

Trabajo Fin de Grado

“Programa de intervención de Enfermería en el proceso de duelo de los padres ante el fallecimiento de un hijo en la edad infantil”

“Nursing intervention program in the grieving process of parents before the death of their children in childhood”

Autora

ROSI GRISELDA ESCALERA NUÑEZ

Directora

MARIA MARZO MOLES

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

2022/2023

ÍNDICE

1. RESUMEN.....	3
2. ABSTRACT.....	4
3. INTRODUCCIÓN.....	5
4. OBJETIVOS.....	8
4.1 GENERAL.....	8
4.2 ESPECÍFICOS.....	8
5. METODOLOGÍA.....	9
5.1 BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA.....	9
6. DESARROLLO DEL PROGRAMA.....	10
6.1 ANÁLISIS.....	10
6.2 POBLACIÓN DIANA.....	11
6.3 OBJETIVOS.....	11
6.4 DIAGNÓSTICO, OBJETIVOS E INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA.....	12
6.5 PRESUPUESTO	13
6.6 EJECUCIÓN.....	15
6.7 SESIONES DEL PROGRAMA	15
6.8 EVALUACIÓN.....	19
7. CONCLUSIÓN.....	20
8. BIBLIOGRAFÍA.....	21
9. ANEXOS.....	24

1. RESUMEN

INTRODUCCIÓN

El duelo se define como la respuesta natural ante la pérdida de una persona, animal, objeto o suceso importante. Las respuestas que el duelo trae consigo pueden ser de tipo emocional, social o físico y dependen de las estructuras mentales y emocionales de quien la sufre. Sin embargo, algo se rompe cuando se altera el ciclo biológico natural, cuando la muerte no es del anciano sino del niño. El duelo se ve alterado dando lugar a un impacto traumático en la familia y, sobre todo, en los padres. La pérdida de un hijo/a aumenta el riesgo de sufrir un duelo complicado y, en España su prevalencia en los últimos años es de 21,53% superior al 9,8% registrado en las revisiones internacionales. Ante este suceso desgarrador, se concluye con una urgente atención desde el ámbito sanitario a este problema donde el acompañamiento, la búsqueda y el empleo de estrategias de afrontamiento, la realización de actividades agradables y la trascendencia y espiritualidad se convierten en protectores a abordar y reforzar en la actualidad.

OBJETIVO

Elaborar un programa de intervención de enfermería dirigido por profesionales de enfermería de Atención Primaria con la finalidad de ayudar y acompañar a los padres durante el duelo por la pérdida de un hijo/a en edad infantil.

METODOLOGÍA

Se ha realizado una revisión bibliográfica utilizando las siguientes bases de datos: Science Direct, Medline y Scielo. De esta forma, se ha obtenido información actualizada respecto al duelo en padres y sus consecuencias. Además se ha elaborado un programa de salud con la finalidad de abarcar este tema por medio de herramientas como el acompañamiento y su educación.

CONCLUSIONES

Es importante acompañar a los padres tras un proceso traumático debido a que los cuidados y el apoyo pasan a un primer plano. Asimismo, enfermería toma mando en el duelo y su abordaje determinará el bienestar físico y psicológico en el doliente así como el avance, la adaptación y el afrontamiento de la muerte.

PALABRAS CLAVE

Duelo complicado, muerte infantil, atención primaria, enfermería.

2. ABSTRACT

INTRODUCTION

Grief is defined as the natural response to the loss of a person, animal, object or important event. The responses that grief brings with it can be emotional, social or physical and they depend on the mental and emotional structures of the person who suffers it. However, something is broken when the natural biological cycle is altered, when it's not an old man's death but of a child's. Mourning is altered, giving rise to a traumatic impact on the family and, above all, on the parents. The loss of a child increases the risk of suffering a complicated grief and, in Spain, its prevalence in recent years is 21.53% higher than the 9.8% registered in international reviews. Seeing this heartbreaking event, it concludes with urgent attention from the health field to this problem where the accompaniment, the search and the use of coping strategies, the performance of pleasant activities and the transcendence and spirituality will adapt in protocols to address and reinforce currently.

OBJECTIVE

Develop a nursing intervention program led by Primary Care nursing professionals in order to help and accompany parents during the mourning for the loss of a child in childhood.

METHODOLOGY

A bibliographic review has been carried out using the following databases: Science Direct, Medline and Scielo. In this way, updated information has been obtained regarding grief in parents and its consequences. In addition, a health program has been prepared in order to cover this issue through tools such as accompaniment and education.

CONCLUSIONS

It is important to accompany parents after a traumatic process because care and support come to the fore. Likewise, nursing takes command in mourning and its approach will determine the physical and psychological well-being of the bereaved as well as progress, adaptation and coping with death.

KEY-WORDS

Complicated mourning, infant death, primary care, nursing.

3. INTRODUCCIÓN

El ciclo biológico natural de un ser humano comienza con el nacimiento y culmina con la muerte. Esta muerte trae como consecuencia el duelo, experiencia también definida como respuesta natural ante la pérdida de una persona, animal, objeto o suceso importante o querido (1). A este ciclo se le añade la naturalidad de convivir con la esperada muerte de las personas mayores y el crecimiento de los más pequeños. Por ello, las muertes en un anciano y un niño comportan justificaciones bipolares; se dice que el anciano ha terminado su ciclo cronológico pero el niño no, siendo "arrebata su vida" (2). El impacto de la inversión de este ciclo, definida esta muerte como antinatural e injusta, es tan insólito en los padres que las consecuencias que trae consigo se reflejan en su vivir con dificultades para efectuar actividades cotidianas, trastornos del sueño y depresión. Las investigaciones afirman que se trata de una de las pérdidas mas desgarradoras que puede experimentar la familia (3).

El duelo se manifiesta como una respuesta o experiencia amarga, dando lugar a reacciones diferentes que pueden ser de tipo emocional, social o físico. Esta respuesta es subjetiva ya que depende de las estructuras mentales y emocionales de quién la sufre (3). En el duelo por la pérdida de hijos, es común la aparición de sentimientos de culpa, una visión borrosa del futuro, cambios en el descanso, apetito y afectación sexual que pueden acabar en un episodio depresivo. Otras consecuencias son las repercusiones en las relaciones con otros hijos supervivientes así como con la pareja, que se desencadenan desde un incremento del apoyo mutuo a un conflicto, y, en los peores casos, una separación. Existen estudios que afirman el impacto del duelo conforme a la relación de parentesco y la dificultad de afrontamiento de la pérdida siendo su relación directamente proporcional y, especialmente en hijos (4). Así mismo se confirma que la muerte infantil provoca alteraciones psicósomáticas, sociales y económicas de forma prolongada en padres (5).

