



Universidad
Zaragoza

1542

TRABAJO FIN DE GRADO

Título: " Duelo Traumático en la Infancia (DTI): Revisión Bibliográfica y Programa de Intervención adaptado a la infancia desde ACT"

Alumno/a: **Elisa Biel Aguilar**

NIA: **682498**

Director/a: **Sonsoles Valdivia Salas**

Grado de Psicología

AÑO ACADÉMICO **2016-2017**



Facultad de
Ciencias Sociales
y Humanas - Teruel
Universidad Zaragoza

Índice

Resumen.....	1
Marco Teórico.....	1
Por qué ACT y no otra de las principales corrientes.....	4
Intervenciones utilizadas: Lo Recorrido hasta la Fecha.....	5
Propuesta de Intervención desde ACT Adaptada a la Niñez.....	7
Referencias.....	14
Anexos.....	20

Resumen

Se propone una intervención basada en la Terapia ACT para niños de 11 hasta 17 años que han experimentado la muerte traumática de un ser querido. El tipo de duelo en niños en el que no se es capaz de desarrollar las etapas propias de éste de manera estándar, se le denomina Duelo Traumático en la Infancia (DTI) y es común en el caso de estos niños. El DTI tiene como característica esencial el Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT). Tras haber realizado una búsqueda bibliográfica exhaustiva sobre el tipo de intervenciones realizadas hasta la fecha y sus resultados sobre el DTI y el TEPT, se plantea una intervención ACT desde la que se trabaja como eje central con los conceptos de *fusión cognitiva* y *evitación experiencial* en un total de 9 sesiones distribuidas 2 veces por semana, teniendo como objetivo principal el desarrollo de habilidades de *defusión* y *aceptación*.

Palabras Clave

Duelo, infancia, traumático, aceptación, defusión

Marco Teórico

Introducción

Duelo Traumático en la Infancia (DTI) es el término el cual utilizamos para denominar a aquellos niños que han perdido a un ser querido y que no son capaces de enfrentarse a las etapas pertinentes del duelo como es debido. Estas pérdidas suelen producirse en circunstancias traumáticas, tales como suicidios o accidentes de tráfico (Cohen et al., 2002). Las consecuencias principales de un duelo traumático y patológico son: alteración de la conducta, alteración del rendimiento escolar, depresión, ansiedad, alteraciones corporales y alteración social o aislamiento (Pérez, 2009).

El DTI tiene como característica esencial síntomas que están asociados con un Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT) (Nader, 1997). En cuanto a la sintomatología específica del TEPT en niños es: (1) reexperiencia del evento; recuerdos recurrentes e intensos, pesadillas donde se revive el recuerdo... (2) evitación persistente de estímulos asociados al trauma (3) e hiper arousal; dificultades para iniciar o mantener el sueño, hipervigilancia, sobresalto e irritabilidad (Hermosilla y Montt, 2001).

El proceso de duelo considerado estándar en niños implica una serie de tareas a desempeñar; (1) aceptar la realidad de la muerte, (2) experiencia de completo dolor hacia la pérdida, (3) ser capaz de adaptarse a la vida sin el ser querido, (4) integrar aspectos de la persona amada dentro de la propia auto-identificación del niño, (5) transformar la relación con el fallecido en una que forme parte de la memoria, (6) encontrar significado en la muerte del ser querido y (7) comprometerse nuevamente con otros adultos.

Todavía existe mucha discusión en lo referente a cuándo se puede comenzar con el proceso de intervención con el menor, pero la mayoría de los estudios proponen que no se debería interferir con el desarrollo natural del duelo llevado a cabo por el niño hasta que hayan pasado 6 meses, que es cuando, si todo fuera de manera adecuada, las consecuencias producidas por éste deberían empezar a atenuarse, así como la propia adaptación a la situación de la muerte del ser querido (Dodd, et al., 2017). Es decir, si una vez que hayan pasado 6 meses desde la muerte de la persona querida, el niño no ha experimentado estas fases y las ha concluido con la adaptación a su nueva situación, se considera un mal desarrollo del proceso del duelo.

Utilizando como referencia el estudio piloto realizado por Cohen, Manarino y Knudsen (2004) sobre 22 casos de DTI, se concreta un intervalo de edad en este proyecto de los 6 hasta los 17 años de edad.

