

**DUELO: REPERCUSIONES BIOPSIOSOCIALES Y ACADEMICAS
EN ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA, UNIVERSIDAD DEL CAUCA, POPAYÁN
2016 - 2017**

MARÍA SILVANA CÁRDENAS

EDWARD ANDREY OSSA

LEIDY PAOLA REALPE

**UNIVERSIDAD DEL CAUCA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA DE ENFERMERÍA
POPAYAN
MAYO 2018**

TABLA DE CONTENIDO

1. INTRODUCCIÓN
2. OBJETIVOS
 - 2.1. General
 - 2.2. Específicos
3. PLANTEAMIENTO PROBLEMA
 - 3.1. Definición del problema
 - 3.2. Justificación
4. MARCO CONCEPTUAL
 - 4.1. Duelo
 - 4.2. Duelo Complicado o Trastorno por Duelo Complicado
 - 4.3. Depresión asociada al Duelo
 - 4.4. Instrumentos para la Valoración del Duelo
 - 4.5. Elementos Favorecedores del Duelo
 - 4.6. Elementos no Favorecedores del Duelo
 - 4.7. Recomendaciones para la Evolución del Duelo
 - 4.8. Desmedicalizar el Duelo
 - 4.9. Repercusiones del duelo en el Bienestar y rendimiento Académico de Estudiantes Universitarios
5. UNIVERSIDAD DEL CAUCA PROGRAMA DE ENFERMERÍA
 - 5.1. Objetivo General del Programa
 - 5.2. Misión
 - 5.3. Visión
 - 5.4. División de Salud Integral
6. Metodología
 - 6.1. Tipo de estudio
 - 6.2. Grupo de estudio y Muestra
 - 6.3. Criterios de Inclusión y Exclusión
 - 6.4. Operacionalización de Variables
 - 6.5. Instrumentos para la Valoración de Tipos de Duelo
 - 6.6. Proceso de Validación
 - 6.7. Análisis Estadístico de la Información
 - 6.8. Control de sesgo
7. Consideraciones Éticas
8. Resultados

9. Discusión

Conclusiones

Recomendaciones

Bibliografía

Listado de anexos

LISTADO DE TABLAS

- Tabla 1. Distribución porcentual de las características sociodemográficas de los estudiantes en proceso de duelo, programa de Enfermería, Popayán 2017.....49
- Tabla 2. Representación porcentual de los elementos favorecedores o no, relacionados con la persona fallecida, estudiantes programa de enfermería, Popayán 2017.....53
- Tabla 3. Representación porcentual de los aspectos relacionados con la salud de los estudiantes en el desarrollo del duelo, estudiantes programa de Enfermería, Popayán 2017.....55
- Tabla 4. Representación porcentual según elementos favorecedores o no del desarrollo del duelo relacionados con redes de apoyo, terapia y repercusiones, estudiantes Programa de Enfermería, 2017.....57

LISTADO DE GRÁFICAS

Gráfica 1. Distribución porcentual según sexo biológico, estudiantes programa de Enfermería, Popayán 2017.....	47
Gráfica 2. Distribución porcentual según el Municipio de procedencia, estudiantes programa de Enfermería, Popayán 2017.....	48
Gráfica 3. Distribución porcentual según el lugar de residencia de la familia, estudiantes programa de Enfermería, Popayán 2017.....	48
Gráfica 4. Distribución porcentual según consideración de la religión como facilitadora del duelo, estudiantes programa de Enfermería, Popayán 2017.....	48
Gráfica 5. Representación porcentual según tipos de duelo, estudiantes programa de Enfermería, Popayán 2017.....	50
Gráfica 6. Representación porcentual de los sentimientos más frecuentes en el pasado según ITRD, estudiantes programa de Enfermería, Popayán 2017.....	50
Gráfica 7. Distribución porcentual según parentesco con la persona fallecida, estudiantes programa de Enfermería, Popayán 2017.....	51
Gráfica 8. Distribución porcentual de los estudiantes según consideran haber tenido una relación intensa o de dependencia con su ser querido fallecido, programa de Enfermería Popayán 2017.....	51
Gráfica 9. Distribución porcentual según circunstancias del fallecimiento del ser querido, estudiantes programa de Enfermería, Popayán 2017.	52
Gráfica 10. Distribución porcentual según presencia de síntomas de enfermedad física, estudiantes programa de Enfermería, Popayán 2017.....	54
Gráfica 11. Distribución porcentual según alteraciones presentadas en el desarrollo del duelo, estudiantes programa de Enfermería, Popayán 2017.....	54
Gráfica 12. Distribución porcentual según utilización de los servicios de la DSI en el desarrollo del duelo, estudiantes programa de Enfermería Popayán 2017.....	56
Gráfica 13. Distribución porcentual según tipo de repercusiones académicas, estudiantes programa de Enfermería, Popayán 2017.....	56
Gráfica 14. Representación porcentual de los estudiantes en riesgo de desarrollar duelo complicado, programa de Enfermería, 2017.....	57

DUELO: REPERCUSIONES BIOPSIOSOCIALES Y ACADEMICAS EN ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA, UNIVERSIDAD DEL CAUCA, POPAYÁN 2016 - 2017

1. INTRODUCCIÓN

Dado el carácter social del ser humano, la pérdida es uno de los hechos más dolorosos que debe afrontar un individuo durante su vida, afectando no solamente su salud física y mental, sino también su realidad contextual. El duelo, se define como el proceso emocional mediante el cual el individuo afronta y se adapta al acontecimiento doloroso de la pérdida.

La duración normal del duelo, puede estar entre 1 y 2 años¹, sin embargo, existen grandes diferencias en su evolución y tipos en función de las características individuales, familiares y sociales de la persona, cómo y dónde sucedió la pérdida, y otros factores relacionados que pueden condicionar su desarrollo, pudiendo llegar a convertirlo en duelo complicado, y alargándolo incluso durante décadas. Este tipo de duelo se asocia con problemas de salud como depresión, ansiedad generalizada, abuso de alcohol o psicofármacos, aumento de la mortalidad por suicidio y eventos cardiovasculares, y a una mayor demanda de apoyo sanitario.

De ésta manera, puede llegar a afectar en gran proporción la vida de quienes lo viven a nivel físico y emocional, y en su contexto familiar y social, constituyendo no solo las diversas reacciones, sino también el abordaje de las tareas del duelo y el apoyo social que se recibe en elementos fundamentales al momento de desarrollar un duelo saludable.

En la actualidad, la Universidad del Cauca cuenta con 359 estudiantes con matrícula vigente en el programa de Enfermería, el cual ha sido ofertado desde el año 1970. Adicionalmente, la Universidad dispone de la División de Salud Integral, en donde se ofrecen diferentes servicios dirigidos a promover la salud de los estudiantes. Sin embargo, hasta el día de hoy, no existe un programa específico de identificación y acompañamiento en el duelo a los estudiantes que lo requieran, que garantice la evolución de duelos normales para contribuir en su salud física y mental, y que además permita minimizar las repercusiones de éste proceso en la vida personal y universitaria de los estudiantes.

La finalidad de esta investigación es aportar conocimiento sobre el duelo de los estudiantes del programa de Enfermería de la Universidad del Cauca; identificar las etapas y tipos de duelo, identificar los elementos favorecedores o no de la resolución del duelo, y plantear unas recomendaciones institucionales que contribuyan a favorecer la resolución del duelo, a mejorar la salud y el rendimiento académico, a través de la creación de un programa para tal fin.

1. WORDEN, J. Grief counselling and grief therapy. New York, Routledge, 1991.

2. OBJETIVOS

2.1. OBJETIVO GENERAL

Describir el proceso del duelo que afrontan los Estudiantes del Programa de Enfermería y las repercusiones en su bienestar y rendimiento académico.

2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar a los estudiantes que se encuentran en duelo.
- Identificar tipos de duelo que se presentan.
- Identificar el riesgo de que se presente duelo complicado.
- Reconocer los elementos favorecedores o no, en el desarrollo del duelo.

3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

3.1. DEFINICIÓN DEL PROBLEMA

Dado el carácter social del ser humano, la pérdida es uno de los hechos más dolorosos que debe afrontar un individuo durante su vida, afectando no solamente su salud física y mental, sino también su realidad contextual. El duelo, se refiere al proceso emocional mediante el cual el individuo afronta y se adapta al acontecimiento doloroso de la pérdida.

La duración normal del duelo, puede estar entre 1 y 2 años², sin embargo, existen grandes diferencias en su evolución y tipo de duelo en función de las características individuales, familiares y sociales de la persona, cómo y dónde sucedió la pérdida, y otros factores que pueden condicionar el desarrollo de un duelo complicado, pudiendo alargarlo durante varios años e incluso décadas.

La Universidad del Cauca ofrece el programa de Enfermería desde el año 1970. En la actualidad se encuentran 359 estudiantes con matrícula vigente en el programa. Adicionalmente, la Universidad dispone de un programa de Salud Integral, en donde se ofrecen diferentes servicios a los estudiantes. En el momento actual no existe un programa específico de identificación y acompañamiento en el duelo a los estudiantes que lo requieran, que garantice la evolución de duelos normales para contribuir en la salud física y mental de los estudiantes además del rendimiento académico de los mismos.

Hasta el momento no se conoce el número de estudiantes que afronten este complejo proceso por la pérdida de seres queridos, ni tampoco las etapas, tipos de duelo y elementos que favorezcan u obstaculicen su desarrollo.

3.2. JUSTIFICACIÓN

Actualmente vivimos en una sociedad en la cual la muerte se presenta de una manera cada vez más frecuente. A pesar de que existen muchas investigaciones acerca de este tema, en muy pocas ocasiones se han realizado estudios para conocer lo que sucede con las personas que se enfrentan a un duelo por la pérdida de un ser querido.

Normalmente el proceso de duelo en una persona que pierde un ser querido, dura un periodo aproximado de 1 año; en algunos casos el proceso puede prolongarse a

² WORDEN, J. Grief counselling and grief therapy. New York, Routledge, 1991.

un período mucho más largo, dependiendo de las circunstancias que rodean el suceso. Algunas personas pueden no superar emocionalmente dicho proceso de duelo³, desarrollando duelos complicados, que se ha demostrado, se asocian a problemas de salud como depresión, ansiedad generalizada, crisis de angustia, abuso de alcohol o psicofármacos, aumento de la mortalidad por suicidio y eventos cardiovasculares, y a una mayor demanda de apoyo sanitario, afectando la vida de quienes lo viven a nivel físico y emocional, y en sus contextos familiares y sociales.

El duelo es una reacción adaptativa normal y esperable ante la pérdida de un ser querido. No es una enfermedad, a pesar de ser un acontecimiento vital estresante de primera magnitud, especialmente tras la muerte de uno de los padres, hermanos o hijos. El duelo se puede dividir en tipos, los cuales reúnen unas características que nos ayudan a entender lo que sucede en la mente del doliente. Esto se debe a que son diversas las reacciones y las maneras de socializar una pérdida; la diferencia depende de cómo se aborden las tareas del duelo y del apoyo social que se reciba.

Para determinar la fase se debe tener en cuenta como el doliente está elaborando su pérdida; si la elabora como algo que solo pasa y no tiene importancia o si lo hace afrontando el hecho que debe reestructurar su vida sin su ser querido, y así; poder pasar por el proceso de duelo y seguir con su vida

La finalidad de esta investigación es aportar conocimiento sobre el duelo de los estudiantes del programa de Enfermería de la Universidad del Cauca; identificar las etapas y tipos de duelo, identificar los elementos favorecedores o no de la resolución del duelo, y plantear unas recomendaciones institucionales que contribuyan a favorecer la resolución del duelo, a mejorar la salud y el rendimiento académico, a través de la creación de un programa para tal fin.

3 CENTRO NACIONAL DE MEMORIA HISTORICA. Una guerra prolongada y degradada, dimensiones y modalidades de violencia. 2013. Disponible en: http://centrodememoriahistorica.gov.co/descargas/informes2013/bastaYa/capitulos/basta-ya-cap1_30-109.pdf

4. MARCO CONCEPTUAL

4.1. DUELO

El duelo (del latín *dolus*, dolor, aflicción)⁴, hace referencia a “la reacción a la pérdida de un ser amado o de una abstracción equivalente”⁵, es decir, que ⁶es la reacción natural ante la pérdida de una persona, objeto o evento significativo, acompañada del sufrimiento y la aflicción que causa el rompimiento de un vínculo afectivo, dado el carácter social del ser humano, y que incluye diversos componentes: psicológicos, físicos y sociales, con una intensidad y duración dependientes del significado personal de la pérdida.

Éste proceso puede no solamente estar relacionada con la muerte, sino que también puede derivarse del diagnóstico de una enfermedad, la separación, la pérdida del empleo e incluso el desplazamiento. Payás⁷, define el duelo como “una experiencia de fragmentación de la identidad, producida por la ruptura de un vínculo afectivo: una vivencia multidimensional que afecta no solo a nuestro cuerpo físico y a nuestras emociones, sino también a nuestras relaciones con los demás y con nosotros mismos, a nuestras cogniciones, creencias y presuposiciones y a nuestro mundo interno existencial o espiritual”. Para Burgoise⁸, adicionalmente se trata de las “manifestaciones exteriores y rituales y el proceso psicológico evolutivo consecutivo a la pérdida”, a lo cual se le denomina *elaboración del duelo*, hacienda referencia además a las manifestaciones exteriores, las conductas y los rituales que se desarrollan a partir de él.

TIPOS DE DUELO:

El duelo lo podemos dividir en tipos, los cuales reúnen unas características que nos ayudan a entender lo que sucede en la mente del doliente. Esto se debe a que son diversas las reacciones y las maneras de socializar una pérdida, los niños y las niñas tienen una forma, los hombres y mujeres tienen otra; la diferencia depende de cómo se aborden las tareas del duelo y del apoyo social que se reciba.

4. REAL ACADEMIA ESPAÑOLA.

5. FREUD, Sigmund. Duelo y melancolía (1917). Edición electrónica, Universidad de Artes y Ciencias Sociales.

6. GÓMEZ, M. La pérdida de un ser querido, el duelo y el luto. Madrid: Arán Ediciones, 2004.

7. PAYÁS, A. Las tareas del duelo. Madrid: Paidós, 2010.

8. BOURGEOIS, M. Le deuil clinique. Pathologie. Paris: Presses Universitaires de France, 1996.

DUELO NORMAL

Desde el psicoanálisis, el duelo fue descrito primero por Freud, como la “pérdida del objeto amado”. Éste concepto, incluye dentro de las pérdidas objétales tanto la muerte de un ser querido, como una ruptura sentimental. En *Duelo y Melancolía*⁹, establece la diferencia entre aflicción y melancolía, comenzando a establecer las características de un duelo funcional, al cual relaciona con la aflicción, y que permite a la persona negociar con la realidad, admitir la irreversible desaparición del objeto amado y liberar el deseo para buscar nuevos objetos de amor.

Más adelante, en 1984, Weisman¹⁰, califica el fallecimiento como:

- Socialmente normal: cuando se trata de una persona adulta o anciana y sus familiares han tenido una preparación suficiente para asumir el desenlace.
- Intempestivo: aquel que es prematuro, por ejemplo la muerte de una persona joven, inesperado, o calamitoso, como las muertes violentas, suicidios, accidentes.
- Anticipado: el duelo no es consecutivo al fallecimiento, el carácter previsible de la muerte del ser querido provoca una reacción emocional anterior. Esta situación puede atenuar el choque emocional frente al deceso y facilitar la resolución del duelo posterior o bien estrechar la relación entre el individuo moribundo y el doliente, intensificando el posterior sentimiento de pérdida y complicando la correcta evolución, como es el caso, por ejemplo, de las desapariciones.

Para Landa y García, “el duelo es una reacción adaptativa normal y esperable ante la pérdida de un ser querido. No es una enfermedad, a pesar de ser un acontecimiento vital estresante de primera magnitud, especialmente tras la muerte de un hijo o hija o cónyuge”¹¹. Es importante resaltar que, en condiciones normales, el proceso de duelo se puede desarrollar de manera natural, y que en la mayoría de los casos no es necesaria la intervención profesional. Sin embargo, existen elementos no favorecedores del desarrollo normal del duelo, de las cuales, muchos pueden ser considerados inherentes a la dinámica de la violencia que tuvo su génesis en el conflicto armado.

9. FREUD, Sigmund. *Duelo y melancolía* (1917). Edición electrónica, Universidad de Artes y Ciencias Sociales.

10. WEISMAN, A. *The coping capacity: on the nature of being mortal*. New York: Human Sciences, 1984.

11. LANDA, V. y GARCÍA, J. *Guía clínica sobre el duelo*. Guías Clínicas Fisterra, 2007. Disponible en: <http://www.fisterra.com/guias2/PDF/Duelo.pdf>

Pascual y Santamaría, en el año 2009, lo definen como la “reacción psicológica normal y esperable, de adaptación a la pérdida de un ser querido que sufren familiares y amigos y que puede manifestarse antes, durante y después del fallecimiento”.

Worden en el 2004¹², afirma que este proceso contiene manifestaciones emocionales, sensaciones físicas, conductas que se dan en las personas cuando sufren una pérdida y que se consideran normales, mientras que la persona se adapta a vivir sin el fallecido. A continuación se enumeran:

Emocionales:

- Tristeza, enfado, culpa y auto-reproche, ansiedad, fatiga, shock

Sensaciones Físicas:

- Vacío en el estómago, opresión en el pecho, opresión en la garganta, falta de aire, debilidad muscular, falta de energía, sequedad en la boca

Conductas:

- Trastornos del sueño, trastornos de la alimentación, conducta distraída, aislamiento social, soñar con el fallecido, suspirar, atesorar objetos que pertenecen al fallecido

FASES DE UN DUELO NORMAL

“El duelo empieza mucho antes de la muerte, con el duelo anticipado; se dispara dramáticamente en los momentos alrededor del fallecimiento (horas, días), a lo que conocemos como duelo agudo. Continúa después como duelo temprano (semanas, meses), intermedio (meses, años) y tardío (años). Y probablemente no se acaba nunca, siempre queda una marca indeleble en la persona, duelo latente, que se puede reactivar en cualquier momento. Al principio, predomina la incredulidad, luego, el doliente sufre y desea con vehemencia la vuelta del fallecido; vienen

12. Maza, P. Duelo complicado y síntomas depresivos en personas que han sufrido una pérdida a causa del conflicto armado en el municipio de Yarumal. Universidad de Antioquia. Disponible en: file:///C:/Users/User/Downloads/MazoPaola_duelocomplicadosintomasdepresivosperdidaconflictoarmadoyarumal.pdf

después el enfado y la rabia, y la enorme y profunda tristeza; finalmente, y poco a poco, se infiltra la aceptación”¹³.

El duelo normal puede ser entendido, según Bowlby, en cuatro fases, que más que representar el duelo en una secuencia de desarrollo, pueden implicar una superposición de éstas o un ir y venir entre ellas¹⁴.

- La primera fase, o *fase de aturdimiento o de shock*, representa la primera reacción frente a la noticia de la pérdida. Generalmente, es una fase temprana marcada por la confusión y la incredulidad; el individuo se siente aturdido, en estado de shock y tiene dificultad para comprender y aceptar lo ocurrido. Esta fase dura desde algunas horas a días, una semana y puede estar interrumpida por explosiones de angustia, desasosiego y enojo. En esta etapa podríamos decir que el proceso de duelo todavía no ha comenzado, propiamente, sino que se está entrando apenas en la aceptación de lo ocurrido.
- La segunda fase, o *fase de anhelo y búsqueda de la persona perdida*, que dura por lo general unos meses, es un periodo de intensa añoranza. A las pocas horas o días la realidad de la pérdida comienza a ser comprendida, llevando a extrañar lo perdido. En ésta fase los sentimientos comunes son la nostalgia, la angustia, el llanto, el miedo, sensación de abandono y desprotección y un intenso deseo de reunión con el ser querido. Hay, además, una negación de la realidad. La persona desea que se trate de un mal sueño, deshacer la pérdida, y en la búsqueda constante de señales que indiquen el retorno de la figura de apego, por esa razón, son prevalentes el anhelo, la búsqueda y el enojo en ésta segunda fase. “La pérdida es una de las experiencias más dolorosas que un ser humano puede sufrir. Y no sólo es dolorosa de experimentar sino que también es doloroso ser testigo de ésta, especialmente porque nos sentimos impotentes para ayudar”¹⁵. Durante ésta etapa, la persona de alguna manera busca ayuda para recuperar a la persona perdida, y no sólo consuelo, causa de su sensación de abandono. Para él, lo único que puede traerle consuelo es el retorno de la persona perdida, lo cual explica también los sentimientos de ira y enojo hacia quienes tratan de consolarlo.

13. Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Cuidados Paliativos. Guía de Práctica Clínica sobre Cuidados Paliativos. Madrid: Plan Nacional para el SNS del MSC. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco; 2008.

14. BOWLBY, J. Loss: Sadness & Depression. Attachment and Loss (vol. III) International psycho-analytical library, 1980.

15. BOWLBY, J. Loss: Sadness & Depression. Attachment and Loss (vol. III) International psycho-analytical library, 1980.

- La tercera fase o *fase de desorganización y desesperación*, es la etapa en la que el sujeto toma clara conciencia que la pérdida ha ocurrido, que el ser querido ya no va a volver, que no va a poder volver a verlo, que no tiene sentido seguir buscándolo y junto con esta conciencia sobreviene la tristeza, la depresión y la apatía. En el mundo externo del individuo, la sensación de soledad es muy intensa debido al reconocimiento de la falta de la persona perdida, y su presencia se mantiene en el mundo interno, en los recuerdos, en la memoria y los buenos recuerdos. Pueden tomarse algunos roles del fallecido, si esto se realiza en forma criteriosa, no compulsiva, sin implicar una identificación masiva forma parte de la reorganización de la vida. Son frecuentes los sueños sobre lo que se ha perdido, y en general son de gran consuelo, sin embargo, si son angustiosos o pesadillas, es de mal pronóstico y pueden indicar el inicio de un duelo patológico.¹⁶
- La cuarta fase o fase de reorganización: para que el duelo pueda tener un desarrollo favorable se debe tolerar el embate de todas estas emociones tan dolorosas: el anhelo y la frustración, la angustia, la ansiedad, la tristeza producidas por la falta del ser querido y finalmente aceptar la irreversibilidad de ésta a nivel cognitivo y emocional. Las viejas pautas de conducta, especialmente las relacionadas con el ser perdido dejan de tener sentido. En la etapa de reorganización no se trata de romper totalmente el vínculo con la persona fallecida, pero de modificarlo de acuerdo a la realidad tomando en cuenta que si bien ya no está en el afuera, sí puede permanecer en la memoria, actuando como un compañero valioso a nivel de las representaciones mentales. El sujeto empieza a disponer de fuerzas para rearmar, reorganizar su vida de una manera diferente; ya su energía no está más ligada, absorbida por la experiencia de la pérdida o por el esfuerzo de reprimir los pensamientos y sentimientos relacionados con ésta. La vida deja de estar carente de sentido, vacía, recobra significado. Recupera la capacidad de disfrutar y sentir placer, sale de la anhedonia, no se siente tan culpable de seguir viviendo, desleal por hacerlo, por romper las promesas de fidelidad y empieza a sentirse liberado del dolor y la angustia. Puede hacer planes para el futuro, deja de sentir que su vida ya terminó, de no involucrarse en nuevas relaciones por el temor de volver a perderlas. Este proceso de adaptación a las nuevas circunstancias puede llevar varios años, con idas y venidas, lo que distingue el duelo normal del patológico es la presencia o la falta de su puesta en marcha. En el caso de personas que han tenido un apego seguro con el difunto este proceso se ve facilitado debido a la menor ambivalencia presente en el vínculo y a la presencia de una mayor cantidad de recuerdos e intercambios mentales positivos. La calidad de esta presencia interna que puede cumplir ya sea una función de consuelo, ayuda y

16. BONANNO, G.A. y KALTMAN, S. The varieties of grief experience. Clinical Psychology Review, 2001.

protección o ser conflictiva, ambivalente, amenazante es una de las características diferenciales entre el duelo normal y el patológico.

La Psiquiatra Kübler-Ross, en su libro "On death and dying" en 1969; expone su teoría sobre las cinco etapas del duelo:

1. Negación: *"me siento bien", "esto no me puede estar pasando a mí"*. La negación es solamente una defensa temporal para el individuo. Este sentimiento es generalmente reemplazado con una sensibilidad aumentada de las situaciones e individuos que son dejados atrás después de la muerte.

2. Ira: *"¿Por qué a mí? ¡No es justo!", "¿cómo me puede estar pasando esto a mí?"*. Una vez en la segunda etapa, el individuo reconoce que la negación no puede continuar. Debido a la ira, esta persona es difícil de ser cuidada debido a sus sentimientos de ira y envidia. Cualquier individuo que simboliza vida o energía es sujeto a ser proyectado resentimiento y envidia.

3. Negociación: *"Dios, déjame vivir al menos para ver a mis hijos graduarse"*. La tercera etapa involucra la esperanza de que el individuo puede de alguna manera posponer o retrasar la muerte. Usualmente, la negociación por una vida extendida es realizada con un poder superior a cambio de una forma de vida reformada.

4. Depresión: *"Estoy tan triste, ¿por qué hacer algo?"; "voy a morir, ¿qué sentido tiene?"; "extraño a mis seres queridos, ¿por qué seguir?"*. Durante la cuarta etapa, la persona que está muriendo empieza a entender la seguridad de la muerte. Debido a esto, el individuo puede volverse silencioso, rechazar visitas y pasar mucho tiempo llorando y lamentándose. Este proceso permite a la persona moribunda desconectarse de todo sentimiento de amor y cariño. No es recomendable intentar alegrar a una persona que está en esta etapa. Es un momento importante que debe ser procesado.

5. Aceptación: *"Esto tiene que pasar, no hay solución, no puedo luchar contra la realidad, debería prepararme para esto"*. La etapa final llega con la paz y la comprensión de que la muerte está acercándose. Generalmente, la persona en esta etapa quiere ser dejada sola. Además, los sentimientos y el dolor físico pueden desaparecer. Esta etapa también ha sido descrita como el fin de la lucha contra la muerte.

Kübler-Ross afirmó que estas etapas no necesariamente suceden en el orden descrito, ni todas estas son experimentadas por todos los pacientes, aunque afirmó que una persona al menos sufrirá dos de estas etapas. A menudo, las personas atravesarán varias de estas etapas en un efecto «montaña rusa», pasando entre dos o más etapas, y volviendo a hacerlo una o varias veces antes de finalizar.

El desarrollo clínico del duelo pasa siempre por los mismos caminos que constituyen tres grandes fases:

- El inicio o primera etapa: se caracteriza por un estado de choque más o menos intenso, hay una alteración en el afecto, con una sensibilidad anestesiada, el intelecto está paralizado y se afecta el aspecto fisiológico con irregularidades en el ritmo cardíaco, náuseas o temblor.

La primera reacción es el rechazo, la incredulidad que puede llegar hasta la negación, manifestada por un comportamiento tranquilo e insensible, o por el contrario, exaltado. Se trata de un sistema de defensa. La persona que ha sufrido la pérdida activa inconscientemente un bloqueo de sus facultades de información. Esta fase es de corta duración, se extiende desde el anuncio de la muerte hasta el término de las honras fúnebres.

- Etapa central: es el núcleo mismo del duelo; se distingue por un estado depresivo y es la etapa de mayor duración. Al principio, la imagen del desaparecido ocupa siempre y por completo la mente del doliente. Conforme pasa el tiempo, alternan momentos de recuerdo doloroso con la paulatina reorganización de la vida externa e interna de quien sufrió la pérdida. En esta fase se recuerda constantemente al desaparecido y se añoran los pequeños detalles de la vida cotidiana que se compartían con el ser querido. Existe una depresión que se instala rápidamente después de acaecido el fallecimiento y que va a durar desde meses hasta años. El estado depresivo del duelo hace que la persona, totalmente ocupada de su objeto, viva replegada sobre sí misma. Nada le interesa ya, el mundo está vacío y sin atractivos. El sufrimiento del duelo es la expresión y consecuencia del trabajo de liberación que se opera necesariamente después de la pérdida de un ser querido. Durante el periodo del estado depresivo, a la intensificación de la relación con el desaparecido se asocia un sentimiento de gran soledad, no solamente social sino también emocional.
- Etapa final: es el periodo de restablecimiento. Comienza cuando el sujeto mira hacia el futuro, se interesa por nuevos objetos y es capaz de volver a sentir nuevos deseos y de expresarlos. Este periodo de adaptación se manifiesta por el desarrollo de nuevas relaciones sociales. Se separa de los objetos personales del fallecido, guardando solamente los significativos. El

estado depresivo se disipa, el dolor y la pena van disminuyendo, la persona experimenta un alivio. El final del duelo se manifiesta, esencialmente, por la capacidad de amar de nuevo¹⁷.

De ésta manera, existen múltiples propuestas sobre las fases o etapas del duelo, sin embargo, lo más importante es la manera en la cual la persona transita por ellas, ya que es un proceso emocional no se puede encuadrar como algo controlado ni se puede forzar a que sea de una manera determinada. Actualmente, las fases, tareas y problemas de un proceso de duelo se resumen la siguiente tabla, encontrada en la Guía para profesionales de la salud ante situaciones de duelo¹⁸:

Fases	Tareas	Problemas
I Impacto, perplejidad y shock	Aceptar la realidad de la pérdida intelectual y emocionalmente.	Negar:
	Entender que el reencuentro es imposible.	La realidad de la pérdida: conservar todos los objetos intactos durante años.
	Aceptar que las conductas de búsqueda son normales en ésta fase.	El significado de la pérdida: deshacerse de todas las pertenencias para protegerse de la pérdida.
	Realizar un funeral.	La irreversibilidad de la muerte.
II Rabia y culpa	Trabajar emociones y dolor de la pérdida (dar explicación a los sentimientos, aceptarlos).	Amistades que nos distraen del dolor. Evitación de recuerdos. Idealización del muerto. Tóxicos.

17. MEZA DÁVALOS, E. Y COL. Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas. El proceso del duelo. Un mecanismo humano para el manejo de las pérdidas emocionales. Vol. 13, num. 1. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/473/47316103007.pdf>

18. SERVICIO ANDALUZ DE SALUD. Guía para profesionales de la salud ante situaciones de duelo. España.

III Desorganización del mundo, desesperación, retraimiento	Adaptarse a un medio en el que la persona fallecida no está (asumir nuevos roles, desarrollar nuevas habilidades y seguir adelante con un nuevo sentido del mundo).	Fomentar la propia impotencia, no desarrollar habilidades de afrontamiento necesarias, aislarse del mundo, no asumir las exigencias del medio.
IV Afirmación de la realidad y recuperación	Recolocar emocionalmente a la persona fallecida, dejando espacio para el resto y seguir viviendo	Mantener apego del pasado no formando nuevos apegos.
Tabla 1. Fases del duelo Fuente: Expósito Pérez, 2004; Zamorano, 2005; Neimeyer, 2010		

4.2. DUELO COMPLICADO O TRASTORNO POR DUELO PROLONGADO

“Aproximadamente un 10%-20% de los dolientes tienen importantes dificultades en su proceso de adaptación a la pérdida. El duelo complicado es a menudo difícil de distinguir de la depresión, la ansiedad o el trastorno por estrés postraumático, enfermedades a veces asociadas al duelo y con cuya sintomatología se solapan, por lo que su definición es muy controvertida”¹⁹.

Para Dollenz, el duelo complicado es un “fenómeno idiosincrático en el que la respuesta estará determinada por un elevado número de factores relacionados con la pérdida, sus circunstancias, las características personales del o de la doliente, el apoyo social que reciba y el marco cultural en el que se desarrolla”, por lo cual, puede tener expresiones muy variadas dependiendo en quién aparezca, lo que dificulta su reconocimiento. Sin embargo, “el criterio cronológico es el que se emplea con más frecuencia para diferenciar el duelo normal del complicado. Las preocupaciones y pensamientos sobre la muerte y la persona fallecida o la dificultad

19. Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Cuidados Paliativos. Guía de Práctica Clínica sobre Cuidados Paliativos. Madrid: Plan Nacional para el SNS del MSC. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco; 2008.

para aceptar la muerte, son normales si se expresan poco tiempo después de la pérdida, pero son indicios de complicación si persisten por un tiempo prolongado”²⁰. Lo que determina un duelo patológico, es la intensidad de las reacciones emocionales, la duración anormalmente larga de la reacción, y la aparición de síntomas que son inusuales incluso en un proceso tan complejo como el duelo, tales como las alucinaciones relacionadas con la pérdida, ideas delirantes o pensamientos suicidas²¹.

Las manifestaciones clínicas de la pena mórbida o del duelo patológico se manifiestan psicológica y físicamente. A nivel psicológico, los pacientes pueden reprocharse no haber hecho lo suficiente, o mostrar una irritabilidad, inhabitual en ellos, contra terceras personas. A veces, la tristeza patológica puede complicarse con otros síntomas, como aislamiento social, consumo abusivo de alcohol o de psicofármacos, etcétera. Y a nivel físico, a veces presentan alteraciones de la salud: somatizaciones (alteraciones del sueño y del apetito, vómitos, mareos, etcétera), dolores musculares, estreñimiento, cefaleas, entre otros. Es decir, se intensifica el duelo de tal manera que se niega definitivamente la pérdida, dando lugar a conductas des-adaptativas, sin mostrar avances en el proceso de resolución del duelo.

Maza, P.; en su trabajo de investigación: “Duelo complicado y síntomas depresivos en personas que han sufrido una pérdida a causa del conflicto armado en el municipio de Yarumal”, afirma: “En muchas ocasiones estos procesos de duelo complicado están asociados a relatos de síntomas como estado de ánimo depresivo, disminución generalizada del interés o del placer, pérdida o aumento significativo de peso, hipersomnias o insomnio, agitación o enlentecimiento, fatiga o pérdida de energía, sentimientos de culpa o inutilidad, disminución de la capacidad para concentrarse y pensamientos recurrentes de suicidio, y que se podrían clasificar como síntomas de depresión”.²²

Existen ciertas situaciones especiales, que requieren un esfuerzo adicional por parte del individuo para integrar un proceso del duelo adecuado. Por ejemplo, las

20. DOLLENZ, E. Duelo normal y patológico. Consideraciones para el trabajo en atención primaria de salud. Cuadernos de psiquiatría comunitaria y Salud Mental para la APS, 2003. Disponible en: http://www.psiquiatriasur.cl/portal/uploads/1_duelo_normal_y__patologico_en_aps.doc

21. PARKES, C.M. Bereavement: studies of grief in adult life. New York. International Universities Press. 1972.

22. MAZA, P. Duelo complicado y síntomas depresivos en personas que han sufrido una pérdida a causa del conflicto armado en el municipio de Yarumal. Universidad de Antioquia. Disponible en: file:///C:/Users/User/Downloads/MazoPaola_duelocomplicadosintomasdepresivosperdidaconflictoarmadoyarumal.pdf

muerres violentas o prematuras, los suicidios, los desplazamientos y las desapariciones forzadas y los crímenes de lesa humanidad pueden dificultar la superación del duelo del superviviente, haciéndose aún más difícil cuando hay una doble victimización, en el caso de las violaciones o cuando se trata de personas desaparecidas, cuyos cuerpos no han sido encontrados.

FACTORES DE RIESGO DE DUELO COMPLICADO Y SU VALORACIÓN

Según lo contenido en la Guía de Práctica Clínica sobre Cuidados Paliativos²³, el riesgo de padecer un duelo complicado se refiere al grado de susceptibilidad que tiene el doliente de padecer los problemas de salud asociados al duelo (duelo prolongado, depresión, ansiedad, etc.).

Para la identificación del riesgo y las probabilidades de desarrollar un duelo complicado, se evalúan cuatro categorías:

- Características de la enfermedad y de la naturaleza de la muerte: dentro de la cual es de riesgo que se trate de una muerte repentina e inesperada, especialmente si se ha producido en circunstancias traumáticas, si supone un estigma (suicidio, homicidio) o si no se ha tenido ocasión de prepararse o anticiparla.
- Características del doliente: donde se identifica la fase del ciclo vital, especialmente cuando se trata de personas jóvenes, o ancianas.
- Relaciones interpersonales: donde se evalúa la disponibilidad de apoyo social.
- Características del fallecido.

Otros autores como el Doctor Landa, dividen el duelo teniendo en cuenta el tiempo que ha transcurrido desde la muerte²⁴:

23. Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Cuidados Paliativos. Guía de Práctica Clínica sobre Cuidados Paliativos. Madrid: Plan Nacional para el SNS del MSC. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco; 2008. Guías de Práctica Clínica en el SNS: OSTEBA N° 2006/08

24. GARCIA, J. LANDA, V. ¿Qué es el duelo? Disponible en: www.infermeravirtual.com/files/media/file/1582/Landa%20Victor%20-%20Que%20Es%20El%20Duelo.pdf?1426845875

- 1. Duelo anticipado (pre-muerte): Es un tiempo caracterizado por el shock inicial ante el diagnóstico y la negación de la muerte próxima, mantenida hasta el final, por la ansiedad y el miedo. Deja profundas huellas en la memoria.
- 2. Duelo agudo (muerte y perimuerte): Son momentos intensísimos y excepcionales, de verdadera catástrofe psicológica, caracterizados por la anestesia emocional e incredulidad ante lo que se está viviendo.
- 3. Duelo temprano: Desde semanas hasta unos tres meses después de la muerte. Tiempo de negación, de estallidos de rabia, y de intensas oleadas de dolor incontenible, profundo sufrimiento y llanto.
- 4. Duelo intermedio (meses, años después de la muerte): Tiempo entre el duelo temprano y el tardío, en el que no se tiene la protección de la negación del principio, ni el alivio del paso de los años. Es un periodo de tormenta emocional y vivencias contradictorias, de búsqueda, presencias, culpas y auto-reproches, donde continúan las punzadas de dolor intenso y llanto, y en el que se reinicia lo cotidiano, comenzándose a percibir progresivamente la realidad de la muerte, es también un tiempo de soledad y aislamiento, de pensamientos obsesivos. Se va descubriendo la necesidad de descartar patrones de conducta previos que no sirven y se establecen unos nuevos que tengan en cuenta la situación actual de pérdida. Este proceso es tan penoso como decisivo, ya que significa renunciar definitivamente a toda esperanza de recuperar a la persona perdida. Los períodos de normalidad son cada vez mayores. Se reanuda la actividad social y se disfruta cada vez más de situaciones que antes eran gratas, sin experimentar sentimientos de culpa. El recuerdo es cada vez menos doloroso y se asume el seguir viviendo. Este período dura entre uno y dos años.
- 5. Duelo tardío (entre 2 y 4 años después de la muerte): transcurridos entre 2 y 4 años, el doliente puede haber establecido un modo de vida, basado en nuevos patrones de pensamiento, sentimiento y conducta. Y aunque sentimientos como el de soledad, pueden permanecer para siempre, dejan de ser invalidantes.
- 6. Duelo latente: a pesar de todo, nada vuelve a ser como antes, no se recobra la mente pre-duelo, aunque sí parece llegarse con el tiempo a un duelo latente, más suave y menos doloroso, que se dispara en cualquier momento ante estímulos que recuerden.

Mazo, define los tipos de duelo basada en las teorías de Worden²⁵ en las que afirma que se debe tener en cuenta como el doliente está elaborando su pérdida; si la elabora como algo que solo pasa y no tiene importancia o si lo hace afrontando el hecho que debe reestructurar su vida sin su ser querido, y así; poder pasar por el proceso de duelo y seguir con su vida. Según ella los tipos de duelo son:

- **Duelo crónico:** Es el que se perdura por mucho tiempo y no se concluye, la persona tiene consciencia de que no lo ha logrado resolver, algunas causas por las que se da este duelo son sentimientos de ambivalencia en relaciones hostiles, por relaciones de dependencia. Es necesario para la elaboración de este duelo, que el doliente afronte la pérdida y entienda que el fallecido no regresara.
- **Duelo retrasado:** También llamado inhibido, suprimido o pospuesto, este duelo se presenta cuando una persona en el momento de una pérdida no experimenta el dolor inmediato, pero después de ocurrida la pérdida el dolor se manifiesta, la no elaboración tiene relación que la persona es consciente de que es excesivo lo que está sintiendo. Este duelo se relaciona con sentimientos desbordantes y debido a eso el doliente pospone el dolor, aunque en el momento de la pérdida se realice parte del duelo, este parece no ser suficiente y reaparece en algún momento.
- **Duelo exagerado:** Este duelo se da cuando una persona sufre una pérdida y al sentirse desbordada empieza a desarrollar conductas que no se consideran normales en el duelo, aunque la persona está consciente de lo que experimenta se debe a la pérdida, los síntomas excesivos e incluso incapacitantes por lo que tiende a buscar ayuda. Los síntomas se acompañan de unas características que no son normales, desesperación irracional, fobias o ataques de pánico.
- **Duelo enmascarado:** Se da cuando la persona no expresa el dolor de la pérdida, por lo que no se elabora el duelo de manera adecuada, y este se da a través de síntomas físicos o conductas desadaptativas, una de las características es que el doliente sienta cosas similares a las que el que fallecido vivió, también es común que se desarrollen trastornos somatomorfos y sentir dolor como un síntoma de duelo reprimido, en estos casos la persona no suele ser consciente de su relación con la pérdida.

