



UNIVERSIDAD DE
GUANAJUATO

Campus Celaya-Salvatierra
División de Ciencias de la Salud e Ingenierías
Departamento de Enfermería Clínica

“Propuesta de un algoritmo de tratamiento psicológico para duelo”.

Proyecto de Intervención
Que para obtener el grado de:
Licenciado en Psicología Clínica

Presenta:
Alan Job Núñez Solórzano

Director:
Dr. Eloy Maya Pérez

Codirector:
Dr. Jonathan Alejandro Galindo Soto

Celaya, Guanajuato, noviembre, 2018.

Índice

AGRADECIMIENTOS	i
DEDICATORIA	iii
RESUMEN	iv
INTRODUCCIÓN	1
CAPITULO I: ANALISIS SITUACIONAL	3
1.1 Ubicación institucional y organizacional	3
1.2 Organigrama	6
1.3 Descripción funcional	7
1.4 Problemática general	11
1.4 Prioridades	15
CAPÍTULO II: PROBLEMA SELECCIONADO	19
CAPÍTULO III: PROYECTO DE INTERVENCIÓN	24
3.1 Algoritmo imagen y explicación	24
3.2 Explicación del algoritmo de tratamiento psicológico para el duelo	26
3.3 Objetivo general	43
3.4 Objetivo(s) específico(s)	43
3.5 Justificación	43
3.6 Plan de acción	46
3.7 Cronograma (Diagrama de Gantt)	46
3.8 Presupuesto y recursos	47
3.9 Recursos Humanos	48
3.10 Recursos Físicos o de infraestructura	48
3.11 Recursos financieros	48
3.12 Criterios de evaluación	48
CAPITULO IV: GESTIÓN DEL PROYECTO	50
4.1 Estrategias para la presentación y venta del proyecto	50
4.2 Estrategias para lograr el involucramiento	51
4.3 Estrategias para vencer las resistencias	51
CAPITULO V: RESULTADOS Y EXPERIENCIAS	53
CONCLUSIONES	56

ANEXOS	58
Anexo 1 “Formato de entrevista inicial de CETPVI”	58
Anexo 2 “Formato de Referencia y Contrareferencia CETPVI”	60
Anexo 3 “Directorio CETPVI”	61
Anexo 4 - Criterios diagnósticos y de comorbilidad del DSM-V para el diagnóstico de Trastorno de duelo complejo persistente	66
BIBLIOGRAFÍA	68

AGRADECIMIENTOS

Con el término de este proyecto, concluye una etapa muy importante en mi vida personal y de mi formación profesional. Han sido tantas las personas implicadas directa e indirectamente en su desarrollo, a las que quiero agradecer y reconocerles. En primer lugar, agradezco a CETPVI AC; a la Mtra. Wendy Rocío Vázquez Infante, la Lic. Tayde Sosa, a la Lic. Ilse Hernández García y a todos los colaboradores que participan de la labor tanatológica en la asociación, por abrirme sus puertas y brindarme la confianza para desarrollar este proyecto. Por la oportunidad de aprender y adquirir experiencia de ustedes y al mismo tiempo servir con Amor.

Especialmente agradezco a mi Asesor y Director de Proyecto, el Dr. Eloy Maya Pérez por el apoyo personal y académico; por haberme motivado a realizar este proyecto, descubriendo el potencial en mis inquietudes intelectuales, y por el acompañamiento que me brindó durante todo el proceso de elaboración y sus vicisitudes. Asimismo, estoy agradecido con el Dr. Jonathan Galindo Soto, a quien reconozco y admiro profesionalmente. Su temido criterio analítico fue el mejor gestor de calidad para que el proyecto alcanzara las mejores expectativas posibles.

Principalmente, el apoyo recibido de mi pareja, Noemi, tanto en la cotidianidad de la vida como en todas aquellas noches en que se quedó trabajando conmigo, o por mí, en el formato y otros menesteres; ayudándome a pensar más claro o ya no pensar. Gracias por estar.

Fue de vital importancia la contención realizada por mi familia y amigos en todos los momentos de duda, caos e incertidumbre, y que, si no hubiera sido por ellos, no hubiera sido posible llegar a la conclusión de este proyecto.

Agradezco a Dios por traerme hasta aquí, y aún hoy, ayudarme a seguir adelante.

DEDICATORIA

A mi familia; padre, madre, hermanos, hermanas, pareja e hijos.

A mis amigos y anónimos.

Gracias a ustedes, a nuestra peculiar historia, soy lo que soy y con la ayuda de Dios, tengo un camino trazado en mi vida, hacia el futuro.

RESUMEN

A través del presente artículo se describe la propuesta de un algoritmo de decisiones terapéuticas en el tratamiento para personas en situación de duelo por pérdidas humanas atendidas en el Centro de Tanatología y Psicología de Vida (CETPVI) de la ciudad de Celaya, Guanajuato. El objetivo del proyecto fue sistematizar el protocolo de atención que ofrece la asociación y responde a la necesidad de la estandarización en los procesos de intervención, ya que no existe ningún manual o guía que brinde la orientación en cuanto a las formas que deben seguirse desde la recepción de los solicitantes, y que muestre bajo qué circunstancias deban tomarse diferentes decisiones para la atención o canalización de los pacientes. Para ello consideró como eje principal establecer un procedimiento de recepción y canalización con criterios normalizados y basados en la clínica que permita la selección adecuada del tipo de tratamiento a emplear según las características de cada caso (motivo de atención, tipo de duelo, comorbilidad, riesgo suicida, situación económica, etc.), además de establecer pautas de seguimiento tras el alta y/o canalización del servicio y explicitar las estrategias que posibiliten la observancia y cumplimiento del algoritmo (capacitación para el personal, formalización de vínculos con instituciones asociadas, etc.).

INTRODUCCIÓN

El presente texto es una propuesta de intervención diseñada para brindar atención psicológica para duelo a pacientes que solicitan el servicio en Centro de Tanatología y Psicología de Vida AC (CETPVI). El texto lleva por título “Propuesta de un algoritmo de tratamiento psicológico para duelo”; el proyecto surgió a partir de detectar la necesidad de sistematizar la intervención con pacientes que presenten dificultades en la elaboración de la experiencia de duelo.