Conceptos ACT

El que una persona (en este caso un niño) sienta un gran dolor, no es suficiente para desarrollar un sufrimiento humano verdadero que derive en problemas psicológicos severos. Para llegar hasta este punto, tienen que poseer y poner en marcha la actividad simbólica (Hayes et al., 2015). Definiendo brevemente el término *símbolo* introduciendo la figura de Piaget (1946), se define como la capacidad de evocar significados ausentes o no visibles mediante el empleo de significantes. En niños de la edad que nos ocupa (6-17 años), sabemos que esta actividad ya se ha puesto en marcha, por el simple hecho de que, a no ser de la existencia de un problema intelectual, a estas edades ya se ha puesto en desarrollo de manera avanzada el lenguaje. Entendemos la actividad simbólica como una parte inherente al lenguaje humano que puede presentarse de diversas formas: escritas, gestos, sonidos... (Hayes et al., 2015). Pero aún tenemos que ir más allá.

Aquí entran principalmente dos términos especialmente relevantes para ACT.

El primero de ellos es la *fusión cognitiva*, y se entendería como la firme creencia del contenido literal de nuestra mente (Hayes et al., 2015). Explicado de manera más sencilla, equivale a una "fusión" con nuestros pensamientos que como consecuencia "modulará" un niño que va a guiar ciegamente su vida cotidiana a través de las instrucciones proporcionadas por su lenguaje interno. Por ejemplo, si los pensamientos de un niño que acaba de perder a sus padres en un accidente de tráfico son "mis padres ya no están aquí porque yo estaba gritando en el coche mientras conducían" y estos le llevan a desencadenar una serie de sentimientos y comportamientos desadaptativos al creer y sentirlos como verdaderos, es cuando encontramos un problema desde ACT. Clarificando este último comentario; el problema del niño desde la visión

ACT no es la existencia de estos pensamientos o emociones negativas, sino la manera en la que reacciona a éstos.

El segundo concepto es la *evitación experiencial*, definida ésta como la consecuencia de la *fusión cognitiva* que favorece la supresión, el control o la eliminación de las vivencias relacionadas con el suceso aversivo (Hayes et al., 2015). En este caso el niño evitará experimentar todos aquellos pensamientos, sentimientos, emociones y lugares que le recuerden al suceso traumático.

Finalmente, el concepto de *valores* hace referencia a encontrar aquello que otorga de sentido nuestra vida. Los valores pueden motivar a las personas frente a las adversidades personales más aterradoras. Gracias a ellos, las personas pueden vivir una vida rica y significativa independientemente de su historia pasada (lo que no implica la ausencia de dolor). (Hayes et al. 2015).

Por qué ACT y no otra de las principales corrientes

Propiciando brevedad en este apartado se señalan solamente los principales puntos para dar a entender el por qué de esta elección.

La Psicología actual está basada en la identificación de síntomas y síndromes, los cuales señala el DSM. Sin embargo, se ha observado que centrarnos en la reducción de la frecuencia y severidad de éstos, únicamente correlaciona moderadamente con mejorías en el funcionamiento vital del ser humano. Es más, la evidencia señala que la amplitud de los efectos para los tratamientos de los trastornos mentales es modesta y solamente encontramos un incremento apreciable de los efectos a lo largo del tiempo (Hayes et al., 2015).

Por otra parte, ACT está teniendo una creciente evidencia con numerosas revisiones y meta-análisis que están demostrando su eficacia (Swain et al. 2015).

Esta resumida aclaración, por tanto da que pensar en futuras propuestas transdiagnósticas y no tan centradas en el sistema de clasificación del DSM.

Intervenciones utilizadas: Lo Recorrido hasta la Fecha

En primer lugar, y ante todo, es primordial la necesidad de distinguir entre aquellos individuos que precisan de una intervención de los que no. No por el hecho aislado en sí de tener que llevar a cabo el proceso del duelo significa que se precise de una ayuda interventiva, debido a que, hasta el momento no hay evidencia empírica que sustente el apoyo indiscriminado al duelo (Jordan y Neimeyer, 2003.). Por lo que, basándonos en esta aportación, se debe proporcionar ayuda exclusivamente a aquellos sujetos los cuales se estimen que pueden desarrollar un proceso de duelo traumático.

Actualmente somos capaces de afirmar que un duelo traumático no se define únicamente por presentar TEPT, sin embargo es cierto que juega un papel central a la hora de cómo el niño realiza el duelo, el cual se ve dañado por el fuerte impacto que puede ocasionar el TEPT.

