-Ross, E. (2012). *Sobre la muerte y los moribundos*. México: Drokerz Impresiones.
- López Rodríguez, A. (2009). Importancia de la atención del paciente en duelo. *Revista de especialidades Médico-Quirúrgicas*, 14 (4), 153-154.
- Martín González, A. (2013). *Manual Práctico de Psicoterapia Gestalt*. Bilbao: Desclée De Brouwer.
- Martínez, E. y Castellanos, C. (2013). Percepción de sentido de vida en universitarios colombianos. *Pensamiento Psicológico*, 11(1), 71-82.
- Meza Dávalos, E. G., García, S., Torres Gómez, A., Castillo, L., Sauri Suárez, S. y Martínez Silva, B. (2008). El proceso del duelo. Un mecanismo humano para el manejo de las pérdidas emocionales. *Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas*, 13 (1), 28-31.
- Millán-González, R. y Solano-Medina, N. (2010). Duelo, duelo patológico y terapia interpersonal. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 39(2), 375-388.
- Miró, E., Cano-Lozano, C., y Buela-Casal, G. (2008). *Sueño y calidad de vida*. Revista Colombiana de Psicología, 14, 11-27.
- Neimeyer, R. A. y Ramírez, Y. G. (2002). *Aprender de la pérdida: una guía para afrontar el duelo*. Barcelona: Paidós.
- Noblejas, M. A. (2000). *Palabras para una Vida con Sentido*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Núñez Rojas, A. C. N., Tobón, S., Arias Henao, A., Hidalgo Rasmussen, C. A., Santoyo Téllez, F., Hidalgo San Martín, A. y Rasmussen, C. B. (2010). Calidad de vida, salud y factores psicológicos asociados. *Perspectivas en Psicología*, 13, 11-32.
- O'Connor, N. (2014). *Déjalos ir con amor*. México: Trillas.
- Organización Mundial de la Salud (2013). La gente y la salud. ¿Qué Calidad de vida?. Grupo de la OMS sobre la calidad de vida. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/55264/WHF_1996_17_n4_p385-387_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Ortiz, F. (2005). *Muerte, morir, inmortalidad*. México: Taurus.
- Oviedo, G. F., Forero, V. y Mondragón, J. (2016). Manejo no farmacológico del insomnio. *Universidad Médica*, 57 (3), 348-366. Disponible en: <https://revistas.javeriana.edu.co/index.php/vnimedica/article/download/17819/14031/>
- Pangrazzi, A. (2006). *Los grupos de ayuda mutua en el duelo*. Bogotá: Sociedad de San Pablo.
- Pérez Trenado, M. (1999). Cómo afrontar el proceso de duelo. En W. Astudillo, A. García de Acilo (Edits.). *Estrategias para la atención integral en la terminalidad*. San Sebastián: Sociedad Vasca de Cuidados Paliativos.
- Rodríguez-Sosa, Y. y Gómez-del Castillo, J. (2012). Logoterapia: alternativa terapéutica para potenciar el sentido de vida en pacientes con cáncer terminal. *Santiago*, 130, 159-176.
- Rojas, S. (2008). *El manejo del duelo*. España: Norma.
- Sánchez-Castillo, T., Amador-Velázquez, R. y Rodríguez-García, C. (2015). Afrontamiento y logoterapia en pacientes terminales y cuidadores primarios. *Revista Electrónica Medicina, Salud y Sociedad*, 6 (1), 25-39. Disponible en: <http://cienciasdelasaluduv.com/site/>.
- Sánchez-Sosa, J. y González-Celis, A. (2006). Evaluación de la calidad de vida desde la perspectiva psicológica. En V. E. Caballo (Director). *Manual para la evaluación clínica de los trastornos psicológicos. Trastornos en la edad adulta e informes psicológicos* (pp. 473-492). Madrid: Pirámide.
- Sarraís, F. y de Castro, P. (2007). El Insomnio. *Anales del sistema Sanitario de Navarra*, 30 (1), 121-134. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1137-66272007000200011&lng=es&nrm=iso

- Skevington, S., Lotfy, M. y O'Connell, K. (2004). The World Health Organization's WHOQOL-BREF quality of life assessment: Psychometric properties and results of the international field trial. A Report from the WHOQOL Group. *Quality Life Research* 13, 299–310. doi.org/10.1023/B:QURE.0000018486.91360.00. Disponible en: <https://link.springer.com/article/10.1023%2FB%3AQURE.0000018486.91360.00>
- Soto, S. O., Falcón, F. P., y Volcanes, M. M. (2009). La muerte y el duelo. *Enfermería Global*, 8 (1), 18-26.
- Tercero, R. P. (2010). Evolución y diagnóstico del duelo normal y patológico. *FMC-Formación Médica Continuada en Atención Primaria*, 17 (10), 656-663.
- Tizón, J. L. (2004). *Pérdida, pena, duelo: vivencias, investigación y asistencia* (Vol. 12). España: Grupo Planeta.
- Tizón, J. (2008). *Días de duelo*. España: Alba.
- Urzúa, A. y Caqueo, A. (2012). Calidad de vida: una revisión teórica del concepto. *Terapia Psicológica*, 30 (1), 61-71.
- Worden W. (2015) *El tratamiento del duelo: asesoramiento psicológico y terapia*. Barcelona: Paidós.
- Yalom, I. (2010). *Psicoterapia Existencial y Terapia de Grupo* (Cuarta edición). Madrid: Paidós.