25. MAZA, P. Duelo complicado y síntomas depresivos en personas que han sufrido una pérdida a causa del conflicto armado en el municipio de Yarumal. Universidad de Antioquia. Disponible en: http://200.24.17.74:8080/jspui/bitstream/fcsh/466/1/MazoPaola_duelocomplicadosi ntomasdepresivosperdidaconflictoarmadoyarumal.pdf

4.3. DEPRESIÓN ASOCIADA AL DUELO

Dollenz, establece que “diversos estudios se han centrado en diferenciar entre los procesos de duelo complicado y la depresión. De estas investigaciones se puede concluir que el cuadro clínico de duelo complicado abarcaría síntomas relacionados con el dolor de la separación como llanto, anhelos y conductas de búsqueda de la persona fallecida, continuos pensamientos sobre ella, también se asocia a elementos del trastorno por estrés postraumático como incredulidad, aturdimiento, y otros relacionados con elementos generales de afrontamiento como aceptación de la muerte. El núcleo central de este síndrome parece girar en torno al anhelo y a las rumiaciones. Las personas dolientes que muestran mayor intensidad en estos síntomas experimentan un duelo más complicado. Por el contrario, síntomas como la pérdida de autoestima, tristeza, sentimientos de minusvalía, hipocondría, insomnio, inhibición o pensamientos suicidas se relacionan más con la presencia de un cuadro depresivo”²⁶. Los elementos a tener en cuenta para diferenciar el duelo de la depresión, son la gravedad del cuadro depresivo, la presencia de un trastorno psicótico, la existencia de alcoholismo o drogodependencia, y el riesgo suicida. Según Tizón²⁷, en el proceso de duelo se considera normal que la persona que está pasando por la pérdida presente algunos síntomas, como lo son: pena, tristeza y aflicción, asimismo en el duelo se pasa por un estado de ajustes a una vida sin el ser amado. Por otro lado el proceso puede retrasarse, complicarse o tener desviaciones, que se hacen visibles a medida que el joven o el adulto siguen meses con conductas de identificación, imitación o calcadas sobre las que tenía el difunto, o, por el contrario manifestaciones durante meses, tales como reproches, envidia hacia el muerto o lo perdido.

A la vez Tizón, hace una diferenciación entre depresión y duelo:

	DEPRESIÓN	DUELO
Pérdida	Más lejana, inconsciente, repetida o no proporcional	Generalmente, más próxima, consciente proporcional a los efectos de apego

26. DOLLENZ, E. Duelo normal y patológico. Consideraciones para el trabajo en atención primaria de salud. Cuadernos de psiquiatría comunitaria y Salud Mental para la APS, 2003. Disponible en: http://www.psiquiatriasur.cl/portal/uploads/1_duelo_normal_y__patologico_en_aps.doc

27. Maza, P. Duelo complicado y síntomas depresivos en personas que han sufrido una pérdida a causa del conflicto armado en el municipio de Yarumal. Universidad de Antioquia. Disponible en: http://200.24.17.74:8080/jspui/bitstream/fcsh/466/1/MazoPaola_duelocomplacidosintomasdepresivosperdidaconflictoarmadoyarumal.pdf

	al estado afectivo del doliente	
Motivación	<ul style="list-style-type: none"> • Apatía • Perdida de interés 	Hiperactividad o inhibición psicomotriz
Emociones	Afectos depresivos	Las mismas que en la depresión pero: <ul style="list-style-type: none"> • Menos estables • Menos profundos • Personalidad no melancólica o depresiva
	Sentimientos de vacío	
	Ira, resentimiento	
	Ansiedad “depresiva” y persecutoria entremezcladas	
	Vergüenza	
	Culpa (persecutoria)	
	Todos ellos más estables que en los procesos de duelo	
Cognitivas	Se afecta la capacidad de concentración	Capacidad de concentración más variable
	Ideación suicida en los casos graves casi siempre y duradera	Ideación suicida ocasional, pero poco duradera
	Ideación negativa acerca del pasado, presente, futuro, del sí mismo y del mundo	Cambian las ideas acerca del futuro, del sí mismo y del mundo
Biología	Trastorno del sueño	Cambios menos notables, pero con repercusiones: <ul style="list-style-type: none"> • Neuroendocrinos • Inmunológicos
	Trastorno del apetito	
	Cambios hormonales	
	Cambios en los neurotransmisores	
	Cambios inmunológicos	

En algunos casos, la vivencia de la pérdida puede conducir a estados de shock emocional, con estrechamiento del campo de conciencia, sensación de irrealidad e, incluso, a la ideación delirante. El diagnóstico clínico más común en el duelo mal elaborado es el trastorno depresivo.

4.4. INSTRUMENTOS PARA LA VALORACIÓN DEL DUELO

El duelo puede tener diferentes manifestaciones según las características del individuo: su personalidad, la intensidad del lazo emocional con lo perdido, su estado mental actual o las circunstancias de la pérdida, pueden significar la diferencia entre el desarrollo de un duelo normal o un duelo patológico, por esto es

muy importante identificar el tipo de duelo que se esté desarrollando y además la fase en que se encuentre. La evaluación para realizar un diagnóstico debe llevarse a cabo mediante la recopilación y el análisis de los datos obtenidos a través de fuentes diversas (entrevistas, observación directa, historia de vida y cuestionarios).

A continuación señalamos algunos instrumentos específicos para la valoración del duelo:

- Para evaluar sintomatología en duelo:
Inventario de experiencias en duelo (IED), 2001. Grief Experience Inventory (GEI), 1977.
Inventario de Texas Revisado de Duelo (ITRD), 2005. Texas Inventory of Grief (TRIG), 1981.
- Para diferenciar duelo normal y patológico:
Inventario de Duelo Complicado (2005). Inventory of Complicated Grief (ICG), 1995.
Inventario de Duelo Complicado Revisado (IDC-R), 2002. Inventory of Complicated Grief (ICG-r), 2001
- Para identificar riesgo de duelo complicado:
Cuestionario de Riesgo de Duelo Complicado (CRDC), 2002. RIX INDEX (RI), 1983.
- Para evaluar las etapas del duelo:
Inventario de experiencias en duelo (IED), 2001. Grief Experience Inventory (GEI), 1977.
Inventario de Texas Revisado de Duelo (ITRD), 2005. Texas Inventory of Grief (TRIG), 1981.

Experiencias y etapas del duelo, se pueden evaluar con el mismo instrumento: el IED debido a que las experiencias hacen referencia a factores que influyen en las áreas somática, emocional y relacional del doliente permitiendo ubicar la etapa en la que se encuentra.

El Inventario de Duelo Complicado (IDC) fue elaborado por Prigerson con la finalidad de ofrecer una medida lo más objetiva posible que permitiera diferenciar entre duelo normal y patológico. Valora la frecuencia del síntoma explorado emocional, cognitivo o conductual; encontrando a las puntuaciones más altas con una mayor probabilidad de padecer duelo complicado.

García y Petralanda, realizaron una adaptación al castellano del inventario de Texas revisado del duelo (ITRD. Cuenta con dos partes, la parte I, explora la conducta y

los sentimientos del doliente en los momentos inmediatos al fallecimiento; y la parte II, explora los sentimientos actuales del doliente en relación con el fallecido²⁸).

Para efectos de esta investigación; se ha decidido utilizar el IDC y el ITRD, ya que permiten desarrollar de una mejor manera los objetivos planteados.

4.5. ELEMENTOS FAVORECEDORES DEL DUELO

En este sentido, para la doctora Elizabeth Kubler Ross (1989), quien tiene un enfoque humanista sin desligarse por completo de la teoría psicoanalítica, el proceso de dolor siempre va acompañado de sentimientos de ira, lo cual es difícil de aceptar, porque aun cuando es parte del proceso, es rechazado por la sociedad. Vemos entonces, que la actitud más común ante la muerte es el rechazo.

Bucay (2004) dice que hay diez factores que intervienen a la hora del duelo. El grado de presencia o ausencia de ellos puede hacer que el proceso de elaboración sea más fácil o más difícil.

- Calidad de la relación con la persona (íntima o distante).
- Forma de la muerte (por enfermedad o accidente, súbita o previsible).
- Personalidad de unos (temperamento, historia, conflictos personales).
- Participación en el cuidado del ser querido antes de fallecer.
- Disponibilidad o no de apoyo social y familiar.
- Problemas concomitantes (dificultades económicas, enfermedades).
- Pautas culturales del entorno (aceptación o no del proceso de duelo).
- Edades extremas en el que pena (muy viejo o muy joven).
- Pérdidas múltiples o acumuladas (perder varios seres queridos al mismo tiempo).
- Posibilidad de pedir y obtener ayuda profesional o grupal.

En cuanto a duelo y género; la autora la Doctora Kubler enumera elementos que diferencian el duelo en hombres y mujeres; ya que según ella este proceso no es igual en los dos casos:

Elementos clave del duelo masculino.

- Los sentimientos se ven involucrados en un nivel muy bajo de energía.

28. GARCIA, J. LANDA, V. ¿Es posible medir el duelo?. Adaptación al castellano del IDC y el ITRD. Disponible en: <http://www.psiquiatria.com/depresion/es-posible-medir-el-duelo-adaptacion-al-castellano-y-validacion-del-inventario-de-experiencias-en-duelo-ied-y-del-inventario-texas-revisado-de-duelo-itrd-2/>.

- Los mecanismos racionales-cognitivos preceden a los afectivos.
- La orientación del proceso se dirige más a resolver problemas que a expresar sentimientos.
- Al expresar sus sentimientos el hombre suele incluir en ellos enfado y/o culpa.
- Se vuelve más activo regularmente.
- Tiende a privatizar los sentimientos intensos y no gustan de hablar de ellos ante los demás.
- El dolor más intenso suele presentarse inmediatamente después de la pérdida, a menudo durante o después de los rituales.

Elementos clave del duelo femenino.

- La mujer regularmente se encuentra abierta a expresar su dolor ante los demás.
- Buscan ayuda fuera del núcleo familiar.
- Sus expresiones son más emocionales.
- Tienden a reducir la actividad laboral o física.
- Expresan el dolor en forma de tristeza.
- Cuando están en constante tristeza suelen ser tildadas de deprimidas.
- Necesitan más el hablar de su pérdida.
- Buscan su habitación o su cama ante su vulnerabilidad.
- La mujer en duelo tiene menos apetito sexual.

Así, termina diciendo: “Hay que mencionar el proceso de duelo incluye cambios muy significativos en las actitudes, comportamientos, pensamientos y vida espiritual del doliente. Así, el duelo puede entenderse como: las pérdidas que son parte natural de la vida, procesos en el tiempo; crecimiento y transformación”.

4.6. ELEMENTOS NO FAVORECEDORES DEL DUELO

El duelo siempre va asociado a una serie de circunstancias, que actúan como predictores de riesgo, como son: causa y entorno de la muerte, personalidad y recursos psico-emocionales del doliente, ambiente socio-familiar y el tipo de relación con el fallecido. Estas circunstancias pueden ser consideradas como normales, en el sentido de que no añaden por sí mismas dificultades a las ya propias del duelo, o por el contrario pueden complicarlo enormemente. Podemos considerar predictores de malos resultados o de dificultades en la elaboración del duelo, los siguientes:

- Muertes repentinas o inesperadas; circunstancias traumáticas de la muerte (suicidio, asesinato), pérdidas múltiples; pérdidas inciertas (no aparece el cadáver),

muerte de un niño, adolescente, (joven en general); doliente en edades tempranas o tardías de la vida, muerte tras una larga enfermedad terminal, doliente demasiado dependiente; relación ambivalente con el fallecido; historia previa de duelos difíciles; depresiones u otras enfermedades mentales; tener problemas económicos; escasos recursos personales como trabajo, aficiones; poco apoyo socio-familiar real o sentido; alejamiento del sistema tradicional socio-religioso de apoyo (emigrantes)²⁹.

Por otro lado Echeburúa y Corral³⁰, mencionan cinco factores relacionados con la no resolución del duelo: la edad de la persona fallecida, el tipo de muerte (prematura, inesperada o trágica), las variables psicosociales (situación económica, red de apoyo, responsabilidades), la inestabilidad emocional previa (personas con antecedentes de ansiedad, depresión, estilos de afrontamiento inadecuados, personalidad de tipo dependiente, obsesiva, acomplejadas) y las experiencias negativas de pérdidas anteriores.

4.7. RECOMENDACIONES PARA LA EVOLUCIÓN DEL DUELO

Es importante recordar que es un objetivo importante, "lograr un diagnóstico precoz del proceso de duelo, orientar e iniciar con rapidez el tratamiento cuando sea necesario, y facilitar la incorporación temprana de la persona doliente a sus actividades cotidianas"³¹. Por lo tanto, se recomienda brindar educación a quienes están atravesando por un proceso de duelo, y mantener el contacto con ellos durante el mismo.

Dollenz manifiesta que ³²para la prevención del duelo patológico es importante indagar sobre factores precipitantes de la enfermedad. Recomienda usar técnicas de consultoría y programas de educación que ayuden a acortar el período de duelo, detener la evolución a un duelo complicado y promover un mejor nivel de salud

29. GARCIA, J. LANDA, V. ¿Qué es el duelo?. Disponible en: www.infermeravirtual.com/files/media/file/1582/Landa%20Victor%20-%20Que%20Es%20El%20Duelo.pdf?1426845875

30. ECHEBURÚA, E. y CORRAL, P. Intervención en crisis en víctimas de sucesos traumáticos: ¿cuándo, cómo y para qué? Psicología Conductual, Vol. 15. Universidad del País Vasco, 2007.

31. DOLLENZ, E. Duelo normal y patológico. Consideraciones para el trabajo en atención primaria de salud. Cuadernos de psiquiatría comunitaria y Salud Mental para la APS, 2003. Disponible en:

http://www.psiquiatriasur.cl/portal/uploads/1_duelo_normal_y__patologico_en_aps.doc

32. DOLLENZ, E. Duelo normal y patológico. Consideraciones para el trabajo en atención primaria de salud. Cuadernos de psiquiatría comunitaria y Salud Mental para la APS, 2003. Disponible en:

http://www.psiquiatriasur.cl/portal/uploads/1_duelo_normal_y__patologico_en_aps.doc

mental para la comunidad. Por último, señala que es importante intervenir en su desarrollo, detectándolos y tratándolos desde su inicio, para evitar su consolidación y su cronificación. Es necesaria la actitud activa del/de la médico/a ante un/a paciente en duelo para que este proceso no se alargue indebidamente, repercutiendo tanto en la persona como en su entorno social o laboral.

Guevara Ricardo, Psicólogo en su estudio “Recomendaciones sobre el duelo”; concluye: Existen diferentes opciones de ayuda pero aquí cinco recomendaciones sencillas que facilitan el proceso.

1. Llorar es importante:

El deseo de llorar es característico durante el duelo, generalmente se hace a escondidas por que el llanto preocupa a los demás y genera acciones represivas; se cree que llorar entristece más, que dificulta el paso del fallecido a una “nueva vida”, que no es de hombres o en esencia que es malo; pero cuando no hay llanto no se permite una función natural del organismo para liberar tensión emocional y generalmente como consecuencia se presenta el dolor de cabeza, el dolor de espalda y la tensión del cuello. Al evitar el llanto damos preferencia a las exigencias sociales pero no se permite parte de un proceso de carga y descarga emocional que es sano y que facilita la presencia de tiempos de relajación, en donde se organizan ideas frente al cambio que implica el duelo.

2. Hablar de lo que se siente:

Todos los seres humanos evitamos el dolor y no sabemos cómo enfrentarlo, generalmente no se tocan temas tristes y frente a un doliente se prefieren temas diversos que no le recuerden lo que siente, pero hablar de las vivencias internas permite crear puentes de unión y comprensión con otras personas, sentir que no se está solo, que hay apoyo y preocupación de otro en los momentos de soledad; se posibilita ahondar en las circunstancias de la muerte y reinterpretar la situación, darle un nuevo sentido a la vida y encontrar razones de lucha.

3. Vivir este momento en familia:

Una familia unida facilita herramientas para soportar el dolor que genera la pérdida de un ser querido: compañía, dialogo abierto y sincero, frases de aliento, actividades lúdicas generadoras de nuevos recuerdos positivos, sentido de pertenencia a un grupo que no deja solo a sus integrantes y el contacto físico: un beso o un abrazo, sin duda reconfortan, dan sensación de protección y alivio frente al dolor. La familia llena espacios de soledad y permite la reconstrucción de una nueva rutina de vida.

4. Generar cambios físicos en el hogar:

Es normal que tras la pérdida de un ser querido los recuerdos lleguen en cascada y que las imágenes del espacio compartido rememoren instantes vividos, lastimosamente son los recuerdos tristes los más repetitivos y no se trascienden los legados que dejó como aprendizaje para la vida el ser querido. Es importante generar cambios en la casa porque le exige al cerebro crear nuevas asociaciones y recuerdos frente a un ambiente que se ha teñido de tristeza; el cambio de color en las paredes y el cambio de ubicación de las pertenencias del fallecido ayuda al proceso de aceptación de la pérdida, a reubicarse en un espacio sin él, a darle nuevo sentido a su relación y planificar el futuro, evitando la detención del tiempo y los recuerdos en un ambiente estático.

5. Cambiar las rutinas establecidas con el ser querido que fallece:

Sucede que mientras nos adaptamos a la pérdida, durante el día se profundiza la sensación de soledad en algunas horas específicas, especialmente en esos espacios destinados a compartir y a estar en contacto con la persona que falleció; por eso la hora del almuerzo, la hora de la telenovela que veían juntos, la hora de la caminata o la hora de la charla nocturna, etc., se convierten en momentos tristes llenos de emociones, añoranza y búsqueda; ante lo cual se recomienda de forma muy consiente generar variaciones a la rutina, salir a caminar, asistir a la iglesia, visitar un amigo, comenzar a estudiar, aplazar unos minutos las horas de alimentación, etc., con la intención de adaptarse a un ambiente sin su ser querido.

Por otra parte el Doctor Landa plantea lo siguiente: “Es necesario también, que todo profesional en salud que se encuentre frente a un proceso de duelo (normal o patológico) tenga presente las siguientes recomendaciones que le permiten ayudar a una persona en duelo desde el nivel primario de atención, para que elabore su duelo de la manera más natural y saludable sin que enferme. Dichas recomendaciones también se pueden aplicar al segundo nivel de atención, donde el objetivo principal es detectar precozmente el duelo complicado, para poder establecer una terapia temprana y si es el caso remitir a otro nivel, para esto; se debe realizar labores de seguimiento o soporte de personas con duelos complicados ya diagnosticados, en atención terciaria se debe realizar un seguimiento a las personas con duelos crónicos, de años de evolución y secuelas de por vida”³³. Estas actividades se deben aplicar en dos fases:

1. Recolectar la información: el objetivo es conocer todos los datos que pueden ser determinantes en la evolución del duelo. Estos datos proporcionan un “perfil de duelo” que servirá para orientar nuestra intervención, priorizando los problemas detectados y nos ayudará a saber si

33. GARCIA, J. LANDA, V. ¿Qué es el duelo?. Disponible en: www.infermeravirtual.com/files/media/file/1582/Landa%20Victor%20-%20Que%20Es%20El%20Duelo.pdf?1426845875

estamos ante un duelo aparentemente normal o de riesgo. Para recoger estos datos de una forma ordenada, se establece una rutina dividida en:

- Datos generales: edad y nombres del fallecido y doliente, fecha de fallecimiento, cumpleaños, etc.
- Datos sociofamiliares: relaciones familiares, amigos, situación económica, etc.
- Antecedentes personales: problemas de salud psicofísicos, elaboración de posibles duelos previos, coincidencia de otros problemas de trabajo, familia, amigos, etc., tiempo de convivencia y tipo de relación con el fallecido, etc.
- Evolución del proceso del duelo: causa y lugar del fallecimiento, conocimiento de la enfermedad, sentimientos que manifiesta como añoranza, culpa, rabia, ansiedad, tristeza, etc. y apoyo emocional de la familia.

Con toda la información obtenida se realiza un resumen de lo más relevante en cada uno de los aspectos explorados, esto dará un perfil del duelo para de él sacar un listado de problemas que se deben abordar en la intervención.

2. Planeación de la intervención: Para este punto el Doctor Landa plantea el uso de la nemotecnia R E F I N O: Relación (R), Escucha (E), Facilitación (F), Informar (I), Normalizar (N), Orientar (O).