La experiencia de trabajo surgió a través del cumplimiento del programa de servicio social que se realizó entre agosto de 2017 y agosto de 2018 dentro del cual se realizaron, entre otras tareas, actividades de atención y asesoramiento psicológico para personas en proceso de duelo.

El texto se compone de cinco capítulos además de las conclusiones y bibliografía consultada. En el capítulo I se hace una descripción de las condiciones de la ciudad de Celaya en relación con el número de habitantes y la distribución del municipio en cuanto a comunidades.

Además, se describe en términos generales el espacio de trabajo a partir del cual se desarrolló la propuesta. el Centro de Tanatología y Psicología de Vida AC (CETPVI) haciendo énfasis en la misión y visión del mismo, su estructura organizacional, la descripción de las funciones que se realizan y de la problemática general detecta que puede resumirse en dos áreas básicamente: las intervenciones que el personal realiza están basadas en conocimientos en tanatología y la

sistematización de los procesos de atención a través de un algoritmo de atención psicológica.

El capítulo II describe el problema seleccionado. Una de las causas principales del problema es que no se hace la diferenciación teórica, conceptual y práctica entre terapia psicológica y acompañamiento tanatológico, lo que provoca que la labor de los profesionales carezca de un fundamento sólido y homogéneo. El capítulo III hace referencia al proyecto de intervención, basada en el desarrollo de un algoritmo de tratamiento psicológico que facilite la valoración de los signos, síntomas y manifestaciones del duelo del paciente, reconociendo la gravedad y complejidad de cada caso y brindar atención personalizada con un enfoque de acompañamiento tanatológico, intervención o tratamiento psicológico.

El capítulo IV, este capítulo comprende la descripción de la estrategia, técnica o procedimiento a seguir, los procesos e instrumentos que serán utilizados, para dar solución a las diferentes áreas de oportunidad que han sido detectadas, es aquí donde la creatividad del sustentante se pondrá de manifiesto en el planteamiento de las estrategias, propuestas y medidas de acción a tomar, a fin de lograr la venta del proyecto a los administrativos de las dependencias donde se llevará a cabo su implementación.

Finalmente, en el capítulo V, contiene los resultados y experiencia de aprendizaje obtenidos a partir de la intervención.

CAPITULO I: ANALISIS SITUACIONAL

1.1 Ubicación institucional y organizacional

El municipio de Celaya se encuentra en el estado de Guanajuato. Celaya está formado por una extensión territorial de 553.18 kilómetros cuadrados; limita al norte con Comonfort, al este con los municipios de Apaseo el Grande y Apaseo el Alto, en la zona sur con Tarimoro, al oeste con Cortázar y Villagrán y al noroeste limita con el municipio de Santa Cruz de Juventino Rosas. Celaya se encuentra a una altura de 752 metros sobre el nivel del mar. Según INEGI, el municipio de Celaya se encuentra en el tercer lugar con mayor población en viviendas particulares habitadas y tasa de crecimiento promedio anual. León, Irapuato y Celaya son los municipios con mayor población; juntos concentran el 45.2% de residentes en el estado.

El Instituto Nacional de Estadística y Geografía señaló que, de acuerdo a los resultados del tercer conteo de población del año 2010 en el municipio de Celaya, cuenta con una población total de 468,064. La población total económicamente activa es de 193,298. El Porcentaje de población total económicamente activa es 54.83, de la que el porcentaje población masculina económicamente activa es de 73.79, y el porcentaje población femenina económicamente activa es de 37.94. En la pirámide de 2015 se aprecia que la proporción de niños ha disminuido y se ha incrementado la de adultos mayores. En 2015 la población menor de 15 años representa 28.9% del total, mientras que la

que se encuentra en edad laboral (15 a 64 años), constituye 64.5%, y la población en edad avanzada representa 6.6 por ciento. La edad mediana, en el año 2015 es de 26 años

La existencia de Centros de Atención Psicológica es de vital importancia en la actualidad, ya que como lo ha referido Sandoval (2004), dentro de las necesidades básicas del ser humano se encuentra la salud, es por ello que gobiernos, comunidades, familias y personas se preocuparan siempre por conservar y mantener niveles óptimos o “saludables”.

En concordancia con los objetivos sociales del Programa Sectorial de Salud (2014), aunque por iniciativa personal, el Centro de Tanatología y Psicología de Vida AC (CETPVI), fue creado el 24 de noviembre de 2011 por la Psicóloga Wendy Rocío Vázquez Infante, con la idea de ayudar a los dolientes a superar la pérdida, y a los moribundos a terminar su vida con dignidad. Se encuentra ubicado en avenida Las Fuentes #618 int. 6, en la colonia Las Fuentes en el municipio de Celaya, Guanajuato. Desde su creación se constituyó como una asociación civil sin fines de lucro que presta sus servicios de atención profesional en las áreas de psicología y tanatología sin distinción de ninguna clase a las personas que están atravesando una situación de duelo; identificando principalmente dos clases pérdidas: pérdida humana debido a la muerte, y por pérdida de la salud propia o de una persona cercana.

