



MODALIDAD 4: PROYECTO DE EMPRENDIMIENTO

**PROGRAMA DE INTERVENCIÓN DEL DUELO POR SUICIDIO
EN SUPERVIVIENTES DESDE LAS TERAPIAS DE TERCERA
GENERACIÓN**

Alumna: Patricia del Rocío Romero Lara

Tutora: Ana María Cuevas Toro

Trabajo Fin de Grado

Facultad de Ciencias de la Educación- Universidad de Cádiz

Junio de 2018

ÍNDICE

RESUMEN.....	5
1. INTRODUCCIÓN.....	6
2. OBJETIVOS GENERALES	15
3. ANÁLISIS CUALITATIVO DE LAS ENTREVISTAS.....	16
3.1. Objetivos	16
3.2. Participantes.....	16
3.3 Instrumentos	16
3.4 Método de recogida de información	17
3.5 Resultados y discusión	17
4. DISEÑO DEL PROGRAMA	26
4.1. Descripción general del programa.....	26
4.2. Personas destinatarias.....	26
4.3. Criterios de inclusión/exclusión.....	26
4.4. Desarrollo de las sesiones o talleres	27
4.5. Recursos	39
4.6. Temporalización.....	40
5. EVALUACIÓN DEL PROGRAMA	40
5.1. Evaluación de resultados.....	40
5.2. Evaluación del proceso	42
6. CONCLUSIONES	43
7. BIBLIOGRAFÍA.....	45
8. ANEXOS.....	51

RESUMEN

El sufrimiento causado por la pérdida de un ser querido es una etapa del ciclo vital de todas las personas. Sin embargo, el duelo por suicidio guarda ciertas características que lo hace particularmente complicado y distinto a los demás tipos de duelo. El presente trabajo tiene dos objetivos principales: por un lado, se pretende analizar las elementos comunes que presenten las personas entrevistadas en relación al duelo de su familiar a fin de establecer la base de un programa de intervención para supervivientes y, por otro lado, el segundo objetivo es proponer un programa de intervención destinado a supervivientes desde las terapias de tercera generación.

A pesar de que el número de muertes por suicidio es muy elevado y con ello el número de personas afectadas, la bibliografía en cuanto a actuaciones e intervenciones específicas para este sector de la población es insuficiente y, por ello, el presente trabajo propone una intervención específica para duelo por suicidio.

PALABRAS CLAVE: duelo, suicidio, , Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT), mindfulness, evitación experiencial

ABSTRACT

The suffering caused by the loss of a love one is a stage of the life cycle of all people. However, mourning by suicide keeps certain characteristics that makes it particularly complicated and different from the other types of mourning. This study has two objectives: on the one hand, the intention is to analyze the common characteristics in relation to mourning by suicide in order to establish the basis of an intervention program for survivors and on the other hand, the second objective is to propose an intervention program aimed at survivors from the third generation therapies.

Despite the fact that the number of deaths due to suicide is very high and thus the number of people affected, the literature about actions and specific interventions for this sector of the population is insufficient, so this study proposes a specific intervention for mourning by suicide.

KEYWORDS: mourning, suicide, Acceptance and Commitment Therapy (ACT), mindfulness, experiential avoidance

1. INTRODUCCIÓN

Cometer un acto suicida se define como la acción de acabar con la propia vida de manera directa o indirecta tanto ante la imposibilidad para la persona suicida de encontrar un sentido a su existencia como ante la aceptación de la muerte como fin inevitablemente necesario, valorando como única salida el hecho de desaparecer para dejar el sufrimiento siendo consciente de que se acaba con la propia existencia (Durkheim, 1897; Salles y Llombart, 2005).

En la conducta suicida, hay tres factores que inciden en tomar dicha decisión: a) a nivel emocional, la persona sufre de manera muy intensa; b) a nivel comportamental, existe deficiencia o carencia de recursos psicológicos para resolver la situación; y c) a nivel cognitivo, la persona llega a tener desesperanza frente a un futuro que percibe como desolador, optando como única salida el no existir (Echeburúa, 2015). Por tanto, se parte de la base de que las personas que mueren por suicidio se ven sobrepasadas por su sufrimiento y una percepción de futuro desesperanzadora, entendiéndose así el suicidio como un componente de un estado de ánimo depresivo y, a la vez, como una forma de escapar del mismo (Bobes, Giner y Saiz, 2011).

Según datos de la Organización Mundial de la Salud, en todo el mundo se producen cada año alrededor de 800000 muertes al año por suicidio y cada 40 segundos una persona muere a causa del suicidio mientras que otra persona lo intenta cada 2 segundos. Además, se estima que estos datos pueden aumentar a un millón y medio de personas antes de 2020 (OMS, 2016). En los países que conforman la Unión Europea, se estima que el número de muertes al año por suicidio asciende a 58000 personas aproximadamente (European Commission, 2008). En España murieron 3569 personas en 2016 por suicidio, es decir, 10 personas al día, siendo la principal causa de muerte externa (INE, 2017). Sin embargo, estos datos pueden resultar insuficientes o incompletos ya que otras causas externas (como pueden ser accidentes de tráfico, ahogamiento, envenenamiento o caídas) llegan a ocultar el suicidio, por lo que los porcentajes podrían ser mayores (Wasserman, 2016). A los datos mostrados anteriormente se le suman las tentativas de suicidio, lo cual se estima que son datos de hasta 10 o 20 veces superiores a los datos de muerte por suicidio (Bobes, Giner y Saiz, 2011). Aún ante estos datos expuestos, las muertes por suicidio siguen siendo muertes silenciadas e invisibles. No obstante, trae consigo el sufrimiento de millones de

personas, calculándose que por cada acto suicida se ven afectadas una media de 6 personas del entorno de la víctima (Acinas, 2014).

Por tanto, un aspecto inexorablemente ligado a las muertes por suicidio son los allegados que conforman el entorno de la persona fallecida, a los que a partir de ahora denominaremos “supervivientes” El duelo que genera una muerte por suicidio es cualitativamente diferente a los demás tipos de duelos al ser uno de los más difíciles de afrontar, por lo que puede requerir asistencia psicológica por profesionales que tengan conocimientos respecto a este tipo de muerte (Acinas, 2014).

Tomando una perspectiva general, el duelo es el proceso por el cual una persona responde tras la pérdida de alguien, sin ser necesariamente un fallecimiento, pudiendo verse alterado el aspecto psicológico, físico y socioemocional de la persona doliente y expresándose de diferente manera según el vínculo afectivo que se haya mantenido con dicha persona (Cabodevilla, 2007; Yoffe, 2013). Concretamente, el duelo por la muerte de un ser querido es contemplado como uno de los sucesos más estresantes al que el ser humano tiene que enfrentarse a lo largo de su ciclo vital (Gil-Juliá, Bellver & Ballester, 2008). Según Sopena (2001) (citado por Gil-Juliá, Bellver & Ballester, 2008), hay tres aspectos que conforman el duelo normal: a) reacción universal de pérdida del ser querido pudiéndose manifestar de múltiples formas según la cultura que se presente, b) sufrimiento reflejado tanto de manera activa con comportamientos explícitos de malestar como de manera pasiva con estado de ánimo depresivo y c) el duelo puede afectar de manera negativa a la salud de las personas dolientes.

Siguiendo la concepción de las etapas del duelo propuestas por Meza Dávalos et al. (2008), se presentan 3 fases: 1) Inicio o primera fase, formado por las alteraciones fisiológicas como temblores o pulso cardíaco acelerado y el shock emocional tras la noticia de la pérdida del ser querido donde la persona siente un fuerte rechazo pudiendo llegar a la negación usado como sistema de defensa; 2) Fase central, es la fase de mayor duración predominada por un estado de ánimo depresivo, sentimientos de soledad e imágenes y recuerdos recurrentes de la persona fallecida alternados con períodos de reorganización de la nueva rutina sin la persona fallecida; y 3) Fase final, donde se establece el período de restablecimiento de las relaciones sociales, rutinas, estado de ánimo y perspectivas de futuro estableciéndose así la adaptación de la persona.

Las características anteriormente descritas del duelo normal guardan gran parecido con el diagnóstico depresivo mayor, lo que hace difícil distinguirlos al realizar un diagnóstico. Por esta razón, es necesario aclarar que, aunque en un proceso de duelo normal o no complicado pueda aparecer sintomatología clasificada como depresiva, ello no indica que haya un trastorno mental al estar ante un proceso normal de sufrimiento ante la pérdida de un ser querido, excluyéndose así de los manuales diagnósticos (Wakefield et al. 2007).

No obstante, no todos los procesos de duelo son iguales y siguen un curso adaptativo para la persona por lo que es necesario atender a ciertos factores que inciden en tal proceso como las características de personalidad, el sexo, la edad, las estrategias de afrontamiento o los antecedentes de duelos en el pasado; el vínculo afectivo que mantenía con la persona fallecida y la causa de muerte, considerando si ha sido esperada, repentina o anticipada (Gómez, 2017).

Por tanto, cuando el proceso de duelo se complica y genera una gran interferencia en la vida cotidiana de la persona, estamos ante un duelo complicado. Los síntomas que caracterizan al duelo complicado son el sentimiento de soledad, tras la pérdida, pensamientos reiterados relacionados con la culpa y el enfado, anhelo por recuperar al ser querido, vacío existencial o dificultad para encontrar un sentido a la vida, sueño perturbador y evitación de situaciones o lugares que recuerden a la persona fallecida (Prigerson et al., 2009).

En referencia al duelo por suicidio, autores como Parada (2007) admite que, aunque el duelo por suicidio es un proceso que se ve alterado por la inmediatez del fallecimiento y las circunstancias que lo rodean, no tiene por qué considerarse un duelo con carácter patológico. No obstante, se ha comprobado que el duelo por suicidio tiene mayor probabilidad de provocar en los y las supervivientes problemas psicológicos y, en los casos más graves, riesgo de suicidio (Bolton et al., 2013; Ali, 2015). Así mismo, algunos autores consideran que el duelo por suicidio es diferente de los demás duelos por otras causas de muerte. Según Young et al. (2012), una de las características que distingue a este tipo de duelo es que los y las supervivientes tratan constantemente de encontrar una explicación a por qué esa persona tomó la decisión de acabar con su vida y de qué manera podría haberse evitado tal desenlace, lo que genera en los y las

supervivientes un extremo sentimiento de culpabilidad y vergüenza que les hace más difícil avanzar en el proceso de aceptación y adaptación del duelo.

A todo lo anterior se le añade el estigma que envuelve al suicidio, por lo que las y los supervivientes a menudo se sienten rechazados por la sociedad e incomprendidos por su situación de duelo pudiendo ocasionar el aislamiento social como un intento de alejarse emocionalmente del suicidio de su allegado y sus consecuentes prejuicios (Cvinar, 2005; Ali, 2015).

Por todo ello, el presente trabajo de fin de grado se centrará en el duelo por suicidio ya que al ser un duelo con características significativamente diferentes a los demás duelos, necesita de mayor profundización y estudio. Sin embargo, una de las limitaciones que se observan en cuanto al estudio del duelo por suicidio es que la mayoría de estudios son de naturaleza cuantitativa, viéndose la necesidad de trabajar desde un enfoque cualitativo para ahondar en el entendimiento y las necesidades de este proceso de duelo (Spillane et al., 2017).

Por lo tanto, teniendo presente las elevadas tasas que todavía existen en cuanto a muertes por suicidio, las características que le confieren la particularidad de duelo complicado y los escasos estudios cualitativos que investigan dicho duelo en profundidad, resulta necesario ahondar en los distintos programas existentes con el fin de conocer si las distintas estrategias propuestas y/o llevadas a cabo se ajustan a la conducta suicida y su consecuente proceso de duelo.

Ya en 1999 la OMS puso en marcha un programa de carácter mundial destinado a la prevención del suicidio llamado SUPRE (Suicide Prevention) donde se recogen una serie de instrumentos sobre cómo actuar en casos de personas con riesgo de suicidio para una amplia gama de profesionales (médicos generalistas, profesionales de los medios de comunicación, profesorado, policías, bomberos, socorristas, trabajadores/as de atención primaria) e instituciones (prisiones y cárceles). Por su parte, el *European Pact for Mental Health and Well-Being* incluye cinco componentes de actuación en el que, en primer lugar, aparece recogida la prevención de la depresión y la conducta suicida (European Commission, 2008).

También se destaca el proyecto EUREGENAS, el cual está constituido por 15 socios europeos que representan a 11 regiones europeas con distintas experiencias en relación a la prevención de la conducta suicida. Este proyecto tiene como objetivo

desarrollar y poner en práctica diversas estrategias en torno a la prevención del suicidio a nivel regional para que posteriormente puedan utilizarse en toda la Comunidad Europea donde se incluyen actividades de sensibilización y detección del riesgo de suicidio, formación a profesionales de atención primaria y apoyo a supervivientes fomentando los grupos de ayuda mutua (Dumon & Portzky, 2013).

Pero, en España no existe plan alguno referente a la prevención del suicidio. Es más, la Asociación Internacional de Prevención del Suicidio (IASP) recopila en su página web recursos de intervención y centros destinados a crisis pertenecientes a diversos países con diferente nivel de desarrollo socioeconómico y tasas de suicidio, debido a la ausencia de recursos españoles.

Por su parte, el Ministerio de Sanidad y Consumo propuso un plan estratégico destinado al Sistema Nacional de Salud para promover una mejora de las actuaciones llevadas a cabo en salud mental y dentro de su Línea Estratégica 1 se incluye como uno de los objetivos generales la prevención de la depresión y el suicidio mediante la acción y evaluación de acciones específicas. Pese a que el objetivo de dicho documento es influir en la mejora del sistema sanitario, requiere de un acuerdo entre sectores institucionales diversos y de las administraciones públicas, lo que dificulta su puesta en marcha (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007). Si bien se pueden destacar programas concretos para la prevención del suicidio como los llevados a cabo en Barcelona, Sabadell, Orense y Valladolid en los que se han obtenido resultados positivos viéndose reducidas las tasas de suicidio de manera notable (Acinas, 2014).

Teniendo en consideración la descoordinación y las escasas puestas en práctica de planes de actuación frente al suicidio, resulta congruente el hecho de que apenas existan recursos de ayuda y apoyo para aquellos familiares que han perdido a una persona por suicidio, hasta tal punto de que en España existen muy pocas asociaciones al respecto y la mayoría son de carácter testimonial (Camacho, 2016). Entre las asociaciones existentes específicas de duelo por suicidio se encuentran *Després del Suicidi- Associació de Supervivents (DSAS)* en Barcelona, *Asociación Alma y Vida* en Sevilla, *Red AIPIS (Asociación de Investigación, Prevención e Intervención del Suicidio)* en Madrid y *Besarkada- Abrazo* en Navarra.

