

UNIVERSIDAD DE OVIEDO
FACULTAD DE PSICOLOGÍA



Máster en Psicología General Sanitaria
CURSO ACADÉMICO 2023-2024

PROPUESTA DE INTERVENCIÓN GRUPAL PARA DUELO COMPLICADO:
FALLECIMIENTO POR REACCIÓN AGUDA A SUSTANCIAS
(Diseño de un programa de intervención)

PATRICIA RUIZ LÓPEZ

Oviedo, junio de 2024

Resumen

Antecedentes: El duelo tras una muerte inesperada a causa de una intoxicación aguda a sustancias puede suponer, por un lado, una gran cantidad de reacciones desagradables por la pérdida repentina y, por otro, una falta de apoyo social a causa del estigma asociado al tipo muerte. Esto hace a las personas más propensas a desarrollar un Duelo Complicado (DC) y a la posibilidad de requerir de ayuda profesional. En estos casos se ha contemplado la posible utilidad de la intervención grupal que, a pesar de contar con poco respaldo empírico, cuenta con varios beneficios y resulta ser eficiente.

Método: Se ha creado un programa de Intervención Grupal para una muestra de 10 personas con DC causado por una fallecimiento a causa de una intoxicación aguda a sustancias psicoactivas. Contiene 15 sesiones de 90 minutos cada una, agrupadas en 4 bloques inspirados en las Tareas de Worden. **Evaluación:** Para evaluar el proceso se utilizan una hoja de expectativas en la primera sesión, hojas de satisfacción tras cada sesión y una hoja de valoración final del programa. Como instrumentos de evaluación de los resultados se utiliza el IDC, el SCL-90-R, el análisis DAFO y una entrevista personal que se aplicarán al inicio y al final de la intervención. **Conclusiones:** Se esperan resultados beneficiosos tras la aplicación del programa, pero sigue siendo fundamental llevar a cabo más estudios que respalden la eficacia de la intervención grupal en DC.

Palabras clave: duelo complicado, intervención grupal, muerte inesperada, sustancias psicoactivas

Abstract

Background: Grief after an unexpected death due to acute substance poisoning can involve, on the one hand, a large number of unpleasant reactions due to the sudden loss and, on the other, a lack of social support due to the stigma associated with the type of death. This makes people more likely to develop Complicated Grief (CD) and the possibility of requiring professional help. In these cases, the possible usefulness of group intervention has been considered, which, despite having little empirical support, has several benefits and turns out to be efficient. **Method:** A Group Intervention program has been created for a sample of 10 people with CD caused by a fall due to acute intoxication with psychoactive substances. It contains 15 sessions of 90 minutes each, grouped into 4 blocks inspired by Worden's Tasks. **Evaluation:** To evaluate the process, an expectations sheet is used in the first session, satisfaction sheets after each session and a final evaluation sheet of the program. The IDC, the SCL-90-R, the SWOT analysis and a personal interview are used as instruments to evaluate the results, which will be applied at the beginning and at the end of the intervention. **Conclusions:** Beneficial results are expected after the application of the program, but it remains essential to carry out more studies to support the effectiveness of the group intervention in CD.

Keywords: complicated grief, group intervention, unexpected death, psychoactive substances.

Antecedentes

El duelo es un proceso por el que todo ser humano transita tras sufrir algún tipo de pérdida importante en su vida y aunque estas pérdidas pueden ser de muchos tipos, en el presente trabajo se tratará aquella relacionada con la muerte de un ser querido, que supone una adaptación a una nueva realidad en la que la persona ya no está presente. El duelo es universal en el ser humano, y hay una serie de reacciones comunes que ayudan a identificarlo (emociones, cogniciones, conductas, reacciones fisiológicas), aunque a la par es un proceso único en cada persona, ya que depende de una multitud de factores individuales circunscritos en un contexto propio que hacen que se viva este proceso de un modo singular y dinámico (Stanton y Revenson, 2007) y cuyas manifestaciones presenta unos patrones e intensidades que varían en el tiempo (Worden, 2022). Todas las variaciones que se dan en el tiempo son, por lo general, parte de una vivencia natural que a pesar de ser dolorosa es totalmente normal y la cual acaba concluyendo sin mayores complicaciones, haciendo que la persona continúe con su día a día habiendo reubicado a esa persona en un lugar que le permita recordarla con respeto y afecto sin que esto le suponga un dolor intolerable, llegando a extraer aprendizajes y herramientas que le permitan llevar su vida de una forma más plena y saludable, idea que conecta con el concepto que acuñó Neimeyer (2000) de *búsqueda de significado* y de reconstrucción tras la pérdida, donde el doliente tiene que crear nociones diferentes sobre sí mismo, sobre los demás y sobre el mundo, y en base a ellos sentar los inicios de la reconstrucción de su nueva vida. Y, yendo un paso más allá, resulta interesante el concepto de *crecimiento postraumático* (Tedeschi y Calhoun, 2004, 2006), que ocurre cuando a consecuencia del afrontamiento de una situación traumática que puede generar un gran sufrimiento, una persona consigue experimentar cambios positivos y profundos en las distintas áreas de su vida, como puede ocurrir con la muerte de un ser querido, que puede llevar a la persona a un proceso de transformación saludable a pesar del dolor de la pérdida, pudiendo considerar este hito como la culminación del duelo (Payás, 2016).

Una forma de comprender este proceso de un modo sencillo es contemplarlo mediante un enfoque basado en tareas utilizado por varios autores, pero donde sin duda destaca Worden (1997) que describe cuatro tareas que el doliente tiene que llevar a cabo de forma activa para que la persona progrese y consiga adaptarse a la pérdida: I) aceptar

la realidad de la pérdida; II) elaborar el dolor de la pérdida; III) Adaptarse a un mundo sin el fallecido y IV) hallar un modo de recordar al fallecido al embarcarse en una vida nueva. Estas tareas serán la guía para estructurar la propuesta de intervención del presente trabajo, y se tratarán con mayor profundidad posteriormente.

Descripción del problema

Hay un porcentaje de casos en los que este proceso se ve perturbado y surge el duelo complicado (DC), y debido a una serie de variables que impiden que la persona sea capaz de resolverlo, haciendo que éste se pueda alargar en el tiempo y/o que la intensidad de las reacciones sea intolerable. En este aspecto hay una falta de consenso a la hora de establecer una conceptualización para definir el DC (Maciejewski et al., 2016) algo que puede complicar la valoración por parte de los profesionales a la hora de considerar si se encuentran ante un caso duelo normal o complicado, dificultando así el acuerdo entre expertos para tratar a la persona de forma consonante. También se encuentran diferencias relativas a su diagnóstico formal como un trastorno si nos referimos a las clasificaciones internacionales de la Clasificación Internacional de Enfermedades en su 11ª edición (CIE-11; Organización Mundial de la Salud |OMS| 2018) y del Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales en su 5ª edición revisada (DSM-5-TR; Asociación Americana de Psiquiatría |APA|, 2022), las cuales difieren en el criterio de temporalidad de 6 meses (OMS, 2018) frente a 12 meses (APA, 2022), respectivamente. Además, esta falta de consenso también afecta al establecimiento de la prevalencia en la población, como ocurre en España donde, además, hay una escasa investigación respecto al DC. En este caso, los datos superan el 20% si se utilizan instrumentos de medida de los síntomas (Parro-Jimenez et al., 2021), frente a una media del 9% si se evalúa en base a los criterios diagnósticos más estrictos (Lundorff et al., 2017).

Debido a estas limitaciones, se podría plantear la necesidad de intervenir con una persona en su proceso de duelo más allá de las posibles etiquetas diagnósticas y de los criterios más formales recurriendo en este caso al asesoramiento psicológico, para el duelo para aquellos casos que presenten ciertos factores de riesgo pudiendo prevenir ciertas complicaciones en el proceso y en el deterioro de la calidad de vida de la persona (Worden, 2022). Si tras un tiempo la persona presenta signos de dificultades y de un

posible DC, se podría valorar la necesidad de una intervención más profunda y específica. Para la intervención en casos de DC se han encontrado evidencias de la eficacia de algunas terapias individuales como la Terapia Cognitivo Conductual [TCC] (Rosner, 2015; Rosner, 2016), la Terapia de Desensibilización y Reprocesamiento por Movimientos Oculares [EMDR] (van Denderen et al., 2018) o la Terapia de Duelo (Worden, 2022), entre otras. Shear et al. (2011) informas que los tres enfoques psicoterapéuticos que presentan una validez contrastada son, la terapia de DC, la TCC y la terapia de reconstrucción de significado. También se han encontrado beneficios en el uso de las terapias en formato grupal, aunque en este aspecto la investigación es muy escasa (Lacasta y Cruzado, 2023; Supiano y Luptak, 2014).