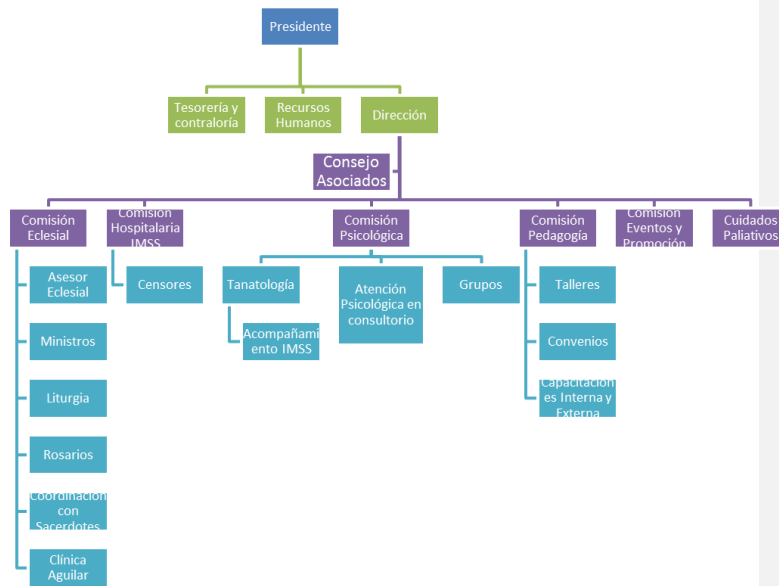
La misión y visión institucional proponen que las actividades del centro están enfocadas al servicio de la comunidad en la atención al duelo y el acompañamiento tanatológico a los enfermos crónicos y en fase terminal. Mejorando así su calidad de vida, hasta el final de la vida.

Es uno de los únicos centros de atención especializada en duelo dentro del municipio y sus alrededores; siguiendo las recomendaciones del programa México Incluyente y la Estrategia Nacional de Inclusión¹ para el desarrollo social y de salud pública. Al ser reconocida como una asociación civil, labora sin fines de lucro ni necesidad de afiliación.

¹ Social, S. d. (2017). *Estrategia Nacional de Inclusión. Documento Rector*. Gobierno Federal, Secretaría de Desarrollo Social. México: Gobierno Federal.

1.2 Organigrama

La estructura organizacional de la asociación se describe en el siguiente organigrama:



Fuente: Acta Constitutiva de CETPVI AC

La organización dentro de la asociación está integrada por la presidenta y fundadora, la psicóloga Wendy Vázquez, por la directora general; la psicóloga Tayde Sosa, por la coordinación de psicología dirigido por la psicóloga Ilse Hernández, y por el coordinador de Servicio Social Profesional dentro de la asociación, el pasante Alan Job Núñez Solórzano, el área de Cuidados Paliativos, así como prestadores de servicio social de distintas áreas, como psicólogos, médicos, enfermeras, ministros y voluntarios en el área Eclesial y las comitivas encargadas de los talleres y demás actividades necesarias para el buen funcionamiento de los servicios. Además de una Secretaría encargada de la recepción, agenda, citas y creación de publicidad del Centro.

1.3 Descripción funcional

La descripción de las funciones se realiza a través de tres apartados: a) la atención institucional, b) las funciones asignadas al pasante de la carrera de Psicología Clínica de la Universidad de Guanajuato, Campus Celaya/Salvatierra, responsable de este proyecto y c) las funciones dentro del consultorio.

Respecto de la atención institucional, ésta está dirigida principalmente a la labor tanatológica, brindando los servicios de: acompañamiento tanatológico, cuidados paliativos, asistencia espiritual. La atención a los solicitantes de los servicios psicológico/tanatológicos está organizada de la siguiente manera

1. La recepción: puede ser telefónica o directamente en la oficina del Centro. La recepcionista toma la llamada o recibe a la persona interesada en recibir la atención, se agenda una cita con un psicólogo o tanatólogo para realizar una primera entrevista (Anexo 1).
2. Admisión: se realiza la primera entrevista, esto con la intención de conocer de manera general la situación por la que se solicita el servicio, además de otra información relevante sobre la persona y su padecimiento.
3. Canalización interna y/o externa: De la primera entrevista se toma la información que facilita la toma de decisiones para brindarle el servicio o bien canalizarlo a otras instancias como instituciones legales, médicas, psiquiátricas, asociaciones civiles, Centros de atención psicológica en las universidades locales.
4. Tratamiento: Con el formato de entrevista inicial se abre el expediente del paciente, las especificaciones que se realizan en esta entrevista servirán como guía para el tratamiento, dentro de las cuales se consideran: motivo de consulta, descripción del padecimiento actual, antecedentes de tratamientos anteriores, las expectativas de la intervención que se considerarán como la meta terapéutica para la atención psicológica y la descripción del paciente a través de un examen del estado mental, tal como propone Kaplan (1994) con base en: descripción general, aspecto, comportamiento y actividad psicomotora, actitud hacia el examinador, humor y afecto, lenguaje,

pensamiento, proceso o curso, contenido, sensorio y cognición, alerta y nivel de conciencia, orientación, memoria, concentración y atención, y juicio e insight (introspección).

En relación con las responsabilidades asignadas al sustentante de este proyecto de intervención fueron establecidas por acuerdo entre la Presidenta, la Directora y la Coordinadora de psicología a partir de las necesidades del Centro y las habilidades del Pasante con base en un perfil de competencias ². Entre ellas se destacan:

1. Coordinar el servicio social, prácticas y voluntariado (capacitación e inducción): coordinar las actividades de capacitación y trabajo de las personas que realizan su servicio social y profesional en la asociación, así como de los voluntarios, específicamente en el área de psicología.
2. Realizar visitas de acompañamiento tanatológico: visitas domiciliarias, visitas semanales tanto al hospital del IMSS como a la asistencia en la Casa de descanso para personas de la tercera edad “Las arboledas” con las cuales se tiene un convenio por voto de confianza.
3. Diseño e implementación de talleres y conferencias: realizar investigación, diseño del material gráfico y exposición de temas referentes a la tanatología para el público en general y/o capacitaciones internas.

² Un perfil de competencias se define como “una lista de competencias, subcompetencias, conocimientos, habilidades, actitudes, capacidades, rasgos de personalidad y otras características que son esenciales para desempeñar un trabajo o una ocupación (Roe, 2003)”.

4. Atención a pacientes: La intervención principal es la atención a pacientes enfocada especialmente a la atención de situaciones de duelo que se abordan dentro del consultorio.