Además, recientemente la asociación para la integración social de personas con discapacidad *La Barandilla* creó en el año 2017 un Teléfono Contra el Suicidio donde

profesionales de la salud mental se ocupan de atender las llamadas de personas que se encuentran en una situación de especial vulnerabilidad ante el suicidio.

Tras lo expuesto anteriormente, parece evidente la necesidad de impulsar actuaciones específicas para la intervención del duelo por suicidio en supervivientes ante las escasas intervenciones puestas en práctica en nuestro país y los escasos recursos de los que disponen estas personas. De esta manera, la siguiente propuesta de intervención es una manera de impulsar las buenas prácticas en cuanto a este tipo de duelo y reforzar el trabajo de las asociaciones existentes.

El objetivo del presente trabajo es plantear un programa de intervención destinado a familiares que han perdido a una persona por suicidio desde el enfoque de las terapias de tercera generación (terapias contextuales), las cuales parten del conductismo radical (Álvarez, 1996). Estas terapias remarcan la importancia de utilizar el análisis funcional, una relación terapéutica basada en la participación activa de la persona y ponen énfasis en el contexto social verbal dejando atrás la concepción de curación y eliminación de síntomas que viene dado por las terapias cognitivo-conductuales (Ruiz, 2010).

En las terapias cognitivo-conductuales la causa del malestar radica en los pensamientos o creencias disfuncionales o irracionales, de manera que la terapia se centra en tratar de disminuir el malestar (centrándose en el cambio o reestructuración del pensamiento) para así poder cambiar la conducta. En contraposición, las terapias contextuales, no se centran en modificar la forma del malestar (ni cambiar los pensamientos, sensaciones o emociones negativas, llamados en estas terapias eventos privados), si no en cambiar su función (lo que hace la persona ante estos eventos privados). (Álvarez, 1996; Luciano & Valdivia, 2006).

Dentro de las terapias contextuales se encuentra la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT, siglas en inglés de *Acceptance and Commitment Therapy*) que está basada en la Teoría del Marco Relacional, la cual estudia las conductas gobernadas por reglas y la equivalencia entre estímulos, centrándose así en el aspecto clave que define a la conducta verbal como es el aprendizaje relacional, esto es, responder a un estímulo en términos de otro. Esto significa que, aunque dos o varios estímulos sean formalmente diferentes, si se establecen relaciones funcionales y/o arbitrarias entre ellos, la persona puede reaccionar de la misma manera ante dichos estímulos sin que previamente haya tenido experiencia directa con ellos (Gómez-Martín, 2007; Wilson & Soriano, 2014). Esta teoría defiende que el sufrimiento es un aspecto intrínseco del ser humano, ya que

el sufrimiento psicológico sólo puede comprenderse dentro de un contexto de actividad simbólica y verbal que es facilitada por nuestro lenguaje (Wilson & Soriano, 2014). Por ello, la conducta puede llegar a establecerse sin experiencia directa con determinados estímulos, es decir, la persona puede llegar a experimentar los eventos privados (ej. malestar) sin la presencia de dichos estímulos.

Los problemas del ser humano, por tanto, ocurren dentro de un contexto verbal en el que se queda atrapado de manera que se ve envuelto en las relaciones funcionales que mantienen el problema. En ACT se fomenta el distanciamiento o defusión de los eventos privados relacionados con el malestar, situando a la persona en una posición de aceptación responsable, permitiendo que se dirija hacia sus valores personales en presencia de la incomodidad o malestar. (Álvarez, 1996; Ruiz, 2010).

Seguido a lo anterior, desde ACT se remarca el hecho de que desde la sociedad actual se promulga la idea que lo “normal” es estar bien y feliz y evitar el malestar y el sufrimiento como paso para poder implicarte en lo que quieres en la vida. Esto puede generar así un círculo vicioso que resulta contraproducente, ya que desde la RFT se defiende que el placer y el dolor son parte intrínseca de la naturaleza humana (Wilson & Soriano, 2014). Un aspecto clave en ACT en relación a lo anteriormente mencionado es la evitación del malestar que, en sí misma es inherente a la conducta humana pero si se cronifica estamos ante un trastorno de evitación experiencial (TEE), entendido como un patrón inflexible de conducta en el que la persona trata de no tener contacto con (o evitar) sus eventos privados negativos, causándole alivio momentáneo, pero a largo plazo esta evitación se va expandiendo y causando así más malestar y limitando cada vez más su vida en el sentido de alejarse de sus valores (propósitos o aspectos vitalmente importantes para la persona) (Hayes & Luciano, 2001; Luciano, Gutiérrez & Rodríguez, 2005).

Por ello, ACT se decanta por clarificar los valores para que la persona aprenda a encaminarse hacia ellos apostando por alterar los contextos verbales en los eventos privados negativos en los que se ve atrapada la persona y que le dificultan su camino para cuidar dichos valores (Wilson & Soriano, 2014).

Se podría decir que todos los trastornos psicológicos tienen como base el trastorno de evitación experiencial ya que, aunque varíen en sintomatología, las contingencias dan como resultado el reforzamiento negativo del comportamiento evitativo. Por ello, los trastornos psicológicos pueden ser estudiados tomando como

referencia una dimensión de evitación en el cual el suicidio sería catalogado como la evitación total del malestar (Hayes & Luciano, 2001).

Enlazándolo con lo anterior, la eficacia de ACT ha sido demostrada en una amplia variedad de diagnósticos en los que se incluyen la depresión, las adicciones, los síntomas psicóticos, el trastorno límite de personalidad, los trastornos de ansiedad e, incluso, en algunas enfermedades crónicas como el dolor crónico, la epilepsia, el cáncer, la diabetes e, incluso, en las recuperaciones postquirúrgicas (Hayes & Luciano, 2001; Ruiz, 2010; Rosales & Tan, 2016).

En este sentido, cabe decir que, aunque desde ACT se pueda explicar la raíz de múltiples trastornos y sea un tipo de terapia flexible, en cuanto a duelo se refiere, se encuentran pocas evidencias. Uno de los pocos ejemplos que existen sobre aplicación de ACT en duelo es el realizado por Luciano y Cabello (2001) a un caso único de un hombre de 55 años que presentaba un trastorno por duelo con evitación experiencial. En este caso, se trabajaron con aquellos eventos privados que él evitaba en cuanto a su ser querido fallecido, de manera que desde ACT se modificaron las funciones aversivas que producía su contexto verbal para que así la persona pudiera clarificar sus valores y encaminar la terapia hacia la dirección que quería.

También se ha encontrado un estudio cualitativo donde los aspectos claves de ACT usados por los terapeutas como la aceptación, la atención plena y la defusión redujeron significativamente las rumiaciones sobre la muerte del ser querido y aumentaron la atención plena de los clientes (Walker, 2013).

Más específicamente, en cuanto a duelo por suicidio se refiere, la búsqueda de bibliografía existente en relación a ACT es inexistente, aunque sí se encuentran revisiones sistemáticas de otros tipos de intervenciones.

Primeramente, se parte de la base de que la mayoría de las intervenciones destinadas al duelo por suicidio no tienen un impacto mensurable debido a que su duración muchas veces es insuficiente. A lo anterior se le suma el hecho de que la eficacia de las intervenciones formales para los sobrevivientes aún no se ha establecido empíricamente, aunque si se hayan registrado efectos positivos en intervenciones particulares (Jordan & McMenemy, 2004). En 2011 se realizó una revisión de los programas realizados hasta el momento para determinar la efectividad de los programas de post-intervención del suicidio (en los que se incluye tanto programas tras intentos de

suicidio como a los dirigidos a supervivientes). De los 49 programas encontrados, solo en 16 se cumplían los criterios de evaluación de su efectividad de los que parten tres tipos de intervenciones: post-intervenciones realizadas en la escuela, centradas en la familia y basadas en la comunidad. Los resultados mostraron lo siguiente: se encuentran pocos efectos positivos en la post-intervención realizada en las escuelas dirigidas al alumnado ; en cuanto a los grupos de ayuda mutua en supervivientes, en las personas participantes se han visto drásticamente reducidos los síntomas de duelo complicado; y, por último, en relación a los programas basados en la comunidad (campañas de prevención, medios de comunicación, medidas en los servicios de salud) en ninguno de ellos se especifica la evaluación de los efectos de los programas, lo que limita el hecho de extraer conclusiones respecto a su efectividad (Kutcher & Szumillas, 2011).

Por otro lado, en 2017 se realizó una nueva revisión sobre las intervenciones realizadas a personas en duelo por suicidio y sólo aparece la terapia cognitivo-conductual, la cual se comprobó que no tiene suficiente eficacia en este tipo de duelo aunque sí que parece tener resultado en las personas con ideaciones suicidas (Linde et al., 2017).

Por otra parte, este proyecto de intervención incluye un componente muy presente en las terapias contextuales y en ACT, como es el *mindfulness*. *Mindfulness* (o atención plena), es la capacidad para estar en el momento presente de manera activa y reflexiva dejando a un lado los juicios de valor, renunciando al control y aceptando las experiencias vitales tal y como se presentan desde la observación curiosa y abierta. (Vallejo, 2006). En este sentido, *mindfulness* es una herramienta necesaria en ACT ya que fomentar la capacidad para estar en el momento presente es fundamental para aumentar la aceptación e impulsar la defusión cognitiva de la persona hacia sus eventos privados. Jon Kabat-Zinn fue la primera persona en impulsar el uso del *mindfulness* en el año 1979 como tratamiento para aquellos trastornos psicológicos en los que no se veía mejoría con el tratamiento médico actual. De esta manera, se desarrolló el programa MBSR (siglas en inglés de *Mindfulness-based stress reduction*) el cual se ha demostrado su eficacia y se aplica actualmente a enfermedades como el dolor crónico, fibromialgia, esclerosis múltiple, psoriasis, cáncer y en trastornos psicológicos como ansiedad, depresión y desórdenes alimenticios (Vallejo, 2006; Gutiérrez, 2011).

En cuanto a la efectividad de utilizar *mindfulness* en el duelo por suicidio, sólo existe un estudio que evalúe su eficacia. En este caso, el estudio consiste en comprobar la eficacia de diferentes programas de *mindfulness* en un retiro de fin de semana llamado Panta Rhei destinado a supervivientes. El estudio obtuvo como resultado una mejoría notable de los participantes en cuanto a la angustia psicológica, no obstante, los resultados no son claros ya que la mejoría también pudo deberse a que los supervivientes se conocieron entre ellos e intercambiaron historias. Por ello, se alienta a ahondar en la investigación sobre este tipo de intervenciones en supervivientes (Scocco et al., 2018).

Por un lado, una de las razones por las que realizar este trabajo fin de grado es, sin duda, aportar mayor información ante la escasa bibliografía existente sobre las actuaciones para trabajar el duelo por suicidio, no existiendo programas basados en las terapias contextuales. Teniendo en cuenta que desde ACT el suicidio se considera el punto máximo de evitación experiencial, es la terapia que más se puede ajustar a dicha problemática para su mejor comprensión y ajuste a nuevas actuaciones en cuanto a su duelo.

Por otro lado, el suicidio es un evento que no se puede cambiar por lo tanto requiere de actuaciones que vayan encaminadas a aumentar la flexibilidad psicológica y, por consiguiente, la aceptación y adaptación a la pérdida del ser querido y el acercamiento hacia los valores personales, aspectos fundamentales que encajan perfectamente desde ACT.

2. OBJETIVOS GENERALES

- El primer objetivo es analizar los elementos comunes que presenten las personas entrevistadas en relación al duelo de su familiar, para establecer la base de un programa de intervención.

Para cubrir este primer objetivo se ha llevado a cabo un análisis cualitativo de varias entrevistas realizadas a supervivientes, todo ello desarrollado en el **Apartado 3.**

- El segundo objetivo es proponer un programa de intervención desde las terapias de tercera generación que dote de estrategias de afrontamiento adaptativas a familiares que han perdido a una persona por suicidio (supervivientes).

3. ANÁLISIS CUALITATIVO DE LAS ENTREVISTAS

3.1. Objetivos

Para satisfacer el primer objetivo general mencionado en el apartado anterior, se plantean las siguientes preguntas de investigación:

1. ¿Qué factores de riesgo y de protección pueden influir en el duelo por suicidio?
2. ¿Qué estrategias de afrontamiento llevan a cabo las personas supervivientes en el duelo por suicidio? ¿De qué manera interfieren en sus vidas en términos de orientarse hacia sus valores personales?
3. ¿Qué necesidades psicológicas perciben que se necesitan cubrir en el duelo por suicidio?
4. ¿Cuál es el punto de vista de las personas supervivientes acerca de la formación de los y las profesionales de la psicología respecto al suicidio?

3.2. Participantes

El grupo de personas participantes está compuesta por tres mujeres de 35, 43 y 60 años, las cuales no aparecen con sus nombres reales si no con alias (Sonia, María y Victoria, respectivamente) para preservar su anonimato. Todas ellas son usuarias de la Asociación de Investigación, Prevención e Intervención del Suicidio (Red AIPIS) de Madrid.

Las participantes fueron escogidas con la ayuda del presidente de Red AIPIS, quien se puso en contacto con cada una de ellas explicándoles el motivo por el que participarían en la investigación, consiguiendo así la conformidad de las participantes.

3.3 Instrumentos

El instrumento utilizado ha sido elaborado específicamente para el presente Trabajo de fin de Grado. Consiste en una entrevista semiestructurada con preguntas relacionadas con los objetivos previamente expuestos, todo ello desarrollado en el **Anexo A**.

A su vez, para el análisis de contenido, se ha utilizado el software ATLAS.ti mediante el cual se han analizado las categorías que definen el duelo por suicidio definiendo las características comunes que presentan las entrevistadas.

3.4 Método de recogida de información

Dada la imposibilidad de establecer una entrevista directa con las participantes debido a dificultades geográficas y preservación del anonimato de las participantes, el presidente de Red AIPIS se encargó de facilitar la entrevista a través de correo electrónico a las participantes y de que éstas contestaran debidamente a las preguntas.

Se ha garantizado el respeto a los principios éticos propuestos por la *American Psychological Association* (2010).