El proceso del duelo se describe por la teoría de la psiquiatra Elizabeth Kubler, que explica la readaptación psicológica de la persona doliente previa a la aceptación de la pérdida sufrida. Se clasifica en cinco etapas: negación, ira, negociación, depresión y aceptación. La primera fase, la negación, se trata de una respuesta inmediata generalmente relacionada al estado de shock o embotamiento emocional. La persona no puede creer lo sucedido perdiendo la claridad de la situación. La segunda fase es la ira donde aparecen sentimientos de impotencia o frustración debido a la imposibilidad de modificar la pérdida o consecuencias de ella. Se atribuye la culpa a un factor externo e incluso a uno mismo además de preguntarse el porqué de la situación. La

tercera etapa es la negociación. Aquí, la persona que sufre la pérdida mantiene la esperanza de que todo va a continuar igual con el deseo de volver tiempo atrás para cambiar o modificar lo sucedido. La cuarta fase es la depresión donde ya la persona comienza a asumir la realidad de la pérdida generando sentimientos de vacío, desesperanza y dolor. Por último, hablamos de la aceptación. En esta fase, existe una comprensión de la muerte como un proceso natural de la vida humana, aceptando la nueva realidad y, por lo tanto, la inevitable pérdida (6).

Con mayor frecuencia, ante la pérdida de un hijo/a, los padres caen en depresión acompañado de desajustes internos y externos y creando una afectación de la salud mental y de la calidad de vida. El dolor y el desinterés por vivir paralizan, se ve la vida sin ilusión llevando al individuo a experimentar el dolor de vivir. Según Pérez Trenado, el 20% de los padres que pierden a un hijo no consiguen superarlo nunca. Actualmente, en la versión 5 del Manual Diagnóstico y Estadístico de la Asociación Psiquiátrica Americana (DSM-5, 2013) considera el duelo como un estresor psicosocial grave que puede dar lugar a un episodio depresivo mayor poco después de la pérdida, aumentando el riesgo de sufrimiento, sentimientos de incompetencia, de pensamientos suicidas y una peor destreza laboral y social. De esta manera, provoca un aumento del riesgo de sufrir un Trastorno por duelo persistente (duelo patológico) siendo necesario ayuda profesional personalizada (7, 4).

En España, se ha llevado a cabo una revisión sistemática de la prevalencia, diagnóstico, factores de riesgo y protección en adultos que presentan un duelo complicado. Se recoge 12 estudios entre los años 2000-2019 y, dentro de los resultados, destaca que la pérdida de un hijo o de un cónyuge muestra mayor sintomatología de duelo complicado además de una prevalencia del 21,53% en España superior al 9,8% registrado en las revisiones internacionales. (8) Estos datos se complementan con las cifras de defunciones recogidas por el INE donde, a nivel nacional, se muestra un pico de aumento de muertes en niños de 5 a 9 años en el año 2021, última fecha registrada. Respecto a las causas, el INE declara que las muertes en ese mismo año, uno de cada tres niños fallecidos, se debe a algún tipo de tumor (32,2% del total), seguido de las causas externas (23,2%): accidentes domésticos, ahogamientos, accidentes automovilísticos, suicidios u homicidios (ANEXO I) (9, 10).

La relación que se da entre el equipo de salud implicado y el núcleo familia-paciente puede ser percibido de dos formas. Por una parte, existen familias que tienen una percepción del equipo sanitario como ayuda en vez de agresor y, la otra parte, al

revés; ya sea porque muchas veces ellos son quienes dan las malas noticias, el diagnóstico de un hijo o por su proximidad a la muerte del mismo. Las respuestas amargas de los padres salen a la luz tras la muerte ya sea por la falta de confianza en el personal o porque no vieron la suficiente preocupación o cercanía con el niño. Mucho más allá de que también exista la posibilidad de que la familia busque un culpable y de ahí, muestre esta amargura, no libra de la responsabilidad de que el equipo sanitario implicado deba desarrollar habilidades y estrategias para establecer una relación más eficaz con la familia del menor y de esta forma, no crear una carencia. (11)

Por otra parte, la presencia del personal sanitario es nula tras el alta del paciente ya sea por terminalidad o deceso dándose por concluido no sólo la estancia en el servicio determinado sino también el cuidado y la atención a la familia implicada. Son muy pocas veces donde ciertos miembros sanitarios realizan llamadas o acuden al funeral del menor. En general, los padres responden con extrañeza ante el limitado contacto que se ha tenido con el equipo de salud, reconociendo la necesidad que tuvieron de poder hablar sobre lo vivido con alguien, más aun si fueron los más cercanos a esta situación y conocen de lo sucedido. (11)

Según el Artículo 18 del Código Deontológico de Enfermería en España, "Ante un enfermo terminal, la Enfermera/o, consciente de la alta calidad profesional de los cuidados paliativos, se esforzará por prestarle hasta el final de su vida, con competencia y compasión, los cuidados necesarios para aliviar sus sufrimientos. También proporcionará a la familia la ayuda necesaria para que puedan afrontar la muerte, cuando ésta ya no pueda evitarse". (12) De esta forma, Enfermería es considerada como la principal protagonista de cuidados, como responsable de mantener la calidad de vida no solo del paciente sino también de su entorno, por ello su labor en esta situación resulta importante e imprescindible. Durante el duelo, el familiar o cercano del fallecido espera recibir respeto y acompañamiento, valorando de esta forma a todos aquellos que se encuentren a su lado. Además, el objetivo del implicado y de los que lo rodean será poder aceptar la ausencia del ser querido, comenzar su propio fortalecimiento y así, evitar posibles complicaciones como un duelo patológico (13).

Tras todo lo analizado anteriormente, se realiza la importancia de poder dar una mayor visibilidad a la responsabilidad como personal sanitario, en este caso enfermería, al duelo en padres tras la muerte de un hijo en la edad infantil. Por ello, se plantea un programa de intervención de enfermería con el fin de acompañar, respetar y mostrar cercanía a los padres tras la muerte de un niño/a. No solo se trata de concienciar sino de preparar y capacitar a profesionales en medio de esta situación donde el duelo se muestra común pero no tan común cuando se trata de mortalidad infantil.

4. OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GENERAL

Elaborar un programa de Salud dirigido por profesionales de enfermería de Atención Primaria con la finalidad de ayudar y acompañar a los padres durante el duelo por la pérdida de un hijo/a en edad infantil.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Proponer herramientas adaptativas al personal sanitario que faciliten el reconocimiento del duelo, sus tipos y diferencias y, de esta forma, trabajar en la mejora de los cuidados por parte de enfermería al doliente.

Informar y proyectar al profesional de enfermería acerca de este tipo de duelo poco frecuente en padres, haciendo mayor hincapié en el duelo complicado y sus consecuencias.

5. METODOLOGÍA

5.1 BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA

Este trabajo es un plan de intervención de enfermería cuya búsqueda bibliográfica ha tenido lugar durante los meses de febrero, marzo y abril de 2023.

Para llevarlo a cabo se han utilizado las siguientes bases de datos: Science Direct, Medline y Scielo.

El operador booleano utilizado ha sido "AND" y "OR". Las palabras claves utilizadas han sido: duelo, padres, mortalidad infantil, atención primaria, enfermería y duelo patológico.

Los criterios de inclusión son: idiomas español e inglés, publicados a partir del año 2005 salvo un artículo del año 2002 seleccionado por la riqueza de su contenido.

Los criterios de exclusión: Artículos que aporten información sobre el duelo por muerte perinatal, duelo en hermanos, artículos publicados antes del 2000.

Una de las limitaciones en la búsqueda de la información ha sido la privacidad de algunos artículos que requerían un pago para poder leerlos en su versión completa.