En relación a las técnicas con mayor respaldo, según una revisión sistemática realizada por Sanz-Molina, Sanz-Cortés y Cruzado (2023) sobre la eficacia de la TCC, analiza aquellos componentes utilizados en el tratamiento del duelo, entre los que se encuentran la exposición a los recuerdos de la pérdida, el uso de técnicas de relajación para la regulación de emociones desagradables, fomentar el autocuidado, la realización de actividades placenteras o la psicoeducación, pero donde la reestructuración cognitiva es sin duda la más utilizada.

Worden (2022) también destaca las técnicas más utilizadas tanto en la Terapia del duelo como en el asesoramiento, como el uso de la Silla vacía de la Gestalt, la cual es muy versátil y se puede aplicar de múltiples formas, el juego de roles (psicodrama), el uso de un lenguaje evocador de emociones, aunque sean dolorosas junto el uso de objetos que recuerden al fallecido (símbolos), los álbumes de recuerdos o las de metáforas como una forma de afrontamiento indirecto del dolor. Este autor comparte también el uso de la reestructuración cognitiva, la imaginación guiada y de las tareas para casa con la TCC. Pero, sin duda alguna, una de las más destacadas en esta intervención es el uso de la escritura que es útil a lo largo de todo el proceso, para trabajar distintos aspectos de cada una de las tareas a realizar, como despedirse del fallecido, solucionar asuntos pendientes (Ihrmark et. al, 2011) o expresar emociones, y suele hacerse en formato de cartas, aunque también es muy recurrente escribir un diario donde poder ir contando su experiencia siempre que lo necesite. En el caso de los niños se puede utilizar el dibujo con la misma finalidad.

A la hora de evaluar duelo existe una serie de mediadores que influyen en cómo la persona afronta el proceso y las tareas requeridas, y conocerlos ayuda a comprender por qué en ocasiones se complica requiriendo, como se ha comentado, una intervención profesional adecuada. Worden (2022) destaca los siguientes mediadores:

- Parentesco: en general, cuando más cercano sea, más intenso será el duelo. Resulta ser uno de los mayores predictores de su evolución.
- Naturaleza del apego: por lo general aquellas relaciones que se basan en apegos de carácter inseguro y donde hay existencia de conflictos, generan mayores dificultades a la hora de transitar en el proceso.
- Causas relacionadas con la muerte: las que se han producido de forma inesperada, en circunstancias traumáticas, las pérdidas múltiples, evitables, ambiguas o aquellas que generan algún tipo de estigma social, influyen de forma negativa en el proceso de duelo.
- Antecedentes históricos: pérdidas anteriores con duelos no resueltos adecuadamente o el estado de salud mental del superviviente, como presentar algún diagnóstico de Trastorno Mental, también repercuten de forma negativa.
- Variables de personalidad: como tender recurrir a estrategias de afrontamiento evitativas, un estilo de apego personal inseguro, la tendencia a la rumiación o una baja autoestima, pueden impedir una transición normal en las tareas.
- Variables sociales: se destaca la importancia del apoyo social, no solo el real sino, también, el percibido, y que éste resulte satisfactorio para la persona. También existen otros mediadores como el desempeño de roles, que cuando son múltiples tienen efecto protector y adaptativo, o la cultura en la que se encuadra el proceso, ya que cada una tiene sus propios rituales y formas de entender la muerte y el duelo.
- Pérdidas y tensiones concurrentes: la muerte de una persona puede derivar en otro tipo de pérdidas que influyen negativamente, como enfrentarse a una crisis económica en la familia cuando se trata del principal sostén en ella.

Uno de los mediadores a destacar, debido a la relación con el presente trabajo, son las muertes que se producen de forma repentina, como ocurre con los accidentes o los suicidios, debido a la cantidad de efectos que tiene sobre el doliente, y suelen causar un

desequilibrio bastante mayor que aquellas que son esperables. También destacan aquellas que tienden a generar un estigma, convirtiéndose en *pérdidas de las que no se habla* (Worden, 2022) y que suelen producir lo que se denomina como «duelo desautorizado» (Doka, 1989) no reconocido socialmente y, por tanto, se asume que el doliente no tiene el derecho a vivir el proceso como en otro tipo de pérdidas, conllevando, entre otras dificultades, una ausencia de apoyo social y emocional por parte del entorno del superviviente. Un caso que cumple ambos factores es el duelo que se da tras la muerte de un ser querido debido a una intoxicación por sustancias, y que en el apartado siguiente se justificará la decisión de su elección como tema central del presente trabajo.

Descripción de la Población Objetivo

Según los datos de la OMS (2022) unas 500.000 personas mueren al año por causas relacionadas con el consumo de drogas, suceso que tiene un impacto sobre millones de personas provocando procesos de duelo. Además de sufrir esta pérdida, los familiares también se enfrentan a otros estresores como complicación en las relaciones sociales cercanas, en parte, por la estigmatización producida a causa de estas muertes y unido a un cúmulo de emociones complicadas de gestionar, haciendo que se convierta en un evento traumático que puede descompensar el funcionamiento familiar (Øyvind et. al, 2023).

En el panorama nacional, recurriendo al informe del Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA) del año 2023, en el apartado de problemas relacionados con las drogas, se encuentra el indicador de mortalidad por reacción aguda a las sustancias psicoactivas, entre los años 1983 y 2021. Estos datos son importantes ya que revelan la gravedad y el impacto que tienen los altos niveles de consumo de sustancias en España, y son el reflejo de un gran problema de salud pública. El aumento en los últimos años se debe a una mayor cobertura de los datos, a una mayor notificación de los casos de suicidio y a un aumento del rango de edad registrado. Esto se traduce en un descenso y una estabilización en los datos en comparación con los de la década de los ochenta. Sin embargo, no hay que subestimarlos, puesto que, la globalización del fenómeno de las drogas y la velocidad a la que varía el tipo de sustancia consumida o los patrones de consumo hacen que sea fundamental estar alerta

a los resultados obtenidos en estos registros. Además, otro aspecto a tener en cuenta es que las muertes recogidas son aquellas con intervención judicial donde se verifica por especialistas que la causa directa y primordial de la muerte sea la reacción adversa al consumo de sustancias psicoactivas de forma intencional y sin finalidad médica. Por último, se señala reacción aguda y no sobredosis puesto que puede haber implicados factores de distinta naturaleza, como la toxicidad o la alergia. La conclusión general de todo lo expuesto es, precisamente, la que se ha indicado al inicio de este párrafo, y es que el consumo de sustancias psicoactivas en España se traduce en un problema de salud pública que genera una multitud de efectos negativos derivados, entre ellos, la pérdida de la vida de personas cercanas.

Estos datos son relevantes para el presente trabajo a dos niveles: por un lado, por la justificación de la importancia de tratar el duelo de las personas cercanas a fallecimientos repentinos relacionados con el consumo de drogas, debido a su impacto al tratarse de un evento inesperado y del estigma que lleva asociado y, por otro, por el riesgo que presentan las personas con un DC de un consumo significativamente superior de psicofármacos durante el primer año tras la pérdida (Sha et al., 2013) o del desarrollo de una adicción a otras sustancias (Masferrer et al., 2017; Romero y Cruzado, 2016) como una conducta de evitación para mitigar el malestar que les genera su pérdida y que si continúan en el tiempo puede interferir en el procesamiento adecuado de la pérdida a largo plazo (Villacieros et al, 2014)

Necesidades por Cubrir

Debido al riesgo de desarrollar un DC en esta población, es probable que sea más necesaria la intervención profesional. A pesar de que hay una cierta falta de consenso sobre el momento adecuado para intervenir en casos de duelo, lo que sí está comprobado es que cuánto más grave y complicado esté siendo el proceso, mayores beneficios obtendrá la persona de la intervención (Schut y Stroebe, 2005). Estos efectos son muy beneficiosos en casos de colectivos específicos vulnerables que sufren duelos complicados (Niemeyer, 2000), como es el caso de las personas que han perdido a un ser querido de forma repentina a causa de intoxicación por sustancias, población objetivo del presente trabajo.

Lo más común es el uso de una intervención individual, debido a que tiene un mayor apoyo empírico que respalde su eficacia, como ya se ha comentado, pero teniendo en cuenta que una de las mayores dificultades que presentan estas personas es la falta de validación y apoyo social, resultaría interesante llevar a cabo una intervención en formato de grupal que, a pesar de tener una menor evidencia que lo respalde, presenta una serie de efectos positivos relevantes, como es el caso del apoyo social, el intercambio de estrategias de afrontamiento eficaces (Lacasta y Cruzado, 2023;Supiano y Luptak, 2014) o la normalización las reacciones del duelo proporcionando un entorno donde poder expresar los eventos internos (Sanz, 2015). Además, se trata de una intervención en la que se optimizan recursos, pudiendo atender a varias personas de forma conjunta reduciendo los costes, resultando ser una terapia eficiente (Espinosa et. Al, 2015). A pesar de este menor apoyo empírico, debido, en parte, a la falta de investigación al respecto, sería una buena oportunidad para comenzar a implementar más programas de este tipo y así poder evaluar sus efectos a largo plazo, sobre todo en casos de poblaciones vulnerables tan poco estudiadas, al menos en España, las cuales podrían salir beneficiadas de estas intervenciones.