3.5 Resultados y discusión

Disponer de estas narrativas permite acercarnos a la percepción que tienen las personas supervivientes en cuanto al duelo por suicidio, cuál es el punto de vista respecto a los mitos y poder dar voz a una comunidad silenciada.

Se presentan los resultados junto con la discusión de los mismos. Para facilitar la comprensión del análisis, se presentan los resultados relacionándolos con cada pregunta de investigación propuesta:

1. ¿Qué factores de riesgo y de protección pueden influir en el duelo por suicidio?

En cuanto a los factores de riesgo, hay respuestas heterogéneas en las entrevistadas. Se muestra en la **Tabla 1** las categorías de respuesta respecto a los factores de riesgo que se presentan en el duelo por suicidio en las entrevistadas.

Tabla 1. Codificación de la subcategoría 'factores de riesgo'

Categorías	Propiedades	Indicadores
Falta de apoyo social	Tipo	Falta de comprensión Desconocimiento duelo por suicidio
	Fuentes de la falta de apoyo social	Familia Amistades
Presión externa hacia adaptación rápida del duelo	Existencia	Sí No
	Fuentes de la presión externa	Familia Amistades
Relación con la persona fallecida	Tipo de relación	Mala Buena
Reacciones ante el duelo (sentimientos de culpa y/o rabia, recuerdos recurrentes de la persona fallecida e ideación suicida)	Existencia	Sí No
	Etapa del duelo	Inicio Momento actual Constante

Aludiendo a la falta de apoyo social, las respuestas son muy heterogéneas aunque sí se remarca la percepción de que las personas del entorno no saben cómo actuar frente a una persona en duelo por suicidio y, además, en una entrevistada se expone que se ha tratado el duelo como un tema tabú.

Nadie me dijo nada de mi entorno familiar..., creo que ha sido contraproducente que no se hablase en el entorno familiar del suicidio de mi padre, ello dificultó el duelo. (María)

La verdad es que estos casos son inexplicables y nadie estamos preparados para ayudar a familias que pasan por estos duros y trágicos momentos. No sabes qué decir, ni qué hacer, ni cómo ayudar,...

...no sabemos cómo afrontar este tipo de situaciones y menos cómo ayudar a superarlas o por lo menos a intentar vivir con ellas, por lo que esas frases salen sin pensar simplemente piensas que es con lo único que puedes ayudar. (Victoria)

Todas las entrevistadas reconocen que han sentido presión por parte de otras personas para aceptar el duelo aún sin sentirse preparadas para hacerlo.

Si, me dicen que me tengo que animar, por mi hijo y por mí, eso todos me lo dicen, pero es muy complicado.... este tipo de frases me las dicen todos los días, pero desde fuera se ve todo muy fácil, hasta que no te pasa, no se sabe el sufrimiento. (Sonia)

...las frases eran de manera indirecta, ya que todo ha sido "tienes que ayudar a tu hermana", "no la dejes sola"... me he sentido un poco presionada por algunas personas, pero encima han sido las personas que quizá menos han apoyado (Victoria)

Por otro lado, todas las entrevistadas tenían una buena relación con su ser querido fallecido, hecho que ha dificultado el proceso de duelo. Además, refieren que tienen recuerdos recurrentes de la persona fallecida junto con sentimientos de culpa con respecto al suicidio.

Tengo pensamientos de todo tipo: si yo hubiese estado con él, si hubiese cambiado de psiquiatra, si lo hubiese llamado por teléfono en ese momento,... (Sonia)

Si, tengo sentimientos de si pude haberlo evitado... su recuerdo siempre está conmigo. (María)

Por último, en cuanto a la ideación suicida, solo una entrevistada expresa haber tenido esa idea al inicio de su duelo.

Si, al principio me pasaban muchas cosas malas por la cabeza, tenía y tengo tanto sufrimiento que quería desaparecer. (María)

Por otro lado, se exponen los factores de protección que pueden facilitar a las personas supervivientes la adaptación al duelo, todo ello recogido en la **Tabla 3**

Tabla 2. Subcategoría 'factores de protección' en el duelo por suicidio

Categorías	Propiedades	Indicadores
Asistencia Psicológica	Tipo	Pública
		Privada
Apoyo social	Etapa del duelo	Inicio
		Momento actual
		Constante
	Fuentes del apoyo social	Familia
		Amistades
Asociaciones y actos conmemorativos para supervivientes	Uso de los mismos para	Sí
		No
	Percepción de utilidad con respecto al duelo	Útiles
		No útiles

Referente a la asistencia psicológica, todas las entrevistas expresan haber recibido asistencia tanto del ámbito público como del ámbito privado, si bien una de ellas no recibe atención psicológica directa, si no que va como acompañante de otro familiar, aunque expresa que recibe esta ayuda indirectamente.

No he recibido ayuda psicológica directa. Como he dicho anteriormente, sí que he acompañado a mi hermana a alguna de las citas con los psicólogos y de forma indirecta he ido recopilando información que también me ha podido servir para entender lo ocurrido y para ayudar a mi hermana reiterando lo que le decían a ella (Victoria).

Con respecto al apoyo social, todas expresan haber recibido apoyo de su familia y amistades en el proceso de duelo, si bien se ha visto reducido paulatinamente según avanzaba el tiempo.

Por supuesto que esa ayuda, ese apoyo de la gente sobretodo no tan cercana a ti se va minorizando con el tiempo, aunque no se olvidan y siempre están ahí (Victoria).

Aunque no todas las entrevistadas hacen uso de los actos conmemorativos al no poder incluirlo en su vida cotidiana, la percepción general que tienen en cuanto a los actos conmemorativos para supervivientes es buena, considerando útiles dichos eventos al poder compartir experiencias con personas que están pasando por la misma situación.

Me parecen muy útiles y consuela hablar con otros que tuvieron la misma experiencia (María)

Muy buenos, pero todavía no he podido hacer uso de ellos, ya que tengo un bebé y con todo lo que ha pasado y siendo madre primeriza, no tengo tiempo de nada (Sonia).

2. ¿Qué estrategias de afrontamiento llevan a cabo las personas supervivientes en el duelo por suicidio? ¿De qué manera interfieren en sus vidas en términos de orientarse hacia sus valores personales?

La forma en la que las entrevistadas afrontan el duelo por suicidio son muy variadas, recogidas en la siguiente tabla.

Tabla 3. Subcategoría 'estrategias de afrontamiento'

Categorías	Propiedades	Indicadores
Aceptación y adaptación al duelo	Forma de adquisición	Mala adaptación (búsqueda constante de respuesta ante el suicidio)
		Buena adaptación (normalización y aceptación del suicidio)
Evitación	Tipo	Aislamiento social Evitación de eventos sobre el suicidio
Capacidad para estar en el momento presente	Tipo	Distracción en tareas cotidianas Concentración en tareas cotidianas

En referencia a la aceptación y adaptación al duelo, emerge el hecho de que la búsqueda de una explicación del suicidio es constante en las entrevistadas.

Lo pienso a todas horas "por qué". No sé si me ayuda o no, pero lo pienso así.
(Sonia)

Si, intento encontrar respuesta que no encuentro, no sé si me ayuda, pero me es inevitable pensarlo. (María)

Sin embargo, también emergen de las entrevistas ciertos aspectos normalizadores que denotan un avance hacia la adaptación del duelo, en parte por el uso de asociaciones de supervivientes.

...me gusta hablar de mi padre, ahora puedo hacerlo con más normalidad y le comprendo mejor, en mi opinión es fundamental hablarlo, contactar con AIPIS ha sido gran ayuda, como he dicho, ver que esto le ocurre a muchas personas. (María)

Estamos aprendiendo a vivir con lo que ha pasado, ya que superarlo y olvidarlo es imposible. (Victoria)

En cuanto a las estrategias de evitación, se presenta en las entrevistadas un elemento común de evitación como es evitar hablar de la causa del fallecimiento dentro de la familia.

Mi suegra el día que ocurrió la tragedia, sí que quiso decir que había sido por otro motivo (infarto), pero quizá por el dolor, desconcierto,...pero al día siguiente, ya dijo cómo había sido. (Sonia)

Si se evitaba, porque quedamos afectados y no se hablaba de ello... nadie me dijo nada de mi entorno familiar. (María)

El día que pasó sí que hubo un momento de confusión y por respeto a la familia no se quería decir lo que había sucedido, pero fue solo en ese mismo día. (Victoria)

Además, las entrevistadas también coinciden en que el duelo les ha hecho aislarse de su entorno social y, en un caso en concreto, para atender a las demás personas afectadas por el duelo.

Sí que dejas a un lado en este caso, la parte social, para dedicar más tiempo a ayudar a quién o quienes más lo necesitan, dando prioridad a la familia (Victoria)

Para concluir con las estrategias de afrontamiento, se incluye la capacidad para estar en el momento presente, de manera que se entienda en términos de poder concentrarse en las tareas cotidianas. En las entrevistas se refleja que hay dificultad para mantener dicha concentración, más concretamente en una entrevistada se muestra cómo le resulta difícil no pensar en cómo están sus seres queridos, también afectados por el duelo.

si ahora salgo y no estoy con ellos, donde esté, no estoy bien, estoy pensando en cómo estarán, estarán bien,...estoy inquieta, por supuesto esto también influye en las relaciones personales, tanto de pareja, como de amigos,... (Victoria)

Tras el análisis de las distintas estrategias de afrontamiento, se puede deducir que no mantienen el cuidado hacia sus valores personales o no se dirigen hacia lo que quieren. Se dispone en la siguiente tabla qué indicadores se proponen para analizar los valores personales.

Tabla 4. *Subcategoría 'valores personales'*

Categorías	Propiedades	Indicadores
Valores personales	Cuidado de valores	Descuido de valores Orientación (compromiso) a valores

Según lo expuesto en las entrevistas, se puede observar cómo, además de no orientarse hacia lo que quieren, su situación actual tras el fallecimiento del ser querido ha cambiado drásticamente, lo que les impide llevar una vida orientada a valores.

No tengo ganas de salir, ni de arreglarme, ni de comer, ...Tengo muchas ganas de llorar a pesar que tengo un bebé que es igual que él y lo mejor que me ha podido dejar. (Sonia)

También en la fecha que ocurrió la tragedia yo iba a independizarme, por lo que tampoco ha podido ser, no quiero dejar sola a mi hermana y a mi sobrino con mis padres, como tampoco quiero cargar a mi madre con todo, por lo que esperaré un poco más. (Victoria)

3. ¿Qué necesidades psicológicas perciben que se necesitan cubrir en el duelo por suicidio?

Tabla 5. *Subcategoría 'necesidades psicológicas'*

Categorías	Propiedades	Indicadores
Necesidades psicológicas	Aspectos a mejorar para cubrir necesidades del duelo por suicidio	Mayor asistencia psicológica Más profesionales especialistas en suicidio

Con respecto a las necesidades psicológicas, hay acuerdo entre las entrevistadas en el hecho de que es imprescindible para las personas supervivientes recibir una asistencia psicológica de calidad con profesionales cualificados al respecto.

Se debe preparar a los estudiantes de Psicología para esta rama de suicidios, no se puede pasar por alto estos temas, ya que cada vez hay más casos (Sonia)

Que hubiera más psicólogos especializados en este tipo de casos y que pudieran atender más a menudo a los familiares directos del fallecido (Victoria)

4. ¿Cuál es el punto de vista de las personas supervivientes acerca de la formación de los y las profesionales de la psicología respecto al suicidio?

Tabla 6. *Subcategoría formación de profesionales*

Categorías	Propiedades	Indicadores
Calidad de la asistencia psicológica	Tipo	Mala calidad
		Buena calidad
Cualificación de los y las profesionales	Percepción sobre el trato de los y las profesionales con las personas supervivientes	Trato favorable
		Trato desfavorable

El punto de vista es muy parecido en las entrevistadas ya que coinciden en que se necesitan más profesionales cualificados en atenciones a supervivientes para una mejor asistencia psicológica.

Reitero la necesidad de formación de Psicólogos especializados en este tema, ya que la mayoría no están preparados para atender estos casos y no saben qué decirte. (Sonia)

Sí que considero importante señalar que debería haber más psicólogos especializados en este tipo de casos, ya que algunos se les ve desbordados ante este tipo de situaciones y no tienen respuestas ante muchas preguntas o comentarios que los familiares afectados pueden hacer. (Victoria)

4. DISEÑO DEL PROGRAMA

4.1. Objetivos

Se proponen los siguientes objetivos específicos para poder cumplir el objetivo general descrito en el **Apartado 2**.

- Identificar las diversas reacciones emocionales en el duelo por suicidio
- Desmitificar el proceso que conlleva el duelo por suicidio
- Fomentar la aceptación y normalización del malestar causado por un duelo complicado.
- Aumentar la capacidad de estar en el momento presente (*mindfulness*) para una vivencia más adaptativa del duelo.
- Fomentar la clarificación y compromiso con los valores personales e impulsar una forma de vida saludable en torno a los mismos.
- Aumentar la capacidad de despegarse de los pensamientos para promover la aceptación de los mismos y el compromiso con los valores personales.

4.2. Descripción general del programa

El programa de intervención psicológica se plantea de forma grupal (compuesta por 10-12 participantes) con una duración de 15 semanas y las sesiones están planificadas de manera que se desarrolle una sesión cada dos semanas, por lo que habrá un total de 8 sesiones. Dichas sesiones tendrán una duración media de dos horas. En todas las sesiones, el trabajo estará dirigido por un/una profesional de la psicología y se llevarán a cabo en un espacio habilitado con sillas y mesas ofrecido por la Asociación AIPIS.

4.3. Personas destinatarias

Las personas destinatarias son familiares que han perdido a una persona por suicidio (supervivientes). El número de personas participantes en el grupo serán de un máximo de 10-12 personas.

4.4. Criterios de inclusión/exclusión

- Inclusión: Se proponen los siguientes criterios:
 - Ser mayor de 18 años
 - Haber perdido a un familiar por suicidio en un periodo de más de 6 meses.
 - Presencia de síntomas indicadores de duelo complicado (anhedonia, evitación de situaciones sociales, desesperanza, aislamiento, vacío

existencial o incapacidad para encontrar sentido a la vida, evitación experiencial) así como interferencia significativa de los indicadores anteriores en la vida diaria.