TABLA 1. METODOLOGÍA

BASES DE DATOS	PALABRAS CLAVE	OPERADORES BOOLEANOS	ARTÍCULOS ENCONTRADOS	ARTÍCULOS SELECCIONADOS	ARTÍCULOS UTILIZADOS
Medline	Grief, parents, child, study	AND	21	10	2
Science Direct	Intervención, programa de enfermería		35	5	2
Scielo	Significado del duelo, etapas. duelo complicado, relación sanidad	AND OR	65	16	8
MOTOR DE BÚSQUEDA	PALABRAS CLAVE	OPERADORES BOOLEANOS	ARTÍCULOS ENCONTRADOS	ARTÍCULOS SELECCIONADOS	ARTÍCULOS UTILIZADOS
Google académico	Duelo complicado, Atención Primaria, España, duelo en padres		50	23	4
PORTADAS VIRTUALES					
Manual de Capacitación para Acompañamiento y Abordaje de Duelo					

BASES DE DATOS	PALABRAS CLAVE	OPERADORES BOOLEANOS	ARTÍCULOS ENCONTRADOS	ARTÍCULOS SELECCIONADOS	ARTÍCULOS UTILIZADOS
Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM 5					
Código Deontológico Enfermería					
Organización Mundial de la Salud (OMS)					
HERRAMIENTAS VIRTUALES					
NNNconsult					

Fuente: elaboración propia.

Se han llevado a cabo búsquedas en diferentes portadas virtuales con la finalidad de ampliar la información. Además, para poder desarrollar las diferentes sesiones del programa de salud, ha sido necesario acceder a la herramienta de NNNconsult, con el objetivo de seleccionar NANDA, NIC, NOC.

6. DESARROLLO DEL PROGRAMA

6.1 ANÁLISIS

Alrededor del 10% de las personas que experimentan la muerte de un ser querido presentan un duelo complicado. Este duelo se agrava cuando existe un grado de parentalidad muy relevante relacionado asimismo con un aumento de las complicaciones. De esta forma, la muerte de un hijo se podría considerar uno de los acontecimientos más estresantes en la historia de un padre o de una madre (14).

La aplicación de un programa ante un duelo así como la prevención en su estado exacerbado o patológico ha sido demostrado y comprobado positivamente a diferencia de su no aplicación (15).

Se va a llevar a cabo un programa de intervención dirigido por profesionales de enfermería de Atención Primaria y Salud Mental con la finalidad de ayudar y acompañar a los padres durante el duelo por la pérdida de un hijo/a en edad infantil.

Tras un acontecimiento doloroso, es importante una información adecuada y cuidados durante su proceso para poder avanzar. Este programa de salud tiene como objetivo principal ayudar a los padres a continuar y trabajar en su bienestar otorgando herramientas que faciliten este trabajo así como a su red de apoyo cercano.

6.2 POBLACIÓN DIANA

Este programa va dirigido a padres que han perdido hijos con edades que oscilan de 5 a 9 años durante los últimos cinco años, que pertenezcan a un centro de Salud del Sector II y acepten recibir una atención de enfermería. El total de participantes por aforo y presupuesto será de 14-15 personas.

6.3 OBJETIVOS DEL PROGRAMA

OBJETIVO GENERAL

Educar en materia del duelo a los padres con la finalidad de facilitar herramientas que les permitan trabajar el avance, la adaptación y el afrontamiento de la muerte así como el control de síntomas y signos físicos y psicológicos.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Ayudar y acompañar en el proceso del duelo al doliente y a la familia, ofreciéndoles un ambiente terapéutico que fomente seguridad y confort durante la duración del programa.
- Respetar y facilitar la expresión de emociones y pensamientos referentes al proceso del duelo mediante un lenguaje evocador y escucha activa.
- Fomentar la relación entre enfermero-paciente trabajando actividades que favorezcan su comodidad.
- Identificar dolores tanto físicos como psíquicos y asegurar un trato adecuado a sus necesidades tanto del paciente como de la familia que lo acompaña.
- Abordar cada una de las fases del duelo y trabajar mutuamente en cada una de ellas con el fin de identificar sus consecuencias y tratarlas de manera progresiva.

6.4 DIAGNÓSTICOS, OBJETIVOS E INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA

TABLA 3. DESARROLLO DEL PROGRAMA. DIAGNÓSTICOS, OBJETIVOS E INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA	
1. Riesgo de duelo inadaptado r/c alteración emocional excesiva	
NANDA	
Riesgo de duelo inadaptado (00302): Susceptible de un trastorno que ocurre tras la muerte de una persona significativa, en el que la experiencia del sufrimiento que acompaña al luto no sigue las expectativas socioculturales, que puede comprometer la salud.	
NIC	NOC
Facilitar la expresión del sentimiento de culpa (5300): Ayudar a una persona a afrontar los sentimientos dolorosos de responsabilidad, real o percibida.	Afrontamiento de problemas (1302): Acciones personales para controlar los factores estresantes que ponen a prueba los recursos del individuo.
Dar esperanza (5310): Aumentar la creencia de la propia capacidad para iniciar y mantener acciones.	Modificación psicosocial: cambio de vida (1305): Respuesta psicosocial de adaptación de un individuo a un acontecimiento importante de la vida.

Fuente: elaboración propia (Bibliografía número 19).

TABLA 4. DESARROLLO DEL PROGRAMA. DIAGNÓSTICOS, OBJETIVOS E INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA

2. Duelo inadaptado r/c dificultad para tratar con crisis recurrentes m/p anhelo de la persona fallecida.	
NANDA	
Duelo inadaptado (00301): Trastorno que ocurre tras la muerte de una persona significativa, en el que la experiencia del sufrimiento que acompaña al luto no sigue las expectativas socioculturales.	
NIC	NOC
Facilitar el duelo (5290): Ayuda en la resolución de una pérdida significativa.	Conocimiento: manejo de la depresión (1836): Grado de conocimiento transmitido sobre depresión e interrelaciones entre causas, efectos y tratamientos.

Fuente elaboración propia (Bibliografía número 19).

TABLA 5. DESARROLLO DEL PROGRAMA. DIAGNOSTICOS, OBJETIVOS E INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA

3. Disposición para mejorar el duelo m/p expresa deseo de mejorar el afrontamiento del dolor	
NANDA	
Disposición para mejorar el duelo (00285): Patrón de integración de una nueva realidad funcional que emerge tras una pérdida significativa real, anticipada o percibida, que puede ser reforzado.	
NIC	NOC
Apoyo emocional (5270): Proporcionar seguridad, aceptación y ánimo en momentos de tensión.	Esperanza (1201): Optimismo que es personalmente satisfactorio y revitalizante.
Aumentar los sistemas de apoyo (5440): Facilitar el apoyo del paciente por parte de la familia, los amigos y la comunidad.	Resolución de la aflicción (1304): Acciones personales para ajustar pensamientos, sentimientos y conductas a la pérdida real o inminente.

Fuente: elaboración propia (Bibliografía número 19).

TABLA 6. DESARROLLO DEL PROGRAMA. DIAGNOSTICOS, OBJETIVOS E INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA

4. Conocimientos deficientes r/c desinformación m/p conducta inapropiada	
NANDA	
Conocimientos deficientes (00126): Carencia de información cognitiva relacionada con un tema específico, o su adquisición.	
NIC	NOC
Educación para la salud (5510): Desarrollar y proporcionar instrucción y experiencias de aprendizaje que faciliten la adaptación voluntaria de la conducta para conseguir la salud en personas, familias, grupos o comunidades.	Bienestar personal (2002): Grado de percepción positiva del propio estado de salud actual.
Enseñanza: grupo (5604): Desarrollo, puesta en práctica y evaluación de un programa de educación para un grupo de personas que experimentan el mismo problema de salud.	Conocimiento: manejo del dolor (1843): Grado de conocimiento transmitido sobre las causas, los síntomas y el tratamiento del dolor.