Lo ideal sería poder combinar las terapias individuales y las grupales para obtener una cobertura mayor del problema, pero en casos en los que las personas no dispongan de recursos económicos para poder costearlos, el recurrir a una terapia en grupo puede darle una opción de obtener mejoría de una forma más asequible. En este caso también sería interesante poder implementar estos programas desde el ámbito público con precios más reducidos o incluso de forma gratuita a través de asociaciones para aquellas personas con menos recursos.

Otros programas de intervención

Un programa piloto reciente para el tratamiento psicológico grupal en DC para una muestra de familiares de fallecidos a causa de cáncer (Trillo et. al, 2021) plantea una intervención de 20 sesiones impartidas de forma quincenal, en un grupo cerrado, inspirado también por el modelo teórico de Worden donde se le da un papel activo al participante. El objetivo principal fue la ayuda con las áreas más afectadas de su vida, creando un espacio seguro dentro del grupo donde poder desarrollar estrategias adaptativas de afrontamiento de a pérdida. Se llegó a la conclusión de que este tipo de

intervención puede ser eficaz, puesto que encontraron mejoría tanto en los síntomas de depresión como en los de DC, además, los integrantes relataron una disminución en su sufrimiento junto con un aumento de su autoestima. Sin embargo, presenta ciertas limitaciones, como el hecho de tener una muestra muy pequeña (seis participantes) de solo mujeres, faltando la representación masculina y siendo más difícil generalizar los resultados obtenidos. También se destaca la falta de elección aleatoria de la muestra y de un grupo control para comparar los resultados.

Lacasta y Cruzado (2022) llevaron a cabo un ensayo clínico aleatorizado para comprobar la eficacia de la TCC en un grupo de terapia con 249 familiares de fallecidos a causa de un cáncer. El tratamiento constaba de 16 sesiones de dos horas con frecuencia semanal, durante un periodo de cuatro meses, y medidas pretratamiento, y postratamiento tras una semana, seis y doce meses. Se llevaron a cabo dos grupos paralelos, uno de tratamiento de reducción de síntomas usando la TCC y otro control donde se impartía únicamente psicoeducación y expresión emocional. Una de las limitaciones más importantes fue, como en otros estudios, la infrarrepresentación masculina (25%). También se encontró una pérdida de participantes a lo largo del estudio, sobre todo en el grupo control. Las conclusiones extraídas es que la intervención en el grupo experimental obtuvo mejores resultados que en el control, y que estos se mantuvieron en las evaluaciones postratamiento. También resalta, como se ha comentado, la ventaja en cuanto al coste-beneficio de las intervenciones grupales.

También se examinó el impacto de la intervención en formato grupal en DC en un estudio piloto en una población de personas con diagnóstico de trastornos mentales graves (Supiano et al., 2021). La muestra estaba compuesta por personas de una clínica psiquiátrica ambulatoria en Estados Unidos, que presentan carencias económicas y de apoyo social, entre otras y cuya pérdida se debió a circunstancias inesperadas y traumáticas. Se llevaron a cabo dos grupos donde seis y cuatro participantes de cada uno finalizó el tratamiento. Se trata de una adaptación grupal a la Terapia individual de DC de Shear (2003) que consta de sesiones de 120 minutos a lo largo de 12 semanas. Algunas de las limitaciones encontradas es que la muestra se compone mayormente de mujeres, así como el abandono de varios participantes desde el inicio de la intervención. Además, los análisis estadísticos no se pudieron utilizar para determinar la eficacia de la intervención, en parte debido a la limitada muestra. A pesar de esto, se encontró una

mejoría estadísticamente significativa tanto en los niveles de duelo como en el bienestar interpersonal, teniendo en cuenta que se trata de una población vulnerable con una mayor probabilidad de sufrir complicaciones en su proceso tras sufrir una pérdida, que además suele sufrir una insatisfacción con respecto a las intervenciones terapéuticas habituales.

Otro pequeño estudio realizado en el servicio de psicología clínica de Atención Primaria (Espinosa et. al, 2015) llevado a cabo a lo largo de seis sesiones de frecuencia semanal y de una hora de duración en un pequeño grupo de seis pacientes, pretendía detectar posibles indicadores de riesgo para evitar la cronificación del duelo. En este caso la intervención también fue de corte cognitivo conductual. A pesar de tener limitaciones respecto a la reducida muestra y de no ser tratarse de una intervención en DC sino de una prevención de este, se encontraron beneficios interesantes respecto al uso del formato grupal, como la respuesta altruista de los participantes respecto a sus compañeros, transmitiendo comprensión y escucha, y generando sentimientos de satisfacción en relación con el grupo. También hubo un aumento en la reincorporación laboral, una reducción del consumo de antidepresivos y de síntomas de ansiedad y una mejora en la asimilación del proceso de duelo.

También se han llevado intervenciones grupales de forma online, como en el caso de un ensayo clínico aleatorizado en un grupo de personas en duelo por suicidio (Wagner, 2022). Participaron 140 personas que se asignaron de forma aleatoria a un grupo experimental que recibió el programa inmediatamente o a un grupo control que lo comenzó tras pasadas 12 semanas. Se trata de una intervención de corte cognitivo conductual con un total de 12 sesiones de frecuencia semanal y de 90 minutos de duración. Los resultados indican que completar la intervención podría ayudar a las personas a sentirse más acompañadas y apoyadas, con beneficios de carácter preventivo de cara a usarse como un complemento a una terapia más estructurada o como espera mientras se encuentra la ayuda profesional adecuada.

Todos los ejemplos citados tienen en común una misma conclusión, la necesidad de llevar a cabo investigaciones robustas que puedan mostrar la evidencia empírica detrás de la eficacia de las intervenciones grupales en la problemática del duelo complicado.

Objetivos del Programa

Por todo lo expuesto hasta el momento se ha considerado interesante y relevante crear una propuesta de intervención para personas en un proceso de duelo complicado por la pérdida de un ser querido a causa de una reacción aguda a sustancias psicoactivas siguiendo un formato de grupo de apoyo.

Como objetivo principal se espera que las personas que completen la intervención consigan encauzar su proceso de duelo complicado en una dirección cercana a un duelo normal, mejorando así su calidad de vida. Para llegar a esto se trabajará a través de objetivos específicos:

- Fomentar un clima de confianza donde las personas se sientan seguras y validadas.
- Promover el apoyo social recíproco tanto dentro como fuera del grupo entre los integrantes.
- Dotar a los dolientes de conocimientos y habilidades que les ayude a transitar su duelo.
- Promover un crecimiento postraumático, aumentando el nivel de conciencia y de tolerancia de su malestar.
- Prevenir el consumo abusivo de sustancias psicoactivas y de psicofármacos sin prescripción médica y de forma inadecuada.
- Concienciar al grupo acerca de la problemática tanto social como de salud pública que supone el consumo de sustancias psicoactivas en la actualidad, esperando que esta información traspase las barreras del grupo al entorno cercano de cada participante.

Método

Ventajas respecto a programas anteriores

A raíz de la revisión de otros estudios e investigaciones, se ha podido comprobar que tienen ciertas limitaciones, muchas de las cuales los mismos autores resaltan. En la presente propuesta se pretenden subsanar algunas de ellas. Por un lado, se ha intentado crear un programa sencillo que funcione como base para poner a prueba la eficacia del

formato grupal en la población descrita, puesto que no se han encontrado publicaciones al respecto y, por otro, porque se considera mejor ser cauto y utilizar aspectos que se han visto útiles en otras poblaciones en vez de llevar a cabo algo más complejo desde el inicio, e ir moldeando y aumentando la complejidad del programa a medida que se pone a prueba. Al fin y al cabo, se debe recordar que se trata de una población vulnerable, por un lado, debido a que están transitando por un DC debido a una muerte inesperada (reacción aguda a alguna sustancia psicoactiva) y, por otro, por el estigma asociado a la misma causa de muerte y la falta de apoyo social que conlleva. Por esas razones, se ha preferido plantear una intervención más básica a la vez de versátil, para que las personas puedan generalizar lo aprendido a otro tipo de pérdidas y conflictos de las distintas áreas de su vida, así como ser aplicada a otro tipo de poblaciones en proceso de duelo complicado. Abrir de esta forma la posibilidad de estudiar más de cerca esta población y de ir modificando aquellas cosas que no funcionen de forma adecuada, puede hacer que se mejore la calidad de vida de estas personas, a la par de visibilizar y dar la importancia que tienen los duelos desautorizados y sus efectos nocivos sobre las personas que los sufren. Además, se puede utilizar como un medio para concienciar de un modo indirecto sobre la repercusión que tiene el consumo de sustancias y de la gran problemática social que supone.

A pesar de pretender ser fácil de aplicar, es imprescindible que sea llevada a cabo por profesionales de la psicología formados en la materia, donde uno de ellos cuenta con la experiencia óptima para saber llevar de forma adecuada las sesiones, y que cuenta con el apoyo de otro con los conocimientos necesarios para cooperar cuando sea necesario.