- Relación: construir una adecuada relación profesional con el doliente es el fundamento y el principio de todo. Una buena relación de cuidados se caracterizará por:
 1. Tener una estrategia, con unos objetivos centrados en el doliente y negociados con él, así como unas actividades encaminadas a conseguirlos.
 2. Producirse en un tiempo y en un espacio. Acordar un tiempo por sesión, una periodicidad de ellas (más cercana al principio y progresivamente más alejada) y un seguimiento (aconsejable el primer año, por lo menos).
 3. Desarrollarse entre iguales, en una teórica relación entre pares. Ambos se mantienen en el mismo nivel de poder, el profesional y el doliente son simplemente dos seres humanos que interactúan en un marco profesional de dispensación de cuidados.
 4. Realizarse en una dirección, es decir, que aunque es una relación entre iguales, hay una persona que ayuda (el profesional) y otra persona que recibe la ayuda (el doliente), y no a la inversa.

5. Con empatía: el profesional trata de sintonizar con las emociones del doliente y además se lo hace ver, le hace ver que está “rozando” lo que siente.

6. Auténtica, mostrando un interés por lo que nos cuenta la persona en duelo, tomando conciencia del sufrimiento del otro.

7. Respeto: no dejar entrar en la mente los juicios de valor que automáticamente se activan cuando esta la persona delante. Mantenerse dentro del marco profesional establecido. Subrayando las características “profesionales” de la relación para evitar malos entendidos y reacciones de transferencia-contratransferencia dramáticas.

- Escucha activa: la escucha activa es atenta, centrada e intensa; es una escucha del otro y de uno mismo:
 1. Es atenta, porque el profesional está con los cinco sentidos.
 2. Es centrada, debido a que se vive el aquí y ahora del momento.
 3. El profesional debe conectarse con sus emociones y tomar conciencia de lo que le dice el paciente.
- Facilitación: es favorecer la comunicación, esperar, tener paciencia, es también hacerle un espacio al otro (al doliente) y darle “permiso” con nuestra actitud y ese clima “seguro” que hemos creado, para que cuente lo que se le ocurra o exprese sus emociones más profundas. La tristeza, culpa, miedo, amor y alegría, serán partos más o menos fáciles, solo hay que estar y no interrumpir; mientras que la rabia siempre será un parto difícil. Son técnicas facilitadoras de la comunicación: preguntas abiertas, baja reactividad, miradas, silencios, ecos, asentimientos, hacer resúmenes para resituar mentalmente al doliente.
- Informar: Informar al doliente es:
 1. Explicarle lo que hoy define la psicología occidental como el constructo duelo, pero siempre volviendo a insistir que lo suyo es “único” y que tiene permiso para sentir lo que quiera y cuando quiera.
 2. Aclararle que la evolución teórica del proceso es hacia el ajuste, que todos los seres vivos se adaptan instintivamente a las nuevas situaciones
 3. Orientarle sobre las dudas más habituales: “¿Es bueno ir al cementerio?, ¿y llorar...?, ¿y hablar siempre del muerto?, ¿por qué ahora no me fío de

nada ni de nadie, y por qué me parece todo distinto?, ¿por qué ahora tengo más miedo de morirme y a la vez quiero morirme?.

- Normalizar: es asegurarle al doliente que lo que siente, piensa, hace es totalmente normal y lo natural en su situación. Esto valida sus reacciones y sentimientos, los legitima, confirma, desculpabiliza y además puede seguir sintiéndolos. Cuando normalizamos es mejor tomarnos tiempo y tener en cuenta la cadencia del encuentro; controlando nuestra reactividad, dejando transcurrir un tiempo entre el estímulo del doliente y la respuesta. Normalizar especialmente, que no se quiera olvidar, ni dejar de llorar que se continúe hablando con él o que se refiera a él en presente.
- Orientar: es guiar, sugerir, aconsejar... o incluso prescribir mediante instrucciones concretas determinadas conductas o rituales, y a veces lo contrario; por ejemplo, disuadir de una decisión precipitada, “quiero vender este piso, creo que aquí no puedo vivir, son muchos recuerdos, entro en casa y es como una losa que se me viene encima”. Como orientación general, desanimamos de la toma de decisiones importantes durante el primer año, pero a la vez se fomenta la toma independiente de decisiones menores. También se puede asesorar en la reorganización familiar, explicando que la pérdida de uno de los componentes de la familia lo trastoca todo,... interacciones, roles, espacios, normas, autoridad, poder, economía, todo se tiene que renegociar y reconstituir.

Worden describe una serie de tareas necesarias para superar el impacto de la pérdida, restablecer el equilibrio y así completar el proceso de duelo³⁴. Estas tareas no siguen necesariamente un orden concreto pero su naturaleza sí sugiere un criterio de lógica. Así, no es posible trabajar el impacto emocional de la pérdida si no se ha aceptado la realidad de dicha pérdida. Otra cuestión es el hecho de que el duelo no es un estado sino un proceso por lo que el doliente no puede esperar que vayan pasando los días y se elabore el duelo solo, sin trabajo, sino que tendrá que esforzarse para realizar cada tarea y así superar la aflicción. Por eso es por lo que si no se completan todas y cada una de las tareas, aunque el doliente no lo crea, no se habrá resuelto el duelo y desembocará en un duelo incompleto o complicado. Las tareas a las que Worden se refiere son las siguientes:

Tarea 1. Aceptar la realidad de la pérdida: Al enfrentar la pérdida, incluso cuando ésta es anunciada como en el caso del paciente oncológico, hay siempre un primer momento de shock y negación de la misma, una sensación de que eso “no ha pasado” o que ha sido un mal sueño por lo que la primera tarea de afrontamiento del duelo es entender la muerte del otro, aceptar que no va a volver para poder

34. WORDEN, W. El tratamiento del duelo: asesoramiento psicológico y terapia. Barcelona: Paidós, 1997.

reconocer la pérdida. Muestra de esta resistencia a aceptar lo evidente es la impresión de “ver al otro” en algún lugar, una calle, una cafetería, etc., para comprobar luego que se ha equivocado, que esa persona no va a volver. La negación de la pérdida es un mecanismo de protección que se pone en evidencia, bien negando la realidad de la pérdida, bien, su significado o su irreversibilidad. Hablar sobre la pérdida ayuda a realizar esta tarea que no es sólo intelectual sino, sobre todo, emocional. La persona que atiende al doliente para facilitar el proceso puede preguntar sobre la forma en que sucedió la muerte, qué pensó, cómo se sintió, qué hizo, si estuvo en ese momento, etc. También sobre si participó en los ritos funerarios, o si continúa visitando la tumba de la persona fallecida.

Tarea 2. Trabajar las emociones y el dolor de la pérdida: la pérdida del ser querido despierta sentimientos de dolor, pena, sufrimiento, rabia, culpa e indefensión que el doliente puede querer posponer para más adelante con la intención de protegerse. Pero aunque en un principio pueda parecer inofensiva esta estrategia de protección, el hecho de evitar o ignorar ciertas emociones puede perjudicar en un futuro a la persona afligida, prolongando el curso del duelo. Por tanto, se trata de sentir, identificar y aceptar las reacciones emocionales ante la pérdida para poder afrontarla.

Pero algunas personas que experimentan duelos se encuentran aisladas. Los allegados a menudo no están a gusto frente a las emociones del doliente (sobre todo la tristeza y la rabia), se sienten impotentes y prefieren evitar encontrarse a la persona y hablar sobre lo que está viviendo. Sin embargo, las personas que están pasando por un duelo tienen necesidad de hablar y tener personas a su alrededor que les den apoyo y consuelo. Por ello es necesario que el profesional favorezca la expresión de los afectos del duelo.

Uno de los aspectos más importantes y eficaces en este proceso es poder expresar las emociones con alguien que comprenda al doliente y le ofrezca su apoyo; de esta manera se pueden prevenir intentos de negación del sufrimiento, donde el doliente se va a resistir a sentir dolor (evitando pensamientos dolorosos del fallecido, cosas que le recuerdan a él, consumiendo alcohol o medicamentos, etc.).

Dentro de las emociones asociadas al duelo, la tristeza es la más común y más aceptada socialmente; sin embargo, llorar es necesario pero no suficiente, el paso siguiente en esta tarea es que el doliente se pregunte por el significado de sus lágrimas, significado que irá cambiando a lo largo del proceso de duelo pero que aliviará a la persona porque entenderá el motivo de sentirse de esa manera. Otra emoción muy frecuente en el duelo es la rabia. La rabia puede ir dirigida al fallecido, por haberse ido o haber abandonado a la familia; a otras personas significativas implicadas en la pérdida, como son el personal sanitario, familiares o amigos; o contra sí mismo en forma de culpa o reproches por lo que hizo o lo que no llegó a hacer, etc. En este sentido es importante explorar las ideas y/o intentos de suicidio y la motivación para ello (deseos de reunirse con el fallecido, deseos de no querer continuar en este mundo, etc.) para adoptar las medidas necesarias si fuera preciso.

Tarea 3. Adaptarse a un medio en el que el fallecido está ausente: esta tarea supone aprender a desenvolverse en una nueva vida, donde se renuncia a los vínculos que unían a doliente y fallecido para construir un nuevo mundo sin olvidar el antiguo, en el que se desarrollen nuevas habilidades y asuman nuevas tareas que conduzcan al superviviente a tener una vida plena.

Con esta tarea se ayuda a la persona afligida a enfrentarse a los problemas prácticos de la vida y a tomar decisiones sin el fallecido; en definitiva, a asumir las exigencias del medio. El esfuerzo que esta tarea va a requerir es muy variable en función de la relación del doliente con la persona fallecida y los papeles que ésta desempeñaba. Así, cuando la persona fallecida es la principal fuente de apoyo emocional, consejo, compañía, ingresos o responsable de la organización del hogar y el doliente lo considera imprescindible para “vivir y ser feliz”, sobrevivirle supone niveles de ansiedad, dolor y desesperanza muy grandes, ya que los recursos del superviviente se ven reducidos mientras que sus necesidades siguen siendo las mismas pudiendo sentirse frustrado para satisfacer incluso las más básicas. Cuando esto ocurre, la persona se cuestiona la eficacia de sus conductas, el control que tiene sobre su vida y aumenta la sensación de baja autoestima.

En otras ocasiones el doliente siente la necesidad de hacer grandes cambios en su vida para poder reajustarse (cambiar de vivienda, ciudad o pareja); bajo estas circunstancias es aconsejable ser precavidos y no anticipar decisiones irreversibles o de difícil resolución. Cuando sea posible es mejor posponer ciertas decisiones para un momento en que la persona esté más capacitada para pensar no sólo en el alivio inmediato del sufrimiento sino en las consecuencias que pueda tener el tomar determinadas decisiones.

Tarea 4. Recolocar emocionalmente al fallecido y continuar viviendo: el objetivo de esta tarea es amar de nuevo, retirar la energía emocional del fallecido y reinvertirla en otras relaciones para sentir afecto pleno por los demás y ser capaz de preocuparse por ellos. Esta última tarea supone situar al ser querido en un lugar especial dentro del mundo interior del doliente de forma que el recuerdo de la persona perdida se pueda activar sin exceso de emocionabilidad, de manera que facilite al doliente sentir interés por otras personas o cosas. Por tanto, no significa olvidar ni sustituir al fallecido; de hecho plantearse esa alternativa puede suponer un rechazo total del doliente a finalizar el duelo, ya que puede dar lugar a despertar sentimientos de traición o desengaño por creer que el vínculo que existía entre el deudo y el fallecido no era lo suficientemente fuerte.

Esta recolocación tampoco debe confundirse con el ansia de algunos deudos de ocupar rápidamente el vacío que ha dejado el fallecido ya que esto no es más que un intento de evitar el dolor que genera la pérdida y sería una defensa que impediría completar la tarea.

El duelo termina sólo cuando estas tareas han finalizado y no antes, siendo un buen indicador de que el duelo se ha completado hablar de la persona fallecida sin dolor y de forma sosegada. En estas condiciones es muy difícil estimar la duración de un duelo normal aunque dos años suele ser el periodo más aceptado por la comunidad científica. No hay que olvidar que hay personas que nunca lo completan, reapareciendo el dolor y el sufrimiento por la persona querida a lo largo de su vida³⁵.

4.8. DESMEDICALIZAR EL DUELO:

Este es un concepto implementado a partir de la década anterior. Ortiz y de la Mata en el 2004, hablaron al respecto lo siguiente: “En las últimas décadas, situaciones de la vida cotidiana que crean tristeza o malestar han sido consideradas, en gran medida, como objetivo terapéutico tanto por el Sistema sanitario como por sus profesionales y por la ciudadanía. Esta premisa ha llevado a confundir sentimientos humanos (frustración, pérdida, ira, soledad, etc.) con enfermedades y a tratarlos como tales, cuando en realidad lo que precisaban eran actuaciones informativas, de apoyo afectivo o consejo que permitiesen a las personas afrontar el dolor o malestar con sus mejores recursos personales”.

En Colombia, la Psiquiatra Martha Ligia Caycedo Bustos; docente de la Universidad Católica, respecto a este tema afirma lo siguiente: “Con mucha frecuencia el personal sanitario atiende episodios de duelo, estas consultas se presentan como una oportunidad para prevenir una evolución inadecuada del duelo. Por ello, resulta oportuno que el personal de la Salud tenga una concepción biopsicosocial del duelo que les permita, en caso necesario, iniciar intervenciones específicas, más allá del apoyo social inespecífico. Esta concepción englobaría las siguientes perspectivas: 1) psicológica: que asume la inevitabilidad del duelo y distintas formas de reaccionar en su vivencia, 2) psicosocial: que contempla las distintas transiciones y el tiempo que puede conllevar la adaptación a la pérdida, 3) etiológico-antropológica: el duelo conduce a una reconstrucción del mundo interno y 4) biológica: que revisa las respuestas fisiológicas, emocionales y alteración de ritmos ligadas al duelo³⁶”.

Los rasgos que conforman la cultura individual, familiar y de relación social, han de tenerse presentes para individualizar la actitud, en su caso terapéutica. Estos factores pueden constituirse en elementos protectores o de riesgo. El escenario de relación con cada paciente nos permite detectarlos, facilitando el abordaje del duelo posterior.

35. WORDEN, W. El tratamiento del duelo: asesoramiento psicológico y terapia. Barcelona: Paidós, 1997.

36. CAYCEDO, Marha. La muerte en la cultura occidental: antropología de la muerte. 2007. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcp/v36n2/v36n2a12.pdf>

Currier, Holland y Neimeyer en el 2010, realizaron una investigación buscando determinar la utilidad de la intervención psicoterapéutica vs la farmacológica; incluyeron un total de 11 estudios para una muestra de 1113 personas. Se encontró que quienes recibieron la terapia cognitivo-conductual (TCC) obtuvieron mejores resultados a corto y largo plazo. Cabe destacar que intervenciones no basadas en TCC, obtuvieron mejores resultados a corto plazo; pero estos resultados desaparecieron a largo plazo³⁷.

Forte y colaboradores en el 2004 revisaron un total de 74 estudios. De ahí concluyeron que el tratamiento farmacológico en depresión asociada al duelo se muestra eficaz, pero que no hay unos patrones consistentes de tratamiento que disminuyan el duelo en sí³⁸.

Por otra parte, en 1999, Allumbaugh y Hoyt, revisaron un total de 35 estudios realizados en una muestra de 2284 sujetos, donde concluyeron que las intervenciones en duelo dirigidas a personas que por sí mismas decidían pedir ayuda profesional y las que comenzaron unos pocos meses después de la pérdida, son las que obtenían mejores resultados³⁹.

En la Guía para profesionales de la salud ante situaciones de duelo, elaborada por el servicio de salud de Andalucía (España), después de la revisión bibliográfica concluye:

- Un duelo no es una enfermedad sino un proceso de elaboración de una pérdida (Dollenz, 2003).
- El proceso de duelo no se puede encuadrar como algo controlado, ni puede forzarse a que sea de una manera determinada (Fundación Carolina Labra Riquelme, 2007).
- Un grupo de dolientes requerirán de los servicios sanitarios, precisando desde actuaciones puntuales (en una única sesión) a una atención más

37. CURRIER, JM. HOLLAND, JM. NIEMEYER, RA. ¿Ayudan las intervenciones basadas en la terapia conductual a aliviar la angustia tras el duelo? Una revisión de la evidencia actual. 2010. Disponible en <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmedhealth/PMH0031114/>

38. FORTE L. HILL M, PAZDER R, FEUDTNER C. Bereavement care interventions: a systematic review. BMC Palliative Care, 2004. Disponible en: <http://bmc-palliative-care.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-684X-3-3>

39. ALLUMBAUGH, DL; Hoyt, WT. Eficacia de la terapia de dolor: Un meta-análisis. Revista de Psicología de asesoramiento, Vol 46 (3), Jul 1999

continuada (seguimiento) y con una estructura temporal (Landa y García, 2007).

- Es primordial tener herramientas para identificar claramente y de forma precoz, un duelo con riesgo de convertirse en patológico (Schut y Stroebe, 2006)⁴⁰.

4.9. REPERCUSIONES DEL DUELO EN EL BIENESTAR Y EL RENDIMIENTO ACADÉMICO, DE ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS:

La muerte y la consiguiente pérdida de un ser querido es uno de los acontecimientos más impactantes que se produce en la vida de una persona convirtiéndose, en algunos casos, en una de las principales fuentes de estrés y malestar en la salud. Diferentes estudios han demostrado que una de las principales causas de deserción y bajo rendimiento académico son las motivaciones de tipo personal, los sentimientos y emociones que viva el estudiante van a influir en la culminación de sus estudios y el buen rendimiento.

Las dificultades emocionales y de la conducta que pueden padecer la mayoría de universitarios que han sufrido la pérdida de un ser querido, constituyen un serio problema tanto para la educación como para la salud mental de los estudiantes y familiares, al no lograrse un rendimiento acorde con sus esfuerzos y expectativas. La duración, la frecuencia y la intensidad con que ocurre la conducta son algunos de los elementos que permiten concluir que el alumno presenta un problema. Al afrontar la pérdida de un ser querido cada estudiante presenta características cognitivo-afectivas y conductuales distintas, es por eso que las instituciones deben plantear estrategias que permitan mantener el rendimiento cuando se está viviendo un duelo.

Bronfenbrenner⁴¹, diseñó y elaboró una teoría dentro de la cual describe que los ambientes naturales constituyen la principal fuente de influencia sobre la conducta humana. Y, por lo tanto, sobre el desarrollo psicológico de las personas. En éste orden de ideas, señala que se puede delimitar cómo será el desarrollo del duelo según las actitudes, valores y nivel de vida de las familias; estudiando las características socioeconómicas del entorno en el que viven: cuanto más bajas son las posibilidades económicas, mayores probabilidades hay de que los padres

40. STROEBE MS , FOLKMAN S , HANSSON RO , SCHUT H . La predicción de los resultados de duelo: el desarrollo de un marco integrador factor de riesgo. 2006. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16875769>

41. BRONFENBRENNER, U. The Ecology of Human Development. Cambridge, Harvard University Press. 1979. Disponible en: <http://www.hup.harvard.edu/catalog.php?isbn=9780674224575&content=reviews>

mantengan relaciones volubles e inestables entre sí, muestren desinterés por las tareas académicas, no valoren las actividades culturales y escolares y, como consecuencia, no estimulen, motiven ni ayuden adecuadamente al alumno que, con frecuencia, verá disminuido su rendimiento. Por el contrario, en entornos de mayor nivel socioeconómico se observa un mayor interés de los padres, asesoramiento en las tareas, mayor colaboración con el centro y entrevistas más frecuentes con los profesores, lo que pone al alumno en situación de desenvolverse académicamente.

Muris y colaboradores (2001), en un estudio realizado en estudiantes universitarios que cursaban con un duelo de menos de un año, encontraron que los trastornos emocionales más prevalentes eran depresión, ansiedad y niveles excesivos de preocupación, síntomas que aumentaban sus niveles progresivamente durante el desarrollo del mismo; el 30% exhibía niveles subclínicos de excesiva preocupación, preocupación o temor por posibles amenazas a su integridad y bienestar, lo que termina convirtiéndolos en personas agresivas, en muchas ocasiones sin percibirlo.

Jadue Gladys, afirma: “muchos universitarios en duelo presentan bajo rendimiento, perturbaciones conductuales y emocionales. Muchos de ellos no reciben la ayuda profesional que necesitan ni dentro ni fuera del ámbito escolar. Estos problemas de rendimiento, de conducta y emocionales cuando no son tratados, no sólo provocan problemas en el aprendizaje de estos estudiantes, sino además afectan la capacidad de los profesores para enseñar y la de sus compañeros para aprender, lo que hace sentir a muchos maestros sobrepasados por las alteraciones emocionales y conductuales que estos alumnos presentan en clases⁴²”.