En cuanto a las funciones que se desarrollan dentro del consultorio, el psicólogo, acorde a su formación debe ser “un profesional educado académicamente que ayuda a sus clientes a entender y resolver problemas aplicando las teorías y métodos de la psicología” (Roe, R., 2003, p. 7). Además de desarrollar principalmente la actividad de Acompañamiento tanatológico, de lo que Chavarria, A. (2011), comparte que:

La acción de acompañar como toda forma de vida requiere de un conjunto de habilidades (comunicar, escuchar, confrontar, respetar, empatía, etc.) saber acompañar implica reconocer y entender la realidad del otro y entrar en ella, en lugar de exigir que la otra persona entre en nuestra forma de ver las cosas, la persona primero tiene que ser comprendida, escuchada, aceptada y respetada para ella, que es lo que quiere y procurar dárselo si está a nuestro alcance o bien ayudarlo de alguna forma a que se obtenga lo que desea y conocer lo que es importante.

1.4 Problemática general

En el Centro de tanatología y Psicología de Vida, se ofrece el servicio de acompañamiento tanatológico en consultorio, y al ser una Asociación civil sin fines de lucro, las distintas actividades son realizadas por prestadores de servicios voluntarios y altruistas.

Existen buenas relaciones con universidades de la localidad, como la Universidad de Guanajuato Campus Celaya-Salvatierra, la Universidad Latina de México, la Universidad de Celaya, Colegio Rosenblueth, etc., por lo que asisten alumnos y egresados de la carrera de psicología a realizar servicio social y prácticas, así como profesionales con años de experiencia en el campo clínico que realizan el tratamiento médico y tanatológico a los solicitantes del servicio.

Es importante destacar que el acompañamiento tanatológico se lleva a cabo por profesionales de diversas disciplinas. Se ha detectado que profesionales de la salud como los enfermeros y médicos pueden intervenir tanatológicamente desde el acompañamiento con los pacientes siempre que comprueben su preparación en el área a través de un diplomado. En el caso de los estudiantes de psicología se solicita que hayan cursado el 70% de los créditos de su licenciatura y en relación con los profesionales de la psicología se pide que se encuentren en capacitación continua sobre el tema ya sea al interior del Centro o través de otras instancias.,

A través de la labor realizada en el período Agosto, 2017 a agosto 2018 en el Centro, se ha detectado que existen limitantes y conflictos en la organización, los identificados como más significativos tienen que ver con la formación académica y profesional de los prestadores de servicio, hecho que impacta en el

manejo de las intervenciones, pero además en la administración de los recursos como es el caso del manejo de expedientes. Este último punto es altamente considerable, ya que la información sobre cada tratamiento es austera y dificulta el seguimiento de los casos.

Dado que las distintas universidades forman a sus alumnos acorde a la corriente psicológica de su predilección, lo que da origen a la falta de homogeneidad, ya que no existe un formato base con los lineamientos requeridos para el manejo de los expedientes.

Otra problemática detectada es el hecho de que las intervenciones al ser realizadas indiscriminadamente por personas diplomadas en tanatología como por psicólogos, médicos o enfermeros, carecen de un fundamento teórico-metodológico científico, sistematizado y homogéneo, situación que se evidencia en la recogida de información del caso y conflictúa, sobre todo, la selección del tratamiento.

Las razones que motivaron esta propuesta de intervención son:

1. Derivado de la sistematización de los procesos de admisión, canalización y tratamiento, se buscan mecanismos mediante los cuales se mejore y facilite el manejo de la información a través de expedientes con información estructurada sobre el caso.

2. A partir de lo anterior se desarrolla un algoritmo (Mota, S., 2015) de tratamiento psicológico³ para el duelo con el que a) se pretende mejorar en los procesos de atención y elección del tratamiento adecuado para los usuarios del servicio; centrándose en aprovechar la formación, los conocimientos científicos y talentos y experiencia clínica del capital humano que tendrá por objetivo de intervención y b) a partir de la puesta en marcha de este proyecto, las intervenciones psicológicas se desarrollen bajo un fundamento clínico para el tratamiento del duelo en pacientes que presenten complicaciones mayores y de acompañamiento tanatológico a las personas que presenten complicaciones menores en la elaboración adecuada del duelo.

³ Como comparte Mota, S. (2015) Siguiendo a Fernández y Sáez (1987, pp. 311-312), hay diferentes definiciones de 'algoritmo'. Por ejemplo, Shanker (1987, p. 632) indica que un algoritmo puede entenderse como una secuencia definida de reglas (operaciones) que especifica cómo producir un resultado (output) desde un input dado en un número finito de pasos.

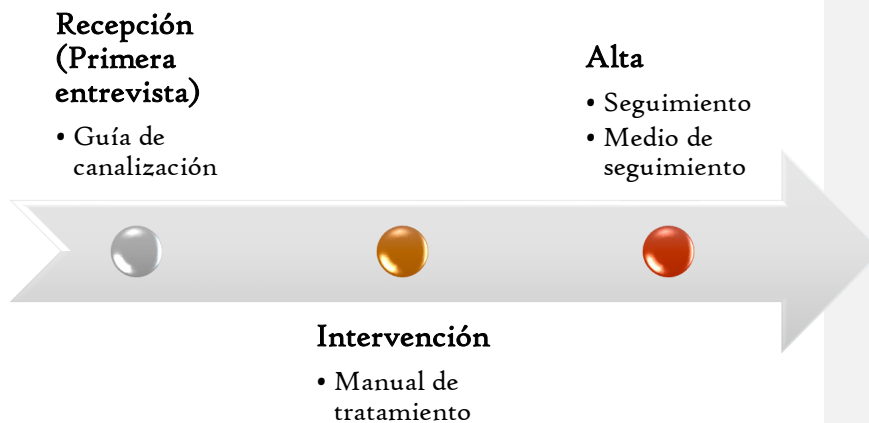
En resumen, el propósito de este proyecto está orientado a mejorar y sistematizar el proceso de recepción, canalización y atención de los pacientes dentro del Centro. Para lo cual, se desarrolla un algoritmo de tratamiento psicológico que resuelve varios conflictos identificados en la práctica cotidiana de atención en el Centro. Por lo que está diseñado para la intervención psicológica para el duelo centrada en la pérdida humana y de la salud.