Otros aspectos por destacar están relacionados con la muestra, como el número de personas participantes por grupo que en este caso son 10, algo mayor que en otros, que da margen en el caso que haya posibles bajas para que no sea demasiado reducido. También se amplía el rango de edad, que puede ser cualquier persona a partir de los 18 años, aunque siempre se intentarán agrupar de forma homogénea para que pueda haber una mayor conexión entre los miembros. También se busca que haya una mayor representación masculina en los grupos, puesto que no tienden a participar en estos grupos o a buscar ayuda en general. Además, se tiene la intención de llevar a cabo

varios grupos de forma simultánea o cercana en el tiempo para poder estudiar mejor sus efectos y hacer comparaciones entre ellos, así como, la posibilidad de incluir, si fuera posible, algún grupo control.

En cuanto al número de sesiones, se ha valorado que un número adecuado es de unas 15, con una frecuencia semanal, puesto que trabajar ciertos aspectos importantes que con menos sesiones sería complicado, pero alargar la intervención demasiado en el tiempo tampoco sería adecuado. La duración media de las sesiones se establece en 90 minutos, puesto que más tiempo, como algún estudio, podría suponer un agotamiento mental y emocional del grupo, y en menos no daría tiempo a trabajar adecuadamente, aunque el tiempo es flexible y depende de las actividades a llevar a cabo.

Por último, como eje central de la intervención, se resalta la importancia que se le da al apoyo social utilizando la terapia grupal, un factor protector importantísimo además de una necesidad básica del ser humano, pero que muchas personas no tienen y les produce muchas dificultades tanto en su proceso de duelo en particular, como en su vida en general, algo que ya se ha comentado anteriormente.

En resumen, se presenta un programa sencillo y asequible, pero llevado a cabo por profesionales cualificados y competentes, en un formato grupal que a pesar de resultar eficiente aún está poco experimentado y en una población vulnerable y de riesgo a la que le puede beneficiar este formato, pero de la cual no se han encontrado intervenciones de este tipo. También se ha intentado buscar un equilibrio en cuanto a ciertas características de la muestra (numero, rango de edad, representación masculina) así como la realización de varios grupos simultáneos para obtener más resultados y poder hacer comparaciones. Además, se ha intentado ajustar el numero de sesiones, su frecuencia y duración para poder trabajar lo máximo, de la mejor forma y en el menor tiempo posible. Por último, hay que destacar la importancia que se le da al poder que puede ejercer el pertenecer a un grupo de terapia sobre las personas que suelen sufrir una falta de apoyo social, y que ese simple hecho ya puede tener un efecto terapéutico sobre ellas.

Recursos y aspectos organizacionales:

Los recursos de carácter personal que necesarios en este caso serán, por un lado, de un Terapeuta principal, que deberá ser un Psicólogo Clínico o un Psicólogo General

Sanitario (o habilitación por experiencia) que tenga formación especializada y amplia experiencia demostrable en casos de Duelo Complicado y, por otro, de un Co-Terapeuta con la misma titulación y formación similar que el anterior, pero sin la necesidad de tener una amplia experiencia, puesto que su función será principalmente de apoyo y de ayuda al manejo de las sesiones y de los posibles conflictos que puedan surgir en ellas.

En cuanto a los recursos materiales, se intentará siempre aprovechar todos los disponibles en los lugares donde se vayan a impartir las sesiones, para así evitar, en medida de lo posible, el gasto que pueda suponer la compra de todo lo que se vaya a necesitar. En este caso, lo principal es disponer de una sala con la amplitud adecuada para unas 12 personas (10 participantes y 2 terapeutas), con una silla estilo pala para cada uno, una mesa con ordenador y altavoces, un proyector o pizarra electrónica y una pizarra para escribir. Además, también serán necesarios folios y bolígrafos, tizas/rotuladores para la pizarra, un mando a distancia para las presentaciones, y las fotocopias del material que se vaya a trabajar en cada sesión.

Criterios de Inclusión y Exclusión

Para poder participar en el grupo es importante cumplir con una serie de criterios de inclusión: ser mayor de edad, haber sufrido una pérdida de alguien cercano a causa de una reacción aguda a alguna sustancia psicoactiva, acudir por voluntad propia, cumplir con los criterios establecidos de la presencia de una complicación en su proceso de duelo y haber pasado al menos seis meses tras la pérdida (OMS, 2018).

A su vez, los criterios de exclusión para participar en el programa son: presentar algún tipo de diagnóstico de Trastorno Mental Grave, problema neurodegenerativo o Discapacidad Intelectual, tener un consumo de sustancias o de algún fármaco a dosis altas que impida implicarse de forma activa. Por otro lado, habría que detectar aquellos casos de intoxicación por sustancias de forma voluntaria, es decir, los suicidios consumados, los cuales tendrían que ser excluidos del grupo y derivarlos a uno especializado para esta causa o, en caso de haber un mínimo de participantes, se podría plantear la posibilidad de crear un grupo específico. También se tendrán en cuenta aquellas personas que puntúen alto en las escalas de Hostilidad, Ideación paranoide o Psicoticismo del SCL-90-R (Limonero, 2009) como posibles factores para excluir a la

persona del programa, junto con la valoración en la entrevista, si se valora que no es apta para formar parte de éste.

Las personas que quieran formar parte de la intervención pueden acudir por cuenta propia mediante la derivación por parte de algún profesional que lo vea conveniente y se lo haya sugerido, ya sea de mediante los Centros de Atención Primaria, consultas privadas de profesionales de la Salud Mental o de alguna organización que trabaje con personas en procesos de duelo.

Para evaluar que las personas cumplen con los criterios para poder participar en el programa se utilizarán los siguientes instrumentos:

- Inventario de Duelo Complicado (IDC) propuesto inicialmente por Prigerson et al. (1995) en su adaptación al castellano (Limonero, 2009), y se trata de un instrumento breve y sencillo, que consta de 19 ítems que se valoran con una escala tipo Likert con cinco opciones desde “nunca” hasta “siempre”. A partir de las respuestas se puede obtener la frecuencia de cada síntoma explorado, que puede ser de carácter emocional, cognitivo o conductual, y cuya puntuación final corresponde con la suma de todas las respuestas, obteniendo un valor entre 0 y 76, correspondiendo una mayor puntuación con una mayor gravedad del duelo. El punto de corte que discrimina un duelo normal de uno complicado se encuentra en 25.
- Inventario de Síntomas Revisado (SCL-90-R) (Derogatis, 1994) en su versión española (González de Rivera et al., 2002) se trata de un instrumento que consta de 90 ítems valorados en una escala tipo Likert de 0 a 4, de aplicación fácil y rápida. En este caso se utilizará como complemento a la entrevista personal para corroborar el estado psicopatológico de cada persona, puesto que cuenta con 10 dimensiones que lo valoran y que son: somatización (SOM), obsesión-compulsión (OBS), sensibilidad interpersonal (SI), depresión (DEP), ansiedad (ANS), hostilidad (HOS), ansiedad fóbica (FOB), ideación paranoide (PAR) y psicoticismo (PSIC). Además, también tiene tres índices globales de malestar que refleja características diferenciales entre las áreas evaluadas: índice global de severidad (IGS), índice global de malestar (PSDI) y total de síntomas positivos (TP). Con los resultados obtenidos

podemos valorar, por un lado, si la persona presenta indicios de alguna psicopatología y, por otro, si puntúa alto en alguna categoría que indique que no es apta para formar parte de un grupo de terapia, como sería el caso de la hostilidad o de la ideación paranoide.

- Entrevista personal: se trata de una entrevista de elaboración propia y adaptada a cada persona, donde se pretenden recabar datos generales de la persona, en sus distintas áreas, como posibles enfermedades o problemas de salud mental, situación laboral, relaciones sociales o creencias espirituales. Además, se recabará toda la información posible acerca del difunto, como su edad, circunstancias de la muerte, forma de la que le informaron del suceso, tipo de parentesco y de relación con la persona o posibles conflictos no resueltos, entre otros.

Es importante mencionar que estos instrumentos se utilizarán también en el apartado de evaluación de resultados del programa como medidas pre y postratamiento, aunque se especificará entonces ciertos matices que diferirán de la información que se tendrá en cuenta en relación con la evaluación en este punto.

Metodología:

El grupo estará formado por 10 participantes, 1 terapeuta y un coterapeuta con los requisitos mencionados en los apartados anteriores. Se crearán los grupos en función al número total de aspirantes quieran participar, y se agruparán de forma homogénea en base a la cercanía en la relación de parentesco con el fallecido y a la edad de los participantes, de forma que, aunque haya una variabilidad dentro de la misma, se pretende que entre los integrantes más jóvenes y los mayores no haya una diferencia mayor de unos 30 años, puesto que pueden participar personas desde los 18 y no hay límite de edad, y se considera más adecuado agruparlos de esta forma.