En un estudio realizado en el año 2007, en la Facultad de Psicología de la Universidad de Barcelona, se llevó a cabo un análisis de las vivencias de un grupo de 324 estudiantes que sufrieron la pérdida de un ser querido dos años atrás, la discusión de algunos de los resultados es la siguiente: “Aquellos dolientes de las personas que fallecieron por muerte natural no presentaron afección en su salud. El 80% de la muestra afirmó que era necesario estar solos, para poder sentir sin distracciones, aunque en un tiempo prudente. En cuanto a la duración temporal del proceso de duelo, el 67,1% de los universitarios mantienen que este se puede considerar terminado cuando el doliente reorganiza su vida. El 81,3% de los estudiantes hombres desarrolló el proceso de duelo de una manera más racional (sin somatizarlo), en algunos casos se presentó cefalea; en las mujeres este proceso se da con un alto componente emocional manifestándose con llanto, anhedonia, anorexia⁴³”.

42. GLADYS, Jadue. Factores psicológicos que predisponen al bajo rendimiento, al fracaso y a la deserción escolar. Universidad Austral de Chile. 2002. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-07052002000100012

43. AMURRIO, Luis. LIMONERO, Joaquín. El concepto de duelo en estudiantes universitarios. Universidad Autónoma de Barcelona. 2007. Disponible en:

Ruiz de Miguel y colaboradores, en su estudio encontraron lo siguiente: “Un aspecto que conviene señalar, por el aumento de su incidencia en los últimos años, así como por la relación que tiene con el desarrollo adecuado del duelo, es una modificación de la estructura familiar tradicional, la provocada por el divorcio de los padres. Es frecuente encontrar en alumnos procedentes de familias rotas crisis de ansiedad, trastornos psicosomáticos, déficits en el rendimiento escolar, y depresión; dichos problemas que afectan al rendimiento escolar del alumno en esta situación se dejan ver antes incluso del desenlace del acontecimiento. En un estado pre-divorcio pueden darse en la familia episodios de crisis económica, alcohol y droga, abuso físicos, psíquicos y emocionales, conflictos interpersonales entre los miembros que crean un ambiente familiar pobre y disfuncional para los niños que viven en él, reflejando su malestar en la bajada del nivel de rendimiento escolar, como posible reclamo de la atención que sus padres parecen haber desviado hacia otros aspectos. Entre las causas del bajo rendimiento de los alumnos que se enfrentan a una situación de divorcio en sus padres, podemos encontrar que la disminución del nivel de vida que con frecuencia sigue al divorcio suele traer consigo consecuencias negativas para el alumno: descenso del nivel de vida, escasez de bienes y servicios educativos; posibilidad de trasladarse a otro vecindario económicamente más bajo⁴⁴”.

5. UNIVERSIDAD DEL CAUCA. PROGRAMA DE ENFERMERÍA

La Universidad del Cauca fue creada en Popayán como Universidad Departamental del Tercer Distrito mediante decreto del 24 de abril de 1827, decreto firmado por el General Francisco de Paula Santander. El Programa de Enfermería hace parte de los programas que se ofrecen en la Facultad de Ciencias de la Salud y fue creado mediante el Acuerdo N° 10 del 26 de febrero de 1970, emitido por el Consejo Superior de la Universidad del Cauca.

El Programa fue Acreditado a través de los siguientes actos administrativos: Registro Calificado No. 10573 de Diciembre de 2009 y 2409 de 10 de febrero de 2016.

El Ministerio de Educación Nacional otorgó la acreditación institucional de alta calidad, por el término de seis años, a la Universidad del Cauca, mediante Resolución número 3218 del 05 de abril de 2013. Fue merecedor del

https://www.researchgate.net/publication/236934903_El_concepto_de_duelo_en_e_estudiantes_universitarios_Grief_concept_in_university_students

44. RUIZ, De Miguel. Factores familiares asociados al bajo rendimiento. Universidad Complutense. 2011. Disponible en: <https://revistas.ucm.es/index.php/RCED/article/download/RCED0101120081A/168>

Reconocimiento Luis López de Meza, emanado de la Presidencia de la República el 4 de Diciembre de 2004.

El Programa de Enfermería de la Universidad del Cauca se orienta hacia la formación de un profesional capaz de cumplir con cuatro deberes fundamentales: promover la salud, prevenir la enfermedad, restaurar la salud y aliviar el sufrimiento.

5.1. OBJETIVO GENERAL DEL PROGRAMA

Formar integralmente profesionales de Enfermería de pre grado y post grado con una visión humanística y una concepción de cuidado integral, que permita al educando interactuar ante las necesidades de salud de la población, respetar el contexto cultural y transformar las condiciones de vida de los individuos familias y colectivos.

5.2. MISIÓN

El Departamento de Enfermería es una Unidad académica comprometida con los avances científicos tecnológicos, políticos y sociales de la región y del país en concordancia con la Misión de la Universidad.

Responde a las necesidades de educación superior de la población joven y adulta, mediante la formación integral de profesionales de Enfermería de pregrado y post grado. Enfatiza en el respeto a la vida, dignidad, solidaridad, responsabilidad y derechos de los seres humanos; así como en el desarrollo disciplinar, proyección social, y aptitudes cognitivas, investigativas y comunicativas.

Su práctica se fundamenta en una visión humanística y una concepción de cuidado integral que permite al educando interactuar ante las necesidades de salud de la población, respetar el contexto cultural y transformar las condiciones de vida de los individuos, familias, colectivos y servicios de salud.

5.3. VISIÓN

El Departamento de Enfermería de la Facultad Ciencias de la Salud de la Universidad del Cauca, se proyecta como centro formador de profesionales integrales e íntegros, con programas académicos en Pre grado y Post grado, pertinentes y de calidad. Capaz de generar y difundir conocimientos en el área disciplinar, enfatizando en la solución de problemas en salud a fin de lograr una

posición de reconocido prestigio en el ámbito nacional e internacional, por sus resultados y contribuciones.

5.4 DIVISIÓN DE SALUD INTEGRAL

La División de Salud Integral contribuye en la formación de una Comunidad Universitaria Gestora del Auto Cuidado mediante el ofrecimiento de servicios asistenciales de promoción y prevención en salud, socioeconómicos entre otros que fortalecen los hábitos y estilos de vida saludables, vistos desde un enfoque biopsicosocial.

Los servicios que presta la División de Salud Integral de la Universidad del Cauca son: Medicina General, Monitorias Administrativas, Odontología., Programa de Infecciones de Transmisión Sexual, Programa de Intervención Psicosocial en la Prevención de la Deserción, Programa de Salud Mental, Programa de Orientación Profesional, Programa de Residencias Universitarias, Programa de Salud Sexual y Reproductiva, Programa Oreja de Van Gogh, Psiquiatría, Psicología Supervisión a los contratos de las cafeterías, Trabajo Social.

Para el primer periodo académico del año 2017 los estudiantes matriculados en el programa de Enfermería son 359 en total, representados por semestre en la siguiente tabla.

Semestre	Número de estudiantes matriculados
I	45
II	45
III	48
IV	33
V	30
VI	30
VII	45
VIII	30
IX	23
X	40
Total	359

Fuente: Realización propia, con datos del Programa de Enfermería, Universidad del Cauca

En el estudio realizado por Bolaños, Coral y Solarte en el año 2014, se encontró que en cuanto a la incidencia de deserción en el programa de Enfermería se muestra una tendencia a disminuir, comparando un año de registros de la

Universidad con un año de registros a nivel nacional⁴⁵. Este estudio demostró que son los hombres los que más desertan. Adicionalmente, el 94,4% de los estudiantes que desertaron lo hicieron tempranamente, es decir, en la primera mitad de la carrera, de estos 77,8% lo hicieron en los primeros tres semestres mientras estaban cursando materias básicas como Biología Celular y Bioquímica; Morfología y Fisiología General y de Sistemas, siendo la principal causa de deserción el bajo rendimiento académico.

En los últimos semestres, la deserción disminuye debido a que abandonar los estudios puede representar un costo de oportunidad muy alto en términos del conjunto de inversiones que el estudiante ha realizado hasta el momento, esto justifica el hecho de que no se encontrara ningún caso de deserción.

45. BOLAÑOS, Marcela. CORAL, Milena. SOLARTE, Jeison. Factores que podrían influir en la deserción en el programa de Enfermería, U. del Cauca. Universidad del Cauca. 2014.

6. METODOLOGÍA

6.1 TIPO DE ESTUDIO:

Estudio cuantitativo, descriptivo, retrospectivo de corte transversal; con variables cuantitativas y cualitativas.

6.2. GRUPO DE ESTUDIO Y MUESTRA:

La población estudiantil del programa de enfermería de la UNIVERSIDAD DEL CAUCA, con matrícula vigente durante el primer periodo académico del año 2017, está constituida por 359 estudiantes.

Se realizó una indagación preliminar a través de los coordinadores de los diez semestres, con el fin de conocer cuantos y cuales estudiantes estaban en proceso de duelo. De esa indagación resultaron 27 estudiantes; aplicando los criterios de inclusión y exclusión establecidos para la presente investigación, se conformó una población de 25 estudiantes, los cuales se constituyeron en el universo de la investigación.

6.3. CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN:

Criterios de inclusión: fueron incluidos en la investigación aquellos estudiantes que cumplieron con las siguientes condiciones.

- Estudiantes con matrícula vigente al programa de Enfermería I periodo 2017.
- Estudiante que haya sufrido la pérdida de un ser querido en los últimos 5 años.
- Que la pérdida sea de seres queridos cercanos tales como: familiares, parejas, y amigos,

Criterios de exclusión:

- Que el Estudiante que se retire del programa antes de recoger la información.

6.4. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES:

Variable dependiente:

- Duelo en estudiantes del programa de Enfermería

Variables independientes:

- Factores sociodemográficos de los estudiantes
- Elementos favorecedores o no, de la resolución del duelo
- Tipos de duelo
- Riesgo de desarrollar duelo complicado

6.5. INSTRUMENTOS PARA LA VALORACION DE TIPOS DE DUELO:

Se utilizaron tres instrumentos en total, para la recolección de la información. Instrumento 1, elaborado por los investigadores; instrumento 2, el Inventario de Texas revisado del Duelo; y un instrumento 3; el Inventario de Duelo Complicado. **(Anexos 1, 2 y 3, respectivamente)**. La información será recolectada por los investigadores, a través de la aplicación individual de cada uno de los instrumentos a las informantes y la realización de una entrevista.

El instrumento 1 midió dos variables, a saber: (variable 1), Factores sociodemográficos y Elementos favorecedores o no de la evolución del duelo. En los factores socio demográficos se indagará sobre: sexo biológico, edad, semestre que cursa actualmente, estrato socio-económico, etnia, religión, procedencia, hijos; dichos indicadores se operacionalizaran con un total de 10 preguntas. La variable dos consta de estos indicadores: tipo de actividades acostumbra a realizar en un día de descanso, con quién vive, la relación con su familia, ayuda de familiares o amigos, ayuda en la universidad, grupo de apoyo, uso de los servicios de la División de Salud Integral, enfermedad, terapia profesional, antecedentes de enfermedad mental, tiempo que ha transcurrido desde la muerte; para este caso se operacionalizaran con un total de 30 preguntas.

El Instrumento 2, El Inventario de Texas Revisado del Duelo (ITRD): tiene 21 ítems con 5 categorías de respuesta tipo Likert desde «completamente verdadera» (5 puntos) hasta «completamente falso» (1 punto), es autoadministrado y se contesta aproximadamente en 10 min. Para su evaluación se suman las puntuaciones de cada ítem y se calculan los totales de cada una de las 2 partes del cuestionario: la parte I, de 8 ítems y 40 de puntuación máxima, que explora la conducta y los sentimientos del doliente en los momentos inmediatos al fallecimiento; y la parte II,

de 13 ítems y 65 de puntuación máxima, que explora los sentimientos actuales del doliente en relación con el fallecido. Este es un instrumento que se encuentra libre en la red.

El Instrumento 3, El Inventario de Duelo Complicado (IDC): fue elaborado por Prigerson con la finalidad de ofrecer una medida lo más objetiva posible que permitiera diferenciar entre duelo normal y patológico. Tiene 19 ítems con cinco categorías de respuesta (tipo Likert): “nunca”, “raramente”, “algunas veces”, “a menudo” y “siempre”, que valoran la frecuencia del síntoma explorado (emocional, cognitivo o conductual) y cuya puntuación va desde 0 para “nunca” hasta 4 para “siempre”. Para su evaluación se suman los puntos de cada ítem. De esta manera, las posibles puntuaciones totales fluctúan entre 0 y 76, correspondiendo las puntuaciones más altas a una mayor probabilidad de padecer duelo complicado. Ofrece una medida lo más objetiva posible porque permite, diferenciar entre duelo normal y patológico, valorando la frecuencia de síntomas emocionales, cognitivos o El IDC es un cuestionario auto-administrado y se puede responder en un tiempo de 10 minutos aproximadamente.

El grupo de investigación en estrés y salud de la facultad de psicología en la Universidad Autónoma de Barcelona, realizó una adaptación al castellano del IDC. Los resultados obtenidos muestran que el IDC adaptado al castellano presenta adecuadas propiedades psicométricas, similares a la versión original. Es un instrumento sencillo que permitirá distinguir las reacciones normales de duelo de las complicadas, lo que facilitará, en gran medida, la planificación de las intervenciones de las personas que se encuentren en duelo.

Para la utilización de este instrumento en nuestra investigación, nos comunicamos vía correo electrónico con uno de los autores de la traducción al castellano, con el fin de conseguir el permiso para poder utilizar su instrumento, el cual fue positivo. **(Ver anexo 4)**

6.6. PROCESO DE VALIDACIÓN:

El instrumento No. 1, se validó a través de expertos y una población similar a la población de los informantes. Se incluyó en el instrumento final las observaciones y opiniones realizadas por ellos.

6.7. ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE LA INFORMACIÓN:

Nuestros resultados se procesarán de manera manual y en el software estadístico SPSS.

6.8. CONTROL DE SESGOS

Durante el desarrollo de la investigación, se puede encontrar sesgos de selección, clasificación o confusión. Para efectos del control del sesgo de selección, se han establecido criterios de inclusión y exclusión, para que conforme a las necesidades del estudio, sea posible escoger un universo adecuado, y así sea posible la extrapolación de los resultados de la investigación.

Además, se realizará una prueba piloto para valorar el beneficio del instrumento propio y la efectividad de su aplicación dentro del estudio. Para el manejo del sesgo de clasificación, se ha diseñado un instrumento que facilitará la recolección de datos, y que será diligenciado por los mismos investigadores de manera inmediata durante su aplicación, para evitar cualquier pérdida de la información. Adicionalmente, se hará uso de tres instrumentos; el primero creado por los investigadores para el cumplimiento de los objetivos planteados en nuestra investigación, el segundo; para el establecimiento del tipo de duelo, y el tercero, clasificará la fase de duelo.

Con el objetivo de controlar el sesgo de confusión, se ha definido una variable dependiente, y un grupo de variables independientes, dentro de las cuales ninguna fue identificada como variable potencial de confusión.

7. CONSIDERACIONES ÉTICAS:

Teniendo en cuenta el bloque de constitucionalidad y los tratados internacionales ratificados por Colombia donde se consagran los principios éticos y orientaciones para la protección de los sujetos humanos de investigación biomédica y del comportamiento, contenidos en la declaración de Helsinki de 1994 y el informe Belmont de 1979; y conforme a la Ley 911 del 2004, por la cual se dictan disposiciones en materia de responsabilidad deontológica para el ejercicio de la profesión de enfermería en Colombia, en cuyo capítulo I se establecen los principios y valores éticos que orientan su ejercicio; la Resolución n° 008430 de 1993 del Ministerio de Salud y Protección Social, por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud; y la Ley 23 de 1982, por la cual se regulan los derechos de autor y la propiedad intelectual; el desarrollo del presente trabajo de investigación busca garantizar la preservación de los principios éticos de Respeto por las personas, Beneficencia, y Justicia, además cuenta con un buen sustento en cuanto a su valor social.

Valor social de la investigación: es reconocer los estudiantes que tienen duelo con el fin de hacer propuestas universitarias que se integren a la atención de salud integral de los universitarios. Al reconocer a los estudiantes en duelo se formularán unas políticas que van a ayudar a estos estudiantes a desarrollar duelos saludables.

Principio de Respeto por las personas: donde se incluye la consideración ética fundamental de la autonomía, por la cual se respetará la capacidad de autodeterminación de quienes cumplan con los criterios de inclusión y sean sujetos de la investigación. La confidencialidad de los participantes, se garantizará durante toda la investigación utilizando nombres de flores al referirse a alguno de ellas.

A través del consentimiento informado (**Ver anexo 5**), se garantiza que los estudiantes participantes, ejerzan su autonomía, y que tomen una decisión libre y no forzada sobre hacer o no parte del estudio. Además, se proveerá información sobre el propósito y los principios éticos de la investigación, asegurando una debida comprensión y seguridad contra daño o abuso a todas las personas dependientes o vulnerables.

Principio de Beneficencia: el equipo investigador a cargo de la misma, protegerá los derechos y el bienestar de los estudiantes participantes en ella. Es nuestra obligación como equipo investigador protegerlas siempre, maximizando el beneficio y minimizando la posibilidad de sufrir un riesgo o un daño, como consecuencia inmediata o tardía del estudio.

Principio de Justicia: con el propósito de contribuir a la justicia social y no a nuevas desigualdades, se desarrollará el trabajo de investigación cumpliendo con las obligaciones éticas de tratar a cada persona de acuerdo con lo que se considera

moralmente correcto y apropiado, sin sacar provecho de su vulnerabilidad, y con el compromiso especial de proteger los derechos y el bienestar de las mujeres viudas víctimas del conflicto armado.

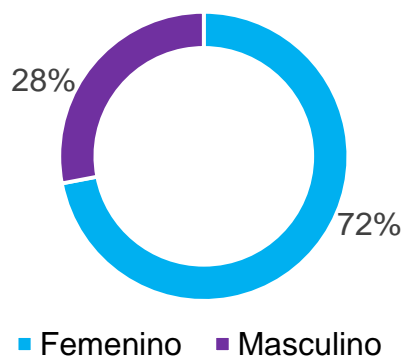
Adicionalmente, por la utilización de instrumentos de valoración diseñados por otros autores para el desarrollo del trabajo de investigación, se protegerán los derechos de autor y la propiedad intelectual, según la normatividad vigente.

8. RESULTADOS

Los resultados encontrados dentro de la investigación, se presentarán dentro de los acápite siguientes de ésta manera: aspectos socio-demográficos de los estudiantes en proceso de duelo, tipos de duelo, elementos favorecedores o no del desarrollo del duelo, y riesgo de desarrollar duelo complicado.

7.1. Sobre los aspectos socio-demográficos de los estudiantes en proceso de duelo De los estudiantes de enfermería que están elaborando un proceso de duelo el 72% es de género femenino y el 28% de género masculino (Ver Gráfica 1); con edades entre 18 a 25 años en un 88%, de 26 a 30 años en un 8%, y menores de 18 años el 4%; el 28% con matrícula académica vigente en la primera mitad de la carrera universitaria y el 72% en la segunda mitad; el 60% perteneciente a los estratos socioeconómicos 1 y 2, y el 40% perteneciente a los estratos 3 y 4; el 92% de etnia mestiza y el 2% indígena; el 56% procede de Popayán y el 44% de otros municipios (Ver Gráfica 2).

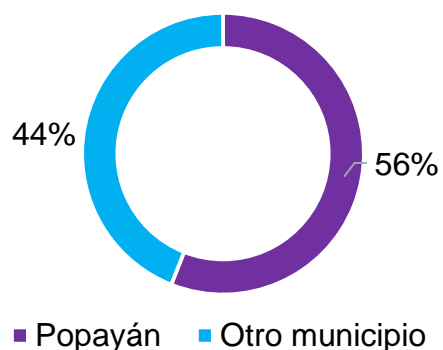
Gráfica 1. Distribución porcentual según sexo biológico, estudiantes programa de Enfermería, Popayán 2017.



Fuente de información: Duelo: repercusiones biopsicosociales y académicas estudiantes de enfermería, Popayán 2016 (DREE Universidad del Cauca, 2017)

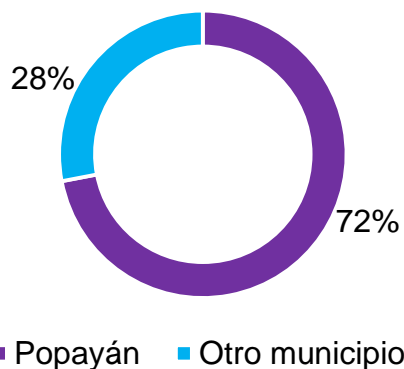
Respecto al lugar de residencia de la familia de los estudiantes, se encontró que el 72% corresponde a Popayán, y el 28% a otro municipio (Ver Gráfica 3); el 88% no tiene hijos y el 12% tiene un (1) hijo; el 88% afirmó pertenecer a alguna religión, de ellos el 82% católico y el 18% cristiano, el 12% no pertenece a ninguna religión; el 84% de quienes manifestaron pertenecer a alguna religión considera que sus prácticas o creencias religiosas le permitieron afrontar mejor el duelo y el 16% considera que no (Ver Tabla 1) (Ver Gráfica 4).