Por orden de importancia, se busca lograr

- que facilite la valoración de los signos, síntomas y manifestaciones del duelo del paciente,
- que facilite el reconocimiento de la gravedad y complejidad de cada caso,
- que facilite la selección de un tratamiento personalizado basado en un enfoque de acompañamiento tanatológico, intervención o tratamiento psicológico.

1.4 Prioridades

Las problemáticas detectadas se describen mediante el siguiente diagrama:



- Solventar la problemática de la falta de guía para la canalización efectiva del paciente. Independientemente del enfoque que se utilice para el tratamiento, siempre y cuando se encuentre dentro de lo establecido por la norma.
- No propone un manual de tratamiento para el duelo en específico.
- Señala signos o síntomas para su efectiva detección y sugerir pautas a seguir.
- Define normalidad de la elaboración del duelo.

En la figura anterior se describen los procesos de intervención y tratamiento para las personas que solicitan el servicio a la asociación.

Primeramente, se realiza la recepción mediante una primera entrevista que es llevada a cabo por los psicólogos colaboradores. Como se expresó anteriormente, los colaboradores realizan esta entrevista con la finalidad de determinar si existe una situación de duelo, y realizar la canalización, ya sea interna o externa. Se propone que a partir de esta primera evaluación se consideren elementos trascendentales para que el solicitante sea registrado como usuario; entre éstos están, los Criterios diagnósticos del DSM 5 mediante la detección de los signos y síntomas en contraste con la conceptualización que comparten Chacón, J., Martínez, M., y González, J. (sin fecha) de lo que es el duelo normal, “una experiencia humana universal, no necesariamente dañina y que muchas personas pueden afrontar con solvencia por sus propios medios(...). Y que finalmente, el doliente se va acomodando a la pérdida y asentando en su nueva situación.” Y el duelo complicado o duelo patológico, es una entidad completamente distinta e independiente de los trastornos afectivos y ansiosos; además, se asocia con complicaciones físicas y emocionales a largo plazo, tanto en adultos como en adolescentes (Millán, R., Solano, N., 2010, p. 376).

En relación con el segundo apartado “Intervención”, hace referencia a la toma de decisión respecto al tipo de atención que se ha de brindar al paciente. Por un lado, el acompañamiento tanatológico para el duelo tipificado como “Normal”, y por el otro, Intervención Psicológica para duelo, para el duelo complicado.

Respecto a un manual de tratamiento, la asociación no ha adoptado uno en específico para este tipo de intervenciones, aspecto que se espera solventar en un proyecto futuro, tomando como base las normas de la Ley General de Salud, en lo que respecta Artículo 3º, apartado VIII y a la Ley de Salud del Estado de Guanajuato en el Artículo 3º, apartado V (Secretaría de Salud, 1992).

El último punto considera el tema del Alta y/o Seguimiento. Con base en la revisión de la literatura se propone que el paciente sea dado de alta a partir de una segunda evaluación donde se determine que volverá a tener un grado de funcionalidad similar o mejor al que tuvo antes de experimentar la pérdida. Es importante destacar que el Centro considera la necesidad de tener citas posteriores o asesoría con los pacientes para conocer sus progresos y mantenimiento o incremento de la calidad de vida. Podemos tomar la definición que propone Ardila (como se cita en Sandoval, J., Richard, M., 2015) acerca de la calidad de vida, de la que refiere que:

Es un estado de satisfacción general, derivado de la realización de las potencialidades de la persona. Posee aspectos subjetivos y aspectos objetivos. Es una sensación subjetiva de bienestar físico, psicológico y social. Incluye como aspectos subjetivos la intimidad, la expresión emocional, la seguridad percibida, la productividad personal y la salud objetiva. Como aspectos objetivos, el bienestar material, las relaciones armónicas con el ambiente físico y social y con la comunidad, y la salud objetivamente percibida.

Podemos observar que la definición de calidad de vida implica el funcionamiento conductual y el bienestar psicológico subjetivo (Sandoval, op sit). A lo que Inmaculada, Paz, Hernández, Buela (2004) definen específicamente el concepto de calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) como “un concepto multidimensional que debe abarcar el funcionamiento físico, los síntomas físicos relacionados con la enfermedad o su tratamiento, los factores psicológicos y los aspectos sociales” (p. 112). A esto, Sandoval, op sit. (2015) agrega la especificación de que:

- 1) el funcionamiento físico, que incluye el cuidado personal, el desempeño de actividades físicas y de roles;
- 2) los síntomas físicos relacionados con la enfermedad o su tratamiento;
- 3) los factores psicológicos, que aglutinen desde el estado emocional -por ejemplo, la ansiedad y la depresión- hasta el funcionamiento cognoscitivo, y
- 4) los aspectos sociales, es decir, las relaciones sociales de la persona con los demás.

Aspectos para considerar en la evaluación que se estará realizando constantemente al paciente durante las sesiones, y especialmente al final del tratamiento para descartar posibles complicaciones presentes o futuras que pudieran presentarse a consecuencia de una inadecuada elaboración del duelo.

CAPÍTULO II: PROBLEMA SELECCIONADO

El problema se presenta desde la recepción del solicitante del servicio de atención por duelo, al cual se le realiza una primera entrevista en la que se recoge la información necesaria para comenzar un tratamiento, o en su defecto, llevar a cabo la canalización del paciente a otra institución o particular. Es en este punto en el que se presenta una de las primeras dificultades, ya que la evaluación del caso se hace sólo mediante el criterio clínico, sin tener la referencia de una guía especializada.

Una de las causas principales del problema es que no se hace la diferenciación teórica, conceptual y práctica entre terapia psicológica y acompañamiento tanatológico mediante algún manual o guía clínica, lo que provoca que la labor de los profesionales carezca de un fundamento sólido y homogéneo referenciado especialmente para la atención a pacientes.