Hay estudios que señalan la importancia de realizar la intervención en dos áreas diferenciadas cuando se está tratando con un duelo traumático: por una parte, el tratamiento del propio trauma y por otra el desarrollo favorable del duelo en sí, siendo esta última la que se recomienda llevar a cabo primero (Layne et al., 2001). Layne et al. (2001) realizó una intervención con adolescentes comparando los resultados del tratamiento entre dos grupos de tratamiento diferenciados: un grupo que únicamente estaba enfocado en trabajar con el trauma o el duelo (o uno u otro), y otro que recibía el tratamiento en ambas áreas al mismo tiempo; aquellos que habían recibido el tratamiento tanto para el trauma como para el duelo (en ambas áreas) experimentaron una mejora significativa en el TEPT, en depresión y en los síntomas del DTI. Sin embargo, aquellos participantes que únicamente habían recibido el tratamiento para

mejorar su experiencia en el trauma mostraron mejoras también significativas en depresión y en el TEPT, pero las mejoras en la sintomatología de DTI resultó ser más baja. El tratamiento consistió en 4 módulos. El primer módulo se compone de seis sesiones y consiste en una psicoeducación acerca del estrés postraumático, la depresión y el dolor junto con entrenamiento en habilidades de relajación a través de la respiración y regulación emocional. El segundo módulo está compuesto por diez sesiones y se dedica a realizar una revisión de las habilidades de afrontamiento a las situaciones traumáticas de cada miembro relatando su propia experiencia traumática. El módulo tres consta de cuatro sesiones y trata de una psicoeducación de las reacciones comunes al duelo, los recuerdos de las personas fallecidas y en una reconstrucción no traumática de estos recuerdos. Finalmente, el módulo 4 está formado por las tres últimas sesiones del programa y consiste en desafiar las creencias desadaptativas formadas a partir de la vivencia traumática, sustituyendo éstas por otras más adaptativas, junto con el aprendizaje del beneficio del apoyo social en el sistema de relaciones personales.

Salloum y Vicente (2001) encontraron técnicas en intervención que dan resultados favorables en supervivientes adolescentes de situaciones de homicidio para el decremento de puntuaciones en el TEPT. Estas técnicas fueron; (1) psicoeducación relativa al duelo, (2) enseñanza de habilidades de expresión de sentimientos, (3) manejo de la ira, (4) habilidades de afrontamiento, (5) acceso a soporte social, (6) espiritualidad, y la (7) identificación de metas futuras. Como resultado, los participantes presentaron una disminución general significativa ($p=.001$) en el TEPT, especialmente en las áreas de reexperimentación y evitación. Un dato de interés a añadir es que estos programas se han realizado todos en un contexto de grupal.

Por su lado, Cohen, et al., (2004) utilizaron un enfoque cognitivo-conductual con un diseño de un modelo compuesto por 16 sesiones; las sesiones 1-4 se enfocaron a mejorar el

ajuste y crear habilidades de reducción de estrés. Las sesiones 5-8 se centraron en una exposición del trauma específico y una intervención en los procesos cognitivos. De la 9-12 se trabajó la aceptación de la muerte del ser querido, y finalmente, las sesiones 13-16 llevaron a cabo la preservación de las memorias positivas y crear un significado en cuanto a la muerte del ser querido. Los resultados utilizando este método en la intervención son concluyentes; los síntomas tanto del TEPT (incapacidad para recordar de manera positiva y ajustarse a la pérdida del ser querido) como de DTI (“culpa del superviviente”, sobreidentificación con el fallecido, fantasías de venganza, excesiva culpa o vergüenza acerca de la manera de morir del fallecido) decrecieron de manera significativa.

Por último, aunque no hay o hay escasa evidencia de ACT y su relación con el DTI, existe trabajo desde ACT con niños. Se observa que un tratamiento ACT tiene resultados mejores que si se realiza un tratamiento convencional sobre la depresión con un 58% de respuesta positiva hacia el tratamiento ACT frente a un 36% en el caso del tratamiento convencional (Hayes et al., 2011). Un resultado similar se encuentra cuando comparamos ACT (46%-56%) con la utilización de técnicas de relajación progresiva (13%-18%) (Twohig et al., 2010). De igual manera pasa en el caso de ACT (79% de respuesta positiva al tratamiento) frente a la utilización de la terapia cognitivo conductual (49%) (Avdagic et al., 2014), aunque en otros estudios los porcentajes entre estas dos últimas se encuentran más igualados.

Propuesta de Intervención desde ACT Adaptada a la Niñez

Objetivos

El objetivo último de ésta intervención ACT es la misma que el objetivo final de ACT: desarrollar pautas de conducta que le funcionen a la persona (encaminadas a valores) (Hayes et al., 2015).