Los instrumentos que medirán dichos criterios son los siguientes:

- Una entrevista semi-estructurada para analizar el estado psicológico de los participantes.
 - Falta de Apoyo Social medida por el Cuestionario de Percepción de Apoyo Psicosocial (Reig, Ribera y Miguel, 1991). (**Anexo B**)
 - Evaluación de las áreas emocionales, psicosomáticas y de relaciones sociales del/de la superviviente a través del Inventario de Experiencias de Duelo (IED) (Sanders, et al., 1977. Adaptación española García-García, Landa Petralanda, Trigueros Manzano y Gaminde Inda, 2001). (**Anexo C**)
 - Sintomatología depresiva medida a través del inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II) (Beck, Sterr y Brown, 1996. Adaptación española Sanz y García-Vera, 2013).
- Exclusión: Quedarán excluidas del programa todas aquellas personas en duelo por suicidio que presenten trastornos mentales graves (trastornos psicóticos, demencias o abuso de sustancias).

4.5. Desarrollo de las sesiones o talleres

SESIÓN 1: Clarificación y compromiso con los valores

Objetivos

- Impulsar la cohesión grupal y la participación activa
- Fomentar la clarificación y el compromiso con los valores personales
- Aumentar la capacidad de permanecer en el momento presente (*mindfulness*)

Contenidos

- Evaluación pre-intervención
- Establecimiento de normas del grupo
- Clarificación de los valores personales
- Meditación consciente (*mindfulness*)

Recursos humanos

Un/a profesional de la psicología

Recursos materiales

Sillas, mesas, bolígrafos, post-it, folios, chocolate

Duración

Sesión de dos horas

Procedimiento

- En primer lugar, el/la profesional de la psicología se presenta ante el grupo y explica de qué manera están estructuradas las sesiones y cuál será su duración. Se pedirá a los y las integrantes del grupo que escriban en un post-it su nombre y se lo peguen en la ropa en la zona del torso para que así se facilite recordar los nombres de cada una/o.
- El/la profesional de la psicología propone que cada persona del grupo escriba tres normas que considera importantes en un grupo para poder así delimitar las normas del mismo.
- Una vez que han escrito las normas, cada persona expresa en voz alta las normas que ha escrito y, posteriormente, se elegirán cinco debatiendo entre ellos/as cuáles creen que son necesarias para establecer en el grupo.
- Se pedirá a los y las participantes que cumplimenten los cuestionarios post-evaluación:
 - o The Acceptance and Action Questionnaire II (AAQ-II) (Bond y Bunce 2003). Adaptación española de Ruiz et al. (2013) (**Anexo D**)
 - o Mindfulness Attention Awareness Scale (MAAS) (Brown & Ryan, 2003. Adaptación española Soler et al., 2012). (**Anexo E**)
 - o Cuestionario de Defusión Cognitiva (CDC) (Gillanders 2012. Adaptación española de Romero-Moreno, 2014). (**Anexo F**)
- Se utilizará la “metáfora del jardín” de manera que se explique en qué se están focalizando y si el camino que están eligiendo les acerca o no a cuidar sus valores personales (Wilson & Soriano, 2014)(Ver **Anexo G**). Una vez explicado se invita a la reflexión y a realizar una conclusión conjunta de los y las integrantes.

- Se propone como tarea para casa rellenar el Formulario de Valoración de Aceptación y Compromiso en el cual registraran diariamente cuál ha sido su nivel de sufrimiento, cuánto esfuerzo se ha invertido en tratar de deshacerse de éste, el nivel de funcionamiento diario y si han realizado acciones valiosas. **(Anexo H)**.
- También se propone como tarea para casa escribir una carta de despedida. Cada persona escribirá a su ser querido fallecido todo lo que les gustaría decirle ya sea para pedir perdón o para agradecerles por algo y cada uno/ terminará su carta con la forma en la que les hubiera gustado despedirse de esa persona. Con esta tarea se busca aceptar la marcha de la persona fallecida y plasmar todo lo que sienten hacia dichas personas.
- En los últimos 5-10 minutos se finaliza la sesión con una meditación con chocolate. Consiste en comerse un trozo de chocolate de manera consciente. Las personas permanecen sentadas focalizando toda su atención en todo lo que conlleva comerse un trozo de chocolate incluyendo el tacto, el gusto, el olfato, poner en la boca el trozo de chocolate, que se derrita dentro de la boca y la deglución. En todo momento, se fomentará la focalización en las sensaciones sin que se realicen juicios de valor (Penman & Williams, 2013) **(Anexo I)**.

SESIÓN 2: Identificación del malestar del duelo por suicidio

Objetivos

- Identificar las sensaciones, pensamientos y emociones en relación al duelo
- Fomentar la aceptación de los pensamientos, sensaciones y emociones del duelo por suicidio
- Aumentar la capacidad de permanecer en el momento presente (*mindfulness*)

Contenidos

- Identificación de eventos privados en relación al duelo
- Identificación del malestar del duelo por suicidio
- Fomento de la aceptación de la pérdida
- Meditación consciente (*mindfulness*)

Recursos humanos

Un/a profesional de la psicología

Recursos materiales

Sillas, pizarra blanca, rotuladores, folios, bolígrafos

Duración

Sesión de dos horas

Procedimiento

- Revisión del Formulario de Aceptación y Compromiso y debate sobre las acciones valiosas y las dificultades que han ido apareciendo desde la última sesión.
- El/la profesional de la psicología dibujará en la pizarra tres columnas que tendrán por nombre: Sensaciones físicas, pensamientos y emociones. Pasará a explicar la diferencia entre los tres conceptos para, posteriormente, pedir a cada persona del grupo que escriba en cada columna una sensación física, un pensamiento y una emoción en relación a su duelo.
- Posteriormente, el/la profesional de la psicología pedirá a las personas participantes que identifiquen sus propios valores con su ayuda puntuando en una escala de 1-10 qué importancia le dan a las distintas áreas vitales y la consistencia, es decir, en qué grado cuidan esas áreas importantes. Las áreas vitales a evaluar serían: familia, parejas/relaciones íntimas, cuidado de los hijos e hijas, amigos/vida social, trabajo, educación/formación, ocio/diversión, espiritualidad, ciudadanía/vida comunitaria y cuidado físico (Gutiérrez et al., 2006).
- Posteriormente, cada participante relatará de qué manera lo que ha escrito está interfiriendo en su vida diaria. Se enlazará con la metáfora del jardín para ejemplificar cómo se focalizan en el malestar y se alejan de sus valores personales.
- La siguiente tarea consistirá en que cada miembro del grupo leerá su carta de despedida en voz alta mientras los demás le escuchan atentamente.
- Los últimos 5-10 minutos irán destinados a la “meditación de respiración y cuerpo” en el que se busca realizar meditación consciente focalizándose en la respiración. Las y los participantes permanecen sentados con la espalda recta y los ojos cerrados y tratarán de centrar su atención en cómo el aire entra y sale del abdomen en cada inspiración y espiración para, posteriormente, llevar la focalización lentamente a todo el cuerpo.

SESIÓN 3: Convivir con mi duelo cuidando mi cuerpo

Objetivos

- Fomentar la aceptación de los pensamientos, sensaciones y emociones del duelo por suicidio
- Aumentar la defusion cognitiva
- Fomentar el compromiso hacia los valores personales para impulsar una forma de vida saludable en torno a los mismos.
- Aumentar la capacidad de permanecer en el momento presente (*mindfulness*)

Contenidos

- Defusion cognitiva fomentando la aceptación de las sensaciones, pensamientos y emociones
- Hábitos de vida saludable
- Meditación consciente (*mindfulness*)

Recursos humanos

Un/a profesional de la psicología

Recursos materiales

Sillas, folios, bolígrafos, esterillas

Duración

Sesión de dos horas

Procedimiento

- El/la profesional de la psicología hará un breve repaso de las sensaciones, emociones y pensamientos que surgieron en la sesión anterior y, con la revisión del Formulario de Valoración de Aceptación y Compromiso, se invita a que las personas participantes expresen si el malestar se sigue expresando de la misma manera o ha emergido hacia formas nuevas.
- Posteriormente se expone la metáfora de “las olas en la playa” mientras permanecen sentados con los ojos cerrados (Wilson & Soriano, 2014) (Ver **Anexo J**).
- El/la profesional de la psicología invitará a que cada participante exponga cómo se ha sentido mientras se relataba la metáfora para después hacer una equivalencia entre qué sería dejar que te de la ola en tu vida diaria y qué sería luchar contra la ola y adónde les llevaría cada opción.

- Siguiendo con la metáfora anterior, se pide a los participantes que reflexionen en un valor determinado, que sería el cuidado físico. Se pedirá que recuerden qué puntuación de importancia y cuidado le dieron a esta área y que comenten qué impide que cuiden dicho valor.
- Se presenta el ejercicio “Mi contrato con mi cuerpo” donde escribirán en un folio la frase “En las próximas dos semanas, yo me comprometo a...” seguido de la acción que se comprometen a realizar para mejorar el cuidado físico (Ver **Anexo K**).
- Se llevará a cabo la meditación mediante escáner corporal en el que las personas participantes realizarán tumbados en una esterilla que colocarán en el suelo (Kabat-Zinn, 2015). (Ver **Anexo L**).

SESIÓN 4: Desmitificando el duelo por suicidio

Objetivos

- Identificar las reacciones emocionales en el duelo por suicidio
- Desmitificar el proceso que conlleva el duelo por suicidio
- Aumentar la capacidad de permanecer en el momento presente (*mindfulness*)

Contenidos

- Puesta en común de las reacciones emocionales en el duelo por suicidio
- Mitos y verdades del duelo por suicidio
- Aceptación de pensamientos y sentimientos

Recursos humanos

Un/a profesional de la psicología

Recursos materiales

Sillas, pizarra blanca, rotuladores, folios, bolígrafos

Duración

Sesión de dos horas

Procedimiento

- En esta sesión, se permitirá que las personas participantes vengan acompañadas de un familiar, amigo o amiga y/o allegado o allegada de la víctima de suicidio.

- El/la profesional de la psicología empezará presentándose a las nuevas personas oyentes. Posteriormente, pasará a explicar cómo va a estructurarse la sesión.
- Se empezará la sesión indicando a cada participante de la sesión que escriba en la pizarra blanca tres reacciones emocionales que han ido teniendo en el duelo por suicidio desde la notificación del fallecimiento de la persona allegada hasta la actualidad.
- Posteriormente, con la ayuda de los y las participantes, el/la profesional de la psicología clasificará las reacciones que han escrito en diferentes columnas que representarán las reacciones emocionales comunes en el duelo por suicidio: el shock o aturdimiento ante la noticia del suicidio, la negación de la muerte del ser querido, la culpa por pensar que se podría haber evitado o por no habernos reconciliado con esa persona, tristeza acentuada con recuerdos recurrentes y fechas especiales de la persona querida, la ira manifestado en sensación de abandono o transferir esa ira hacia una persona culpable de dicha muerte y la aceptación la cual sería la meta de la persona en la que comprende que el evento no se pudo prevenir y que no puede ser cambiado de manera que se convive con ello.
- Posteriormente, se invita a que se relate la experiencia personal de aquellas personas que se presten y que cuenten cómo han cambiado dichas reacciones emocionales desde el inicio del duelo al proceso de duelo actual comparando así si hubiera o no diferencia.
- Se repartirán folios donde estarán impresos en una tabla los diferentes mitos sobre el duelo por suicidio y los y las participantes tendrán que rellenar la columna de la derecha con hechos reales que desmientan a los mitos. (Ver **Anexo M**). Se invitará al debate de los mitos entre los y las integrantes y de qué manera les ha podido afectar a sus relaciones sociales.
- Por último, se invitarán a las personas presentes a realizar el ejercicio de “aceptación de pensamientos y sentimientos” donde se fomentará la aceptación de los mismos además de practicar la focalización en el momento presente (Eifert & Forsyth, 2005) (ver **Anexo N**)

SESIÓN 5: Renunciando a mi lucha, aprendiendo a vivir

Objetivos

- Promover el distanciamiento de los pensamientos, sensaciones y emociones en relación al duelo por suicidio

- Identificar las barreras personales en relación a actuar hacia los valores
- Aumentar la capacidad de permanecer en el momento presente (*mindfulness*)

Contenidos

- Defusion cognitiva
- Toma de conciencia de las barreras para implicarse en las acciones valiosas
- Meditación consciente (*mindfulness*) con música

Recursos humanos

Un/a profesional de la psicología

Recursos materiales

Sillas, cuerdas, folios, bolígrafos, radio portátil

Duración

Sesión de dos horas

Procedimiento

- Se empezará con la revisión de la actividad propuesta en la sesión 3, “Contrato con mi cuerpo”, donde se analizará si cada participante ha cumplido dicho contrato. Cada participante comentará qué ha realizado en estas dos semanas, si ha cumplido dicho compromiso y, en el caso negativo, qué le ha impedido hacerlo.
- El/la profesional de la psicología explica la “metáfora de alimentar al tigre” la cual irá dirigida a exponer de qué manera el control y la evitación se interpone en el camino hacia los valores personales (Hayes et al., 1990). (Ver **Anexo O**)
- Se pide a los y las participantes que revisen el Formulario de Aceptación y Compromiso y analicen de qué manera han “alimentado su tigre” en esas situaciones que han registrado.
- Para reforzar la idea de que luchar contra el malestar resulta contraproducente, se propone el ejercicio de “tirar de la cuerda”. El/la terapeuta hace una breve introducción del ejercicio explicando que la lucha contra el malestar se representa metafóricamente en un “tira y afloja” constante que requiere de mucho esfuerzo en vano ya que el malestar gana cada vez más fuerza. (Ver **Anexo P**)

- Se volverá a retomar la “metáfora de alimentar al tigre” para recalcar el hecho de que intentar controlar el malestar relacionado con el duelo (culpa, recuerdos recurrentes, ira...) sólo hace que se alejen de sus valores personales.
- Se propone que en sesión escriban a qué han renunciado por el duelo y, como tarea para casa, escribirán acciones valiosas para poder hacer aquello a lo que han estado renunciando, además de seguir con el formulario de Valoración de Aceptación y Compromiso.
- Para finalizar, se hará un ejercicio de *mindfulness* con música. Las personas participantes permanecen sentadas con los ojos cerrados mientras escuchan varios trozos de diferentes estilos de música (ballet, rock, pop, canto gregoriano) los cuales provocarán diferentes sensaciones. Se les pide que no traten de luchar contra esas sensaciones, si no que las dejen estar sin más.