El problema de que no se haga la distinción clara entre terapia psicológica y acompañamiento tanatológico radica en varios aspectos, de los cuales, uno es lo referente a la epistemología⁴ de la que parten; la Psicología como ciencia, tiene una gran diversidad de objetos de estudio, tales como la consciencia, inconsciente, conducta, etc. (Gallardo, A., 1998). Por lo tanto, de cada objeto de estudio se desprende una tradición con enfoques diferentes, así como lo comparte Gallardo,

⁴ Como comparte Jiménez, B. (1994), el término epistemología se emplea actualmente tanto para referirse a la filosofía de las ciencias como a la teoría del conocimiento, dándole a esta última un sentido amplio.

A. (1998) el conductismo estudia la conducta, el psicoanálisis el inconsciente, la psicología histórico cultural a la conciencia, la Gestalt a la percepción, la psicología humanista el estudio del hombre, etc. Y que cada uno de ellos enfatizan el origen y fundamento del conocimiento, en el sujeto, el objeto o en una interacción de ambos (Gallardo, A. 1998).

La Tanatología, por su parte, como disciplina científica

Se encarga de encontrar el sentido al proceso de la muerte, sus ritos y significado concebido como disciplina profesional, que integra a la persona como un ser biológico, psicológico, social y espiritual para vivir en plenitud y buscar su transcendencia. También se encarga de los duelos derivados de pérdidas significativas que no tengan que ver con la muerte física o enfermos terminales (Instituto Mexicano de Tanatología, A.C., s.f.).

Como lo comparte Mota, J. (2006), la Tanatología se encarga de dar herramientas metodológicas para la contención y acompañamiento de la persona que se encuentra en proceso de duelo, con la intención de disminuir la angustia, y ayudando a cambiar la sensación de pérdida, por un sentimiento de continuidad y esperanza, facilitando así la adaptación a la vida normal (Pp. 193)

En la siguiente tabla se hace la diferenciación específica entre lo que es ciencia y lo que es una disciplina.

Ciencia	Disciplina
La ciencia es el conjunto de conocimientos que parten de un proceso de observación y comprobación de hechos y fenómenos.	La disciplina es el conjunto de conocimientos tanto científicos como no científicos (supuestos, hipótesis y prácticas entre otras).
La ciencia es una observación verificable y objetiva.	La disciplina puede o no ser verificable, por lo que, puede ser subjetiva.
La ciencia produce conocimiento.	La disciplina divulga ese conocimiento.

Fuente: Diferencias EU. (2017). Diferencia entre ciencia y disciplina. 2 de noviembre de 2018, de Diferencias EU Sitio web: <https://diferencias.eu/entre-ciencia-y-disciplina/>

Como comparte Laguna, G., (2013) la ciencia es un conjunto de conocimientos que se dan a conocer formulados como teoría, y presenta una doble connotación, la cual refiere como proceso al método y las habilidades para desarrollar teorías, y como producto, al conjunto de conocimientos. Y por otro lado, refiere que una disciplina es un conocimiento riguroso y sistemático sobre una materia u objeto en concreto.

Por estas razones conviene hacer la distinción teórica, conceptual y práctica entre la Psicología como ciencia, y la Tanatología como disciplina científica. No porque una se encuentre sobre la otra en cuanto a la efectividad o la importancia dentro de la labor terapéutica, sino, por el hecho de que cada una de ellas, servirá,

o no, de manera diferente para cada caso en particular, según sean las necesidades detectadas para su atención especializada, desde una perspectiva bien diferenciada.

Lo cual le da la oportunidad al profesional de realizar sus intervenciones desde un marco teórico/práctico mucho más claro, con herramientas terapéuticas específicas basadas en evidencia científica comprobada, asegurando en mayor porcentaje la efectividad de las intervenciones.

El proceso psico-terapéutico para la atención del duelo consta de herramientas específicas, estandarizadas⁵, con fundamento científico, además de estar orientadas generalmente para casos de duelo complicado. Lo que se evidencia en la literatura, es que existen un gran número de investigaciones, realizadas desde distintas corrientes psicológicas, que ofrecen fundamentos teóricos y herramientas prácticas para la intervención en casos de duelo, que, aunque no son concluyentes, muestran resultados prometedores (Romero, V., 2013).

La continuidad del problema se debe a que esta forma de trabajo se ha mantenido prácticamente desde los inicios de la asociación, sin tener referencias teóricas específicas para realizar sus intervenciones con los pacientes. Transmitiendo el trabajo de la misma manera, llegando al punto actual en el que se trabaja indiscriminadamente de la misma manera con todos los pacientes, sin tener una justificación clara.

⁵ Ver, por ejemplo: Inventory of complicated grief: A scale to measure maladaptive symptoms of loss & Adaptación del Inventario de Duelo Complicado en población colombiana.

La situación presentada actualmente como problema tiene como consecuencia el hecho de que, al no hacer la diferenciación entre duelo normal, complicado o patológico, se le brinda el mismo trato a todas las personas que solicitan el servicio y que, efectivamente, presenten una situación de duelo; y que, al no existir una guía, entorpece el diagnóstico, la derivación clínica y la capacidad de pronosticar el desarrollo o evolución de cada caso.

Lo que le da más relevancia a la necesidad de hacer la distinción diagnóstica de manera sistematizada es debido a que, como dice Romero, V. (2013); “la literatura científica muestra evidencias de que las intervenciones en duelo normal, pueden interferir en la elaboración del proceso, si se realizan justo después de producirse la pérdida. Por otra parte, son los tratamientos realizados para duelos complicados o con personas que presentan criterios altos de riesgo, los que muestran respuestas más prometedoras en sus resultados.” (p. 380) Por lo que se convierte en un aspecto prioritario el ofrecer el acompañamiento tanatológico a las personas que presentan un duelo normal e intervención psicoterapéutica a los pacientes que manifiestan mayores dificultades en la elaboración de su duelo.