En cuanto a los objetivos específicos son:

1. Desarrollar habilidades de defusión (notar los pensamientos con perspectiva).
2. Desarrollar habilidades de aceptación (elegir qué hacer en presencia de esos pensamientos).

Beneficiarios

El programa va destinado a aquellos niños/as los que se encuentran en el rango de edad seleccionado que hayan perdido a un ser querido de manera traumática y repentina.

Material y Método

Participantes.

Como aparece en el apartado de introducción, el rango de edad a considerar dentro del duelo traumático en la infancia es de 6 hasta 17 años. Sin embargo, con el objetivo de crear grupos de trabajo más homogéneos, en la intervención se excluirán a aquellos niños menores de 11 años y el número de participantes total será de 20. El sexo puede ser tanto masculino como femenino. El programa de intervención se realizará en Zaragoza, por lo que es necesario que los participantes cumplan con este requisito demográfico y deben contar con el consentimiento informado del tutor legal.

Los participantes que serán susceptibles de ser escogidos para el programa serán aquellos que hayan perdido a un ser querido (ya sea padre, hermano, cuidador...) de manera traumática y repentina (Accidentes, suicidios, asesinatos...) en los últimos 6 meses.

Instrumentos.

Señalar antes de nada que la realización de reiteradas búsquedas bibliográficas ha sacado a relucir la escasez de estudios realizados sobre el impacto que tiene la muerte en los niños, y como consecuencia la falta de escalas de valoración del duelo infantil (Pérez, 2009).

A pesar de la escasez, para comprobar el tipo y nivel de reacción que tienen los niños hacia su situación de duelo actual se debe emplear la *escala de disociación traumática y duelo* utilizada con anterioridad en niños y en adolescentes que estuvieron expuestos a los terremotos de Turquía en el año 1999 (Pérez, 2009). Esta escala satisface el área de *aceptación* ya que nos ayuda a conocer qué hace el niño en la actualidad con los pensamientos y sentimientos que está teniendo respecto al duelo, y la de *defusión* al permitirnos saber si se toma perspectiva ante esas reacciones. La escala consta de 23 ítems diseñados para captar las reacciones procedentes del duelo y presenta dos factores: cambios en el estado emocional y respuestas específicas del duelo mediante una escala likert de tres puntos, siendo 1 “ausente”, 2 “a veces presente” y 3 “a menudo presente” (Deniz et al., 2002).

Para concluir cabe comentar que esta escala es de las más utilizadas en la evaluación de eventos traumáticos y cumple buenas propiedades psicométricas (Díaz, Quintana y Vogel, 2012).

Procedimiento.

El primer paso es la captación de sujetos desde 11 hasta 17 años susceptibles de necesitar el programa de intervención. Ésta se realiza a través de asociaciones que trabajan con el duelo en Zaragoza, tales como la Asociación Española de Psicología Clínica Cognitivo-Coductual (AEPCCC). Posteriormente los tutores de los niños son informados tanto del proceso como de los objetivos del programa que se va a realizar y se dispone a instaurar el programa de intervención.

Diseño de las Sesiones.

Antes de comenzar con la intervención, hay que imaginarse a 20 sujetos con pensamientos y sentimientos tales como: “mi hermano me ha abandonado” o “voy a estar siempre solo” procediendo a fusionarse con éstos y a actuar en consecuencia (el niño realizará

acciones que sirvan para no entrar en contacto con esos pensamientos dolorosos). Se refiere a la presencia de *fusión* y *evitación experiencial*.

Por lo tanto, la intervención estará basada en técnicas de *defusión* (alternativa de fusión), de *aceptación* (alternativa de evitación experiencial) y de *conexión con valores* (Hayes et al. 2015).

Las sesiones desarrolladas por el psicólogo serán grupales cogiendo como ejemplo algunos de los estudios con buenos resultados citados con anterioridad (p.e: Díaz et al., 2012), y se realizarán dos sesiones de 45 minutos a la semana para evitar la sobrecarga de información, pensamientos y emociones y potenciar ACT desde la experiencia de cada niño. Como resultado, la intervención durará 5 semanas conformada cada una por 2 sesiones menos la última que sólo tendrá 1 sesión.

Sesión de Introducción.

En la *sesión 1* se trabajará con la metáfora *encontrar un sitio donde sentarse* (**Anexo A**). Es conveniente porque ayuda a darse cuenta de la forma en la que trabaja nuestra mente de manera vivencial, aspecto importante antes de comenzar a trabajar las siguientes sesiones (Hayes et al. 2015)

Sesiones de Fusión.