SESIÓN 6: Avanzando hacia lo que quiero, mis valores

Objetivos

- Promover el distanciamiento de los pensamientos, sensaciones y emociones en relación al duelo por suicidio de forma consciente y desde la aceptación
- Fomentar la clarificación y el compromiso con los valores personales
- Aumentar la capacidad de permanecer en el momento presente (*mindfulness*)

Contenidos

- Revisión de acciones valiosas
- Toma de conciencia de los eventos privados y cómo interfieren en los valores
- Meditación consciente (*mindfulness*)

Recursos humanos

Un/a profesional de la psicología

Recursos materiales

Sillas, folios, bolígrafos

Duración

Sesión de dos horas

Procedimiento

- Se empezará la sesión revisando las acciones valiosas que cada participante ha escrito y se invita al debate y a contar la experiencia de aquellos/as participantes que han intentado o están llevado a cabo dichas acciones.
- Para representar lo fácil que puede ser dejarse llevar por los eventos privados (sensaciones, pensamientos y emociones) a través del lenguaje y alejarnos de nuestros valores, se propone el “Ejercicio del limón”, pero, en este caso, adaptado a un contenido relacionado con el duelo por suicidio. Se pedirá a cada persona del grupo que escriba una frase relacionada con su duelo (Ver **Anexo Q**). Con este ejercicio, el/la profesional de la psicología busca desliteralizar las palabras y promover una perspectiva de persona observadora frente a las sensaciones del duelo.
- Posteriormente, el/la terapeuta propone un ejercicio representativo de la metáfora del autobús. La actividad consiste en hacer ver como los eventos privados pueden hacer que nos alejemos de nuestro camino hacia los valores si les prestamos atención y tratamos de ocuparnos de ellos (Wilson & Soriano, 2014). (Ver **Anexo R**)
- Se hará la revisión del formulario de Aceptación y Compromiso para comprobar si ha habido cambios en las acciones de las personas participantes de manera que indique si dichas acciones son más coherentes con sus propios valores.
- Por último, se propone el ejercicio del “Yo observador” en el cual las personas participantes comenzarán sentados con los ojos cerrados y centrados en su respiración. El/la profesional de la psicología tratará de evocar diferentes roles que han tenido a lo largo de sus vidas además de pensamientos, sentimientos y emociones asociados. Se hará hincapié en reforzar la idea de que somos más que dichas sensaciones, emociones y sentimientos.
- Como tarea para casa se realizará el formulario de Aceptación y Compromiso para el seguimiento de las acciones frente a las situaciones que generen malestar.

SESIÓN 7: Vivir en el aquí y ahora con “respons-habilidad”

Objetivos

- Promover la aceptación y atención consciente como herramienta para seguir el camino hacia los valores personales
- Fomentar la clarificación y el compromiso con los valores personales
- Aumentar la capacidad de permanecer en el momento presente (*mindfulness*)

Contenidos

- Revisión de acciones valiosas
- Aceptación y atención consciente
- Aceptación del duelo
- Meditación consciente (*mindfulness*)

Recursos humanos

Un/a profesional de la psicología

Recursos materiales

Sillas, folios, bolígrafos

Duración

Sesión de dos horas

Procedimiento

- Se empezará la sesión con la revisión del formulario de Aceptación y Compromiso y comentando aquellos avances que hayan hecho los y las participantes sobre sus conductas dirigidas a valores.
- Se hará una breve introducción sobre la aceptación y la atención consciente en relación al duelo donde se explica que la aceptación no significa renunciar o resignarse, si no que es una actitud abierta a experimentar sensaciones, pensamientos y sentimientos desencadenados por el duelo. Se tratará de hacer ver la relación entre la aceptación y focalización en el momento presente y las conductas dirigidas a valores a través de un repaso conjunto con las personas participantes sobre los diferentes ejercicios realizados en sesiones anteriores, los cuales están dirigidos a incrementar el repertorio de conductas, y aumentar la habilidad para responder (“respons-habilidad”).
- Se propone un ejercicio de aceptación adaptado al duelo. Se explicará a las personas participantes que es muy probable que sientan malestar, ya que el objetivo es dejar un sitio a ese malestar cuando se presente y aprender a convivir con él tal como es (sensaciones incómodas) y no como se cree que es (sensaciones incontrolables que se debe evitar a toda costa). (Ver **Anexo S**)
- Para ejemplificar el hecho de convivir con el malestar, el/la profesional de la psicología invita a hacer un ejercicio basado en la metáfora del “invitado grosero”.

(Ver **Anexo T**). Se hará una reflexión conjunta de cómo el control de los eventos privados hace que nos alejemos de las acciones valiosas y no disfrutemos del momento presente.

- Se procederá a la clarificación de los valores haciendo un recordatorio de la metáfora del jardín y se pide a las personas participantes que dibujen en un folio su propio jardín con flores y a cada flor le corresponderá un nombre que será aquello a lo que tienen que cuidar. El/la profesional de la psicología pedirá que recuerden cómo se sentían cuando solo se ocupaban de las malas hierbas descuidando sus flores.
- Se propone como tarea para casa la “meditación del movimiento consciente” y se propone que busquen en esta semana actividades de mindfulness para que cuenten su experiencia autónoma con el mindfulness la próxima semana. También se propone seguir con el formulario de Aceptación y Compromiso. (Ver **Anexo U**)

SESIÓN 8: El camino por delante

Objetivos

- Fomentar la concienciación de los factores de riesgo para poder prevenir o actuar frente a posibles recaídas
- Afianzar los conocimientos adquiridos en las sesiones para la puesta en práctica diaria
- Aumentar la capacidad de permanecer en el momento presente (*mindfulness*)

Contenidos

- Prevención de recaídas
- Cuestionarios post-intervención
- Meditación consciente (*mindfulness*)

Recursos humanos

Un/a profesional de la psicología

Recursos materiales

Sillas, mesas

Duración

Sesión de dos horas

Procedimiento

- El/la profesional de la psicología empezará agradeciendo a los y las integrantes del grupo su participación durante todas las sesiones y explicará que en esta última sesión se alentará a seguir el camino hacia los valores remarcando la importancia de poner en práctica todo lo que se ha aprendido.
- Posteriormente, el/la terapeuta invitará al debate sobre el miedo a recaer y lo ejemplificará con la “metáfora del jinete”. Con ello, se busca que los y las participantes sepan reaccionar desde la aceptación los períodos de recaídas y se responsabilicen de ello para redirigirse hacia sus valores (ver **Anexo V**).
- El/la profesional de la psicología comenzará la última sesión de mindfulness durante 15 minutos mientras todas las personas participantes se mantienen sentados con los ojos cerrados. Se les guiará hacia la focalización consciente de su respiración y se indicará que, si les viene a la mente pensamientos o sensaciones, simplemente las dejen estar y vuelvan a la focalización en la respiración.
- Previamente a la realización de los cuestionarios de la post-evaluación, se hará un breve debate donde las personas participantes expresen qué han aprendido en sesiones y qué acciones valiosas realizarán una vez terminados los talleres.
- Para finalizar, se pedirá a los y las participantes que cumplimenten los cuestionarios post-evaluación:
 - o The Acceptance and Action Questionnaire II (AAQ-II) (Bond y Bunce 2003). Adaptación española de Ruiz et al. (2013)
 - o Mindfulness Attention Awareness Scale (MAAS) (Brown & Ryan, 2003. Adaptación española Soler et al., 2012).
 - o Cuestionario de Defusión Cognitiva (CDC) (Gillanders 2012. Adaptación española de Romero-Moreno, 2014).
 - o Además, se incluye un cuestionario de satisfacción donde expresen con sinceridad la practicidad de las sesiones (ver **Anexo W**)
- Despedida y agradecimiento por el interés y participación.

4.5. Recursos

El presupuesto del programa de intervención se encuentra recogido en el **Anexo Y**.

4.6. Temporalización

El programa de intervención psicológica se plantea con una duración de 15 semanas y las sesiones están planificadas de manera que se desarrolle una sesión cada dos semanas, por lo que habrá un total de 8 sesiones. Se desarrolla el cronograma en el **Anexo Z**.

5. EVALUACIÓN DEL PROGRAMA

5.1. Evaluación de resultados

A continuación, se muestra el diseño de evaluación propuesto para verificar que los objetivos del programa descritos anteriormente se han logrado.

El proceso de evaluación constará de: un proceso de *screening*, donde se seleccionarán las personas participantes para la intervención, una primera sesión de observación pre-intervención (O₁), otra sesión de observación post-intervención (O₂)y, para finalizar, una última evaluación de seguimiento (O₃)al año de terminar el programa para constatar que las mejoras del programa perduran en el tiempo, todo ello representado en la siguiente tabla:

Tabla 7. *Diseño del programa de intervención.*

Proceso de selección de las personas participantes (<i>screening</i>)	Medida del grupo designado antes del programa de intervención	Implementar el programa de grupo designado	Medida del grupo designado después del programa de intervención	Medida del grupo designado al año después del programa de intervención
	O ₁	X	O ₂	O ₃

Primeramente, se describen las pruebas que se utilizarán para el proceso de selección de los y las participantes antes de comenzar el programa:

- **Entrevista semi-estructurada sobre los eventos vitales negativos en relación al duelo por suicidio**

Las preguntas de dicha entrevista tienen como finalidad facilitar el análisis de aquellos elementos que sean relevantes en el duelo por suicidio para así establecer las bases del programa de intervención adecuado a este tipo de duelo. La entrevista ha sido realizada por la autora del presente trabajo.

- **Inventario de Experiencias de Duelo (IED) (Sanders, et al., 1977). Adaptación española García-García, Landa Petralanda, Trigueros Manzano y Gaminde Inda, 2001).**

Se compone de 135 ítems que, a su vez, se dividen en 18 subescalas: 3 de validez (Negación, Respuestas Atípicas y Deseabilidad Social); 9 clínicas (Desesperanza, Enfado, Culpa, Aislamiento Social, Pérdida de Control, Rumiación, Despersonalización, Somatización y Ansiedad ante la Muerte), y 6 experimentales (Alteraciones del Sueño, Pérdida de Apetito, Pérdida de Energía, Síntomas Físicos, Optimismo/Desesperanza y Dependencia). La forma de respuesta es dicotómica (verdadero o falso).

- **Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II) (Beck, Sterr y Brown, 1996. Adaptación española de Sanz y García-Vera, 2013).**

Este inventario sirve para detectar y valorar la gravedad de la sintomatología depresiva. Se compone de 21 ítems los cuales van de una escala de 0 a 3 (excepto el ítem 16 que corresponde al patrón de sueño y el ítem 18 que corresponde al apetito, los cuales se miden de 0 a 7) puntuados a través de la escala Likert.

Según la puntuación obtenida se puede clasificar en: mínima depresión (0-13 puntos), depresión leve (14-19 puntos), depresión moderada (20-28 puntos) y depresión grave (29-63).

Posteriormente, se pasa a explicar las pruebas que se utilizarán para la evaluación de resultados del programa de intervención para valorar si se han producido cambios significativos y, por tanto, si ha resultado efectivo:

- **Consentimiento informado**

Donde se expondrá que la recogida de datos será tratada de manera confidencial por lo que se conserva el anonimato de los y las participantes y esta información será usada exclusivamente para fines de investigación.

- **The Acceptance and Action Questionnaire II (AAQ-II) (Bond y Bunce 2003). Adaptación española de Ruiz et al. (2013)**

Evalúa la evitación experiencial y la aceptación psicológica. Mediante 7 ítems puntuados a través de la escala Likert de siete puntos, se indicará mayor grado de evitación experiencial y menor aceptación psicológica en aquellos ítems que tengan

puntuaciones más altas y, al contrario, puntuaciones más bajas indicará más aceptación psicológica.

- **Mindfulness Attention Awareness Scale (MAAS) (Brown & Ryan, 2003. Adaptación española Soler et al., 2012).**

Sirve para medir la capacidad de permanecer en el momento presente. Se compone de 15 ítems en relación a la atención plena. Sigue una escala de 6 opciones de respuesta: 1= casi siempre, 2= muy a menudo, 3= a menudo, 4= algunas veces, 5= raramente y 6= casi nunca.

- **Cuestionario de Defusión Cognitiva (CDC) (Gillanders 2012. Adaptación española de Romero-Moreno, 2014).**

Este cuestionario sirve para valorar el grado de fusión/defusión cognitiva. Esta formado por 7 ítems siguiendo una escala de 7 opciones de respuesta: 1= nunca, 2= muy rara vez, 3= rara vez, 4= alguna vez, 5= frecuentemente, 6= casi siempre y 7= siempre. A mayor puntuaciones en los ítems, menos se despega la personas de sus pensamientos.

5.2. Evaluación del proceso

Durante todo el programa de intervención, se evaluará en qué medida el plan de acción diseñado se corresponde con las acciones llevadas a cabo. Su finalidad consiste en detectar posibles fortalezas y debilidades del programa así como considerar el grado de participación e implicación de las personas participantes.

Se determinarán qué actividades fueron implementadas, de qué manera y las debilidades que tuvo en su puesta en marcha. Con ello, se podrá estudiar qué elementos del proceso no se han llevado a cabo de acuerdo a lo previsto y las acciones adecuadas para mejorar el proyecto a corto y largo plazo.

Para poder evaluar el proceso de cada sesión, se ha elaborado una hoja de registro (ver **Anexo X**). Este registro debe cumplimentarse por cada sesión realizada, indicando todos los elementos previstos que aparezcan durante la aplicación de dicha actividad. Para poder completar estos elementos de forma correcta, debemos usar como guía el apartado 4.4 del programa y, posteriormente, compararlos con la puesta en marcha de la

sesión. Al final de esta hoja de registro, se incluye un apartado donde deben anotarse las dificultades que han ido surgiendo durante la aplicación de la actividad y la solución llevada a cabo.

Finalmente, para concluir con la evaluación del proceso, resulta conveniente que al concluir el programa de intervención, los y las participantes cumplimenten una encuesta de satisfacción para poder conocer su opinión acerca del mismo.

6. CONCLUSIONES

En todo el mundo se producen alrededor de 800000 muertes al año por suicidio afectando así a una media de 6 personas del entorno de la persona fallecida por cada acto suicida (Acinas, 2014; OMS, 2016).

La población de personas supervivientes es cada vez más elevada, por lo que se están aumentando los estudios sobre las características específicas del duelo por suicidio y las estrategias de afrontamiento utilizadas por dichas personas.