El programa consta de 15 sesiones impartidas semanalmente a lo largo de unos cuatro meses, con una duración media de 90 minutos. La estructura general que sigue cada sesión es la misma, donde se comienza preguntando por el estado general de cada participante en ese momento y a lo largo de la semana anterior, se hace un rápido resumen de lo trabajado en la sesión anterior y se revisan las tareas para casa. Luego se introduce la nueva temática de la sesión, con las técnicas y actividades elegidas, y se

finaliza enviando alguna tarea para casa, ya sea seguir con alguna ya trabajada u otra nueva, se entrega la hoja de valoración de la sesión que rellenan in situ y la entregan y se cierra preguntando con las sensaciones o reflexiones que se va cada uno.

Las actividades que se exponen están inspiradas en las técnicas utilizadas principalmente en las Terapias del duelo y en la Terapia Cognitivo Conductual, por ser las más utilizadas en esta problemática y por ser las que presentan mayor estudio y evidencia que las respalden, como se ha mencionado anteriormente. A estas se les unen actividades en formato de dinámicas de grupo, que resulten didácticas a la par de prácticas y, como uno de los objetivos principales es el de fomentar un espacio seguro donde poder establecer redes sociales de apoyo, esta es una buena forma de conseguirlo.

La estructuración de las sesiones se ha inspirado en las cuatro Tareas de Worden, mencionadas en el primer apartado, con la finalidad de tener una estructura de base que tenga una lógica en relación con el proceso de duelo, pero asumiendo que estas tareas no tienen que seguir un orden rígido, sino que la idea es dotar a las personas de información y herramientas que puedan aplicar cuando necesiten en cada momento de su propio proceso. Esto quiere decir, que no todas las personas van a tener que estar en el mismo momento, ni van a tener las mismas necesidades en cada sesión, pero todos los aprendizajes que vayan adquiriendo les van a poder ser útiles a lo largo del tiempo, y cuánto más se impliquen, mejor preparados podrán estar para afrontar las posibles dificultades que les puedan venir en su día a día. Además, todos estos aprendizajes pueden ser generalizables para su futuro, más allá del trabajo con su duelo complicado.

La organización de las sesiones del programa, se agruparán en cuatro bloques correspondientes a cada una de las cuatro tareas de Worden, junto con una sesión introductoria y otra de cierre. En cada bloque se trabajarán aspectos relacionados con cada una de las tareas de un modo accesible a todos los participantes y dinámico, fomentando siempre la participación de forma activa de éstos para que interioricen mejor los conocimientos y las habilidades que se pretenden transmitir.

Cronograma

En este apartado se representa la duración, en semanas, de la implementación total del programa, así como la duración de cada uno de los bloques que forman parte del mismo, como se ha mencionado en el apartado anterior.

Tabla 1

Componentes principales y sesiones por semanas

Bloques	N.º	Semanas														
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
Sesión de introducción	1	X														
Bloque I: Aprendiendo a decir adiós	2-4		X	X	X											
Bloque II: Trabajando con el dolor en sus distintas formas	5-8					X	X	X	X							
Bloque III: Adaptándose a una nueva realidad	9-12									X	X	X	X			
Bloque IV: Seguir viviendo no es olvidar	13-14													X	X	
Sesión de cierre	15															X

Actividades

A continuación, se presenta una tabla con las actividades incluidas en cada sesión, organizadas por bloques, y en el orden que se realizarán, tanto dentro de la sesión como

Tabla 2

Actividades realizadas en cada sesión

Sesión	Actividades
1	<ul style="list-style-type: none">• Presentación general del programa.• Hoja de expectativas.• Objetivos de la intervención.• Normas del grupo.• Presentación de los terapeutas y de los participantes.• “Duelo normal y Duelo complicado. ¿Por qué estáis aquí?”• Análisis DAFO.
Bloque I: Aprendiendo a decir adiós	
2	<ul style="list-style-type: none">• “¿Por qué nos cuesta aceptar las pérdidas?”• Relatos acerca de la pérdida. Escucha activa y validación emocional.• “La importancia de expresarnos sin miedo”• Diario: refugio seguro y testigo del cambio.• Importancia del diario a lo largo de todo el proceso.• Tarea para casa: Elegir y comenzar el diario, ponerle una portada y darle un nombre significativo. Traerlo el próximo día.
3	<ul style="list-style-type: none">• Presentación de los diarios. Posibles emociones y pensamientos surgidos al realizar las tareas y comenzar a escribir en ellos, y las dificultades encontradas.• “Beneficios de la escritura en la intervención del DC”• Debate de la utilidad de los diarios y otras técnicas de escritura.• Tarea para casa: “Escribiéndote una carta de despedida y otras cosas que no te dije” y traer algún objeto que represente al fallecido.
4	<ul style="list-style-type: none">• Técnica de la silla vacía.• ¿Qué ha supuesto para mí escribir esta carta?

-
- “Ritos de despedida”
 - Tarea para casa: buscar alguna forma simbólica de despedirse del fallecido, acorde a las posibilidades, valores y creencias de cada uno.

Bloque 2: Trabajando con el dolor en sus distintas formas

- 5
- “Reacciones normales tras la pérdida: emociones, pensamientos, conductas”
 - Reacciones tenidas tras recibir la noticia.
 - Importancia de la identificación, comprensión y validación de cada una, así como de las posibles reacciones problemáticas o “no normativas”.
“Validar es distinto a aceptar o justificar”
 - Explicación de la realización de un Análisis Funcional de la Conducta y de su importancia para trabajar distintos aspectos en el programa y para el trabajo en cada proceso de duelo particular.
 - Tarea para casa: registro en una hoja de situaciones que generen alguna emoción, pensamiento y conducta llamativas, agradables o desagradables.

- 6
- Revisión de la tarea: posibles dificultades al realizarla y dudas que hayan surgido.
 - Cómo se sienten en el momento presente. Hacer el registro de la situación, las emociones, pensamientos y conductas en la hoja de AF.
 - “Distintas personas pueden interpretar y reaccionar de forma muy diferente ante una misma situación”
 - Usar algún ejemplo de los participantes y que el resto busque posibles alternativas en las diferentes reacciones. “Ver la situación desde fuera proporciona una mayor objetividad”
 - Tarea para casa: continuar rellenando la hoja del AF con las dudas resueltas y el feedback del grupo
-

-
- “¿Por qué a veces parece que actúo en base a cómo me siento? La influencia de los pensamientos automáticos en nuestras emociones y conducta.”
 - Aprendiendo a localizar los pensamientos automáticos y negativos.
- 7
- “Los 4 Criterios de irracionalidad: cuándo considerar que un pensamiento poco adaptativo y nos mantiene en un bucle de malestar.”
 - Comprobando la racionalidad de mis pensamientos.
 - Tarea para casa: Continuar con los registro de AF, detectando los pensamientos automáticos y valorarlos en base a los criterios.

-
- Juego de roles: “¿Cómo me refutaríais mis pensamientos irracionales?”
 - “¿Cómo buscar alternativas racionales a los pensamientos desadaptativos?”
- 8
- Buscar otros pensamientos que cumplan con los criterios de racionalidad.
 - Tarea para casa: cuando se detecte algún pensamiento automático intentar pararse a pensar otros alternativos.

Bloque III: Adaptándose a una nueva realidad

- “Adaptaciones externas tras la pérdida: los roles que desempeñaba nuestro ser querido”
 - Planteando nuevas metas y roles a desempeñar: pequeños cambios que generan grandes resultados.
- 9
- “Desarrollo de nuevas habilidades: aprendiendo a afrontar de forma efectiva la nueva vida. “
 - Creamos un nuevo significado a nuestra vida.
 - Tareas para casa: Comenzar a realizar acciones que les lleven a sus objetivos.
-
- 10
- “Adaptaciones internas tras la pérdida: en busca de una nueva identidad”
 - Cómo nos gustaría definirnos tras nuestro proceso de duelo.
-

-
- “Aprendiendo a estar solos para nuestro autoconocimiento”
 - Fomentando el autocuidado: listado de actividades placenteras.
 - Tareas para casa: comenzar a realizar algunas de las actividades de la lista.

-
- | | |
|-----------|--|
| 11 | <ul style="list-style-type: none">• “Adaptaciones espirituales: cambios en nuestra visión del mundo”• Dudas o aspectos existenciales que han surgido.• Cambios en la visión de los otros y de la sociedad vividos tras la pérdida. |
|-----------|--|

-
- | | |
|-----------|---|
| 12 | <ul style="list-style-type: none">• ¿Cómo soléis solucionar vuestros problemas?• “Método REIAS”• Juego de roles: planteamiento de situación problemática.• Tarea para casa: describir alguna situación donde se ponga en práctica. |
|-----------|---|

Bloque IV: Seguir viviendo no es olvidar

-
- | | |
|-----------|---|
| 13 | <ul style="list-style-type: none">• “Buscar un nuevo lugar para nuestro ser querido en nuestros recuerdos”• Contar alguna anécdota que despierte emociones agradables.• Tarea para casa: crear un álbum de recuerdos (Libro, video, collage). |
|-----------|---|

-
- | | |
|-----------|--|
| 14 | <ul style="list-style-type: none">• “Los objetos de vinculación”• Buscando formas de recordar al fallecido que nos permitan seguir viviendo.• Tarea: buscar algún objeto de vinculación. |
|-----------|--|

-
- | | |
|-----------|---|
| 15 | <ul style="list-style-type: none">• Técnica de respiración profunda• “¿Qué me llevo de este programa”• Conclusiones de los Terapeutas.• Análisis DAFO actual y comparación con el primero.• Hoja de evaluación final• Agradecimientos. |
|-----------|---|
-

A continuación, se describirán brevemente las actividades y técnicas utilizadas en cada bloque.