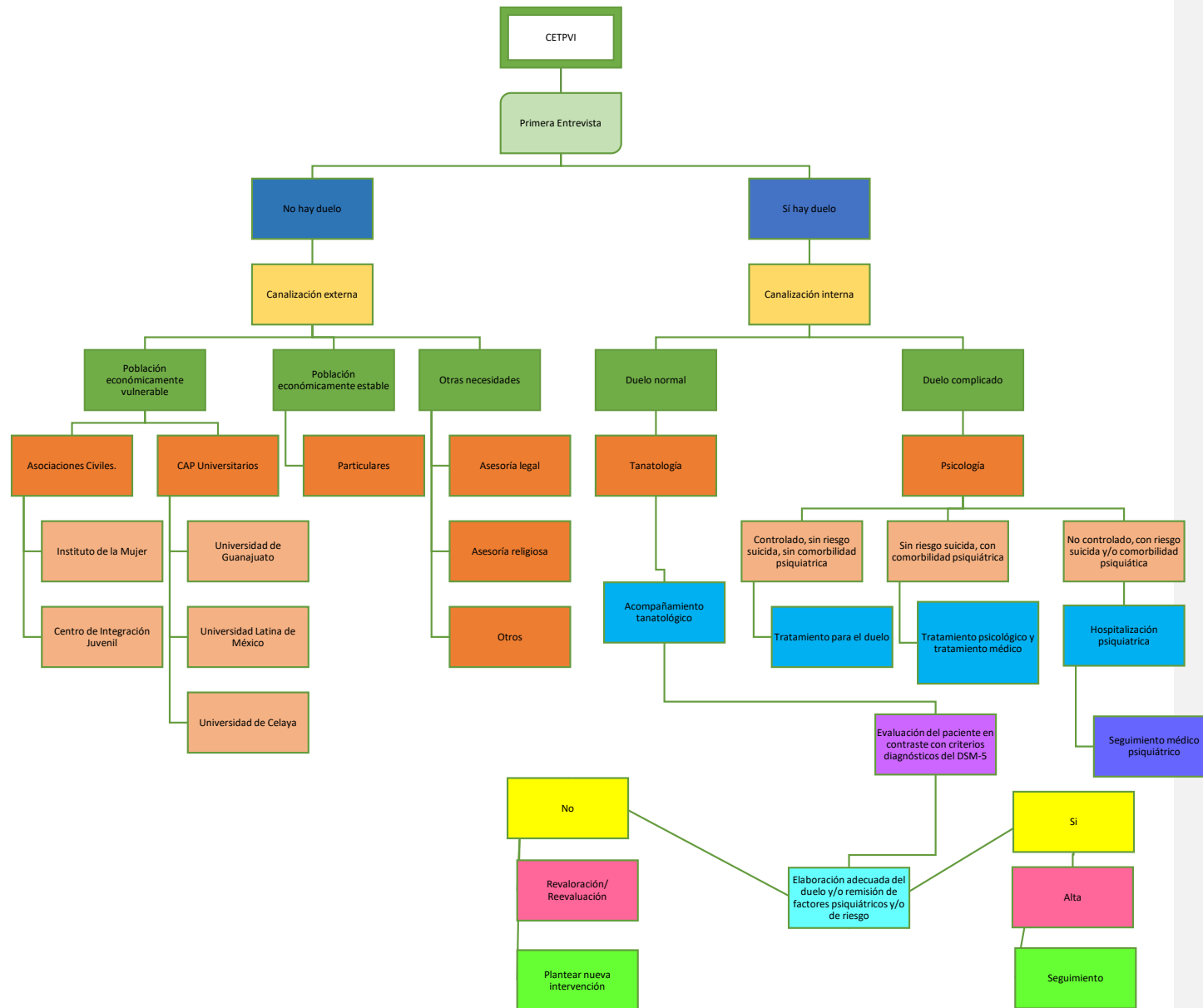
La propuesta de solución para este problema es la implementación de un algoritmo de decisiones para el tratamiento del duelo, lo que debe traer como consecuencia la estandarización de las intervenciones, dando pie a la homogeneización y el establecimiento de normas que regularicen el manejo de expedientes, tiempo y forma para las intervenciones, y especialmente, la diferenciación y clasificación de las necesidades de cada caso, para poder ofrecer intervenciones más efectivas.

CAPÍTULO III: PROYECTO DE INTERVENCIÓN

A partir de la práctica clínica en el CETPVI, desarrollada durante el período de agosto 2017 a agosto 2018 se detectó la necesidad de sistematizar la atención a la población. Es importante destacar que de toda la población que solicita el servicio, se detectó que en su mayoría quienes asisten a solicitar servicio y cursan el proceso psicoterapéutico completo son mujeres de entre 18 a 60 años.

Con base en la experiencia de trabajo en el Centro y a partir de la detección de las necesidades de la población, que como comparten Villacieros, M., Magaña, M., Bermejo, J., Carabias, R., y Serrano, I., “viudos y viudas, quienes han perdido un hijo y personas que han tardado mucho tiempo en pedir ayuda específica para elaborar el duelo complicado (...) por estar en una situación de vulnerabilidad mayor requieren no solo una atención específica para su problema, sino también que se tengan en cuenta las circunstancias individuales que pueden estar mediando en el agravamiento de su duelo. Se propone por medio de este documento una intervención basada en el desarrollo de un algoritmo de tratamiento psicológico que facilite la valoración de los signos, síntomas y manifestaciones del duelo del paciente, reconociendo la gravedad y complejidad de cada caso y brindar atención personalizada con un enfoque de acompañamiento tanatológico, intervención o tratamiento psicológico.

3.1 Algoritmo imagen y explicación



3.2 Explicación del algoritmo de tratamiento psicológico para el duelo

1.- CETPVI

2.- Primera entrevista

Al llegar el paciente a la Asociación, se le realiza una primera entrevista semiestructurada, diseñada especialmente para recoger datos específicos necesarios para comenzar el proceso terapéutico. De la información recabada en esta entrevista parte la decisión de si será, o no, el caso atendido en CETPVI.