Fuente: elaboración propia (Bibliografía número 19).

6.5 PRESUPUESTO

Para efectuar el programa, se ha hecho un cálculo general a partir de los diferentes recursos necesarios para cada sesión.

TABLA 2. DESARROLLO DEL PROGRAMA. PRESUPUESTO

RECURSOS MATERIALES	UNIDADES	PRECIOxUNIDAD	TOTAL
Aula amplia	1	Facilitados por el centro	Facilitados por el centro
Proyector	1	Facilitados por el centro	Facilitados por el centro
Sillas	20	Facilitados por el centro	Facilitados por el centro
Carteles A3	25	1.36 euros	34 euros
Folios en blanco	50	0.095 euros	4,75 euros
Bolígrafos	50	0.27 euros	13,45 euros
Folios (escalas y encuesta)	100	0.02 euros	2 euros
RECURSOS TECNOLÓGICOS	UNIDADES	PRECIOxUNIDAD	TOTAL
Proyector	1	Facilitados por el centro	Facilitados por el centro
Pantalla	1	Facilitados por el centro	Facilitados por el centro
RECURSOS HUMANOS	DURACIÓN	PRECIOxHORA	TOTAL
Enfermera/o de Salud Mental	5 sesiones de 1 hora y media	20 euros	7h y media x 20 euros= 150 euros
Enfermera/o directora del proyecto	1 sesión (captación 3h) 5 sesiones de 1 hora y media	20 euros	10 h y media x 20 euros = 210 euros
Enfermera/o de Atención Primaria	1 sesión (captación 3h) 5 sesiones de 1 hora y media	20 euros	10 h y media x 20 euros = 210 euros
Pediatra	1 sesión (captación 3h)	20 euros	3 horas x 20 euros= 60 euros
TOTAL			684.20 euros

Fuente: elaboración propia.

6.6 EJECUCIÓN

El programa de Salud tendrá una duración total de seis semanas. En primer lugar se realizará una captación con todo el personal sanitario implicado: Enfermera de AP, enfermera de salud mental, el pediatra y la enfermera directora del proyecto. A continuación, se llevará a cabo seis sesiones de una hora y media siendo programado el horario y la fecha en función de la preferencia de los padres y la disponibilidad del personal sanitario con la finalidad de facilitar la máxima participación posible.

TABLA 7. DESARROLLO DEL PROGRAMA. CRONOGRAMA

	SEMANA 1	SEMANA 2	SEMANA 3	SEMANA 4	SEMANA 5	SEMANA 6
CAPTACIÓN (3 HORAS)						
SESIÓN 1 (1H 30 MIN)						
SESIÓN 2 (1H 30 MIN)						
SESIÓN 3 (1H 30 MIN)						
SESIÓN 4 (1H 30 MIN)						
SESIÓN 5 (1H 30 MIN)						

Fuente: elaboración propia.

6.7 SESIONES DEL PROGRAMA

CAPTACIÓN

- En primer lugar, llevaremos a cabo una captación inicial y personal con el objetivo de recopilar toda la información necesaria acerca del paciente. El contacto con la población diana se llevará a cabo por medio de aquellos centros del Salud del Sector II que acepten la propuesta. Con el pediatra se llevará a cabo una búsqueda de información acerca de los últimos niños fallecidos en los últimos cinco años y se seleccionaran a los padres que cumplan estos requisitos y seguidamente la comunicación de la enfermera directora del programa con cada uno de ellos. La información obtenida estará formada por: historia clínica, descripción detallada, situación vital actual, relación interpersonal y familiar del paciente y el curso del problema. Además, se llevará a cabo la escala BRI (ANEXO 2). Finalmente, se les explicará con mayor precisión el programa para dar mayor tranquilidad y seguridad durante el comienzo y el transcurso de las actividades.

1º SESIÓN. PRESENTACIÓN

Duración: 1h y 30 min

- **1º PARTE.** El programa de salud será presentado por la enfermera directora del proyecto. Se convocarán a todos los padres y se les dará información acerca del proyecto: contenidos, actividades, objetivos, duración y fechas de realización. Tras este tiempo de explicación del programa, se dará paso a un tiempo de preguntas generales dónde podrán expresar sus dudas.
- **2º PARTE.** Posteriormente, daremos paso a la enfermera especializada en Salud Mental quién dará una charla explicativa acerca del duelo, sus fases, complicaciones y, en específico, acerca del duelo complicado. Esta parte nos permitirá construir una base teórica fija de conocimientos básicos que facilitará nuestro programa a lo largo de las siguientes sesiones.
- **3º PARTE.** Antes de finalizar la sesión, llevaremos a cabo un tiempo de evaluación donde les entregaremos en folios la escala de IDC "Inventario de Duelo Complicado" (*ANEXO III*) que nos permitirá conocer en profundidad el duelo de forma personal y podremos trabajar de forma más precisa en cada situación.

2º SESIÓN. HABLANDO DE EMOCIONES

Duración: 1h y 30 min

- **1º PARTE.** En primer lugar, la enfermera dará una explicación general acerca de la sesión que se realizará durante este tiempo. Además, haremos un repaso de las fases del duelo y profundizaremos muchos más en la sintomatología o emociones de sus diferentes etapas.
- **2º PARTE.** Aquí, llevaremos a cabo una dinámica llamada "hablando de emociones". Para comenzar, pediremos que nos digan el nombre de una canción que les recuerde a su hijo. Después, les entregaremos a cada uno (padre y madre por separado) un folio con un cuadro que tiene tres apartados (emoción, motivo y respuesta) (*ANEXO IV*). Aquí, mientras suena la canción dicha por cada padre o madre, deberán rellenar la tabla con las emociones más características tanto buenas como malas que han tenido durante la última semana. Al lado de cada emoción deberán escribir el motivo de esa emoción y su respuesta; qué se hizo al respecto.

- **3º PARTE.** Para finalizar, aplicaremos una técnica de relajación: "*La Relajación Progresiva de Jacobson*" (ANEXO V). El objetivo de esta terapia es disminuir los niveles de activación respecto a la alteración emocional excesiva mediante una reducción progresiva de la tensión muscular. También, les pediremos que para la próxima sesión traigan un objeto, imagen o recuerdo de su hijo/a con un gran significado para los padres.
- **ASPECTOS A TENER EN CUENTA.** Durante este tiempo, será muy importante el poder controlar un lenguaje evocador y, ligado a este, una escucha empática. Hay que tener en cuenta que el doliente, nuestro receptor, ha pasado por una situación dolorosa y difícil. Para ello, es importante adaptarse en la utilización de términos (por ejemplo, en vez decir muerte o morir, utilizar exitus o fallecer) o en el empleo de tiempos verbales adecuados. Por otro lado, si por cualquier circunstancia no pudiese o prefiriese no escribir sus emociones, se les daría la posibilidad de poder hacerlo de forma individual y oral con cualquiera de las enfermeras que se encuentren en ese momento.