En la *sesión 2*, con el fin de objetivar y defusionar el lenguaje utilizaremos las metáforas físicas, las cuales han resultado tener un gran impacto. (Hayes et al., 2015). Concretamente utilizaremos la de *los pasajeros del autobús* (**Anexo B**). Los niños compartirán uno por uno cuáles son los “pasajeros” que les están amenazando.

La *sesión 3* consistirá en realizar el ejercicio *soldados desfilando* (**Anexo C**). Este ejercicio lo realizarán simultáneamente, y tras 2 minutos de transcurso de éste se dará por

finalizada la tarea y compartirán el por qué su desfile se ha parado, cuál es el pensamiento al que se han aferrado para que esto ocurriera.

Sesiones de Aceptación.

En la *sesión 4* se realizará una puesta en común de las situaciones que actualmente les sean difíciles de afrontar a los niños y que tienden a evitar, y tras ésta, el objetivo de la sesión será identificar y definir sus propias situaciones a “aceptar”.

La *sesión 5* consistirá en la búsqueda de *alternativas* a la evitación de conductas. La actitud de *estar dispuesto* y la *aceptación* son esa alternativa. *Estar dispuesto* se traduce en exponerse a un determinado recuerdo o situación temida (Hayes et al., 2015) para el niño, colocarse frente a la vivencia no deseada.

En cuanto a la *sesión 6*, se realizará el ejercicio de la *fisicalización*. (**Anexo D**) y se les hará a todos los niños de manera simultánea. Este ejercicio es importante ya que el hablar de una emoción, sentimiento... como si fueran objetos físicos, cambia profundamente sus características. (Hayes et al., 2015).

Sesiones de Conexión con Valores.

En la *sesión 7* se procederá a la *clarificación de valores* (paso primordial para desarrollar adecuadamente las siguientes sesiones): se les proporcionará a los niños un documento (**Anexo E**) con las áreas vitales que la mayoría de la gente valora para simplificar el ejercicio, y con ayuda del psicólogo se elaborarán descripciones de cada valor.

Sesión 8: La diana; (Lundgren, 2011). Los niños definirán sus propios valores vitales (aquellos que de manera más profunda les importa) y colocarán la posición en la diana en la que se encuentran actualmente respecto a éstos, siendo la posición más alejada del centro una

situación de no correspondencia con ellos y la posición más cercana una correspondencia más elevada.

Sesión de Compromiso de Acción.

Sesión 9: como último paso en la intervención, el psicólogo ayudará a los niños a desarrollar sus propias *acciones*, las cuales son los cimientos, los pequeños pasos que nos llevarán a que nuestros valores estén más cerca de la diana que antes. Se les explicará que el compromiso con la acción consiste en realizar determinadas acciones en momentos concretos y se les apoyará para definir éstas de manera correcta. (Hayes et al., 2015).

Recursos

Recursos Humanos.

Psicólogo y pedagogo.

Recursos Materiales.

Un espacio físico donde poder llevar a cabo las sesiones grupales y los útiles necesarios para cualquier equipación de un espacio habitual: bolígrafos, folios... además de recursos tecnológicos (como un proyector o un ordenador).

Resultados Esperados

Se espera que una vez realizada la intervención se hayan logrado los objetivos propuestos al inicio de la implantación del programa, es decir, que se hayan desarrollado habilidades en el niño tanto de *defusión* como de *aceptación*.

Conclusiones

El DTI es propio de aquellos niños que han vivido una muerte traumática de un ser querido. Además, sufrir esta clase de accidentes en la infancia trae una serie de consecuencias más notorias que sufrirlas de igual manera en la adultez.

El niño ante una situación de DTI probablemente sufrirá *fusión cognitiva y evitación experiencial*.

Para que el niño cumpla con los objetivos propuestos desde ACT debe haber conseguido desarrollar al dar por finalizada la intervención los conceptos de *aceptación y defusión*.

Tras la muestra de diferentes perspectivas sobre cómo tratar con niños que padecen un DTI, no se han encontrado en las búsquedas bibliográficas programas realizados desde el punto de vista ACT, por lo que esta intervención claramente se trata una perspectiva novedosa.

Limitaciones

En este programa de intervención estoy muy abierta a las limitaciones por varios motivos:

La limitación más influyente sin duda, es la escasa o nula relación de la terapia ACT con el DTI. Me refiero concretamente a la incapacidad para poder encontrar literatura relevante que incluyera ambos puntos clave en ésta y poder apoyarme en ella.