- Sesión de Introducción: Se llevará a cabo una presentación del programa y de las sesiones, se entregará la hoja de expectativas del programa y luego se comenzarán a indicar los objetivos que se pretenden alcanzar y de las normas del grupo. También se han las presentaciones de los Terapeutas y de los participantes. Se hará una breve introducción del proceso de duelo y por qué se complica y se finalizará con la realización individual del análisis DAFO, que se entregará al final de la sesión.
- Bloque I: Aprendiendo a decir adiós (Tarea I de Worden): corresponde con las sesiones 2-4. Se trabaja principalmente con la escritura en formato de cartas de despedida y de un diario, que se fomentará el uso a lo largo de todo el programa y, a ser posible, después. También se tratarán el tema de la despedida de la persona fallecida en sus distintas formas y posibilidades como de la importancia que esto tiene en el proceso de duelo. Para poner a prueba la fuerza de la escritura y la necesidad de algunas personas de despedirse, quizá porque no pudieron o quizá porque les faltó algo que decir, se utiliza la Técnica de la silla vacía, donde las personas que quieran participar ponen una silla en medio con una foto o algún objeto que represente al fallecido, se sienta frente a ella y le leen la carta como si la persona estuviera allí, preguntando acerca de su experiencia con la actividad. En este bloque se da mucha importancia a la expresión de las reacciones de cada persona, en su normalización, comprensión y validación dentro del grupo, como un entorno seguro donde poder hacerlo, donde cada uno es escuchado, pero a la vez escucha a los demás, estando en una relación de reciprocidad.
- Bloque II: Trabajando con el dolor en sus distintas formas (Tarea II de Worden): corresponde con las sesiones 5-8. Aquí se utilizan principalmente la psicoeducación y la reestructuración cognitiva, las cuales se van intercalando. La primera se va dando en formato breve tratando aspectos relevantes que van unidas a actividades prácticas donde poner a prueba lo aprendido. La reestructuración cognitiva se va haciendo de forma progresiva a lo largo de las sesiones, comenzando por el uso del análisis funcional de la conducta, siguiendo

por la identificación de los pensamientos automáticos hasta llegar a la búsqueda de alternativas racionales. Las pequeñas pinceladas de teoría se van intercalando con la aplicación de la reestructuración cognitiva y con el uso de los registros (AF) mandados para casa se va trabajando en las sesiones de forma colectiva, así como entre las sesiones de forma individual, para ir avanzando y comprendiendo la forma adecuada de llevarla a cabo y de poder seguir aplicándola en su día a día, siempre que sea necesario y posible. En las actividades se intentará siempre fomentar la participación, buscando que los integrantes den respuestas para comprobar que han comprendido adecuadamente lo expuesto, así como dar espacio a posibles dudas.

- Bloque III: Adaptándose a una nueva realidad (Tarea III de Worden):
corresponde con las sesiones 9-12. Se estructura en base a los tres tipos de adaptaciones que menciona Worden (2022).
 - Las adaptaciones externas van encaminadas a conocer los roles que desempeñaba el fallecido en la vida de cada uno, aprendiendo a identificar en base a ellos las nuevas metas que se han de proponer para poder solventar esas pérdidas derivadas, tema con el que se comienza la sesión a modo de psicoeducación. Mediante la Activación Conductual (AC) se llevará a cabo una actividad realizando un listado de nuevos roles a desempeñar y metas que cumplir, por orden creciente, comenzando por tareas sencillas del día a día. Es importante que aprendan a reforzar los pequeños logros y que aprendan a plantearse objetivos en base a sus necesidades y capacidades en cada momento. También se les habla acerca de las posibles habilidades que puedan necesitar aprender y de formas de conseguirlas, como puede ser aprender a cocinar o a manejar documentación de las propiedades, pudiendo visualizar vídeos sencillos de cocina o acudir a cursos gratuitos de gestión de documentos importantes. Finalmente, se busca reflexionar acerca del significado de la pérdida que, a pesar de suponer una situación complicada de mucho malestar, nos puede poner a prueba y descubrir nuevas capacidades acerca de uno mismo y encontrando un nuevo significado a la vida. La tarea para casa consiste en comenzar a llevar a

cabo conductas que los lleven a alguno de los objetivos planteados, comenzando por los más sencillos.

- Las adaptaciones internas llevan a buscar una nueva identidad de la persona, como un ente independiente en el mundo que mantiene relaciones con otros, pero sin dejar de serlo, y se comienza, como en el caso anterior con una pequeña introducción teórica sobre este aspecto. A continuación, se les pregunta “¿Cómo les gustaría definirse tras su proceso de duelo?” para hacerles reflexionar acerca de cómo les gustaría verse a ellos mismos en el futuro, tras todo este proceso de aprendizaje. Un modo de hacer ver esto es enseñando la importancia de aprender a estar solos, lo cual difiere de la soledad y el desamparo, y hay que interpretarlo como una oportunidad para el autoconocimiento, para aprender a quererse y aceptarse a uno mismo, para respetarse y mejorar la autoestima. Se les plantea llevar a cabo actividades en solitario que fomenten el autocuidado y para ello realizarán una lista de cosas que les gustaría hacer para ir poniéndolas en práctica poco a poco, las cuales pueden ser tan sencillas como dar un paseo por la orilla del mar, dar un paseo por un lugar tranquilo en la naturaleza o ponerse una mascarilla facial mientras se escucha una música agradable. Todas las actividades se plantearán en base a las posibilidades de cada persona, y se busca que entre ellos se den posibles ideas que sean factibles para los demás. Como tareas para casa se plantea el comenzar a realizar alguna actividad de autocuidado a lo largo de la semana.
- Las adaptaciones espirituales están relacionadas con la visión que tiene la persona del mundo, con sus valores y creencias, las cuales, tras una pérdida importante e inesperada se pueden ver sacudidas y pueden surgir dudas o nuevas necesidades de replantearse esas estructuras. Es decir, el dolor de la pérdida puede funcionar como un punto de inflexión que hace descubrir a las personas nuevas formas de ver la existencia, tanto la suya como la de su entorno. Esto puede estar influido tanto por el desempeño de nuevos roles como por el desarrollo del autoconocimiento, que les puede hacer descubrir nuevas formas de interpretar el mundo. En este

punto se tratan los posibles cambios en relación con los demás, donde han podido verse aislados de su círculo social y sentir algún tipo de rechazo al ver cómo se estigmatizaba la muerte de su ser querido y no encontraban a quien acudir para poder hablar de ella y de su dolor. Esto ha podido cambiar su forma de ver a la sociedad en aspectos relacionados con este tipo, quizá como poco empática o crítica cuando se trata de temas considerados tabú. Se plantean estas cuestiones para abrir un debate al respecto, que cada uno cuente su experiencia vivida.

Para finalizar el bloque, se cierra con aspectos relacionados con la resolución de problemas y conflictos, buscando que cada uno indique la forma habitual que tiene de enfrentarlos. Luego se les propone el Método REIAS para la resolución de problemas según el cual lo primero a hacer es **R**econocer el problema, luego intentar atender a nuestras **E**mociones para que no nos dominen, y continuar recogiendo la **I**nformación necesaria del problema y pensar en posibles **A**lternativas para solucionarlo, finalizando con la elección de la mejor **S**olución. Para poner a prueba esto se llevará a cabo un juego de roles, donde los terapeutas plantearán algún conflicto y actuarán en base al mismo, y los participantes tendrán que utilizar la técnica para llegar a la mejor solución. También se les plantea como tarea para casa que describan alguna situación conflictiva que les pueda surgir a lo largo de la semana donde poder ponerla en práctica.

- Bloque IV: Seguir viviendo no es olvidar (Tarea IV de Worden): corresponde con las sesiones 13 y 14. Se comienza explicando que finalizar el proceso de duelo para poder seguir teniendo una vida que merezca la pena ser vivida, no supone olvidarse del fallecido, sino buscarle un rincón en nuestra mente al que poder acudir cuando queramos o lo necesitemos, pero sin que nos implique un elevado sufrimiento diario. Se pide que cuenten alguna anécdota agradable que tengan con la persona, lo cual no quiere decir que solo haya que recordar lo bueno, sino que en esta ocasión se pretende despertar emociones agradables. Como tarea para casa se les invita a crear un álbum de recuerdos, en el formato que prefiera, ya sea un libro con fotos, frases y recortes, un pequeño cuadro en formato collage que puedan exponer en su casa o un vídeo con música, algo que

si quieren enseñar al día siguiente será bienvenido. En la siguiente sesión se habla acerca de los objetos de vinculación y de la importancia que pueden tener para ellos, que puede ser cualquier cosa que pertenezca o no al fallecido y le recuerde a él, pudiendo llevarlo consigo si le transmite emociones positivas o guardarlo en algún lugar al que poder acudir cuando quiera.