3º SESIÓN. ¿QUÉ SUCEDIÓ?

Duración: 1h y 30 min

- **1º PARTE.** Para comenzar la sesión, empezaremos hablando acerca de como ha ido la semana. Pediremos voluntarios para que puedan contarnos su experiencia durante los últimos días y así fomentar la cohesión grupal antes de dar paso a la dinámica.
- **2º PARTE.** Llevaremos a cabo una dinámica grupal donde los padres cogerán el recuerdo, la imagen o el objeto del fallecido cargado de simbolismo y mucho significado para los padres con el fin de facilitar la emergencia de afectos y asimismo el vínculo entre nosotros, enfermero-paciente. Aquí, por medio de la reestructuración cognitiva, cada uno deberá expresar lo sucedido ese día, con el objetivo de exponer asunciones implícitas y diálogos internos así como sentimientos de culpa muy frecuentes en la segunda fase del duelo. Durante esta hora dejaremos que los padres se expresen con libertad, sin interrupciones.
- **3º PARTE.** Al igual que en la segunda sesión terminaremos con "*la técnica de relajación de Jacobson*". También les pediremos que para la próxima sesión traigan el mismo objeto, imagen o recuerdo utilizado o, si lo prefieren, pueden traer otro.

4º SESIÓN. LA DESPEDIDA

Duración: 1h y 30 min

- **1º PARTE.** Para esta sesión, llevaremos a cabo una dinámica donde los padres (en este caso pueden estar juntos padre y madre, si están ambos presentes) deberán cerrar los ojos y con el objeto en la mano y la canción de fondo deberán pensar en palabras que quieran decirle a su hijo/a. Les entregaremos una hoja en blanco con el objetivo de que escriban en ella una carta de despedida.
- **2º PARTE.** Una vez realizada esta carta, realizaremos un roleplaying con dos sillas vacías en el centro. Los padres mantendrán una última conversación con su hijo/a donde le expondrán la carta de despedida previamente escrita. Deberán imaginar que en las sillas del centro están sentados sus hijos mientras ellos van diciéndoles sus últimas palabras. Además, junto a cada silla y padre estarán las enfermeras/os para orientar y supervisar cada una de las conversaciones. De esta manera, se intentará cerrar y aclarar conflictos pendientes con la persona ausente, dándoles la oportunidad de despedirse de él o ella.
- **3º PARTE.** Para finalizar esta sesión, aplicaremos una nueva técnica de relajación basada en la imaginación o visualización con la finalidad de seguir trabajando la tranquilidad tras sesiones "duras" de afrontamiento otorgándoles, de esta forma, herramientas que pueden realizar por sí mismos cuando estén solos o cuando pasen por episodios de alteración emocional (*ANEXO VI*).

5º SESIÓN. UN NUEVO COMIENZO

Duración: 1h y 30 min

- **1º PARTE.** Para la última sesión del programa citaremos también al grupo de apoyo de los padres. Realizaremos la misma charla explicativa de la primera sesión acerca del duelo, sus signos y síntomas, complicaciones y enfatizaremos en los cuidados o cómo el grupo de apoyo puede ayudar en estas situaciones.
- **2º PARTE.** Durante esta parte, haremos una evaluación grupal donde haremos un par de preguntas generales acerca del programa: ¿qué es lo que más les ha gustado?, ¿qué es lo que menos? Y después, les entregaremos una hoja de evaluación donde deberán puntuar del 1-5 diferentes contenidos tratados en el programa (*ANEXO VII*).
- **3º PARTE.** Finalmente, les volveremos a entregar las escalas realizadas al principio del programa para poder evaluar el progreso de cada participante.

6.8 EVALUACIÓN

La evaluación se realizará por medio de la aplicación de dos escalas: IDC "Inventario de Duelo Complicado" y BRI "Bereavement Risk Index" (15). La primera escala IDC fue creado por Prigerson y está compuesto por 19 ítems puntuados del 0 "nunca" al 4 "siempre". Una puntuación por encima de 25 indica riesgo de duelo complicado siendo su máximo una puntuación de 76 (16). Este cuestionario es una medida objetiva que nos ofrece una diferencia clara entre duelo normal y patológico. La segunda escala BRI es completada por el personal de enfermería al familiar cercano del fallecido. En este caso, se considera alto riesgo una puntuación igual o por encima de 19, riesgo moderado una puntuación entre 13 y 18 y riesgo bajo una puntuación por debajo o igual a 12 (17). La primera escala será rellenada por el propio participante en la primera y última sesión. La segunda escala será rellenada por el profesional de Enfermería durante la captación.

7. CONCLUSIONES

Tras la realización de una búsqueda bibliográfica acerca de este tema podemos concluir afirmando la falta de estudios y al acceso de apoyo desde el ámbito sanitario a padres en duelo por el fallecimiento de sus hijos en edad infantil.

La formación en el ámbito de la muerte y el duelo posibilita la mejora y un alcance mayor del bienestar en progenitores, clave para un crecimiento a nivel personal y demográfico e importante para la progresión de una sociedad.

Enfermería conoce acerca de la importancia de cuidados al paciente, pero es importante ampliar la visión y abarcar consecuencias que también están a nuestro alcance. El duelo forma parte de ello, por eso es necesario trabajar y buscar una educación que nos permita acceder sin dificultad y nos permita enseñar de esta misma forma. Un padre o una madre que acaba de perder a su hijo/a requiere de apoyo, de acompañamiento y no solo familiar o de amistades, sino también de profesionales, enfermería, quienes cumplen con una labor: calidad de vida.

Además, al tratarse de un duelo no común y antinatural, las herramientas escasean y quienes las toman también. Este programa intentará concluir y dar a luz la importancia de cuidar a la población diana así como crear un grupo de apoyo con otras entidades y profesionales.

Asimismo este programa está sujeto a continua evaluación basados en función de las respuestas obtenidas tras su realización, así como de las preferencias de la población buscando siempre su mejor adaptación.

8. BIBLIOGRAFÍA

1. Figueroa MJ, Cáceres R, Torres AG. *Manual de Capacitación para Acompañamiento y Abordaje de Duelo*. Unicef. [Internet] 2020 [consultado 4 feb 2023]; 73. Disponible en: <https://www.unicef.org/elsalvador/media/3191/file/Manual%20sobre%20Duelo.pdf>
2. García A. *En torno al duelo y sus significados*. [Internet] 2007 [consultado 4 feb 2023]; volumen (10): 8. Disponible en: <https://tanatologia.org/wp-content/uploads/2020/07/EnTornoAlDueloSusSignificados.pdf>
3. Ancona AM, Cortés ML. *Evaluación de una intervención psicoterapéutica con padres en duelo por la muerte de un hijo*. Salud y Bienestar Social [Internet] 2020 [consultado 15 feb 2023]; 4(2):18. Disponible en: <https://www.revista.enfermeria.uady.mx/ojs/index.php/Salud/article/view/96/50>
4. Gamo E, Pazos P. *El duelo y las etapas de la vida*. Asociación Española de Neuropsiquiatría. [Internet] 2009 [consultado 18 feb 2023]; 29(2). Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352009000200011
5. Das MK, Arora NK, Gaikwad H, Chellani H, Debata P, et al. *Grief reaction and psychosocial impacts of child death and stillbirth on bereaved North Indian parents: A qualitative study*. [Internet]. PLOS ONE; 2021. Available from: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0240270>
6. Oviedo SJ, Parra FM, Marquina M. *La muerte y el duelo*. EG. [Internet] 2009 [consultado 18 feb 2023].(15): 9 Disponible en: <https://scielo.isciii.es/pdf/eg/n15/reflexion1.pdf>
7. Asociación Americana de Psiquiatría, *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM 5*. Arlington, VA, Asociación Americana de Psiquiatría, 2013.
8. Parro E, Morán N, Gesteira C, Sanz J, García P. *Duelo complicado: una revisión sistemática de la prevalencia, diagnóstico, factores de riesgo y de protección en población adulta de España*. Anales de Psicología [Internet] 2020 [consultado 18 feb