También aparece una gran dificultad a la hora de encontrar instrumentos para poder evaluar la edad mencionada.

En consecuencia este TFG presenta escasez de apoyo por parte de otros programas y estudios que trabajen desde ACT, y por tanto incapacidad de poder añadir información de éstos al trabajo.

Perspectivas futuras

Hacen falta todavía muchas más investigaciones y aportaciones a este campo, sobre todo desde la perspectiva de ACT. No obstante, parece haber indicios de que en lo que respecta al concepto del duelo, están ocurriendo avances concurrentes, a pesar de la falta de marcos conceptuales unificados.

Referencias

Agerbo, E. (2005). Midlife suicide risk, partner's psychiatric illness, spouse and child bereavement by suicide or other modes of death: a gender specific study. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 59, 407–412.

Anthony, P., Cohen, J.A., Mannarino, P.D. y Kraig, K. (2004). Treating childhood traumatic grief: a pilot study. *American Academy Of Child And Adolescent Psychiatry*, 43(10), 1225-33.

Avdagic, E., Morrissey, S.A., Boschen, M.J. (2014). A randomised controlled trial of acceptance and commitment therapy and cognitive-behaviour therapy for generalised anxiety disorder. *Behav Change*, 31(02), 110–30.

Boelen, P.A., Reijntjes. A., Djlantik. A.A., Smid, G. E. (2016). Prolonged grief and depression after unnatural loss: Latent class analyses and cognitive correlates. *Psychiatry Research*, 240, 358-363.

Carrasco, M.A., Moya, J., Sierra, P. y Valle, C. (2005). Efectos del apego seguro y el riesgo psicosocial en los problemas infantiles interiorizados y exteriorizados. *Dialnet*, 26, 163-178.

Cerel, J., Weller, E.B. y Weller, R.A. (2000), Suicide-bereaved children and adolescents II: Parental and family functioning. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 39, 437–444.

Deniz, M.A., Leo, M.A., Madar, M.A., Meltem, M.D., Nathaniel M.D. y Yanki, M.D. (2002). Posttraumatic, dissociative and grief symptoms in turkish children exposed to the 1999 earthquakes. *The journal of Nervous and Mental Disease*, 190(12), 824-32.

Díaz, C.A., Quintana, G.R. y Vogel, E.H., (2012). Síntomas de depresión, ansiedad y estrés post-traumático en adolescentes siete meses después del terremoto del 27 de febrero de 2010 en Chile. *Scielo*, 30 (1), 37-43.

Dodd, A., Guerin, S., Delaney, S. y Dodd, P. (2017). Complicated grief: Knowledge, attitudes, skills and training of mental health professionals: A systematic review. *Patient Education Counseling*. 100(8), 1447-1458. doi: 10.1016/j.pec.2017.03.010.

Dyregrow, K., Nordanger, D., y Dyregrow, A. (2003). Predictors of psychosocial stress after suicide. *Death Studies*, 27, 143–165.

Gomes. B., Higginson, I. J. y McLean, S. (2017). The intensity of caregiving is a more important predictor of adverse bereavement outcomes for adult-child than spousal caregivers of patients who die of cancer. *Psicho-oncology*, 26(3), 316-322.

Haine, R. A., Ayers, T. S., Sandler, I. N., Wolchik, S. A., y Weyer, J. L. (2003). Locus of control and self esteem as stress moderators or stress-mediators in parentally bereaved children. *Death Studies*, 27, 619–640.

Hansson, R. O., y Carpenter, B. N. (1994). *Relationships in old age: Coping with the challenge of transition*. Nueva York, EEUU: Guilford.

Hayes, L., Boyd, C.P., Sewell, J. Acceptance and commitment therapy for the treatment of adolescent depression: a pilot study in a psychiatric outpatient setting. *Mindfulness*, 2(2), 86–94.

Hayes, S.C., Strosahl, K. y Wilson, K. G. (2015). *Terapia De Aceptación y Compromiso*. Bilbao, España: Desclée

Hermosilla, W. y Montt, M.E. (2001). Trastorno de estrés postraumático en niños. *Scielo*, 39(2), 110-120.

Kovacs, M. (1992). *Children's depression inventory (CDI):Manual*. Nueva York, EEUU: Multi-Health Systems.

Layne, C.M., Pynoos, R.S., Saltzman, W. (2001), Trauma/grief-focused group psychotherapy: school-based post-war intervention with traumatized Bosnian adolescents. *Group Dynamics Theory Res Pract.* 5, 277–290.