- Sesión de Cierre: corresponde con la sesión 15. Se comienza con una actividad de respiración profunda, a la que pueden acudir cuando tengan alguna sensación de malestar. Luego se pregunta acerca de las sensaciones con las que se va cada uno tras el programa y si ha cumplido con las expectativas iniciales. Los terapeutas aportan sus propias conclusiones. Se hace entrega del análisis DAFO para que lo cumplimenten allí y luego se les enseña el primero que realizaron para que ellos mismos vean los cambios entre ellos en base a sus aprendizajes y progresos. Se les da la hoja final de evaluación y se cierra la sesión con una rueda de agradecimientos.

Evaluación

Evaluación del proceso

Para evaluar si el proceso de intervención resulta adecuado, se utilizarán tres tipos de medidas, por una parte, una medida pretratamiento que busca conocer las expectativas con las que cada persona llega al grupo y, por otro, dos medidas postratamiento, aquellas derivadas de cada una de las sesiones, más breves, pero más cercanas al realizarse in situ justo después de cada una y una evaluación final y global del programa en la última sesión.

- Hoja de expectativas del programa: se trata de unas breves cuestiones respecto a aquellas cosas que esperan conseguir al acudir a las sesiones, como habilidades que les gustaría adquirir, cambios en las distintas áreas de su vida en las que tiene mayores problemas o que detalle qué es lo que busca principalmente al acudir. Se entregaría al inicio de la primera sesión, antes de comenzar con la explicación inicial del contenido, para evitar sesgar los datos.
- Hoja de Evaluación de la sesión: se incluirán unas afirmaciones a valorar en una escala tipo Likert de 1 a 5, las cuales incluirán aspectos como: claridad de lo explicado por parte del terapeuta y comprensión adecuada por parte del

participante o la utilidad de los conocimientos y herramientas expuestos. También se incluirá un apartado de sugerencias y posibles cambios que se podrían realizar. Como se ha comentado, esta hoja se entregará al finalizar cada sesión y se realizará y entregará en el momento.

- Hoja de evaluación final: se trata de una hoja donde se evaluará el programa de forma global, con un apartado de afirmaciones valoradas en una escala tipo Likert de 1 a 5 con aspectos como: la intervención ha ayudado a mejorar el estado de duelo, las actividades realizadas han sido adecuadas para entender y trabajar los distintos aspectos del proceso de duelo, el tamaño del grupo ha sido adecuado, si el entorno era cálido y seguro, la duración de las sesiones ha sido adecuada, el número de sesiones totales son consideradas suficientes, los profesionales a cargo transmitían una adecuada formación y experiencia para llevar a cabo las sesiones o el nivel de satisfacción global de la intervención. También se incluyen preguntas abiertas respecto a los aspectos que más y menos han gustado, posibles mejoras que incluirían y, finalmente, si ha notado mejoría en su proceso de duelo a lo largo de las sesiones.

Evaluación de los resultados

Se llevará a cabo una evaluación pretratamiento y una postratamiento para comprobar las mejorías tanto en los síntomas como en las áreas en las que cada persona presenta una mayor problemática. Para ello se utilizarán los mismos instrumentos mencionados en el apartado dedicado a los criterios de inclusión y exclusión, puesto que son mismamente útiles para valorar estos aspectos, pero de algunos de los cuales se tendrán en cuenta distintos aspectos y, además, se incluye otro instrumento extra. A continuación, se detallará cada uno de ellos:

- Inventario de Duelo Complicado (IDC) (Limonero, 2009) para valorar si la puntuación total disminuye, observando aspectos como aquellos ítems en los que ha habido un mayor descenso o si hay alguno que ha llegado a aumentar para buscar posibles explicaciones.
- Inventario de Síntomas Revisado (SCL-90-R) (González de Rivera et al., 2002) en este aspecto se tendrán en cuenta las escalas que no se han descartado como criterios de exclusión, como el caso de síntomas de depresión, ansiedad o de

sensibilidad interpersonal. Se valorarán los cambios que han podido sufrir en cada una para ver las posibles mejorías o, en caso contrario, comprobar a qué se puede deber un empeoramiento.

- Entrevista personal donde, además de recabar la información mencionada en el apartado indicado anteriormente, también se pretende preguntar sobre su experiencia y su percepción acerca de los cambios que ha podido experimentar a lo largo del programa, positivos o negativos, para que pueda expresar también de forma individual y más profunda su vivencia del proceso de duelo. Además, servirá para contrastar la información con los datos obtenidos de los otros instrumentos y tener una visión más global de cada persona y de cómo ha sido para ella la participación en este grupo.
- Análisis DAFO: se trata de un instrumento muy sencillo que da información subjetiva de la persona de un modo muy esquemático mediante una tabla de 2x2 en la que se hace un análisis interno (primera columna) y externo (segunda columna) de la propia persona, donde en la primera fila se incluyen las **D**ebilidades que son las limitaciones personales y las **A**menazas que son las barreras ambientales, y debajo las **F**ortalezas que se refiere a las habilidades de la persona y las **O**portunidades como los elementos facilitadores del entorno, formando con sus iniciales las siglas de la propia técnica. Es el único instrumento que se utilizará para la evaluación de los resultados que será llevado a cabo en forma de actividad en la primera y en la última sesión del programa. La información extraída se pretende usar además como un potente feedback para que la persona vea su visión sobre la valoración de los aspectos positivos y negativos acerca de ella y de su entorno, que como se esperan, mayormente, que aumenten los primeros sobre los segundos, puede funcionar como un buen reforzador de su propio esfuerzo y progreso y que tome conciencia sobre ellos.

Conclusiones

El presente trabajo pretende poner en relieve la importancia del tratamiento del duelo complicado, sobre todo en aquellas poblaciones más vulnerables a presentar más dificultades en su proceso y de desarrollar problemas derivados, impidiendo que tengan un nivel de calidad de vida óptimo, como ocurre con las personas que han perdido a alguien cercano de forma inesperada a causa del consumo de sustancias psicoactivas.

Debido al posible estigma derivado de la causa de la muerte, estas personas pueden sufrir una mayor falta de apoyo social de su entorno, llegando a situaciones de mayor aislamiento e impidiendo que se produzcan las reacciones normales en un entorno adecuado y validante. Esta situación les puede generar la necesidad de buscar ayuda profesional que les ayude a aliviar su dolor y, puesto que para muchas personas la terapia individual psicológica resulta inaccesible, se ha planteado la posibilidad de llevar a cabo intervenciones en formato grupal y así solventar dos cuestiones: por un lado, atender a un mayor número de personas de forma conjunta, disminuyendo así costes personales, de tiempo y de espacio y, por otro, crear un entorno seguro donde brindar el apoyo social del que pueden carecer estas personas y disminuyendo sus sentimientos de soledad e incompreensión.

La propuesta de la presente intervención se considera necesaria para motivar a los profesionales de la psicología a poner en marcha más programas de carácter grupal en personas con DC, debida a la escasa investigación rigurosa que respalde su eficacia de forma adecuada, a pesar de haber demostrado ser beneficiosa, sobre todo en las poblaciones menos estudiadas y con un mayor tendencia al estigma, como la elegida en el presente trabajo, la cual podría salir muy beneficiada. Llevar a cabo más intervenciones grupales en muestras más grandes y con el uso de grupos control, con sesiones de evaluación postratamiento sería lo indicado para poder generalizar los resultados y que los beneficios sean contrastados a largo plazo.

A la hora de recabar información, también se destaca la importancia de, a pesar de no ser el objetivo central del programa, de concienciar a la sociedad respecto al impacto actual de las distintas sustancias psicoactivas (legales e ilegales) que tiene sobre la sociedad, convirtiéndose en un problema de salud pública, puesto que tienen un fácil acceso, una baja conciencia del riesgo y una gran cantidad de efectos nocivos sobre la propia persona y su entorno, pudiendo desencadenar en una muerte traumática.

Las limitaciones relacionadas con la presente propuesta se basan principalmente en la falta de investigación comentada, puesto que no se tiene una base de lo que puede funcionar realmente dentro de un grupo de intervención en DC, en concreto en una problemática como la que se ha planteado. También la falta de experiencia personal teórica y, sobre todo, práctica en esta temática, que hace que plantear un programa

adecuado para una población de riesgo sea más complicado, pero esto es otro argumento a favor de la necesidad de realizar más estudios al respecto. Como en toda intervención grupal pueden existir conflictos que, a pesar de haber evaluado previamente a los sujetos para comprobar que fueran aptos para formar parte de un grupo, siempre pueden aparecer rasgos que dificulten su integración y que provoquen desajustes en las dinámicas grupales, pudiendo haber abandono de algún miembro o expulsión si fuera necesario.