Si bien hay estudios cuantitativos que investigan el proceso y características del duelo por suicidio, una de las limitaciones que se encuentran en la bibliografía existente es que los estudios de naturaleza cualitativa son muy escasos, por lo que el presente trabajo trata a través del primer objetivo propuesto de subsanar esta carencia llevando a cabo un estudio cualitativo por medio de entrevistas a personas supervivientes permitiendo dar respuestas a las preguntas de investigación relacionadas con el afrontamiento del duelo y las actuaciones por parte de los y las profesionales de la psicología.

De las entrevistas emergen las dificultades que presenta el duelo por suicidio y que permite diferenciarlo de los demás tipos de duelo como es el sentimiento de culpa latente en las personas supervivientes, la falta de apoyo social ante el desconocimiento sobre el suicidio, la presión por parte del entorno para una adaptación rápida del duelo y los recuerdos recurrentes de la persona fallecida y su causa de muerte con la consecuente escasa capacidad de permanecer en el momento presente; y, con todo ello, se generan patrones de evitación haciendo aún más difícil la adaptación al duelo.

Por otro lado, del análisis se extrae la utilidad para las personas supervivientes de las asociaciones y actos conmemorativos para supervivientes de manera que les facilita

el hecho de normalizar y aceptar el proceso de duelo al poder contar sus experiencias a otras personas en la misma situación.

Por último, se destaca que las personas entrevistadas demandan una mayor asistencia psicológica con personal más cualificado tanto en el proceso de duelo como en la notificación del suicidio ya que perciben que los y las profesionales sanitarios no saben cómo atender estos casos.

Conviene tener en cuenta con respecto al análisis las debilidades encontradas para con este trabajo. Primeramente, el grupo de personas supervivientes entrevistadas consta de 3 personas, lo cual hace difícil que los resultados obtenidos sean extrapolables a una población bastante extensa. Además, el hecho de que las entrevistas no se hayan podido realizar de manera directa hace que se pierdan detalles y naturalidad con respecto a una entrevista directa. No obstante, se debe tener en cuenta que el trabajo presentado gira en torno a una población muy difícil de acceder por la situación tan delicada que están atravesando y el estigma social que les rodea.

Por otro lado, a pesar de que la población de personas supervivientes es bastante extensa, las actuaciones destinadas a dichas personas son escasas, teniendo en consideración la falta de un plan de actuación para supervivientes en España. Por ello, el segundo objetivo propuesto en el trabajo consta de una propuesta de intervención destinado a supervivientes desde las terapias de tercera generación.

La novedad del presente trabajo es presentar un programa de intervención específico para duelo por suicidio ya que, hasta ahora, no se ha presentado ninguna propuesta y, si se concreta a tercera generación, no hay evidencia suficiente que respalde el estudio de duelo por suicidio y ACT, lo cual sería beneficioso para aumentar la bibliografía respecto a esta problemática.

Si bien es cierto que este programa necesita mejoras en cuanto a contenido de las sesiones en relación con las terapias contextuales pero, al no encontrar bibliografía directa de ACT y duelo por suicidio, la elaboración ha resultado más costosa.

Por ello, otra limitación encontrada es la escasa evidencia de otros programas de intervención en duelo por suicidio así como análisis de las variables que inciden en dicho proceso de duelo.

Finalmente, se concluye animando a que se investigue con mayor intensidad el duelo por suicidio ya que muchas personas afectadas se ven con muy pocos recursos para hacer frente a un duelo tan complejo. Además, es necesario investigar con mayor profundidad las variables que inciden en el duelo por suicidio desde el enfoque de las terapias contextuales como es la evitación experiencial, la fusión cognitiva, la capacidad para estar en el momento presente y la orientación a valores en relación a la adaptación al duelo por suicidio, para poder así mejorar las intervenciones psicológicas en el duelo por suicidio.

7. BIBLIOGRAFÍA

- Acinas, M. P. A. (2014). *Suicidios: manual de prevención, intervención y postvención de la conducta suicida*. Fundación Salud Mental España.
- Ali, F. (2015). Exploring the Complexities of Suicide Bereavement Research. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 165, 30–39.
<http://doi.org/10.1016/j.sbspro.2014.12.601>
- Álvarez, M. P. (1996). *La psicoterapia desde el punto de vista conductista*. Biblioteca nueva.
- American Psychological Association (2010). *Publication Manual of the American Psychological Association*. London: American Psychological Association.
- Bellver, A., Gil-juliá, B., & Ballester, R. (2008). Duelo: evaluación, diagnóstico y tratamiento. *Psicooncología*, 5(1), 103–116.
http://doi.org/10.5209/REV_PSIC.2008.V5.N1.16377
- Bobes, J., Giner, J., & Sainz, J. (2011). *Suicidio y psiquiatría. España - Sociedad Española de Psiquiatría*. Retrieved from
http://www.fepsm.org/files/publicaciones/Suicidio_y_Psiquiatría-Texto.pdf
- Bolton JM, Au W, Leslie WD, et al. Parents Bereaved by Offspring Suicide: A Population-Based Longitudinal Case-Control Study. *JAMA Psychiatry*. 2013;70(2):158–167. doi:10.1001/jamapsychiatry.2013.275

- Cabodevilla Eraso, I. (2007). Las pérdidas y sus duelos. *Anales Del Sistema Sanitario de Navarra*, 30(SUPPL. 3), 163–176. <http://doi.org/10.4321/S1137-66272007000600012>
- Cvinar, J. G. (2005). Do suicide survivors suffer social stigma: A review of the literature. *Perspectives in Psychiatric Care*, 41(1), 14–21. <http://doi.org/10.1111/j.0031-5990.2005.00004.x>
- Dumon, E., & Portzky, P. G. (2013). Prevención de la conducta suicida e intervenciones tras el suicidio Recomendaciones para el ámbito escolar.
- Durkheim, É. (1897). El Suicidio: Estudio de Sociología. *El Suicidio, Estudio de Sociología y Otros Textos Complementarios*, 93–518.
- Echeburúa, E. (2015). Las múltiples caras del suicidio en la clínica psicológica. *Terapia Psicológica*, 33(2), 117–126. <http://doi.org/10.4067/S0718-48082015000200006>
- Eifert, G. H., & Forsyth, J. P. (2005). *Acceptance and commitment therapy for anxiety disorders: A practitioner's treatment guide to using mindfulness, acceptance, and values-based behavior change*. New Harbinger Publications.
- European Commission, Conference, E. U. H., For, T., & Health, M. (2008). The European Pact for Mental Health and Well-being. *EU High-Level Conference, Together for Mental Health and Well-Being, 12–13 June 2008*, (june), 12–13. <http://doi.org/10.1055/s-0031-1277729>
- García-García, J. A., Petralanda, V. L., Manzano, M. C. T., & Inda, I. G. (2001). Inventario de experiencias en duelo (IED): adaptación al castellano , fiabilidad y validez, 27.
- Gómez, P. (n.d.). Proceso de duelo : meta análisis del enfrentamiento a la muerte suicida desde una perspectiva familiar, 17(1), 49–64.
- Gómez-Martín, S., López-Ríos, F., & Mesa-Manjón, H. (2007). Teoría de los marcos relacionales: algunas implicaciones para la psicopatología y la psicoterapia. *International Journal of clinical and health psychology*, 7(2).

- Gutiérrez, G. S. (2011). Meditación, mindfulness y sus efectos biopsicosociales. Revisión de literatura. *Revista electrónica de Psicología Iztacala*, 14(2), 223.
- Gutiérrez Martínez, O., Páez Blarrina, M. B., Luciano Soriano, M. C., & Valdivia Salas, S. (2006). Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) y la importancia de los valores personales en el contexto de la terapia psicológica. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 6(1), 1–20. Retrieved from <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2190924&info=resumen&idioma=ENG>
- Luciano, C., & Hayes, S. C. (2001). Trastorno de evitación experiencial. *International Journal of Clinical and Health Psychology*.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D. Y Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and Commitment Therapy*. New York: The Guilford Press.
- Hayes, S. C., K. Wilson, N. Afari y S. McCurry (1990), *The use of Acceptance and Commitment Therapy in the treatment of agoraphobia*, comunicación presentada en el encuentro de la Association for Avancement of Behavior Therapy, San Francisco.
- Jordan, J. R., & McMenemy, J. (2004). Interventions for suicide survivors: A review of the literature. *Suicide and life-threatening behavior*, 34(4), 337-349.
- Kabat-zinn, J. (2015). Mindfulness, 1481–1483. <http://doi.org/10.1007/s12671-015-0456-x>
- Linde, K., Treml, J., Steinig, J., Nagl, M., & Kersting, A. (2017). Grief interventions for people bereaved by suicide: A systematic review. *PLoS ONE*, 12(6), 1–20. <http://doi.org/10.1371/journal.pone.0179496>
- Luciano, M. C., y Cabello, F. (2001). Trastorno de duelo y terapia de aceptación y compromiso (ACT). *Análisis y Modificación de Conducta*, 27(113), 400-424.
- Luciano Soriano, C., Gutiérrez Martínez, O., & Rodríguez Valverde, M. (2005). Análisis de los contextos verbales en el trastorno de evitación experiencial y en la

terapia de aceptación y compromiso. *Revista latinoamericana de psicología*, 37(2), 333-358.

Meza Dávalos, E. G., García, S., Torres Gómez, A., Castillo, L., Sauri Suárez, S., & Martínez Silva, B. (2008). Artículo de revisión El proceso del duelo. Un mecanismo humano para el manejo de las pérdidas emocionales. *Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas*, 13(1), 28–31.

Ministerio de Sanidad y Consumo. (2007). Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud. *Ministerio de Sanidad y Consumo*, 1–170.

Parada Muñoz, L. M. (2007). Duelo por muerte súbita desde el enfoque apreciativo: una opción de vida desde la pérdida. *Diversitas: Perspectivas en psicología*, 3(1), 55-65.

Penman, D., & Williams, M. (2013). *Mindfulness. Guía práctica: para encontrar la paz en un mundo frenético*. Grupo Planeta Spain.

Prigerson, H. G., Horowitz, M. J., Jacobs, S. C., Parkes, C. M., Aslan, M., Goodkin, K., Maciejewski, P. K. (2009). Prolonged grief disorder: Psychometric validation of criteria proposed for DSM-V and ICD-11. *PLoS Medicine*, 6(8). <http://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000121>

Regalado, D. C., (2016), *La pérdida inesperada. El duelo por suicidio de un ser querido*. Madrid, España: Fundación Salud Mental España

Romero-Moreno, R., Márquez-González, M., Losada, A., Gillanders, D., & Fernández-Fernández, V. (2014). Cognitive fusion in dementia caregiving: Psychometric properties of the Spanish version of the " Cognitive Fusion Questionnaire". *Psicología Conductual*, 22(1), 117.

Rosales, A., & Tan, S. (2016). Acceptance and commitment therapy (ACT): Empirical evidence and clinical applications from a christian perspective. *Journal of Psychology and Christianity*, 35(3), 269-275. Recuperado de: <https://search-proquest-com.bibezproxy.uca.es/docview/1869927876?accountid=14495>

- Ruiz, F. . (2010). A review of acceptance and commitment therapy (ACT) empirical evidence: Correlation, experimental, sychopathology, component and outcome studies. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, *10*, 125–162. <http://doi.org/10.1080/028457199439937>
- Ruiz, F. J., Langer Herrera, Á. I., Luciano, C., Cangas, A. J., & Beltrán, I. (2013). Measuring experiential avoidance and psychological inflexibility: the Spanish version of the Acceptance and Action Questionnaire-II. *Psicothema*, *25*(1).
- Sanz, J., & García-Vera, M. P. (2013). Rendimiento diagnóstico y estructura factorial del Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II). *anales de psicología*, *29*(1), 66-75.
- Scocco, P., Zerbinati, L., Preti, A., Ferrari, A., & Totaro, S. (2018). Mindfulness-based weekend retreats for people bereaved by suicide (Panta Rhei): A pilot feasibility study. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*. <http://doi.org/10.1111/papt.12175>
- Segal, Z. V., J. M. G. Williams y J. D. Teasdale (2002), *Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse*, Guilford, New York.
- Soler Ribaudi, J., Tejedor, R., Feliu-Soler, A., Segovia, P., Carlos, J., Cebolla i Martí, A. J., & Pérez, V. (2012). Propiedades psicométricas de la versión española de la escala Mindful Attention Awareness Scale (MAAS).
- Sopena, R. B. (2001). *Psicología del sufrimiento y de la muerte*. Martínez Roca.
- Spillane, A., Larkin, C., Corcoran, P., Matvienko-Sikar, K., & Arensman, E. (2017). What are the physical and psychological health effects of suicide bereavement on family members? Protocol for an observational and interview mixed-methods study in Ireland. *BMJ Open*, *7*(3). <http://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-014707>
- Szumilas, M., & Kutcher, S. (2011). Post-suicide intervention programs: a systematic review. *Canadian Journal of Public Health/Revue Canadienne de Sante'e Publique*, 18-29

- Vallejo Pareja, M. Á. (2006). Mindfulness. *Papeles del psicólogo*, 27(2).
- Velasco Salles, M. D. M., & Pujal i Llombart, M. (2005). Reflexiones en torno al suicidio: desestabilizando una construcción discursiva reduccionista. *Athenea Digital. Revista de pensamiento e investigación social*, (7).
- Wakefield, J. C., Schmitz, M. F., First, M. B., & Horwitz, A. V. (2007). Extending the bereavement exclusion for major depression to other losses: evidence from the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 64(4), 433-440.
- Walker, K. A. (2013). The Experiences of Therapists and Bereaved Clients of using an Acceptance and Commitment Therapy approach to grief.
- Wilson, K. G., & Soriano, M. C. L. (2014). *Terapia de aceptación y compromiso (ACT)*. Ediciones Pirámide.
- Yoffe, L. (2013). Nuevas Concepciones Sobre Los Duelos Por Pérdida De Seres Queridos. *New Conceptions about Mourning for Loss of the Loved Ones.*, 21(2), 129–153. Retrieved from <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=fua&AN=92868167&lang=es&site=ehost-live>
- Young, I. T., Iglewicz, A., Glorioso, D., Lanouette, N., Seay, K., Ilapakurti, M., & Zisook, S. (2012). Suicide bereavement and complicated grief. *Dialogues in clinical neuroscience*, 14(2), 177.

8. ANEXOS

Anexo A. Entrevista duelo por suicidio en supervivientes

1. Datos sociodemográficos

Sexo:

Edad:

1. ¿Cuál es su estado civil?
2. ¿Tiene hijos/hijas?
3. ¿Cuál es su nivel máximo de estudios?
4. ¿A qué se dedica actualmente?
5. ¿Con quién convive?