Gráfica 2. Distribución porcentual según el Municipio de procedencia, estudiantes programa de Enfermería, Popayán 2017.



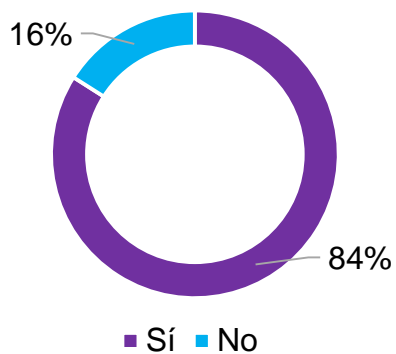
Fuente de información: DREE Universidad del Cauca, 2017

Gráfica 3. Distribución porcentual según el lugar de residencia de la familia, estudiantes programa de Enfermería, Popayán 2017.



Fuente de información: DREE Universidad del Cauca, 2017

Gráfica 4. Distribución porcentual según consideración de la religión como facilitadora del duelo, estudiantes programa de Enfermería, Popayán 2017.



Fuente de información: DREE Universidad del Cauca, 2017.

Tabla 1. Distribución porcentual de las características sociodemográficas de los estudiantes en proceso de duelo, programa de Enfermería, Popayán 2017.

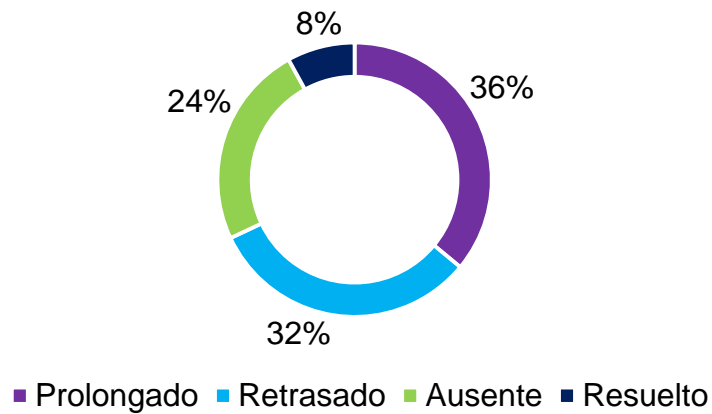
Variables		N° de personas	Porcentaje
Sexo biológico	Femenino	18	72%
	Masculino	7	28%
Edad	<18	1	4%
	18 - 25	22	88%
	26 - 30	2	8%
Semestre actual	Primera mitad de la carrera	7	28%
	Segunda mitad de la carrera	18	72%
	1	5	20%
Estrato	2	10	40%
	3	8	32%
	4	1	4%
	Mestizo	23	92%
Etnia	Indígena	2	8%
	Pertenece a una religión	Sí	22
Pertenencia religiosa	No	3	12%
	facilitadora de duelo	Si	21
Procedencia	No	4	16%
	Popayán	14	56%
	Otro	11	44%
Residencia actual de la familia	Popayán	18	72%
	Otro	7	28%
Hijos	Sí	3	12%
	No	22	88%
Personas con quienes vive	Familia	20	80%
	Pareja	2	8%
	Solo	3	12%
Relación familiar	Buena	22	88%
	Regular	2	8%

Fuente de información: DREE Universidad del Cauca, 2017

7.2. Tipos de duelo

Al aplicar a los participantes el Inventario de Texas Revisado de Duelo (ITRD), los tipos de duelo encontrados fueron: el 36% duelo prolongado, el 32% duelo retrasado, el 24% duelo ausente, y el 8% duelo resuelto (Ver Gráfica 5).

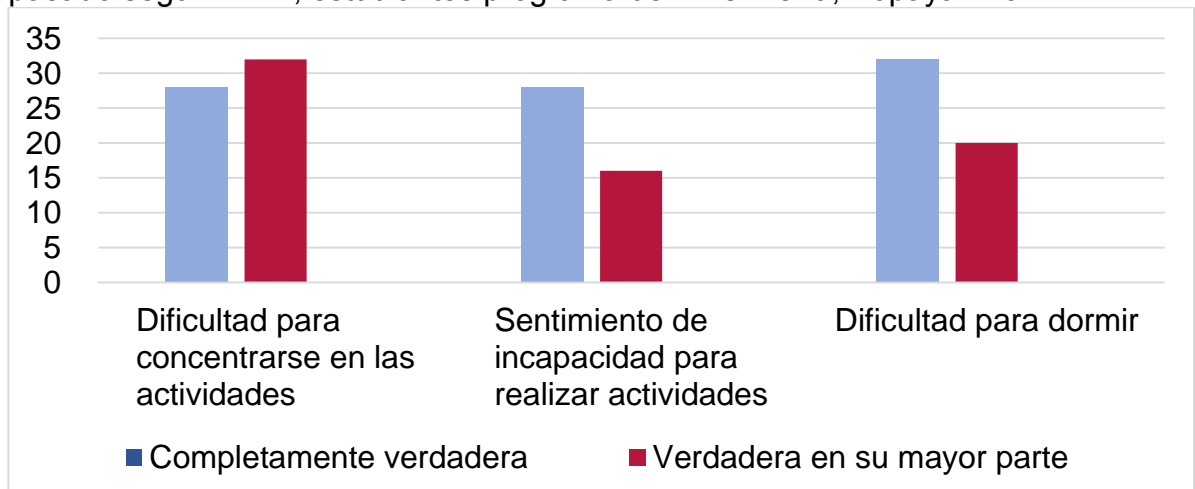
Gráfica 5. Representación porcentual según tipos de duelo, estudiantes programa de Enfermería, Popayán 2017.



Fuente de información: DREE Universidad del Cauca, 2017

Analizada la primera parte del Inventario de Texas Revisado de Duelo (ITRD) correspondiente a «Comportamientos en el Pasado», se identificó que los sentimientos que más se presentaron inmediatamente después de la pérdida fueron: “tras su muerte me costaba concentrarme en mis tareas”, afirmación completamente verdadera y verdadera en su mayor parte para el 28% y 32% respectivamente; también se identificaron con el siguiente sentimiento: “en los tres primeros meses después de su muerte me sentía incapaz de realizar mis actividades habituales”, completamente verdadero y verdadero en su mayor parte para el 28% y el 16%; y otro sentimiento que también se presentó con frecuencia fue el de: “tras su muerte me costaba trabajo dormir”, completamente verdadera para el 32% y verdadera en su mayor parte para el 20% (ver Gráfica 6).

Gráfica 6. Representación porcentual de los sentimientos más frecuentes en el pasado según ITRD, estudiantes programa de Enfermería, Popayán 2017.



Fuente de información: DREE Universidad del Cauca, 2017

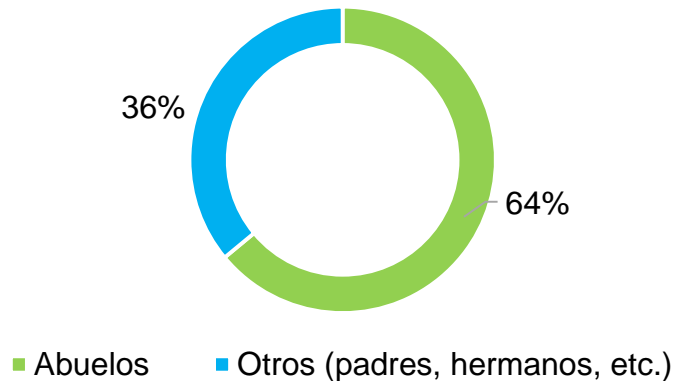
7.3. Sobre los elementos favorecedores o no del desarrollo del duelo

En éste acápite, se van a tratar aquellos elementos que influyen en la resolución del duelo, tales como los relacionados con la persona fallecida, con la salud de los estudiantes y con redes de apoyo y terapia.

7.3.1. Relacionados con la persona fallecida

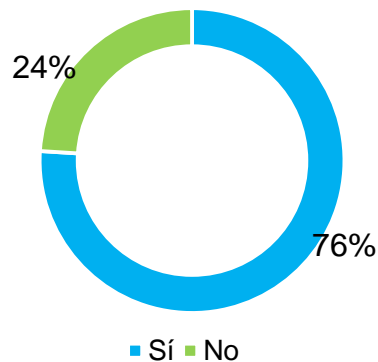
Con respecto a los elementos favorecedores o no de la resolución del duelo, se encontró que el parentesco entre la persona fallecida y los estudiantes era de abuelos el 64%, y el 36% padres, hijos, hermanos, tíos, primos y amigos (Ver Gráfica 7); el 76% manifestó haber tenido una relación intensa o de dependencia con su ser querido fallecido (Ver Gráfica 8); el 64% de las pérdidas se produjo hace menos de un año, y el 36% entre uno y cinco años; al momento del fallecimiento de su ser querido el 56% de los estudiantes tenía de 15 a 20 años, y el 44% tenía 21 o más años; la edad de las personas fallecidas fue menores de 30 años el 20%, entre 30 y 60 años el 28%, y más de 60 años el 52%.

Gráfica 7. Distribución porcentual según parentesco con la persona fallecida, estudiantes programa de Enfermería, Popayán 2017.



Fuente de información: DREE Universidad del Cauca, 2017

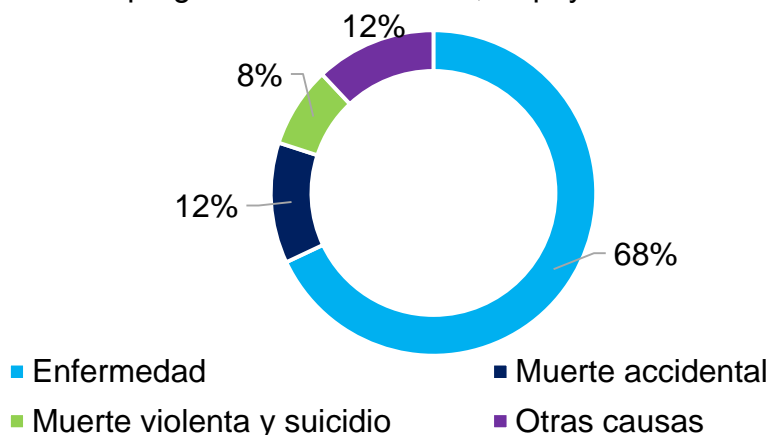
Gráfica 8. Distribución porcentual de los estudiantes según consideran haber tenido una relación intensa o de dependencia con su ser querido fallecido, programa de Enfermería Popayán 2017.



Fuente de información: DREE Universidad del Cauca, 2017

El 60% afirmó que el fallecimiento se dio de manera repentina; las causas del fallecimiento fueron: enfermedad el 68%, muerte accidental el 12%, muerte violenta y suicidio el 8%, otras causas (complicaciones del parto, negligencia médica) el 12% (Ver Gráfica 9).

Gráfica 9. Distribución porcentual según circunstancias del fallecimiento del ser querido, estudiantes programa de Enfermería, Popayán 2017.



Fuente de información: DREE Universidad del Cauca, 2017

El 88% tuvo pérdidas anteriores; el 32% tuvo otras pérdidas de manera simultánea; el 72% participó en el cuidado de su ser querido antes del fallecimiento o en el momento de fallecer (Ver Tabla 2).

Tabla 2. Representación porcentual de los elementos favorecedores o no, relacionados con la persona fallecida, estudiantes programa de enfermería, Popayán 2017.

Indicador		N° de personas	Porcentaje
Parentesco	Abuelos	16	64%
	Padres, hijos, hermanos, tíos, primos, amigos	9	36%
Relación de dependencia	Sí	19	76%
	No	6	24%
Años desde el fallecimiento	≤ 1 año	16	64%
	>1 año y ≤ 5 años	9	36%
Edad doliente al momento del fallecimiento	De 15 a 20 años	11	44%
	De 21 y más años	14	56%
Edad del fallecido	Menores de 30 años	5	20%
	De 30 a 60 años	7	28%

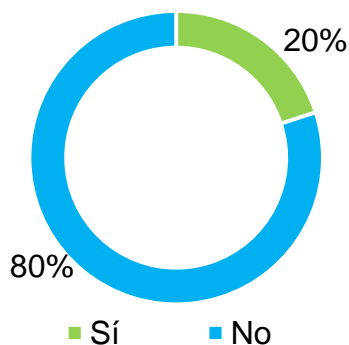
	>60 años	13	52%
Fallecimiento repentino	Sí	15	60%
	No	10	40%
Circunstancias del fallecimiento	Enfermedad	17	68%
	Muerte accidental	3	12%
	Muerte violenta y suicidio	2	8%
	Otro	3	12%
Pérdidas anteriores	Sí	22	88%
	No	3	12%
Pérdidas simultáneas	Sí	8	32%
	No	17	68%
Participación en el cuidado	Sí	18	72%
	No	7	28%

Fuente de información: DREE Universidad del Cauca, 2017

7.3.2. Relacionados con la salud de los estudiantes

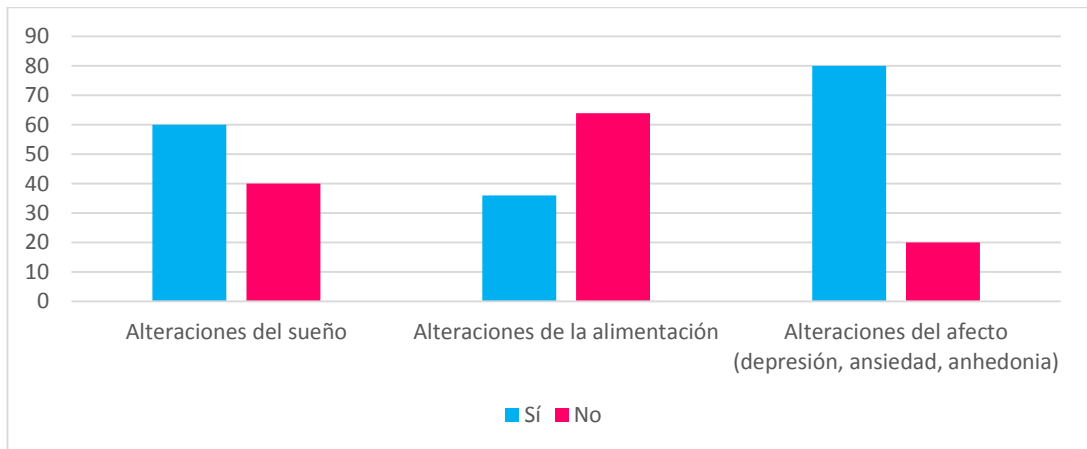
El 80% de los estudiantes manifestó no haber enfermado físicamente después del fallecimiento, el 20% sí lo hizo (ver Gráfica 10); el 8% de quienes enfermaron físicamente después del fallecimiento afirmó seguir presentando síntomas de la enfermedad en la actualidad; sobre las actividades de la vida diaria y patrones saludables de vida, el 60% de los estudiantes manifestó haber presentado alteraciones del sueño, el 36% presentó alteraciones de la alimentación y el 80% alteraciones del afecto (ver Gráfica 11);

Gráfica 10. Distribución porcentual según presencia de síntomas de enfermedad física, estudiantes programa de Enfermería, Popayán 2017.



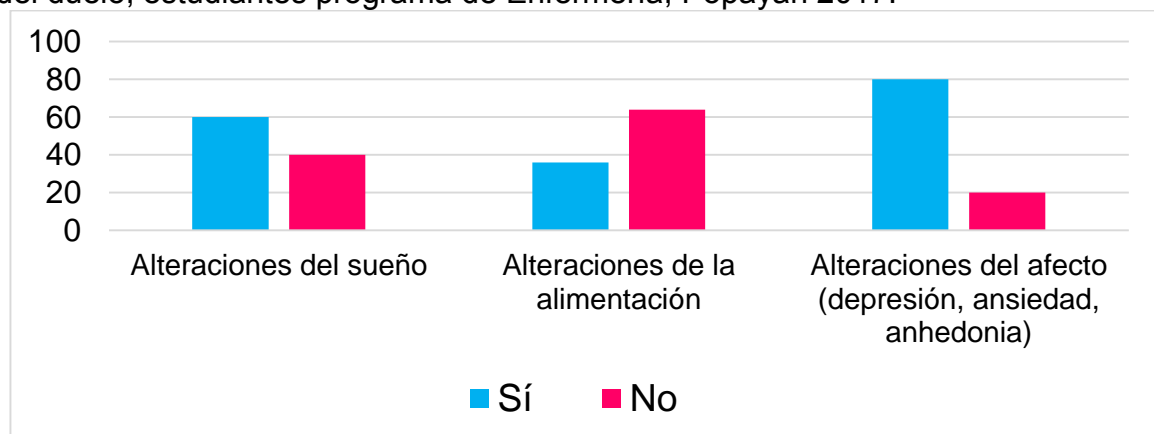
Fuente de información: DREE Universidad del Cauca, 2017.

Gráfica 11. Distribución porcentual según alteraciones presentadas en el desarrollo del duelo, estudiantes programa de Enfermería, Popayán 2017.



Fuente de información: DREE Universidad del Cauca, 2017

Gráfica 11. Distribución porcentual según alteraciones presentadas en el desarrollo del duelo, estudiantes programa de Enfermería, Popayán 2017.



Fuente de información: DREE Universidad del Cauca, 2017

El 8% informó antecedentes de enfermedad mental en su familia; 8% fue diagnosticado con una enfermedad mental; el 50% de los diagnósticos de enfermedad mental en los estudiantes se produjo después del fallecimiento de su ser querido; de quienes fueron diagnosticados, el 50% está actualmente en tratamiento farmacológico para su enfermedad mental; en un día de descanso las actividades practicadas por los estudiantes son: deportivas en un 64%, culturales 64%, familiares y sociales 44%. (ver tabla 3).

Tabla 3. Representación porcentual de los aspectos relacionados con la salud de los estudiantes en el desarrollo del duelo, estudiantes programa de Enfermería, Popayán 2017.

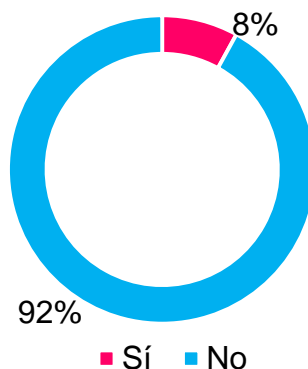
Indicador		N° de personas	Porcentaje
Enfermedad física	Sí	5	20%
	No	20	80%
Síntomas de la enfermedad en la actualidad	Sí	2	8%
	No	23	92%
Alteraciones de los hábitos de vida	Sueño	15	60%
	Alimentación	9	36%
	Afecto	20	80%
Antecedentes de enfermedad mental (EM) familia	Sí	2	8%
	No	23	92%
Diagnóstico EM	Sí	2	8%
	No	23	92%
Tratamiento farmacológico para EM	Sí	1	50%
	No	1	50%
Diagnóstico EM antes o después del fallecimiento	Antes	1	50%
	Después	1	50%
Actividades realizadas en día de descanso	Deportivas	16	64%
	Familiares	8	32%
	Culturales	16	64%
	Sociales	3	12%
Uso de sustancias	Sí	1	4%
	No	24	96%
Se vio motivado al uso de sustancias después del fallecimiento	Sí	0	0%
	No	24	96%
	Las consumía anteriormente	1	4%

Fuente de información: DREE Universidad del Cauca, 2017

7.3.3. Relacionados con redes de apoyo y terapia

El 92% recibió ayuda de familia y amigos para afrontar la pérdida de su ser querido, el 8% no la recibió; el 54% recibió ayuda de compañeros o profesores universitarios, el 46% no la recibió; el 92% no asistió a un grupo de apoyo relacionado con el duelo, el 8% sí asiste; el 92% no ha usado servicios de la División de Salud Integral (DSI) de la Universidad para afrontar el fallecimiento de su ser querido, el 8% ha usado el servicio de psicología (ver grafica 12); el 8% ha asistido a terapia profesional.

Gráfica 12. Distribución porcentual según utilización de los servicios de la DSI en el desarrollo del duelo, estudiantes programa de Enfermería Popayán 2017.