Para finalizar, de cara a futuras líneas de investigación, se propone:

- Llevar a cabo estudios rigurosos acerca de la intervención grupal en DC a causa de pérdidas por intoxicaciones agudas a sustancias.
- Concienciar a la sociedad sobre la importancia de validar los distintos tipos de duelo, dejando a un lado los estigmas de aquellas muertes de las que “no se quiere hablar” y proporcionando un mayor apoyo social de las personas que están pasando por un DC de esta clase.
- Utilizar estos programas para transmitir de forma indirecta a la población, a través de los dolientes, la magnitud de la problemática que tiene el consumo de sustancias psicoactivas y la gravedad de sus consecuencias.

Referencias

- Asociación Americana de Psiquiatría (APA). (2022). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (5ª ed. Texto revisado). APA.
- Derogatis, L. (1994). *SCL-90-R. Symptom Checklist-90-R. Administration, Scoring and Procedures Manual*. National Computer System.
- Doka, K.J. (1989). *Disenfranchised grief: recognizing hidden sorrow*. Lexington Books.
- Espinosa Gil, R. M., Campillo Cascales, M. J., Garriga Puerto, A., & 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.
- González de Rivera, J. L., De las Cuevas, C., Rodríguez Abuín, M. y Rodríguez Pulido, F. (2002). *SCL-90-R. Cuestionario de 90 síntomas Revisado (Adaptación española)*, TEA.
- Heeke, C., Kampisiou, C., Niemeyer, H., & Knaevelsrud, C. (2017). A systematic review and meta-analysis of correlates of prolonged grief disorder in adults exposed to violent loss. *European Journal of Psychotraumatology*, 8(6).
<https://doi.org/10.1080/20008198.2019.1583524>
- Ihrmark, C., Hansen, E. M., Eklund, J., & Stödberg, R. (2011). "You are weeping for that which has been your delight": to experience and recover from grief. *Omega*, 64(3), 223–239. <https://doi.org/10.2190/om.64.3.c>
- Lacasta M.A. & Cruzado J.A. (2023). Effectiveness of a cognitive-behavioral group therapy for complicated grief in relatives of patients with cancer: A randomized clinical trial. *Palliative and Supportive Care*, 1-7.
<https://doi.org/10.1017/S147895152300010X>
- Limonero, J.T, Lacasta, M.A., García, J.A., Maté, J. & Prigerson, H.G. (2009) Adaptación al castellano del inventario de duelo complicado (IDC). *Medicina Paliativa*, 16, 291-7.
http://www.secpal.com/medicina_paliativa/index.php?acc=verart&idart=521

- Lundorff, M., Holmgren, H., Zachariae, R., Farver-Vestergaard, I., & O'Connor, M. (2017). Prevalence of prolonged grief disorder in adult bereavement: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 212, 138-149.
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.01.030>
- Maciejewski, P. K., Maercker, A., Boelen, P. A., & Prigerson, H. G. (2016). “Prolonged grief disorder” and “persistent complex bereavement disorder”, but not “complicated grief”, are one and the same diagnostic entity: An analysis of data from the Yale Bereavement Study. *World Psychiatry*, 15, 266–275.
<https://doi.org/10.1002/wps.20348>
- Masferrer, L., Garre-Olmo, J., & Caparrós, B. (2017). Is complicated grief a risk factor for substance use? A comparison of substance-users and normative grievers. *Addiction Research y Theory*, 25(5), 361-367.
<https://doi.org/10.1080/16066359.2017.1285912>
- Neimeyer R. A. (2000). Searching for the meaning of meaning: Grief therapy and the process of reconstruction. *Death Studies*, 24(6), 541–558.
<https://doi.org/10.1080/07481180050121480>
- Neimeyer, R. A. (2001). *Meaning reconstruction and experience of loss*. American Psychological Association.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2018). *Clasificación Internacional de Enfermedades* (11ª revisión). World Health Organization.
<https://icd.who.int/browse11/1-m/es#/http://id.who.int/icd/entity/2009949293>
- Organización Mundial de la Salud (2022). *World Health Organization. Drugs (psychoactive)*. <https://www.who.int/health-topics/drugs>
- Payás, A (2016). *Las tareas del duelo. Psicoterapia desde un modelo integrativo-relacional* (6ª ed.). Paidós
- Parro-Jimenez, E., Morán, N., Gesteira, C., Sanz, J. & García-Vera, M.P. (2021). Duelo complicado: una revisión sistemática de la prevalencia, diagnóstico, factores de riesgo y de protección en población adulta de España. *Anales de Psicología*, 37, 189-201.

- Prigerson, H. G., Maciejewski, P. K., Reynolds III, C. F., Bierhals, A. J., New-som, J. T., Fasiczka, A. & Miller, M. (1995). Inventory of Complicated Grief: a scale to measure maladaptive symptoms of loss. *Psychiatry research*, 59(1-2), 65-79.
[https://doi.org/10.1016/0165-1781\(95\)02757-2](https://doi.org/10.1016/0165-1781(95)02757-2)
- Romero, V., & Cruzado, J. A. (2016). Duelo, ansiedad y depresión en familiares de pacientes en una unidad de cuidados paliativos a los dos meses de la pérdida. *Psicooncología: investigación y clínica biopsicosocial en oncología*, 13(1), 23-37.
https://doi.org/10.5209/rev_PSIC.2016.v13.n1.52485
- Rosner, R., Pfoh, G., Kotoucová, M. & Hagl, M. (2014). Efficacy of an outpatient treatment for prolonged grief disorder: A randomized controlled clinical trial. *Journal of Affective Disorders*, 167, 56-63.
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2014.05.035>
- Rosner, R., Bartl, H., Pfoh, G., Kotoucová, M. & Hagl, M. (2015). Efficacy of an integrative CBT for prolonged grief disorder: A long-term follow-up. *Journal of Affective Disorders*. 183, 106-12. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.04.051>
- Schut, H. & Stroebe, M.S. (2005) Interventions to enhance adaptation to bereavement: A review off efficacy studies. *Journal of Palliative Medicine*. 8,140-147.
<https://doi.org/10.1089/jpm.2005.8.s-140>
- Shah, S. M., Carey, I. M., Harris, T., DeWilde, S., Victor, C. R., & Cook. D. G. (2013) Initiation of Psychotropic Medication after Partner Bereavement: A Matched Cohort Study. *PLoS ONE* 8(11), Article e77734.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0077734>
- Shear, K. (2003). *Complicated grief: A guidebook for therapists (Liberty Version)*. New York State Office of Mental Health.
- Shear, M. K., Boelen, P. A., & Neimeyer, R. A. (2011). Treating complicated grief: Converging approaches. In R. A. Neimeyer, D. L. Harris, H. R. Winokuer, & G. F. Thornton (Eds.), *Grief and bereavement in contemporary society: Bridging research and practice* (pp. 139–162). Routledge.

- Stanton, A. & Revenson, T. (2007). Adjustment to chronic disease: progress and promise in research. En S. Howard y C. S. Roxane (Eds.): *Foundations of Health Psychology* (pp. 214-244). Oxford University Press.
- Supiano, K.P. & Luptak, M. (2014). Complicated grief in older adults: A randomized controlled trial of complicated grief group therapy. *The Gerontologist*, *54*, 840-856. <https://doi.org/10.1093/geront/gnt076>
- Supiano, K. P., Larsen, P., Riley, C., Hutton, A., Iacob, E., Walker, A. M., & Morrison, S. J. (2021). Complicated grief group therapy for community-residing persons diagnosed with serious mental illness. *Social Work in Mental Health*, *19*(5), 381–402. <https://doi-org.uniovi.idm.oclc.org/10.1080/15332985.2021.1940419>
- Tedeschi, R. & Calhoun, L. (2004). Posttraumatic growth: Conceptual foundations and empirical evidence. *Psychological Inquiry*, *15*, 1-18.
- Tedeschi, R. & Calhoun, L. (2006). *Hanbook of posttraumatic Growth*. Lawrence Erlbaum Associates.
- Trillo, L., Prados, L., Llergo, A., Fernández, M. J., Martín, J. M., & Jiménez, A. I. (2022). Programa piloto de tratamiento psicológico grupal en duelo complicado. *Psicooncología*, *19*(1), 153–170. <https://doi.org/10.5209/psic.80804>
- Villacieros, M., Serrano, I., Bermejo, J. C., Magaña, M., & Carabias, R. (2014). Social support and psychological well-being as possible predictors of complicated grief in a cross-section of people in mourning. *Anales de Psicología*, *30*(3), 944-951. <https://doi.org/10.6018/analesps.30.3.154691>
- Wagner, B., Grafiadeli, R., Schäfer, T. & Hofmann, L. (2022). Efficacy of an online-group intervention after suicide bereavement: *A randomized controlled trial*. *Internet Interventions*, *28*, art.100542
- Worden, J.W. (2022). *El tratamiento del duelo. Asesoramiento psicológico y terapia* (5ª ed.). PAIDÓS.