2. Datos en relación a la víctima de suicidio

6. ¿Cuál es su parentesco con la víctima de suicidio?
7. ¿Cuánto tiempo ha transcurrido desde el fallecimiento de su ser querido?
8. ¿Con qué edad falleció esa persona?
9. ¿Qué tipo de relación tenía con su ser querido?

3. Factores intervinientes del duelo por suicidio y estrategias de afrontamiento

10. ¿Desde que falleció su ser querido se ha notado más distante o aislado/a de las personas de su entorno? ¿Por qué cree que le pasa esto?

11. ¿Se ha sentido realmente apoyado/a por parte de los demás? ¿Cree que ha tenido el mismo apoyo al inicio del duelo y ahora? Cuénteme por ejemplo de quiénes ha recibido apoyo, qué tipo de apoyo ha recibido..., todo lo que usted considere sobre la ayuda que ha recibido por parte de otras personas.

12. ¿En algún momento alguna persona de su entorno le ha dicho cómo debería sentirse respecto a la pérdida de su ser querido? ¿Y esto cree que le ha ayudado?

13. ¿En alguna ocasión ha sentido presión por parte de su entorno para recuperarse del duelo antes de que se sintiera preparado/a? (P.ej. “tienes que seguir adelante, así lo hubiera querido”, “no le gustaría verte así”, “debes superar esto”,...).

14. ¿Esta presión de su entorno ha hecho que su duelo sea más complicado? ¿Actualmente sigue sintiendo esa presión? ¿Cómo la ha ido gestionando a medida que ha ido avanzando su duelo?

15. Actualmente, ¿cómo reacciona cuando alguien le recuerda a su ser querido? ¿Trata de evitar hablar del tema?

16. ¿Ha ocultado alguna vez la causa de la muerte de su ser querido? ¿Qué ha dicho en su defecto? ¿Por qué?

17. ¿En algún momento ha creído que sentirse triste por mucho tiempo con respecto a su duelo “está mal” o ha pensado que “se está volviendo loco/a”?

18. ¿A menudo intenta encontrar una respuesta a “por qué sucedió”? ¿Cree que esto le ayuda o le ha ayudado?

19. ¿En alguna ocasión ha tenido pensamientos de culpa, recuerdos constantes, o sensaciones sobre la muerte de su ser querido? Cuénteme más en detalle.

20. ¿Todo lo que usted ha mencionado anteriormente (esos pensamientos, recuerdos, sensaciones...) trata de evitar tenerlos? ¿De qué manera?

21. Todo lo que usted evita según me ha comentado antes, ¿de alguna manera interfiere en su día a día? Si es que sí, ¿Alguna vez ha sentido que por ello no puede concentrarse en sus tareas cotidianas?

22. ¿Ha dejado de hacer actividades que antes sí hacía o trata de mantenerse permanentemente ocupado/a por tratar de evitar esos pensamientos, sensaciones, recuerdos sobre su ser querido?

23. ¿Cómo suele afrontar aquellos eventos o fechas especiales que le recuerdan a su ser querido? (p.ej. cumpleaños, aniversario...)

Datos orientados a valores

24. ¿Qué cambios ha notado en su vida cotidiana (relación de pareja, relación con sus hijos/as, familiares, amistades, trabajo, tareas cotidianas, ocio, salud, espiritualidad, etc.) desde que falleció su ser querido?

25. ¿Considera que actualmente lleva la vida que a usted le gustaría en relación a diferentes áreas vitales (por ejemplo, su familia, su pareja, su trabajo, su tiempo de ocio...)? ¿Cree que tratar de evitar todo lo relacionado a la pérdida de su ser querido afecta al cuidado de estas áreas vitales? ¿De qué manera?

Necesidades psicológicas para la intervención

26. ¿Qué tipo de ayuda cree que hubiera sido necesario recibir al inicio de su duelo? ¿Qué necesidades percibe que requiere para su proceso de duelo actual?

27. Como se ha comentado anteriormente, queremos obtener toda la información posible sobre este tipo de duelo para poder ayudar a otras personas en esta misma situación, ¿qué cree que debemos incluir en dicha intervención?

Anexo B. Cuestionario de Percepción de Apoyo Psicosocial (Reig, Ribera & Miguel, 1991)

Marque con una cruz (X) la casilla que exprese mejor en qué medida dispone usted de los apoyos siguientes:

	Alguna vez	Frecuentemente	Siempre
Tengo amigos o familiares allegados que me visitan en casa			
Cuando lo necesito hay alguna persona que me expresa afecto y me anima			
Cuando lo necesito tengo a alguien que me puede prestar una ayuda económica o material importante			
Cuando lo necesito tengo a alguien para contarle mis problemas			
Cuando lo necesito tengo las fuentes de información adecuadas			

Anexo C. Reproducción parcial del Inventario de Experiencias del Duelo (IED)

1. Inmediatamente después de su muerte me sentí agotado/a	1	V	F
2. Tiendo a estar más irritable con los demás	2	V	F
3. Estoy obsesionado/a con su imagen	3	V	F
4. Con frecuencia me siento enfadado/a	4	V	F
5. Sigo manteniendo relaciones sociales con mis amistades sin dificultades	5	V	F
6. Siento pesadez en los brazos y en las piernas	6	V	F
7. Me fijo más de lo normal en todas las cosas relacionadas con la muerte	7	V	F
8. Me parece que se podría haber hecho más por el/ella	8	V	F
9. Mostré poco mis emociones en el funeral	19	V	F
10. Después del fallecimiento sentí una gran necesidad de mantener el ánimo de los demás	10	V	F
11. Me siento apartado/a y aislado/a	11	V	F
12. Rara vez tomo medicación	12	V	F
Tengo pocas ganas de asistir a reuniones sociales	13	V	F
14. Cuando me comunicaron su muerte no pude llorar	14	V	F
15. Me siento culpable porque yo estoy vivo/ay el/ella no	15	V	F

Anexo D. The Acceptance and Action Questionnaire II (AAQ-II) (Bond y Bunce 2003). Adaptación española de Ruiz et al. (2013)

Debajo encontrarás una lista de afirmaciones. Por favor puntúa en qué grado cada afirmación **ES VERDAD PARA TI**. Usa la siguiente escala para hacer tu elección.

1	2	3	4	5	6	7
Nunca verdad	Muy raramente es verdad	Raramente es verdad	A veces es verdad	Frecuentemente es verdad	Casi siempre es verdad	Siempre es verdad

1. Mis experiencias y recuerdos dolorosos hacen que me sea difícil vivir la vida que querría	1	2	3	4	5	6	7
2. Tengo miedo de mis sentimientos	1	2	3	4	5	6	7
3. Me preocupa no ser capaz de controlar mis preocupaciones y sentimientos	1	2	3	4	5	6	7
4. Mis recuerdos dolorosos me impiden llevar una vida plena	1	2	3	4	5	6	7
5. Mis emociones interfieren en cómo me gustaría que fuera mi vida	1	2	3	4	5	6	7
6. Parece que la mayoría de la gente lleva su vida mejor que yo	1	2	3	4	5	6	7
7. Mis preocupaciones interfieren en el camino de lo que quiero conseguir	1	2	3	4	5	6	7

Anexo E. Mindfulness Attention Awareness Scale (MAAS) (Brown & Ryan, 2003. Adaptación española Soler et al., 2012).

A continuación encontrará una serie de afirmaciones sobre su experiencia cotidiana. Usando la escala de 1-6, por favor, indique con qué frecuencia te suceden estas experiencias.

1=Casi siempre

2=Muy a menudo

3=Algunas veces

5=Raramente

6=Casi nunca

1. Puedo estar experimentando alguna emoción y no ser consciente de ella hasta algún tiempo después

2. Rompo o derramo cosas por descuido, por no prestar atención o pensar en otra cosa

3. Encuentro difícil permanecer focalizado/a en lo que está ocurriendo en el presente

4. Tiendo a andar rápidamente para llegar a donde quiero ir sin prestar atención a lo que experimento a lo largo del camino

5. Tiendo a no notar la tensión física o el malestar hasta que realmente despierta mi atención

6. Olvido el nombre de una persona casi tan pronto como me lo dicen por primera vez

7. Parece que lleve puesto el “piloto automático” sin ser consciente de lo que estoy haciendo

8. Hago las actividades cotidianas corriendo sin estar realmente atento a ellas

9. Estoy tan centrado/a en la meta que quiero alcanzar que pierdo la noción de lo que estoy haciendo

10. Hago tareas y trabajos automáticos sin ser consciente de lo que estoy haciendo

11. Me encuentro a mí mismo/a escuchando a alguien

mientras hago algo al mismo tiempo

12. Conduzco a sitios con el “piloto automático” y entonces me pregunto qué hago allí

13. Me encuentro a mí mismo/a preocupado/a por el futuro o el pasado

14. Me encuentro a mí mismo/a haciendo cosas sin prestar atención

15. Picoteo sin ser consciente de lo que estoy comiendo

Anexo F. Cuestionario de Defusión Cognitiva (CDC) (Gillanders 2012. Adaptación española de Romero-Moreno, 2014).

A continuación se presentan algunas frases. Indique hasta qué punto se aplican a usted o le definen, las puntuaciones son las siguientes: 1(nunca), 2 (muy rara vez), 3 (rara vez), 4 (alguna vez), 5 (frecuentemente, 6 (casi siempre) y 7 (siempre).

1-Mis pensamientos me provocan malestar y dolor emocional	1	2	3	4	5	6	7
2-Me siento tan atrapada en mis pensamientos que soy incapaz de hacer las cosas que realmente quiero hacer	1	2	3	4	5	6	7
3-Tiendo a analizar las situaciones demasiado (o sobervalorarlas) hasta tal punto que me resultan de poca ayuda o utilidad	1	2	3	4	5	6	7
4-Suelo luchar contra mis pensamientos	1	2	3	4	5	6	7
5-Me enfado conmigo misma por tener demasiados pensamientos	1	2	3	4	5	6	7
6-Tiendo a enredarme mucho en mis propios pensamientos	1	2	3	4	5	6	7
7-Es una gran lucha intentar deshacerse o liberarse de los pensamientos desagradables que uno tiene, a pesar de que sería muy útil para uno mismo	1	2	3	4	5	6	7

Anexo G. Metáfora del jardín adaptada (Wilson & Soriano, 2014)

Supongamos que somos jardineros y jardineras. El jardín representa nuestra vida y las plantas todo lo que tenemos en nuestra vida: familia, trabajo, tiempo de ocio... ¿Cuáles son vuestras plantas? ¿Las cuidáis a menudo? (Tiempo para escribir)

Pero en todo jardín también crecen malas hierbas que representan nuestros pensamientos menos agradables, recuerdos de vuestro familiar, la culpa, el enfado... ¿Cuáles son vuestras malas hierbas? (Tiempo para escribir)

¿A qué dedicáis más tiempo a intentar arrancar las malas hierbas o a cuidar de vuestras plantas? ¿Qué ocurre si sólo nos ocupamos de las malas hierbas, seguirán saliendo? (Reflexión en voz alta).

¿Qué pasaría con las plantas si sólo atendemos a las malas hierbas? Contadme si estáis satisfechos y satisfechas de cómo cuidáis vuestro jardín o, en cambio, qué os gustaría cambiar. (Reflexión en voz alta)

Anexo H. Valoración Diaria de Aceptación y Compromiso adaptado (Eifert & Forsyth, 2005)

Al final de cada día, marca la valoración correspondiente a cada una de las siguientes cuestiones utilizando la escala que viene a continuación. Los valores van de 0 (nada en absoluto) a 10 (valoración extrema).

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Sufrimiento: ¿Cuánto malestar y estrés relacionados con tu duelo has experimentado hoy, en conjunto? -----

Lucha: ¿Cuánto esfuerzo has hecho hoy para conseguir que desaparecieran las sensaciones relacionadas con tu duelo (p.ej. suprimiéndolos, distrayéndote, tranquilizándote o buscando a alguien que te tranquilizara)? -----

Funcionamiento: Si la vida en general fuera como hoy, ¿hasta qué punto sería parte del día de hoy de un modo de vida funcional y vital para ti?-----

Acciones valiosas: ¿Hasta qué punto te has dedicado hoy a actividades que están de acuerdo con tus metas y valores vitales?-----

Día	Sufrimiento 1-10	Lucha 1-10	Funcionamiento 1-10	Acciones valiosas 1-10
Lunes				
Martes				
Miércoles				
Jueves				
Viernes				
Sábado				
Domingo				

Anexo I. Meditación con chocolate (Penman & Williams, 2013)

Siéntate en una postura cómoda con la espalda recta en tu asiento. Inspira y expira profundamente. Empezamos con la meditación consciente:

- Abre el envoltorio e inspira el aroma que va emergiendo de ese chocolate. Céntrate en ese olor.
- Parte un trozo de ese chocolate y observa cada milímetro de él.
- Pon ese trozo de chocolate en la boca y trata de sujetarlo con la lengua. Siente como lentamente se derrite en tu boca. Comprueba si sientes distintos sabores.
- Si tu mente se encuentra dispersa, tráela de nuevo al momento presente. No te juzgues por haberte despegado por un momento del aquí y ahora, sólo vuelve al presente.
- Cuando el chocolate se haya derretido del todo, trágatelo muy lentamente y deja que caiga por tu garganta. Siente como va bajando.

Anexo J. Metáfora de las olas en la playa

Vamos a imaginar que estamos en un paseo marítimo observando la marea. Podemos ver olas muy grandes y también olas más pequeñas, siendo la representación de nuestros pensamientos: pensamientos que ocupan toda nuestra mente (que serían las olas “peligrosas”) y otros a los que no les dedicamos tanto tiempo (serían las olas pequeñas). Quedarnos viendo tanto las olas pequeñas como grandes desde el paseo sería lo contrario a luchar o controlar los pensamientos.

¿Qué pasaría si bajamos hasta donde están las olas y tratamos de pararlas o de controlarlas? ¿Lo conseguiríamos o nos veríamos envueltos en esas olas? (Tiempo para la reflexión).

Sin embargo, si nos quedamos observando las olas sin hacer nada contra ellas, por sí solas romperán en el paseo marítimo y terminarán por deshacerse.

Anexo K. Mi contrato con mi cuerpo

Contrato con mi cuerpo

Yo, _____ me comprometo en las próximas dos semanas a _____ con el objetivo de atender y mimar mi cuerpo para mejorar mi cuidado físico.