2023]; 37(2):13. Disponible en: <https://revistas.um.es/analesps/article/view/443271/303761>

9. INEbase [Internet]. *Instituto Nacional de Estadística*; Tablas de mortalidad infantil en España 2000-2021 [España, Todas las causas, Ambos sexos, 5-9 años]; [consultado 8 abril 2023]; Disponible en: <https://www.ine.es/jaxiT3/Datos.htm?t=7947#!tabs-grafico>

10. Leguina J. *La población infantil y juvenil en España*. Informe Observatorio Demográfico CEU [Internet] 2021 [consultado 9 marzo 2023]. Disponible en: https://www.uspceu.com/Portals/0/docs/observatorio-demografico/informes/Observatorio_Demografico_n6_2as.pdf

11. Muñoz M. *La relación entre el equipo de salud y la familia del niño muriente*. Acta bioethica, [Internet] 2011 [consultado 9 marzo 2023]; 17 (2), 247–256. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/S1726-569X2011000200011>

12. Código Deontológico de la Enfermería Española. Madrid; Consejo general, 2019 <http://www.ee.lafe.san.gva.es/pdfs/codigodeontologicoesp.pdf>

13. Rodríguez M, García AM, Toledo C. *Duelo y Duelo Complicado en las consultas de enfermería de Atención Primaria*. [Internet] 2008 [consultado 9 marzo 2023]; (3) Disponible en: <http://www.ene-enfermeria.org/ojs/index.php/ENE/article/view/176/159>

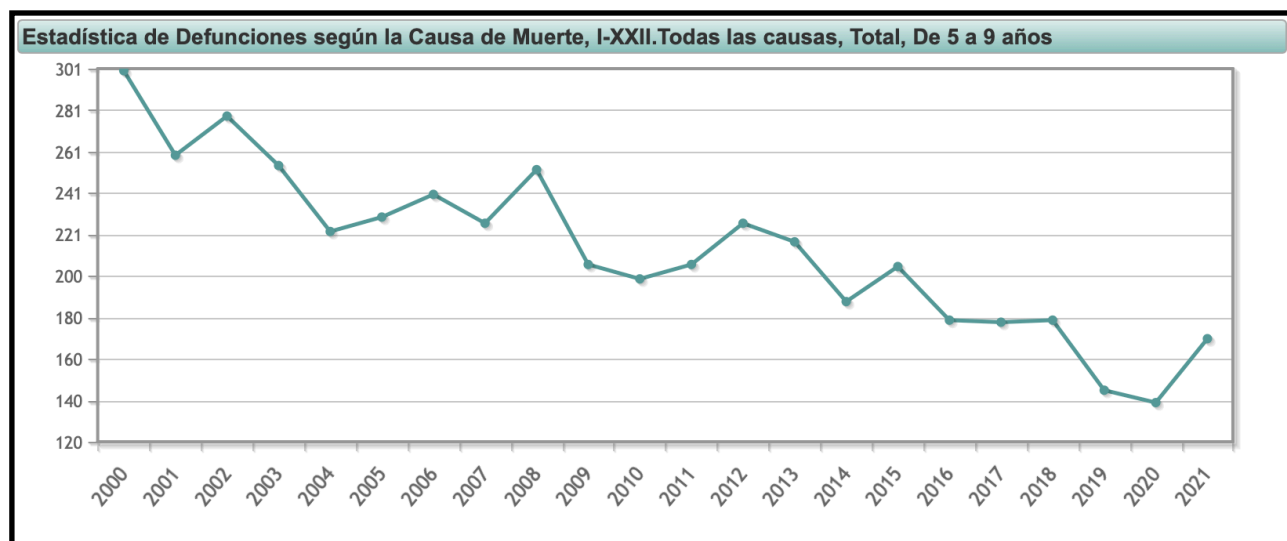
14. Alonso-Llácer L, Lacomba-Trejo L, Pérez-Marín M. *Duelo complicado por la muerte de un hijo: presentación de un caso*. MÉD.UIS. [Internet] 2021 [consultado 18 marzo 2023]; 34 (3): 85-92. Disponible en: <https://doi.org/10.18273/revmed.v34n3-2021009>

15. Aho AL, Tarkka MT, Astedt-Kurki P, Sorvari L, Kaunonen M. *Evaluating a bereavement follow-up intervention for grieving fathers and their experiences of support after the death of a child--a pilot study*. [Internet] Death Stud. 2011 Available from: <https://doi.org/10.1080/07481187.2011.553318>

16. Barreto P, De la Torre O, Pérez M. *Detección de duelo complicado*. Psicooncología. [Internet] 2012 [consultado 22 marzo 2023]; 9 (2-3): 355-368. Disponible en: <https://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/view/40902>
17. Limonero JT, Lacasta M, García JA, Maté J, Prigerson HG. *Adaptación al castellano del inventario del duelo complicado*. MedPal. [Internet] 2009 [consultado 24 marzo 2023]; 16 (5):291-297. Disponible en: https://www.researchgate.net/profile/Joaquin-Limonero/publication/234101905_Adaptacion_al_castellano_del_inventario_de_duelo_complicado/links/5ab50824a6fdcc46d3b28497/Adaptacion-al-castellano-del-inventario-de-duelo-complicado.pdf
18. Kristjanson LJ, Cousins K, Smith J, Lewin G. *Evaluation of the Bereavement Risk Index (BRI): a community hospice care protocol*. Int J Palliat Nurs. 2005 [Internet] Available from: <https://doi.org/10.12968/ijpn.2005.11.12.20226>
19. NNN Consult. Elsevier; 2015. Disponible en: <https://www-nnnconsultcom.cuarzo.unizar.es:9443/nanda>
20. Tizón JL. *Los procesos de duelo en atención primaria de salud: Una actualización*. FMC - Formación Médica Continuada en Atención Primaria,[Internet] 2017 [consultado 24 marzo 2023]; 24, 1-66. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.fmc.2016.02.011>
21. Rodríguez B, Fernández A. *Intervenciones sobre problemas relacionados con el duelo para profesionales de Atención Primaria (II): intervenciones desde Atención Primaria de salud*. MEDIFAM [Internet] 2002 [consultado 24 marzo 2023]; 12 (4): 276-284. Disponible en: <https://scielo.isciii.es/pdf/medif/v12n4/dinamica.pdf>
22. Castro Bertrán A. R, , Macías Bestard C. ACTUALIZACION BIBLIOGRAFICA SOBRE TECNICAS DE RELAJACION. Revista Información Científica [Internet]. 2010;65(1): . Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=551757306019>

9. ANEXOS

ANEXO I. DATOS RECOGIDOS SEGÚN EL INE



Fuente: Instituto Nacional de Estadística (Bibliografía nº 9).