Lazarus, R. S., y Folkman, S. (1984). Stress, appraisal, and coping. Nueva York, EEUU: Springer.

Lundgren, T., Dahl, J., Stroshal, K., Robinsson, O., Louma, J. y Melin, L. (2011). The bulls-eye values survey: a psychometric evaluation. *Cognitive and Behavioral Practice*. 19(4), 518-526.

Nader, K.O. (1997), Childhood traumatic loss: the interaction of trauma and grief. *Death and Trauma: The Traumatology of Grieving*, 1-41

Nolen, S., y Larson, J. (1999). *Coping with loss*: Erlbaum.

Ong, A. D., Bergeman, C. S., y Bisconti, T. L. (2005). Unique effects of daily perceived control on anxiety symptomatology during conjugal bereavement. *Personality and Individual Differences*, 38, 1057–1067.

Oros, L. y Voguel, K. (2005). Eventos que generan estrés en la infancia: diferencias por sexo y edad. *Sistema de Información Científica*, 18(1), 85-101.

Pérez, M.C. (2009). Efectividad de una intervención psicoeducativa enfermera como herramienta de ayuda en la elaboración del duelo infantil. *Nure Investigación*, 6(41).

Piaget. J. (1946). *La formación del símbolo en el niño*, México: Fondo de Cultura económica.

Pynoos R.S. (1985), Interaction of trauma and grief in childhood. *American Psychiatric Press*, 171–186.

Pynoos, R.S. (1992), Grief and trauma in children and adolescents. *Bereavement Care*, 11, 2–10 .

Reynolds, C. R. y Richmond, B. O. (1997). *Escala de ansiedad manifiesta en niños. Ed. Revisada*. México: Manual Moderno.

Salloum, A. y Vincent, N.J. (2001), Community-based groups for inner city adolescent survivors of homicide: a pilot study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 40, 1261–1267.

Schut, H., Stroebe, M., Bout, J., y Terheggen, M. (2001). The efficacy of bereavement interventions: Determining who benefits. *Handbook of bereavement research*, 705–737.

Spuij, M., Londen, A. y Boelen, P.A. (2012). Cognitive-behavioral therapy for prolonged grief in children: feasibility and multiple baseline study. *ScienceDirec*. doi:10.1016/j.cbpra.2012.08.002

Stroebe, M.S., Folkman, S., Hansson, R.O. y Schut, H. (2006). The prediction of bereavement outcome: Development of an integrative risk factor framework. *Social Science & Medicine*. 63(9), 2440-51.

Stroebe. M. y Schut, H. (1999). The dual process model of coping with bereavement: Rationale and description. *Death Studies*. 23(3),197-224.

Stroebe, W., Schut, H. y Stroebe, M. (2005). Grief work, disclosure and counseling: Do they help the bereaved?. *Clinical Psychology Review*, 25, 395–414.

Stroebe, W., y Stroebe, M. S. (1987). *Bereavement and health: The psychological and physical consequences of partner loss*. Cambridge: Cambridge University.

Stroebe, M., Stroebe, W., y Schut, H. (2001). Gender differences in adjustment to bereavement: An empirical and theoretical review. *Review of General Psychology*, 5, 62-83. doi: 10.1037/1089-2680.5.1.62.

Swain, J., Hancock, K., Dixon, A. y Bowman, J. (2015). Acceptance and commitment therapy for children: A systematic review of intervention studies. *Journal of Contextual Behavioral Science*. 15, 2212-1447. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jcbs.2015.02.001>

Tang, S. y Chow, A.Y. (2016). How do risk factors affect bereavement outcomes in later life? an exploration of the mediating role of dual process coping. *Psychiatry research*. 165-1781.

Twohig, M., Hayes, S., Plumb, J. (2010). A randomized clinical trial of acceptance and commitment therapy versus progressive relaxation training for obsessivecompulsive disorder. *Consult Clin Psychol*, 78(5), 705–16.

Watters, E. (2010). *Crazy like us: The globalization of the American psyche*. Nueva York: Free Press.

Wijngaards, L., Stroebe, M., Schut, H., Stroebe, W., Bout, J. y Heijden, P. (2005). Couples at risk following the death of their child: Predictors of grief versus depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73, 617-623.

Wolfelt, A.D. (1996). *Healing the bereaved child: grief gardening, growth through grief and other touchstones for caregivers*. Companion Press.

Worden, J.W. (1996), *Children and grief: when a parent dies*. Nueva York: Guilford.