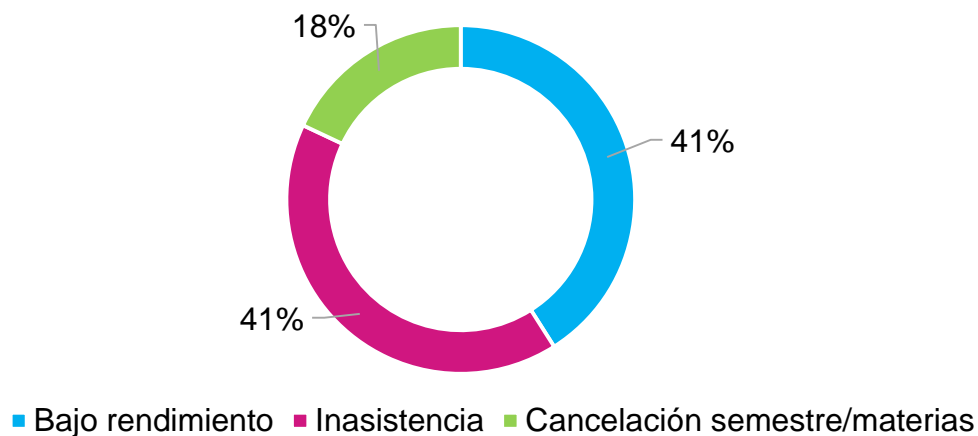


Fuente de información: DREE Universidad del Cauca, 2017

7.4. Repercusiones

El 72% de los fallecimientos no tuvo repercusiones económicas en la vida de los estudiantes, el 28% sí las tuvo; el 88% tuvo repercusiones académicas, el 12% no (Ver tabla 4); entre el total de estudiantes con repercusiones académicas por el fallecimiento de su ser querido el 41% tuvo bajo rendimiento, el 41% inasistencia y el 18% canceló o perdió una materia o el semestre (Ver grafica 13).

Gráfica 13. Distribución porcentual según tipo de repercusiones académicas, estudiantes programa de Enfermería, Popayán 2017.



Fuente de información: DREE Universidad del Cauca, 2017

Tabla 4. Representación porcentual según elementos favorecedores o no del desarrollo del duelo relacionados con redes de apoyo, terapia y repercusiones, estudiantes Programa de Enfermería, 2017.

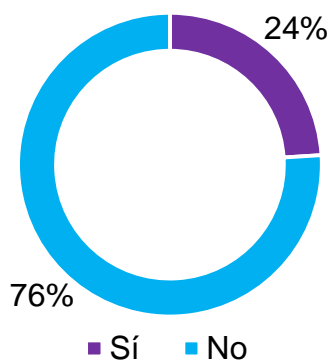
Indicador		N° de personas	Porcentaje
Redes de apoyo: familia y amigos	Sí	23	92%
	No	2	8%
Redes de apoyo: universidad	Sí	14	56%
	No	11	44%
Grupos de apoyo	Sí	2	8%
	No	23	92%
División Salud Integral: duelo	Sí	2	8%
	No	23	92%
Terapia profesional	Sí	2	8%
	No	23	92%
Repercusiones económicas	Sí	7	28%
	No	18	72%
Repercusiones académicas	Sí	22	88%
	No	3	12%
Tipo de repercusiones académicas	Bajo rendimiento	9	41%
	Inasistencia	9	41%
	Cancelación o pérdida de materias o semestre	4	18%

Fuente de información: DREE Universidad del Cauca, 2017

7.5. Riesgo de duelo complicado

A través de la aplicación del Instrumento 3, o Inventario de Duelo Complicado (ICD), fue posible identificar que el 76% de los estudiantes entrevistados no están en riesgo de desarrollar un duelo complicado, mientras que el 24% sí lo está.

Gráfica 14. Representación porcentual de los estudiantes en riesgo de desarrollar duelo complicado, programa de Enfermería, 2017.



Fuente de información: DREE Universidad del Cauca, 2017.

9. DISCUSIÓN

De los estudiantes de Enfermería que están desarrollando procesos de duelo, la mayoría fueron mujeres. Esto guarda una relación con lo publicado en el sistema de información universitaria, área de planeación; donde un total de 359 estudiantes se matricularon en el programa de enfermería para el primer periodo académico del 2017, de los cuales el 72 % son mujeres, lo que demuestra que a través del tiempo hay un predominio de matrícula femenina para el programa de enfermería

Acerca de los elementos favorecedores o no en la resolución del duelo, la religión cobra importancia como elemento favorecedor; Chacón y cols., afirman que las personas con profundas creencias religiosas resuelven su duelo antes y de forma más completa, que otras personas sin creencia religiosa. En esta investigación se encontró que las creencias religiosas ofrecen consuelo a la incertidumbre y al dolor que produce la pérdida; también Suarez Miguel⁴⁶, manifiesta que favorece superar la pérdida, si se tiene la idea de que el ser querido descansará al pasar al más allá, lo que expresan la mayoría de religiones.

Después de la pérdida de un ser querido la familia puede llegar a ser un elemento favorecedor o no en el desarrollo del duelo. Algunas familias aceptan los sentimientos de quien está de duelo, brindándole apoyo para que pueda expresar sus emociones. Parkes⁴⁷, afirma que las interacciones familiares aunque breves brindan apoyo; dado que un momento de compañía trae consigo la sensación de una vida con entero sentido. Lo encontrado en esta investigación, determina que las familias de los estudiantes fueron un elemento favorecedor, dado que conviven con ellos en la misma casa y mantienen buenas relaciones familiares. Barreto y Sáiz⁴⁸, señalan “la importancia de poder disponer de familiares y de amigos que escuchen empáticamente, sin reprimir el llanto o las expresiones de frustración, ya que produce un efecto positivo en la salud y evita que la falta de apoyo sea un importante factor de riesgo en el duelo” es decir; permitir hablar sobre la muerte y sobre el fallecido es una manera efectiva de afrontar el duelo, pero dicho proceso debe ser privado e íntimo familiar.

46. SUAREZ, Miguel. Muerte, Pérdida y Duelo. Gobierno de Canarias. Disponible en:

https://publicaciones.unirioja.es/catalogo/online/CIFETS_2016/Monografia/pdf/TC207.pdf

47. PARKES, C.M. ¿Cómo hacer frente a la pérdida?: ayudar a los pacientes y sus familias. (1998). BMJ Publishing Group. Londres.

48. BARRETO, P. SÁIZ, M. Muerte y Duelo.(2007). Editorial Síntesis. Madrid.

Diferentes estudios demuestran una gran variedad de respuestas hacia la muerte, determinadas por factores propios a cada una de ellas, uno de estos es el tipo de vínculo que se tenía con la persona fallecida. Cuando un padre o madre mueren, parece como que todos los lazos que se tenían con la infancia desaparecen repentinamente. . Aun cuando se es un adulto y se tienen hijos propios, la muerte de un padre puede destruir la sensación de seguridad y confianza en el doliente. En los resultados arrojados en la investigación un gran porcentaje de informantes mantenían una relación de dependencia con el fallecido, lo cual se convierte en un elemento no favorecedor del desarrollo del duelo. Para estas situaciones Worden,⁴⁹ afirma que el doliente deberá despojarse del vínculo con el fallecido para prepararse a establecer nuevas relaciones, lo que implica una reubicación emocional de este, para que el vínculo interno con el difunto siga manteniéndose, pero de un modo diferente.

En el trabajo de Wortman y Silver⁵⁰ se señala que, en ocasiones la muerte del ser querido conduce a una disminución del malestar en el duelo y por ello, posterior al fallecimiento puede que no surja un aumento de emociones negativas del doliente. Casos en los que la persona debe cuidar a un enfermo durante mucho tiempo, cuando debe soportar una carga afectiva durante dichos cuidados o cuando se debe acompañar a una persona que padece una enfermedad terminal o severa, el duelo puede poner fin a esta situación estresante. Lo mismo sucede en aquellas personas de avanzada edad. En los resultados encontrados, la mayoría de los fallecidos tenían una edad superior a los 60 años, muchos de sus familiares esperaban el fallecimiento. En este sentido, Calhoun y Tedeschi⁵¹ afirman que, en estas situaciones la presencia de emociones positivas puede influir de una manera adecuada en el doliente.

Yuffe⁵² en su trabajo afirma que, en los casos de las personas que enfrentan pérdidas inesperadas, repentinas o trágicas se presentan sensaciones de shock y de anestesia emocional surgidas al recibir la noticia de la muerte del ser querido, además, de la imposibilidad de no creer en lo sucedido. Esto muestra que los duelos de este tipo suelen producir sensaciones que, generalmente, se mantienen durante más tiempo, que en aquellos que pueden participar en el cuidado, porque estos últimos pueden prever, acompañar, e incluso despedirse del ser querido antes de

49. WORDEN, W. El tratamiento del duelo: asesoramiento psicológico y terapia. (1997). Editorial Paidós. Buenos Aires.

50. WORTMAN. SILVER, P. Apoyo social y ayuda mutua para los desamparados. (2003). Springer Publishing Company. New York.

51. Calhoun, L. Tedeschi, R. Manual de Crecimiento Postraumático. Investigación y Práctica. (2006). Lawrence Erlbaum Associates. New York – Londres.

52. Yoffe, L. El duelo por la muerte de un ser querido: creencias culturales y espirituales. Psicología, Cultura y Sociedad. (2002). Universidad de Palermo: Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales.. Buenos Aires:

su muerte. Tres cuartas partes de los estudiantes en esta investigación, participaron en el cuidado de su ser querido, el hecho de acompañar al familiar durante la enfermedad les permitió prever su muerte, viviendo un duelo anticipado, incluso sin tener conciencia de ello.

Un elemento favorecedor del duelo es el hecho de que en un alto porcentaje de los casos se presentaran pérdidas anteriores. Jaramillo afirma que “cuando se ha perdido un ser querido antes, la expresión de los sentimientos y la reflexión de lo sucedido, se hace de una manera más racional, pensando en la muerte como un hecho inevitable; es decir; el recuerdo ya no será tan fuerte y el individuo ya no deberá sentir que podría desequilibrarse por la intensidad de los sentimientos y pensamientos que surjan en relación al ser querido fallecido⁵³”, al pensar en él, se hará con cariño y nostalgia.

Otro elemento que puede o no favorecer, es que la mayoría de los estudiantes no recibieron terapia profesional, la cual podría facilitar en algunos casos un desarrollo normal del duelo. La terapia puede llegar a ser un proceso largo y doloroso, aunque dependerá de la situación negativa que cada individuo deba enfrentar, así como de la disponibilidad de recursos de afrontamiento que cada uno tenga, los cuales le permitirán enfrentar la situación estresante de manera eficaz y positiva.

Solomon y Green⁵⁴ destacan que, la ausencia de aflicción en el duelo puede manifestarse como un tipo de negación o de inhibición que no conduce a una adaptación normal en el duelo. Es importante destacar que el apoyo social y familiar, les permitió a los estudiantes realizar un buen afrontamiento de la sintomatología física y psíquica que se pueden presentar durante la evolución del duelo. Aunque en estos casos Stroebe y Schut plantean que, si el afrontamiento fuera efectivo, la sintomatología física debería reducirse y la salida del duelo debería ser positiva. Tanto la sintomatología física como la psíquica dependen de muchos otros factores, y no sólo de las estrategias de afrontamiento utilizadas para responder al estrés.

El problema del bajo rendimiento va a afectar más a los estudiantes que se encuentren en un proceso de duelo. Covadonga⁵⁵ señala: “Se constata que los estudiantes que han perdido a un ser querido van a tener un ritmo de trabajo más lento y un nivel de concentración más bajo, en comparación a aquellos que no.” En los resultados encontrados, un porcentaje muy alto de los estudiantes, presentó

53. JARAMILLO, I.F. De cara a la muerte. Cómo afrontar las penas, el dolor y la muerte para vivir plenamente. (2001). Editorial Andrés Bello. Colombia.

54. SOLOMON, F. GREEN, M. Comité para el Estudio de las Consecuencias para la Salud del estrés del duelo. Instituto de Medicina de Washington. (1984). Washington D.C.

55. COVADONGA, Miguel. Factores familiares vinculados al bajo rendimiento.(2001). Universidad Complutense. Facultad de educación. Departamento de Investigación y Diagnostico en Educación. Madrid.

repercusiones a nivel académico; siendo la inasistencia y el bajo rendimiento las de mayor frecuencia y la cancelación de semestre la que menos se presentó. Otras investigaciones como la de Pérez Serrano demuestra que, el clima afectivo, las expectativas y formas de vida familiar que se asumen después de la pérdida, son importantes en el retorno progresivo al buen rendimiento. Según Martínez “Los docentes deben propender por recuperar la motivación del alumno en duelo, un proceso que se debe realizar al ritmo del estudiante”.

Con respecto a los tipos de duelo identificados en los estudiantes, el más frecuentes fue el duelo prolongado (36%), lo que hace evidente la dificultad que se está presentando en el proceso de adaptación a la pérdida, al cual Dollenz⁵⁶ relaciona estrechamente con el desarrollo de duelo complicado, ya que describe como un indicio preocupante que las actitudes relacionadas con éste proceso se mantengan por un periodo de tiempo prolongado; seguido del duelo retrasado (32%) también llamado inhibido, suprimido o pospuesto, y que según Maza⁵⁷, se presenta cuando el doliente pospone el dolor, aunque en el momento de la pérdida se realice parte del duelo, este parece no ser suficiente y su riesgo más importante, es el de reaparecer en otro momento de la vida.

Para Worden⁵⁸, existen diferencias individuales, sociales y familiares de la persona, además de otros factores característicos propios o relacionados con el doliente, que pueden condicionar el desarrollo de un duelo complicado. Según los resultados obtenidos durante la investigación, el 24% de los estudiantes que se encuentran en proceso de duelo están en riesgo de elaborarlo de manera complicada. Lo anterior, da respuesta a lo expuesto en el acápite de elementos favorecedores o no del desarrollo del duelo, donde dentro de los aspectos más significativos, se encontró: que el 76% manifestó haber tenido una relación intensa o de dependencia con el ser querido fallecido; el 60% de los fallecimientos se dio de manera repentina; en el 32% de los participantes con otras pérdidas simultáneas; posterior al fallecimiento el 20% de los estudiantes presentó síntomas de enfermedad física; y en la actualidad, el 8% tiene un diagnóstico de enfermedad mental. De ésta manera, podemos inferir que todos los elementos analizados, tienen influencia directa sobre la posibilidad de desarrollar duelo complicado, tal como lo indica Dollenz, al definir el duelo como un “fenómeno idiosincrático en el que la respuesta estará determinada por un elevado número de factores relacionados con la pérdida, sus

56. DOLLENZ, E. Duelo normal y patológico. Consideraciones para el trabajo en atención primaria de salud. Cuadernos de psiquiatría comunitaria y Salud Mental para la APS, 2003. Disponible en:

http://www.psiquiatriasur.cl/portal/uploads/1_duelo_normal_y__patologico_en_aps

57. MAZA, P. Duelo complicado y síntomas depresivos en personas que han sufrido una pérdida a causa del conflicto armado en el municipio de Yarumal. Universidad de Antioquia. Disponible en: <http://200.24.17.74:8080/jspui/handle/fcsh/466>

58. WORDEN, W. El tratamiento del duelo: asesoramiento psicológico y terapia. Barcelona: Paidós, 1997.

circunstancias, las características personales del o de la doliente, el apoyo social que reciba y el marco cultural en el que se desarrolla”⁵⁹.

59. DOLLENZ, E. Duelo normal y patológico. Consideraciones para el trabajo en atención primaria de salud. Cuadernos de psiquiatría comunitaria y Salud Mental para la APS, 2003. Disponible en: http://www.psiquiatriasur.cl/portal/uploads/1_duelo_normal_y__patologico_en_aps.doc

CONCLUSIONES

- Los estudiantes de la Universidad del Cauca no tienen un Programa específico de acompañamiento en el Duelo, sin embargo existe la División de Salud Integral en donde se cuenta con el recurso profesional de Psicología.
- Los estudiantes no hacen uso de la consultoría y acompañamiento en el desarrollo del duelo en los servicios de psicología que se ofrecen en la Universidad del Cauca
- Los estudiantes que están desarrollando un proceso de duelo han tenido repercusiones académicas representadas en la mayoría de los casos en bajo rendimiento e inasistencia.
- El duelo produce significativas alteraciones en los hábitos de vida especialmente en los patrones del sueño, alimentación y afecto.
- Los elementos encontrados favorecedores en la resolución del duelo fueron: la familia, la religión, haber tenido pérdidas previas, y el parentesco con el fallecido.
- En los elementos no favorecedores, se encontraron: la relación intensa o de dependencia con el fallecido y el tiempo transcurrido desde el fallecimiento menor a un año.
- Para los estudiantes en proceso de duelo, la familia se constituye en su principal apoyo para la evolución hacia un duelo saludable, convirtiéndose en un importante elemento favorecedor.
- Un elemento favorecedor en la resolución del duelo es el hecho de haber sufrido pérdidas previas, situación que favorece la resolución de nuevos duelos de una manera saludable.
- Un relación intensa con la persona fallecida es un elemento no favorecedor porque genera en el doliente sensaciones de inseguridad e inestabilidad emocional.

RECOMENDACIONES

- Realizar investigaciones similares en todas las facultades de la Universidad del Cauca con el fin de conocer el desarrollo del Duelo en los estudiantes universitarios y formular políticas institucionales que apoyen la implementación de programas y acompañamiento, repercutiendo favorablemente en la salud de los estudiantes y un mejor desempeño académico.
- Implementar un Programa para el acompañamiento en el desarrollo de duelo a estudiantes de la Universidad del Cauca, que involucre al núcleo familiar.
- Mantener comunicación entre la institución y el núcleo familiar, para un efectivo acompañamiento en el proceso de duelo.
- Realizar actualizaciones periódicas de las bases de datos estudiantiles relacionadas con procesos de duelos e identificación de las características de estos, que permitan el acompañamiento, para un desarrollo saludable del duelo y evitar repercusiones académicas lamentables, lo cual podría llevarse a cabo desde la coordinación de los programas académicos.
- La Institución Universitaria debe particularizar el acompañamiento en los procesos de duelo debido a que en la actual investigación se encontraron diferentes tipos de duelos, entre ellos: duelo prolongado, duelo resuelto, duelo retrasado y duelo ausente.
- El programa de Enfermería debe promover el reconocimiento de los duelos y realizar acompañamiento de los docentes hacia los estudiantes y la familia, con el fin de evitar repercusiones académicas.

BIBLIOGRAFÍA

1. BARRETO, P. SÁIZ, M. Muerte y Duelo.(2007). Editorial Síntesis. Madrid.
2. BONANNO, G.A. y KALTMAN, S. (2001). The varieties of grief experience. *Clinical Psychology Review*, 21, 705-734.
3. BOURGEOIS, M. Le deuil clinique. Pathologie. Paris: Presses Universitaires de France, 1996.
4. BOWLBY J (1980). *Loss: Sadness & Depression*. Attachment and Loss (vol. 3); (International psycho-analytical library no.109).
5. CANTILLO BARRIOS, Jorge Luis. Las teorías del origen del conflicto armado en Colombia. 2015. Semanario “El Heraldo”. Disponible en: <http://www.elheraldo.co/politica/las-teorias-del-origen-del-conflicto-armado-en-colombia-184562>.
6. Calhoun, L. Tedeschi, R. Manual de Crecimiento Postraumático. Investigación y Práctica. (2006). Lawrence Erlbaum Associates. New York – Londres.
7. CENTRO NACIONAL DE MEMORIA HISTORICA. Una guerra prolongada y degradada, dimensiones y modalidades de violencia. 2013. Disponible en: http://centrodememoriahistorica.gov.co/descargas/informes2013/bastaYa/capitulos/basta-ya-cap1_30-109.pdf
8. COVADONGA, Miguel. Factores familiares vinculados al bajo rendimiento.(2001). Universidad Complutense. Facultad de educación. Departamento de Investigación y Diagnostico en Educación. Madrid.
9. DOLLENZ, E. Duelo normal y patológico. Consideraciones para el trabajo en atención primaria de salud. Cuadernos de psiquiatría comunitaria y Salud Mental para la APS, 2003. Disponible en: http://www.psiquiatriasur.cl/portal/uploads/1_duelo_normal_y_patologico_en_aps.doc
10. FREUD, Sigmund. Duelo y melancolía (1917). Edición electrónica, Universidad de Artes y Ciencias Sociales.
11. GÓMEZ, M. La pérdida de un ser querido, el duelo y el luto. Madrid: Arán Ediciones, 2004
12. Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Cuidados Paliativos. Guía de Práctica Clínica sobre Cuidados Paliativos. Madrid: Plan Nacional para el SNS del MSC. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco; 2008.