ANEXO II. ESCALA DE BRI

BEREAVEMENT RISK INDEX

ANTECEDENTES

Nombre del paciente (primer apellido en mayúsculas):.....

Numero de Identificación Personal:

Edad del paciente:..... Fecha de fallecimiento:.....

Apellidos de la persona en duelo:.....

Nombre de la persona en duelo:.....

Dirección:..... Teléfono:.....

Relación con el paciente (Marque la casilla):

Pareja Padre/madre Hijo/hija Hermano/a Otros

Comentarios (Incluir detalles de la ayuda ya recibida):.....

Número de niños en el hogar:.....

0-6 años 7-14 años. 15-21 años más de 21 años

Enumere otros miembros de la familia que requieran atención:.....

Tiempo desde el diagnóstico:.....

Miembro del personal estrechamente involucrado:.....

¿Crees que esta persona se opondría al seguimiento?: Sí No

Fuente: elaboración propia (traducida al español).

FACTOR DE RIESGO		PUNTAJE	FACTOR DE RIESGO		PUNTAJE
Niños menores de 14 años en casa	Ninguno	0	Ira	Ninguno (o normal)	1
	Uno	1		Irritación leve	2
	Dos	2		Moderado (por ejemplo, arrebatos ocasionales).	3
	Tres	3		Severo (estropeando las relaciones).	4
	Cuatro	4		Extremo (siempre amargado).	5
Ocupación del asalariado principal. Esta puede ser la persona fallecida	Profesional y ejecutivo	1	Auto-reproche (culpa, sentirse mal y/o responsable de algo)	Ninguno	1
	Semiprofesional	2		Leve (vago y general).	2
	Oficina y administrativo	3		Moderado (algún autoreproche claro).	3
	Manual calificado	4		Severo (preocupado por culparse a sí mismo).	4
	Manual semicalificado	5		Extremo (problema importante).	5
Empleo previsto de la persona en duelo	Manual no calificado	6	Relaciones actuales	Relación íntima cercana con otro.	1
	Trabaja F/T	1		Familia cálida que brinda apoyo y permite la expresión de sentimientos.	2
	Trabaja P/T	2		Familia que brinda apoyo pero vive a distancia.	3
	Jubilado	3		Dudoso (el paciente no está seguro de si los miembros de la familia están de apoyo o no).	4
	Amo de casa/tareas del hogar	4		No apoyo	5
Desempleado	5	¿Cómo se las arreglará la persona clave?	Bueno (dolor normal y recuperación sin ayuda especial).	1	
	Nunca		1	Regular (probablemente salir adelante sin ayuda especial).	2
	Rara vez		2	Dudoso (puede necesitar ayuda especial).	3
	Moderado		3	Mal (requiere ayuda especial).	4
	Constante		4	Muy mal (requiere ayuda urgente).	5
Constante intenso	5				
		SUBTOTAL		SUBTOTAL	

Fuente: elaboración propia (traducida al español).

ANEXO III. INVENTARIO DE DUELO COMPLICADO

Por favor, ponga una cruz en la opción que más se adapte a su experiencia tras la muerte de su familiar.

	Nunca	Raras veces	Algunas veces	A menudo	Siempre
1. Pienso tanto en la persona que ha fallecido que me resulta difícil hacer las cosas como las hacía normalmente.	0	1	2	3	4
2. Los recuerdos de la persona que murió me trastornan.	0	1	2	3	4
3. Siento que no puedo aceptar la muerte de la persona fallecida.	0	1	2	3	4
4. Anhele a la persona que murió.	0	1	2	3	4
5. Me siento atraído por los lugares y las cosas relacionadas con la persona fallecida.	0	1	2	3	4
6. No puedo evitar sentirme enfadado con su muerte.	0	1	2	3	4
7. No me puedo creer que haya sucedido.	0	1	2	3	4
8. Me siento aturdido por lo sucedido.	0	1	2	3	4
9. Desde que él/ella murió me resulta difícil confiar en la gente.	0	1	2	3	4
10. Desde que él/ella murió me siento como si hubiera perdido la capacidad de preocuparme de la gente o me siento distante de las personas que me preocupaban.	0	1	2	3	4
11. Me siento solo/a la mayor parte del tiempo desde que él/ella falleció.	0	1	2	3	4
12. Siento dolores en la misma zona del cuerpo o tengo alguno de los síntomas que sufría la persona que murió.	0	1	2	3	4
13. Me tomo la molestia de desviarme de mi camino para evitar los recuerdos de la persona que murió.	0	1	2	3	4
14. Siento que la vida está vacía sin la persona que murió.	0	1	2	3	4
15. Escucho la voz de la persona fallecida hablándome.	0	1	2	3	4
16. Veo a la persona que murió de pie delante de mí.	0	1	2	3	4
17. Siento que es injusto que yo viva mientras que él/ella ha muerto.	0	1	2	3	4
18. Siento amargura por la muerte de esa persona.	0	1	2	3	4
19. Siento envidia de otras personas que no han perdido a nadie cercano.	0	1	2	3	4

Fuente: Documento Adaptación al castellano del inventario de duelo complicado (Bibliografía número 17).

ANEXO IV DINÁMICA SESIÓN 2, "HABLANDO DE EMOCIONES"

NOMBRE:
APELLIDOS:
FECHA:

EMOCIÓN EXPERIMENTADA	MOTIVO DE ESA EMOCIÓN	RESPUESTA TRAS LA EMOCIÓN

Fuente: elaboración propia.

ANEXO V. TÉCNICA DE RELAJACIÓN DE JACOBSON

Los principales requisitos son:

- **Habitación silenciosa, en penumbra, temperatura agradable.**
- **Sillón reclinable y acolchado, puede también hacerse en un diván, sofá o en una silla cómoda.**
- **Ropa cómoda y suelta, sin gafas, zapatos o relojes.**
- **Evitar interrupciones de cualquier tipo, al máximo posible.**



Frente: Arrugue su frente subiéndola hacia arriba, note donde siente particularmente la tensión (sobre el puente de la nariz y alrededor de las cejas), ahora relájela muy despacio, y preste especial atención a esas zonas que estaban particularmente tensas; tómese tiempo para sentir la agradable sensación de la falta de tensión en todos esos músculos (se continúa dando sugerencias de relajación y agrado).

Ojos: Cierre los ojos apretándolos fuertemente, siente la tensión en toda la zona que los rodea. Poco a poco, relaje sus ojos tanto como pueda, y muy despacio, entreábralos, note la diferencia entre sensaciones (continúa dando sugerencias de relajación y agrado).

Nariz: Arrugue su nariz, como si oliera algo repugnante, preste atención a las zonas tensas. Gradualmente relaje su nariz, abandone toda la tensión (se continúa dando sugerencias de relajación y agrado).

Sonrisa: Haga que su cara y su boca adopten una sonrisa forzada, como de payaso, apriete fuertemente los labios sobre los dientes. Gradualmente, relaje los músculos y note la sensación de relajación (se continúa dando sugerencias de relajación y agrado).

Lengua: Coloque su lengua apretando fuertemente el cielo de la boca, note donde siente la tensión. Poco a poco, relaje este grupo de músculos, deje caer suavemente la lengua, aflójela (se continúa dando sugerencias de relajación y agrado).