Anexos

Anexo A. Encontrar un sitio donde sentarse

“Es como si necesitaras un sitio para sentarte y empezaras a describir una silla. Esta silla está descrita de manera muy detallada: es gris y tiene una estructura metálica, esta tapizada de tela y es muy robusta (esta descripción se realizará también con ayuda de las aportaciones de los niños). ¿Te puedes sentar en la descripción?; no (Hayes et al., 2015). Cambiemos la descripción entonces; la silla es de color morado y ahora es de madera. ¿Te puedes sentar ya en la silla?; no”. Se les explica que la mente es la que nos está dando las múltiples descripciones de la silla, y que aún así, por muchas veces que cambiemos la descripción, seguimos sin podernos sentar en ella. La mente aporta diariamente miles y miles de descripciones detalladas de las situaciones cotidianas hasta sentirnos agotados. “Las descripciones están muy bien pero lo que nosotros estamos buscando es una experiencia, no una descripción de la experiencia”. Las descripciones mentales no nos dejan “sentarnos en la silla”. Lo que se quiere es dejar de lado las descripciones de la silla y poder sentarnos en ella en la vida real. Dicho de otro modo; queremos dejar de lado las constantes descripciones que nuestra mente ofrece constantemente sobre el mundo y tomar una perspectiva vital basada en la experiencia.

Anexo B. Los pasajeros del autobús

“Es como si hubiera un autobús y tú fueras el conductor. Los pasajeros son pensamientos, sentimientos, recuerdos... algunos de ellos son temibles y llevan navajas. El problema consiste en que tú vas conduciendo y estos pasajeros te amenazan con colocarse al lado tuyo mientras conduces si no escuchas a dónde dicen que tienes que dirigirte. Estos pasajeros y tú hacéis un trato: si conduces a dónde ellos quieren dirigirse se sentarán en la parte trasera del autobús y no tendrás que verlos. Sin embargo la cuestión es que el mayor poder que estos

pasajeros tienen sobre ti es que si no haces lo que te ordenan van a aparecer a tu lado, cerca de ti, y te van a obligar a que les mires. Aunque a simple vista pueda parecer que pueden hacerte mucho daño (llevan navajas) únicamente pueden obligarte a que les mires. De esta forma te das cuenta de que intentando mantener el control, en realidad lo has perdido cediéndoselo a esos pasajeros” (Hayes et al., 2015).

Anexo C. Soldados desfilando

“Imagina que hay soldados desfilando en formación frente a ti. Tú te encuentras en un palco, viendo pasar el desfile. Te das cuenta de que cada soldado lleva un cartel en el que hay escrito en cada uno de ellos uno de tus pensamientos. Tú tarea es la siguiente: simplemente vas a mirar el desfile, sin interrumpirlo y sin dejar que se detenga. Si se produce una interrupción, intenta darte cuenta de lo que estabas haciendo justo antes de que el desfile se detuviera. Luego continúa poniendo tus pensamientos en los carteles de los soldados” (Hayes et al., 2015).

Al final el niño se da cuenta de que las veces en las que el desfile ha sido interrumpido, ha sido porque se ha arraigado fuertemente a un pensamiento y dejó que éste le organizara el mundo (Hayes et al., 2015).

Anexo D. Fisicalización

Consiste en convertir el sentimiento, pensamiento, emoción... más relevante o perturbador en un objeto físico con características perceptivas. Este objeto será imaginado en frente de nosotros, y el niño describirá su tamaño, color, textura... y tras haber descrito varias de estas características, se volverá a alguna de las iniciales para ver si ha cambiado de alguna manera (normalmente se acaban suavizando las características negativas) (Hayes et al., 2015).

Anexo E. Clarificación de valores

Las principales áreas vitales de las personas son (Hayes et al., 2015): (1) las *relaciones familiares*; donde se describen las cualidades que el niño querría tener en dichas relaciones, (2) *relaciones íntimas*: donde se describe el tipo de persona que le gustaría ser en estas relaciones, (3) *amistades y vida social*: donde se describe la clase de amigo que le gustaría ser, (4) *educación*: donde describe que clase de niño en la escuela querría ser, (5) *Diversión*: donde aparecen el tipo de actividades que le gustaría realizar (hobbies, deportes, ocio...), (6) *espiritualidad*: donde no es necesario hablar de religión, sino de todo lo que tenga sentido para el niño, dándole a este apartado su propio significado de espiritualidad. (7) *Salud*: valores relacionados con el bienestar físico (dieta, ejercicio, sueño...) (Hayes et al., 2015).