En _____, a _____

Firmado: _____

Anexo L. Meditación mediante escáner corporal (Kabat-Zinn, 2015).

Ahora que estamos tumbados y tumbadas, empezamos...

Debemos recordar que éste va a ser un momento de plena conciencia de nuestras sensaciones, no trates de cambiar cómo te sientes o tratar de estar más relajado o relajada. La intención sólo será prestar atención a cada parte de tu cuerpo. (5 segundos). Vamos a inhalar y exhalar. Ahora, tómate un momento para dirigir tu atención al tacto, siente como tu cuerpo está en contacto con la superficie, nota el tacto de la esterilla en tu cuerpo (10 segundos).

A continuación, concéntrate en tu abdomen. Toma conciencia de cómo entra y sale el aire de tu cuerpo por la respiración. Nota como tu abdomen sube cuando inhalas y baja cuando exhalas (10 segundos).

Ahora, dirige tu foco de atención a tus piernas y, poco a poco, nota las sensaciones de tus piernas hasta llegar a los pies y los dedos. Céntrate en cada uno de los dedos de tus pies. Analiza la sensación del contacto de los dedos de los pies y deja estar esa sensación tal cual (10 segundos). Deja que tu conciencia se expanda a los tobillos y las rodillas (10 segundos).

Continúa escaneando tu cuerpo desplazando la conciencia a la zona pélvica (ingles, genitales, glúteos, caderas) (10 segundos).

Toma conciencia ahora de la parte baja de la espalda, la parte superior y, por último, el pecho y los hombros (10 segundos).

Continúa focalizando tu atención en las manos, centrándote en las sensaciones de la punta de los dedos, para luego pasar a las palmas y el dorso (10 segundos). A continuación pasa a los brazos, codos, hombros y axilas (10 segundos).

Desplázate ahora al cuello, la cara y termina teniendo conciencia de toda la cabeza (10 segundos).

Si notas que la mente se desvía hacia algún pensamiento, simplemente redirígelo a tu cuerpo nuevamente, sin juzgarte (10 segundos).

Una vez que hemos escaneado todo el cuerpo, toma conciencia de todo tu cuerpo en conjunto, nota la sensación de plenitud. Si notas alguna zona de tensión, respira profundamente focalizándote en esa zona y nota como la tensión se libera (30 segundos).

Anexo M. Mitos y hechos del duelo por suicidio

MITOS	VERDADES
Es culpa mía/del doctor o doctora/del esposo o la esposa... que esto haya ocurrido	La única persona responsable es la víctima
Si hubiera podido evitar que ocurriera, ahora estaría bien	No se puede saber qué hubiera pasado en otras circunstancias. Ni siquiera las personas que han sido rescatadas a tiempo, en ocasiones no se salvan y aún teniendo ayuda profesional
La persona que he perdido era horrible, cómo ha podido hacer esto...	La persona probablemente tenía una herida emocional que no sanaba por lo que se debe juzgar de otra manera
La persona que perdí sería incapaz de hacer algo malo	Hizo la elección de acabar con su sufrimiento
Debería haber visto venir el suicidio	Hice lo mejor que pude en ese momento, no tengo la capacidad de predecir el futuro
Debería haber sido capaz de salvarle	No puedo controlar todo lo que ocurre a mi alrededor
Nunca podré ser feliz ni llevar mi vida adelante	Mi vida ha cambiado para siempre pero puedo convivir con esa pérdida y hacer mi vida

Anexo N. Ejercicio de aceptación de pensamientos y sentimientos (adaptado a duelo) (Eifert & Forsyth, 2005)

Siéntate en una postura cómoda, trata de mantener la espalda erguida, mantente con los pies planos en el suelo y trata de no cruzar los brazos y piernas. Cuando estés preparado y preparada, cierra los ojos (10 segundos).

Ahora, lentamente, lleva tu atención a como entra y sale el aire en tu respiración (10 segundos). Céntrate en como se infla y desinfla tu abdomen con la llegada y salida del aire (10 segundos).

Observa cómo van cambiando tus sensaciones. A veces se hacen más fuertes (5 segundos), a veces siguen igual (5 segundos) y a veces se vuelven más débiles (5 segundos).

Respira tranquilamente hacia esas sensaciones de incomodidad (10 segundos). Recuerda que la intención no es que *te sientas mejor* si no que *sientas mejor* (10 segundos).

Vamos a dirigir la atención plena a esa incomodidad por molesta que parezca. ¿Cómo la sientes realmente? (10 segundos). Mira si puedes hacerle un sitio a esa incomodidad y deja que permanezca contigo (10 segundos). ¿Estás dispuesta y dispuesto a permanecer con cualquier molestia que se presente? (10 segundos).

Esas molestias físicas vienen acompañadas de pensamientos (10 segundos). Puede que notes que tus pensamientos suelen poner etiquetas a dichas molestias como “me lo merezco”, “lo que siento es peligroso” o, incluso, las relacionas con tu ser querido (10 segundos).

Si es así, agradece a tu mente esas etiquetas valorativas (5 segundos) y vuelve a tu experiencia en el presente como es, sólo una experiencia, al igual que los pensamientos son sólo pensamientos y los sentimientos son sólo sentimientos (15 segundos).

Para ayudarte a identificar los pensamientos y sentimientos, puedes etiquetarlos. Por ejemplo, si percibes que te estás juzgando, adviértete y llámalo “juzgar” (10 segundos). Obsérvalo con amabilidad y compasión (10 segundos). Puedes hacer lo mismo con otros pensamientos y sentimientos que aparezcan: echar de menos, culpabilizarse, revivir momentos con tu ser querido... Etiqueta todo aquello que te venga y sigue en el presente (10 segundos).

Tú no eres tus pensamientos o tus sentimientos, por intensos o molestos que sean (15 segundos). Ahora, poco a poco, abre los ojos y trae consigo la conciencia del presente para ahora y el resto de tu día

Anexo O. Metáfora de alimentar al tigre (Hayes et al., 1990)

La forma en la que estáis luchando con el malestar de vuestro duelo se parece a alguien que vive con un cachorro de tigre.

Aunque es sólo un cachorro, os da miedo vivir con él así que para que no os coma, le dais carne quedándose tranquilo. Pero éste cada que vez que lo alimentáis se hace más y más grande, por lo que tenéis que darle más comida.

¿Qué pasará cuando se acabe la comida? (Tiempo para reflexión en voz alta).

Cuando los pensamientos, sentimientos y emociones afloran, seguimos alimentándolos con la esperanza de que nos dejen en paz. Sin embargo, ¿qué pasa realmente? (Tiempo para reflexión en voz alta).

Anexo P. Ejercicio “tirar de la cuerda”

Los y las participantes se ponen por parejas y a cada pareja se le da una cuerda. Unos hacen de “monstruos del malestar” y los de enfrente hacen de ellos/as mismos/as.

Cada pareja tirará para sí mismo/a de la cuerda y el/la terapeuta hará énfasis en la lucha contra el malestar y el gasto de energía que invierten volcando todos los esfuerzos por derribar al “monstruo”.

Anexo Q. Ejercicio del limón (Wilson & Soriano, 2014)

Seguro que habréis visto, tocado y probado un limón. Decidme qué se os viene a la cabeza al pensar en un limón. ¿Notáis alguna sensación?(Reflexión en voz alta).

Es increíble cómo podemos notar muchas sensaciones sin tener el limón por delante.

Vamos a ir mas allá, vamos a repetir todas y todos la palabra limón (2 minutos de repetición).

¿Seguís teniendo tan presente al limón y sus sensaciones? (Reflexión en voz alta).

Con esto, vemos como según el uso que le demos a las palabras, cobra un sentido distinto. Depende del uso que le demos, el lenguaje puede hacer que algo que no está físicamente lo tengamos presente o no.

Ahora cada uno y cada una va a escribir una sensación, pensamiento o sentimiento que se os venga a la cabeza de manera recurrente en relación al duelo. ¿Qué sentís cuando se os viene a la cabeza? (Reflexión en voz alta).

Vamos a hacer lo mismo que en el ejemplo anterior, cada uno y cada una va a repetir eso que está pensando (2 minutos de repetición).

Anexo R. Ejercicio basado en la metáfora del autobús (Wilson & Soriano, 2014)

Se escoge a un grupo de 4 personas donde una persona representa al conductor/a de autobús y las otras 3 personas hacen de eventos privados (pensamientos, sentimientos y emociones).

La persona que hace de conductor/a trata de avanzar hacia delante mientras que las personas que hacen de eventos privados deben intentar obstaculizarle el paso.

Mientras el/la profesional de la psicología hará ver cómo si atendemos a los eventos privados éstos nos dificultarán el camino hacia nuestros valores.

Anexo S. Ejercicio de aceptación adaptado al duelo (Segal et al., 2002)

En este ejercicio vamos a tomar consciencia de los pensamientos, sentimientos y sensaciones indeseados de manera que nos acerquemos a ellos desde la aceptación y la compasión.

Nos colocamos cómodamente, con posición erguida y cerramos los ojos (10 segundos). Tu mente divagará entre diferentes pensamientos, sentimientos y sensaciones. Permítete tenerlos ahí contigo (10 segundos).

Ahora, reflexiona por un momento si puedes estar con tus valores. ¿adónde quiero ir? ¿qué es lo que quiero hacer? (15 segundos).

Ahora céntrate en un pensamiento, recuerdo, imagen, sentimiento sobre tu ser querido fallecido (10 segundos). Lleva tu atención a la incomodidad que te provoca aquello en lo que estas pensando (10 segundos). Permanece en esa incomodidad y respira con ella (10 segundos). Permítete mirar a esa incomodidad de manera compasiva y amable (10 segundos).

Ahora pregúntate: ese sentimiento, pensamiento, recuerdo o imagen ¿tiene que ser tu enemigo? (10 segundos). ¿O puedes tenerlo contigo y dejar que esté ahí sin más? (10 segundos). ¿Qué se siente al tener ese malestar contigo momento a momento? (10 segundos).

Trata de reflexionar lo siguiente: ¿ese malestar es algo con lo que debes luchar o algo que no puedes permitirte tener? (15 segundos). ¿O puedes acogerlo y vivir esa experiencia que ahora mismo se te brinda? (15 segundos).

Permanece ahora con ese malestar, permítete sentirlo en este momento (15 segundos).

Anexo T. Ejercicio basado en la metáfora del invitado grosero (Hayes et al., 1999)

Una persona voluntaria hace de anfitrión/a de una fiesta, las demás personas hacen de invitados e invitadas y el/la profesional de la psicología hace de invitado/a grosero/a.

La persona anfitriona tiene que mantener controlada a la persona grosera ya que ésta no se puede mezclar con las personas invitadas.

El/la profesional de la psicología que hace que persona grosera tratará de escaparse mientras que la persona anfitriona tratará de controlarle.

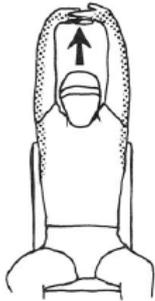
Una vez terminado el ejercicio, el/la profesional de la psicología preguntará: ¿creéis que el/la anfitrión/a ha disfrutado de la fiesta mientras me perseguía? (Reflexión en voz alta).

Anexo U. Meditación del movimiento consciente (Penman & Williams, 2013).

El/la profesional de la psicología insistirá en mantener la atención en cada zona donde se haga el estiramiento sin juzgar las sensaciones que produzcan.

La meditación se realizará de pie, con los pies separados a la altura de las caderas y las rodillas relajadas de manera que quede el cuerpo ligeramente flexionado.

Ejercicio de levantar los brazos



Flexión lateral



Rotaciones de hombros



Anexo V. Metáfora del jinete (Hayes et al., 1999)

Vamos a imaginar a un jinete llevando las riendas de un caballo.

Éste cabalga hacia el camino que quiere por distintas superficies, temperatura y climatología.

A veces, el caballo le hace ladearse hasta que se cae y el jinete tiene que volver a montarse. Otras veces, en vez de colocarse bien rápidamente, lo iba dejando hasta que se ve a punto de caerse y, otras veces, ni siquiera era consciente de por qué se ha caído. ¿A qué os recuerda eso?

La práctica que adquirió tras ladearse, caerse y levantarse hizo que el jinete supiera cuando el jinete iba a ladearse. Además, supo como llevar sus riendas y seguir emprendiendo su viaje. Pueden surgirnos diferentes dificultades a lo largo de la vida pero nos servirá para poder reponernos y seguir emprendiendo nuestro viaje.

Anexo W. Cuestionario de satisfacción

Cuestionario de satisfacción

Sexo: _____ Edad: _____

1. ¿Qué cosas y actividades te han gustado más del proyecto en el que has participado? ¿Te has sentido satisfecho?
2. ¿Qué cosas y actividades te han gustado menos del proyecto en el que has participado?
3. ¿Qué actividad o actividades de las realizadas te han sido más útiles? ¿Por qué?
4. ¿Te ha servido haber mantenido contacto dentro de un grupo con personas que están pasando por tu misma situación? ¿Por qué?
5. ¿Qué actividades te gustaría seguir realizando?
6. Puntúa del 1 al 10 (1-Pésimo y 10-Excelente).

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Organización de las actividades										
Grado de satisfacción durante la realización de las sesiones										
Convivencia en grupo										
Grado de satisfacción con el trabajo de la persona interventora										

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

Anexo X. Hoja de registro para la evaluación del proceso de intervención

Actividad

Elemento a evaluar	Previsto	¿Se ha conseguido? Si la respuesta es NO, indique el elemento final	
		Sí	No
Temporalización		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fecha de realización		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lugar de realización		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Horario utilizado		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Grupo destinatario		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nº de participantes		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Persona responsable		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Recurso		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Presupuesto		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Logros		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Observaciones:

Anexo Y. Presupuesto del programa de intervención

Recursos humanos	P/U	Unidades	Total
Profesional de la psicología	1.200€/mes	1	4.500€
Recursos materiales			
Paquete de folios	1	1	3€
Bolígrafos	1€	14	14€
Chocolate	2.50€	3	7.50€
Esterillas	10€	12	120€
Paquete de rotuladores	3€	4	12€
Posits	1€	1	1€
Radio portátil	69.90€	1	69.90€
Rollo de cuerda	2.50€	1	2.50€
TOTAL.....			4729,90€

Anexo Z. Cronograma

	SESIONES							
SEMANAS	1	2	3	4	5	6	7	8
1	X							
2								
3		X						
4								
5			X					
6								
7				X				
8								
9					X			
10								
11						X		
12								
13							X	
14								
15								X