Mandíbula: Apriete sus dientes, ahora relaje poco a poco la mandíbula y disfrute la sensación (se continúa dando sugerencias de relajación y agrado).

Labios: Arrugue sus labios fuertemente, note la tensión, luego aflójelos y sienta la relajación (se continúa dando sugerencias de relajación y agrado).

Cuello: Inclina la cabeza hacia delante hasta tocar el pecho con la barbilla, compruebe la tensión. Ahora relaje gradualmente estos músculos, cada vez más profundamente y coloque su cabeza en una posición confortable. A continuación realice el ejercicio opuesto, incline la cabeza hacia atrás, y repita el ejercicio anterior.

Brazos: Extienda su brazo derecho y póngalo tan rígido como pueda, mantenga el puño cerrado. Busque el máximo de tensión y compruebe qué siente. Gradualmente relaje y baje el brazo, déjelo caer hasta que descansa en la posición de relajación, experimente la diferencia y disfrute la relajación. Repita el mismo ejercicio con el brazo izquierdo.

Piernas: Levante horizontalmente la pierna derecha, arqueando el pie hacia atrás en dirección a la rodilla, ejerza el máximo grado de tensión, ahora afloje la pierna y bájela despacio, relajando todos los músculos. Repita lo mismo con la otra pierna.

Espalda: Inclina hacia delante su cuerpo en la silla, eleve los brazos y lleve los codos hacia atrás, hacia arriba y hacia la espalda. Note la tensión. Ahora aflójese y relájese, buscando la posición original.

Tórax: Trate de unir los hombros hacia delante intentando apretar toda la zona del pecho. Relájese gradualmente y disfrute la relajación.

Estómago: Contraiga el estómago, póngalo duro como una tabla. Ahora afloje y relájese. Debajo de la cintura: Tense todos los músculos debajo de la cintura, incluya las nalgas y muslos, como si se elevara de la silla, esto también tensa un poco la pierna. Sienta las zonas que están tensas y aflójelas y relájese lentamente.

Ejercicio de respiración: Compruebe que está en la posición de relajación, luego cierre los ojos e intente relajar todo su cuerpo. Haga una profunda inspiración, retenga el aire unos instantes y después expúlselo lentamente, mientras está exhalando relaje todo su cuerpo de la cabeza a los pies. Intente imaginar que está viendo como se relajan todos sus músculos. Haga esto 5 veces, pero cuando empiece a exhalar el aire, dígame mentalmente la palabra relax, lentamente, de manera que cuando llegue a la x haya relajado todo su cuerpo de la cabeza a los pies.

Relajación sin tensión: Repita el proceso de relajación pero sin tensar ninguna zona del cuerpo, a menos que encuentre dificultad para relajarla. Una vez que tenga el cuerpo relajado, haga el ejercicio de respiración anterior cinco veces.

Práctica: El ejercicio de tensar y relajar grupos de músculos y el de relajación sin tensión lo debe practicar todos los días, dos veces al día. Este proceso, al principio le llevará de 15 a 20 minutos, pero con el tiempo será capaz de realizar solamente el ejercicio de relajación sin tensión combinado con el de respiración.

Fuente: Documento sobre Técnicas de Relajación (Bibliografía nº 22).

ANEXO VI. TÉCNICA DE RELAJACIÓN LOS CAMINOS DEL VIENTO

LOS CAMINOS DEL VIENTO

- A. Túmbate o siéntate cómodamente y siente tu propia respiración. Haz 20 respiraciones tranquilas (inhalando por la nariz y exhalando el aire por la boca), sin esforzarte en que sean artificialmente pausadas, ni rápidas.
- B. Haz como si te pusieses de pie en la habitación, con los ojos de tu mente haces como que te levantas (sin hacerlo físicamente) y te diriges hacia la puerta.
- C. La abres y te das cuenta que frente a ti hay un frondoso campo agradable. Ves el verde de la copa de los árboles, miras el cielo azul, quizá unas aves revoloteando, escuchas su canto y oyes el sonido del viento que estremece las hojas a su paso, sientes la brisa recorriendo suavemente tus mejillas y hueles ese olor característico del campo.
- D. Bajo tus pies ves que hay un camino rojizo arcilloso y decides mover tus piernas en dicha dirección. Caminas con tranquilidad por dicho sendero a tu lado ves arbustos con frutos de colores... ves entre las copas de los árboles claros de luces del sol escuchas el sonido de ciertas hojas secas que crujen mientras las pisas sientes el agradable calor que emana del propio camino hueles la fragancia de hojarasca seca todo esto mientras sigues caminando encontrándote cada vez más tranquilo.5Mientras continúas en el camino suena el sonido de una cascada y decides dirigirte hacia donde proviene ese grato susurro ves frente a ti un lago de agua cristalina muy pura y limpia el sol está alto sobre tus espaldas calentándote todo esto hace que esté profundamente relajado y lo disfrute.
- E. Hago que mis manos tomen la forma de un cuenco y las meto dentro del agua pura y cristalina llevo mis manos a mi cabeza y dejo que el líquido cristalino y limpio recorra cada centímetro de mi cuero cabelludo "me estoy limpiando de cualquier tensión o estrés" vuelvo a llenar mis manos con agua y esta vez las llevo a mi rostro mientras siento que el agua recorre mi frente y mis párpados y mis mejillas y mi boca y esto hace que esté cada vez más tranquilo y disfrutando, lo único que tengo que hacer es disfrutar de mi mundo interior, continúo llevando esta agua pura y limpia a mi cuello y mi nuca siento como esta cae suavemente por mi espalda y mi pecho "me estoy limpiando inconscientemente del estrés y la ansiedad" ahora dejo que el agua recorra mis brazos el derecho el izquierdo estoy cada vez más limpio y profundamente tranquilo ahora llevo esta agua pura a mis genitales hacia mis piernas y mis pies y esto hace que esté totalmente limpio y disfrutando de mi propia capacidad.
- F. Dejo que el sol caliente mi cuerpo ahora decido seguir caminado esta vez en el camino de regreso tranquilamente llego a la habitación me pongo cómodo y al abrir los ojos recuperaré plena vigilia y traeré dentro de mí el estado de mayor tranquilidad y disfrute que viví en mi propio mundo interior. Puedes abrir los ojos.

Fuente: Documento sobre Técnicas de Relajación (Bibliografía nº 22).

ANEXO VII. ENCUESTA DE SATISFACCIÓN

ENCUESTA DE SATISFACCIÓN	
	Puntúe del 1 al 5 y explique su respuesta 1: pésimo, 2: malo, 3: regular, 4: bueno y 5: excelente
El programa me ha resultado útil y ha superado o, por lo menos, ha cumplido las expectativas que tenía del mismo.	
La información que se me ha ofrecido ha sido adecuada y se ajusta a mis necesidades.	
Las dinámicas y actividades realizadas han sido apropiadas y me pueden ser de utilidad durante el proceso del duelo.	
Los profesionales sanitarios han demostrado estar cualificados sobre el tema dado.	
Los profesionales sanitarios han estado cercanos manteniendo la conversación y la escucha activa.	
La duración de las sesiones ha sido adecuada.	
Los recursos y materiales ofrecidos han sido adecuados.	
TOTAL	

Fuente: elaboración propia.