13. JARAMILLO, I.F. De cara a la muerte. Cómo afrontar las penas, el dolor y la muerte para vivir plenamente. (2001). Editorial Andrés Bello. Colombia.
14. MANEJO DEL DUELO. El duelo anticipado. Disponible en: <https://manejodelduelo.com/duelo-anticipado/>.
15. MATIZ CORTES, Stefanie. El conflicto colombiano en cifras. Semanario "El Espectador". 2012. Disponible en: <http://www.elespectador.com/noticias/infografia/el-conflicto-colombiano-cifras-articulo-381912>.
16. MEZA DÁVALOS. Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas. El proceso del duelo. Un mecanismo humano para el manejo de las pérdidas emocionales. Vol. 13, num. 1. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/473/47316103007.pdf>.
17. LANDA, V. y GARCÍA, J. Guía clínica sobre el duelo. Guías Clínicas Fistera, 2007. Disponible en: <http://www.fisterra.com/guias2/PDF/Duelo.pdf>
18. MAZA, P. Duelo complicado y síntomas depresivos en personas que han sufrido una pérdida a causa del conflicto armado en el municipio de Yarumal. Universidad de Antioquia. Disponible en: <http://200.24.17.74:8080/jspui/handle/fcsh/466>
19. Maza, P. Duelo complicado y síntomas depresivos en personas que han sufrido una pérdida a causa del conflicto armado en el municipio de Yarumal. Universidad de Antioquia. Disponible en: file:///C:/Users/User/Downloads/MazoPaola_duelocomplicadosintomasdepresivosperdidaconflictoarmadoyarumal.pdf
20. PARKES, C.M. (1972). Bereavement: studies of grief in adult life. New York. International Universities Press.
21. PARKES, C.M. ¿Cómo hacer frente a la pérdida?: ayudar a los pacientes y sus familias. (1998). BMJ Publishing Group. Londres.
22. PAYÁS, A. Las tareas del duelo. Madrid: Paidós, 2010.
23. PINEDA, Ana María. Conflicto armado en Colombia. Consecuencias sociales. Disponible en: www.inspiration.org/justicia-economica/conflicto-armado-en-colombia
24. REVISTA SEMANA. La historia del conflicto armado. 2016. Disponible en: <http://www.semana.com/educacion/multimedia/el-conflicto-armado-en-colombia/469043>.

25. ROSALES HERRERA, Carmen. OLMEDA, Mary. PSIQUIATRÍA. El duelo anticipatorio. Disponible en: <http://www.psiquiatria.com/depresion/el-duelo-anticipatorio/#>.
26. SANCHEZ, Jorge; RESTREPO, Jorge. Conflicto y pobreza en Colombia: un enfoque institucionalista. Guerra y violencias en Colombia Herramientas e interpretaciones. Pontificia U. Javeriana. 2009, Disponible en: http://www.cerac.org.co/assets/files/guerrayviolencias/6_Conflicto_y_pobreza_en_Colombia.pdf
27. SERVICIO ANDALUZ DE SALUD. Guía para profesionales de la salud ante situaciones de duelo.
28. SOLOMON, F. GREEN, M. Comité para el Estudio de las Consecuencias para la Salud del estrés del duelo. Instituto de Medicina de Washington. (1984). Washington D.C.
29. SUAREZ, Miguel. Muerte, Pérdida y Duelo. Gobierno de Canarias. Disponible en:
https://publicaciones.unirioja.es/catalogo/online/CIFETS_2016/Monografia/pdf/TC207.pdf
30. TOVAR ROJAS. Patricia. Las viudas del conflicto armado en Colombia: Memorias y relatos. Instituto Colombiano de Antropología e Historia. Bogota-Colombia (2013)
31. WORDEN J W. Grief counselling and grief therapy. New York, Routledge, 1991.
32. WORDEN, W. El tratamiento del duelo: asesoramiento psicológico y terapia. (1997). Editorial Paidós. Buenos Aires.
33. WORTMAN. SILVER, P. Apoyo social y ayuda mutua para los desamparados. (2003). Springer Publishing Company. New York.
34. Yoffe, L. El duelo por la muerte de un ser querido: creencias culturales y espirituales. Psicología, Cultura y Sociedad. (2002). Universidad de Palermo: Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales.. Buenos Aires:
35. ZURIBÁN, Salvador. Instituto nacional de ciencias médicas y de nutrición. Departamento de medicina del dolor y paliativa. Disponible en: <http://www.dolorypaliativos.org/jc17.asp>.



TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN: “DUELO: REPERCUSIONES BIOPsicOCIALES Y ACADÉMICAS EN ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA, UNIVERSIDAD DEL CAUCA, POPAYÁN 2016-2017”

ENTREVISTA ESTRUCTURADA

Objetivo: Caracterizar socio-demográficamente, reconocer los elementos favorecedores o no en la resolución del duelo, y determinar las repercusiones generales en la salud y el rendimiento académico.

CAPÍTULO 1: FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS

1. Sexo biológico

1.1. Femenino	
1.2. Masculino	

2. ¿Cuántos años tiene?

2.1. < 18	
2.2. De 18 a 25	
2.3. De 25 a 30	
2.4. > 30	

3. ¿Qué semestre cursa actualmente?

4. Estrato al que pertenece según los recibos de servicios públicos

4.1. Estrato 1	
4.2. Estrato 2	
4.3. Estrato 3	
4.4. Estrato 4	
4.5. Estrato 5 o más	

5. ¿A qué etnia pertenece?

5.1. Afrodescendiente	
5.2. Mestizo	
5.3. Indígena	
5.4. Otro	5.5. ¿Cuál?

6. ¿Pertenece a una religión?

6.1. Sí	6.2. NO
6.3. ¿Cuál?	

7. ¿Las practicas o creencias religiosas le permitieron asumir esta pérdida?

7.1. Sí	7.2. No
---------	---------

8. ¿De qué municipio procede?

8.1. Popayán	8.2. Otro
8.3. ¿Cuál?	

9. ¿Su familia vive actualmente en Popayán?

9.1. Sí	9.2. No
9.3. ¿Dónde?	

10. ¿Tiene hijos?

10.1. Sí	10.2. No
10.3. ¿Cuántos?	

CAPÍTULO 2: ELEMENTOS FAVORECEDORES O NO EN LA RESOLUCIÓN DE DUELO

11. ¿Qué vínculo tenía con la persona fallecida?

--

12. Indique el tiempo que ha transcurrido desde la muerte de su ser querido

12.1. ≤ 1 año	
12.2. >1 año y ≤ 2 años	
12.3. > 2 años y ≤ 3 años	
12.4. > 3 años y ≤ 5 años	

13. ¿Mantenia una relación intensa o de dependencia con el ser querido que falleció?

13.1. Sí	
13.2. No	

14. ¿Después del fallecimiento de su ser querido, presentó alguna enfermedad?

14.1. Sí	14.2. No
14.3. ¿Cuál?	

15. ¿Actualmente sigue presentando alguno de los síntomas de la enfermedad?

15.1. Sí	15.2. No
----------	----------

15.3. ¿Cuál?

16. ¿Qué tipo de alteraciones presentó después del fallecimiento de su ser querido?

		Sí	No
16.1.	Alteraciones del sueño		
16.2.	Alteraciones de la alimentación		
16.3.	Alteraciones del afecto		
16.4.	Otra		16.5. ¿Cuál?

17. ¿Hay antecedentes de enfermedad mental en su familia?

17.1. Sí		17.2. No	
17.3. ¿Cuál?			
17.4. ¿Quién la padece?			

18. ¿Usted ha sido diagnosticado con alguna enfermedad mental?

18.1. Sí		18.2. No	
18.3. ¿Cuál?			

19. ¿Recibió o recibe tratamiento farmacológico a causa de dicho diagnóstico?

19.1. Antes	
19.2. Después	
19.3. No aplica	

20. En caso de haber sido diagnosticado, ¿El diagnóstico se produjo antes o después del fallecimiento de su ser querido?

20.1. Sí	20.2. No
20.3. ¿Cuál(es)?	

21. ¿Qué tipo de actividades acostumbra a realizar en un día de descanso?

21.1. Deportivas	
21.2. Culturales	
21.3. Familiares	
21.4. Otras	21.5. ¿Cuáles?

22. ¿Con quién vive actualmente?

22.1. Familia	
22.2. Pareja	
22.3. Amigos	
22.4. Solo	
22.5. Otro	22.6. ¿Cuál?

23. ¿Según su opinión como califica la relación con su familia?

23.1. Buena	
23.2. Regular	
23.3. Mala	
23.4. ¿Por qué?	

24. ¿Ha recibido ayuda de familiares o amigos que le hayan permitido afrontar la pérdida de su ser querido?

24.1. Sí		24.2. No	
24.3. ¿De quién?			

25. ¿Ha recibido ayuda, en la universidad de compañeros o profesores que le hayan permitido afrontar mejor la pérdida de su ser querido?

25.1. Sí		25.2. No	
25.3. ¿De quién?			

26. ¿Asiste a algún grupo de apoyo que le haya ayudado a afrontar la pérdida de su ser querido?

26.1. Sí		26.2. No	
26.3. ¿Cuál?			
26.4. ¿Dónde funciona?			

27. ¿Ha acudido a alguno de los servicios de la División de Salud Integral de la Universidad en busca de ayuda para afrontar mejor la pérdida de su ser querido?

27.1. Sí		27.2. No	
27.3. ¿Cuál servicio ha utilizado?			

28. ¿Ha asistido a terapia profesional desde el fallecimiento de su ser querido?

28.1. Sí		28.2. No	
28.3. ¿Con que profesional?			

29. ¿Qué edad tenía usted al momento del fallecimiento de su ser querido?

30. ¿Qué edad tenía su ser querido al momento de fallecer?

31. ¿Anteriormente ha perdido usted a algún ser querido?

31.1. Sí		31.2. No	
31.3. ¿Quién?		31.4. ¿Hace cuánto?	

32. ¿Perdió de manera simultánea a algún otro ser querido?

32.1. Sí	32.2. No
32.3. ¿Quién?	

33. ¿En qué circunstancias ocurrió la muerte de su ser querido?

33.1. Enfermedad degenerativa, crónica o terminal	
33.2. Muerte accidental	
33.3. Muerte violenta	
33.4. Suicidio	
33.5. Otra	33.6. ¿Cuál?

34. ¿Su ser querido falleció de manera repentina?

34.1. Sí	34.2. No
----------	----------

35. ¿Participó en el cuidado de su ser querido antes de su fallecimiento o al momento de fallecer?

35.1. Sí	35.2. No
----------	----------

36. ¿El fallecimiento de su ser querido tuvo repercusiones en su estabilidad económica?

36.1. Sí	36.2. No
----------	----------

37. ¿Por el fallecimiento de su ser querido, hubo repercusiones académicas?.

37.1. Sí	37.2. No
----------	----------

38. ¿Qué tipo de repercusiones académicas ha tenido usted después del fallecimiento de su ser querido?

38.1. Bajo rendimiento académico	
38.2. Inasistencia académica	
38.3. Cancelación de materias	
38.4. Cancelación del semestre	
38.5. Ninguna	
38.6. Otra	38.7. ¿Cuál?

39. En la actualidad, ¿es usuario de alguna sustancia psicoactiva?

Sí	No
¿Cuál?	

40. Después de la muerte de su ser querido, ¿se vio motivado al uso de sustancias psicoactivas?

40.1. Sí	
40.2. No	
40.3. Las consumía anteriormente	

Estudiantes investigadores:

Leidy Paola Realpe
Edward Andrey Ossa
María Silvana Cárdenas

Asesora principal:

Enf. Mag. Esp. María del Pilar Restrepo

ANEXO 2. INVENTARIO DE TEXAS REVISADO DEL DUELO

ADAPTACION AL CASTELLANO DEL INVENTARIO DE TEXAS REVISADO DEL DUELO

Autores: García García JA, Landa Petralanda V, Trigueros Manzano MC.
(docentes Inv. Universidad de Barcelona)

PARTE I: COMPORTAMIENTOS EN EL PASADO

Instrucciones: Por favor, sitúese mentalmente en la Época en que el fallecido murió y responda a las siguientes cuestiones sobre sus sentimientos y su forma de actuar durante ese tiempo	Completamente verdadera	Verdadera en su mayor parte	Ni verdadera ni falsa	Falsa en su mayor parte	Completamente falsa
1. Tras su muerte me costaba relacionarme con algunas personas					
2. Tras su muerte me costaba concentrarme en mi trabajo					
3. Tras su muerte perdí el interés en mi familia, amigos y actividades fuera de casa					
4. Tenía la necesidad de hacer las cosas que él/ella había querido hacer					
5. Después de su muerte estaba más irritable de lo normal					
6. En los tres primeros meses después de su muerte me sentía incapaz de realizar mis actividades habituales					
7. Me sentía furioso/a porque me había abandonado					
8. Tras su muerte me costaba trabajo dormir					

PARTE II: COMPORTAMIENTOS ACTUALES

Instrucciones: Por favor, sitúese mentalmente en la Época en que el fallecido murió y responda a las siguientes cuestiones sobre sus sentimientos y su forma de actuar durante ese tiempo	Completamente verdadera	Verdadera en su mayor parte	Ni verdadera ni falsa	Falsa en su mayor parte	Completamente falsa
1. Todavía tengo ganas de llorar cuando pienso en él/ella					
2. Todavía me pongo triste cuando pienso en él/ella					
3. No puedo aceptar su muerte					
4. A veces la/le echo mucho de menos					
5. Todavía me resulta doloroso traer a la memoria su recuerdo					
6. A menudo me quedo ensimismado pensando en él/ella					
7. Llora a escondidas cuando pienso en él/ella					
8. Nadie podrá ocupar jamás el lugar que él/ella ha dejado en mi vida					
9. No puedo dejar de pensar en él/ella					
10. Creo que no es justo que haya muerto					
11. Las cosas y las personas que me rodean todavía me hacen Recordarla/le					
12. Soy incapaz de aceptar su muerte					
13. A veces me invade la necesidad de que él/ella esté conmigo					

ANEXO 3. INVENTARIO DEL DUELO COMPLICADO:

ADAPTACIÓN AL CASTELLANO DEL INVENTARIO DE DUELO COMPLICADO

Autores originales: PRIGERSON, Holly. STANISLAV, Kals. JACOBS, Shelby.

Autores de la traducción: LIMONERO, Joaquín. PRIGERSON, Holly. MATÉ, Jorge.

	Nunca	Raras veces	Algunas veces	A menudo	Siempre
1. Pienso tanto en la persona que ha fallecido que me resulta difícil hacer las cosas como las hacía normalmente.	0	1	2	3	4
2. Los recuerdos de la persona que murió me trastornan.	0	1	2	3	4
3. Siento que no puedo aceptar la muerte de la persona fallecida.	0	1	2	3	4
4. Anhele a la persona que murió.	0	1	2	3	4
5. Me siento atraído por los lugares y las cosas relacionadas con la persona fallecida.	0	1	2	3	4
6. No puedo evitar sentirme enfadado con su muerte.	0	1	2	3	4
7. No me puedo creer que haya sucedido.	0	1	2	3	4
8. Me siento aturdido por lo sucedido.	0	1	2	3	4
9. Desde que él/ella murió me resulta difícil confiar en la gente.	0	1	2	3	4
10. Desde que él/ella murió me siento como si hubiera perdido la capacidad de preocuparme de la gente o me siento distante de las personas que me preocupaban.	0	1	2	3	4

11. Me siento solo/a la mayor parte del tiempo desde que él/ella falleció.	0	1	2	3	4
12. Siento dolores en la misma zona del cuerpo o tengo alguno de los síntomas que sufría la persona que murió.	0	1	2	3	4
13. Me tomo la molestia de desviarme de mi camino para evitar los recuerdos de la persona que murió.	0	1	2	3	4
14. Siento que la vida está vacía sin la persona que murió.	0	1	2	3	4
15. Escucho la voz de la persona fallecida hablándome.	0	1	2	3	4
16. Veo a la persona que murió de pie delante de mí.	0	1	2	3	4
17. Siento que es injusto que yo viva mientras que él/ella ha muerto.	0	1	2	3	4
18. Siento amargura por la muerte de esa persona.	0	1	2	3	4
19. Siento envidia de otras personas que no han perdido a nadie cercano.	0	1	2	3	4

ANEXO 4. SOLICITUD DE PERMISO Y RESPUESTA:

Solicitud de permiso Recibidos x



duelo posconflicto <dueloposconflicto@gmail.com>
para joaquin.limone. ▾

24 oct. ☆



Buenas tardes, comedidamente se dirigen a ud: Leidy Paola Realpe y Edward Andrey Ossa estudiantes de séptimo semestre del Programa de Enfermería de la Universidad del Cauca ; ubicada en la ciudad de Popayán (Colombia).

Todo con el animo de solicitarle a usted como autor del artículo "Adaptación al castellano del inventario del duelo complicado", el permiso para referenciarlo en nuestro trabajo investigativo: "Duelo en mujeres víctimas del conflicto armado en Colombia". Dispuestos a aclarar cualquier duda, estaremos atentos a su respuesta.



Joaquín T. Limonero García
para mí ▾

24 oct. ☆



Hola buenas noches Leidy y Edward,

Para mí será un placer que uséis nuestra escala. Os damos permiso para su uso.

Os envío el artículo de la misma por si no lo tenéis.

Espero que os sea útil.

Saludos cordiales,

UAB



Universidad
del Cauca

UNIVERSIDAD DEL CAUCA
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA DE ENFERMERÍA
VIII SEMESTRE

“DUELO: REPERCUSIONES BIOPSIOSOCIALES Y ACADÉMICAS EN ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA, POPAYÁN 2016-2017”.

ANEXO 5

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Este formulario de consentimiento informado va dirigido a estudiantes del programa de enfermería, pertenecientes a la Universidad del Cauca; desde primero hasta decimo semestre y con matricula vigente para el actual periodo, y que se les invita a participar en la investigación *“DUELO: REPERCUSIONES BIOPSIOSOCIALES Y ACADÉMICAS EN ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA, POPAYÁN 2016-2017”.*

INVESTIGADORA PRINCIPAL: Enf. Mag. Esp. María del Pilar Restrepo de Paz
ESTUDIANTES INVESTIGADORES: Silvana Cárdenas, Edward Ossa, Paola Realpe.

OBJETIVO DE LA INVESTIGACIÓN: Describir el proceso del duelo que afrontan los Estudiantes del Programa de Enfermería y las repercusiones en su salud y rendimiento académico, generando recomendaciones que faciliten su resolución.

He sido invitado(a) a participar en la investigación. Entiendo que mi participación consiste en responder tres cuestionarios que serán aplicados por el equipo investigador, quien me ha proporcionado información sobre los beneficios de hacer parte de la investigación.

Entiendo que toda información que yo proporcione será confidencial. Se me ha proporcionado el nombre de un investigador que puede ser fácilmente contactado usando el nombre, el teléfono o el correo electrónico que figuran al final de éste documento.

He tenido la oportunidad de preguntar y se me ha contestado satisfactoriamente las dudas acerca de mi participación en éste proyecto. Consiento voluntariamente participar en esta investigación y entiendo que tengo el derecho a retirarme de ella en cualquier momento sin que esto me afecte en ninguna manera.

Nombre del Participante:

Firma del Participante:

Fecha: _____

Nombre del investigador:

Correo electrónico: dueloposconflicto@gmail.com

Teléfono: _____ Fecha: _____

Firma del investigador:

Testigo:

ANEXO 6. PRESUPUESTO

<u>CONCEPTO</u>	<u>PRESUPUESTO ASIGNADO</u>
TALENTO HUMANO	
Honorarios docencia	4'000.000
Honorarios estudiantes investigadores	5'940.000
SUBTOTAL COSTOS DIRECTOS	9'940.000
RECURSOS MATERIALES	
Equipos	3'000.000
Utilización locativa	2'800.000
Pagos de internet	130.000
Papelería	400.000
Fotocopias	260.000
Impresiones	300.000
Útiles de oficina lapiceros, lápiz, borrador etc.	100.000
SUBTOTAL COSTOS DIRECTOS	7'290.000
Imprevistos	1'354.000
TOTAL	18'584000

ANEXO 7. AVAL COORDINACIÓN PROGRAMA DE ENFERMERÍA

Popayán, Marzo 17 de 2017

Docente:

Mag. Maria del Pilar Resterpo

Estudiantes:

Edward Andrey Ossa, Silvana Cárdenas y Leidy Paola Realpe Cerón

ASUNTO: Aval de proyecto de investigación

De acuerdo con la solicitud realizada, me permito dar el aval para el desarrollo de tan interesante investigación **“DUELO EN ESTUDIANTES PROGRAMA DE ENFERMERÍA: REPERCUSIONES BIOSICOSOCIALES Y ACADEMICAS UNIVERSIDAD DEL CAUCA, POPAYAN 2017.**

Espero que los resultados sean socializados también en reunión de Departamento en el momento en que culminen el desarrollo de la misma, pues en realidad contribuye en nuestra calidad académica.

Deseo éxitos en la misma y adjunto una nota adicional para entregar a estudiantes que reúnan los requisitos.

Universitariamente.

Gladys Amanda Mera U

Coordinadora de Programa