3.A.- No hay duelo

3.A.1.- Canalización externa

El paciente no refiere como motivo de consulta o durante la entrevista haber experimentado alguna pérdida debido a muerte y/o enfermedad crónico-degenerativa. Siendo este el caso, se realizará una canalización a alguna otra institución del directorio (Anexo 3), en la que se le pueda brindar a la persona la atención necesaria para solventar sus necesidades o demanda psicológica. Dentro de estas instituciones se encuentran los Centros de Atención Psicológica de las universidades del municipio, asociaciones civiles especializadas en asuntos específicos y psicólogos particulares.

a) Población económicamente vulnerable

“La pobreza, en su acepción más amplia, está asociada a condiciones de vida que vulneran la dignidad de las personas, limitan sus derechos y libertades fundamentales, impiden la satisfacción de sus necesidades básicas e imposibilitan su plena integración social (CONEVAL, 2010).”

En la primera entrevista se determina el nivel socioeconómico de la persona que solicita la atención, si es de bajos recursos, se le canaliza a otras Asociaciones Civiles, como el Instituto de la Mujer AC, Centros de Integración Juvenil AC, Voces de Aliento AC, etc., así como a los Centros de Atención Psicológica (CAP) de las universidades de la región (UNI de Celaya, Universidad Latina de México, Universidad de Guanajuato), considerando las necesidades y el tipo de atención que mejor le convenga al solicitante (Anexo 3).

b) Población económicamente estable

En la primera entrevista se determina el nivel socioeconómico de la persona que solicita la atención, si es de un nivel económico medio, medio-alto y/o alto, se le ofrece la opción de referirlo a atención psicológica particular, con alguno de los colaboradores de CETPVI, incluidos en el directorio (ANEXO 3).

c) Otros asuntos que no requieren atención psicológica

La persona refiere la necesidad de recibir asesoría legal⁶, religiosa⁷ o de una índole distinta a los servicios de CETPVI. Se le orienta, brindándole la información de contacto para que pueda buscar el tipo de atención que requiere.

3.B.- Sí hay duelo

3.B.1- Canalización interna

a.1.- Tanatología

a) Duelo normal

a.1.1.- Acompañamiento tanatológico

El paciente refiere en la entrevista como motivo de consulta haber experimentado una pérdida debido a muerte y/o enfermedad crónico-degenerativa. La sintomatología y el comportamiento manifestado por el individuo con relación a la pérdida se pueden considerar “normales” para su grupo de edad y demás aspectos socioculturales, permitiéndole seguir siendo funcional, pese a la situación de pérdida y el proceso de duelo. Como referente, se puede considerar lo que comparte Tizón (2004) respecto al duelo normal;

⁶ Gobierno del Estado de Guanajuato. Defensoría Pública.
<http://sg.guanajuato.gob.mx/index.php/defensoria-publica/>

⁷ Por ejemplo se toma en consideración el Directorio Nacional de Parroquias
http://www.oficinaparroquial.com/directorio/parroquias_celaya.html

El duelo normal, mantiene un estado de ánimo que se halla en relación con la pérdida y, si no hay circunstancias que compliquen su evolución, sus cogniciones se centran en las imágenes reales y queridas de lo perdido.

No existe manera de obviar, que se tome como se tome, en el duelo como en gran parte de las manifestaciones psicológicas, lo que se define por “normalidad” o “anormalidad”, depende de evaluaciones cultural-dependientes.

4.- Evaluación del paciente en contraste con criterios diagnósticos del DSM-V

Se le cuestiona al paciente con la intención de comprobar si el duelo se ha elaborado adecuadamente, o si aún existen indicios de posibles complicaciones en el proceso de duelo. Además de contrastar los signos y síntomas manifestados por el paciente con los criterios del DSM-5 para el diagnóstico de Trastorno de duelo complejo persistente (Anexo 4).

4.1.- Elaboración adecuada del duelo

El paciente no presenta complicaciones mayores durante el tratamiento, mostrando una evolución evidente en la elaboración de su duelo, expresado en su comportamiento y estado de ánimo. Aumentando su funcionalidad, mejorando su estado anímico, mostrándose más feliz, tranquilo, con una mejor calidad de vida, y/o refiriendo un grado de funcionalidad y bienestar igual o mayor al que tenía

antes de sufrir la pérdida. Se retoma la noción de duelo elaborado a partir de la definición que Tizón y Sforza (2008, p. 84).

El duelo suficientemente elaborado podrá suponer, a medio y largo plazo, no tan sólo una pérdida personal, sino también un enriquecimiento que impulse la creatividad.

En relación con la noción de salud mental, se retoma la propuesta de la OMS (s.f.) que la define a partir de la dimensión positiva:

La salud mental se define como un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad.

La dimensión positiva de la salud mental se destaca en la definición de salud que figura en la Constitución de la OMS: «La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades».

a) Si

- Alta
- Seguimiento

b) No

- Revaloración
- Plantear nueva intervención

- Alta

Se analiza la evaluación del paciente, considerando su discurso, referente al grado de bienestar y funcionalidad que presenta a la etapa final del tratamiento. Todo esto en contraste con los criterios diagnósticos del DSM-5 para el diagnóstico de Trastorno de duelo complejo persistente (Anexo 4), y el Manual para el Cuestionario de Evaluación de la Discapacidad de la OMS, WHODAS 2.0⁸.

Se realiza una sesión de cierre donde se revisan las metas alcanzadas durante el tratamiento y se establece el medio y plan de seguimiento.

- Seguimiento

El seguimiento se realiza vía telefónica y/o con una sesión presencial para revisar el mantenimiento de la mejora alcanzada, la continuidad en los procesos psico-afectivos normales y la utilización de las herramientas adquiridas en el tratamiento para la prevención de las recaídas.

b) Duelo complicado

b.1.- Psicología

⁸ Disponible en
http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/170500/9874573309_spa.pdf?sequence=1

a) Controlado, sin riesgo suicida, con o sin comorbilidad psiquiátrica

El paciente refiere en la entrevista como motivo de consulta haber experimentado una pérdida debido a muerte y/o enfermedad crónico-degenerativa hace un año o más. La sintomatología y el comportamiento manifestado por el individuo con relación a la pérdida se pueden considerar anormales y/o exagerados para su grupo de edad y demás aspectos socioculturales, impidiéndole ser funcional.

Se consideran los criterios diagnósticos y de comorbilidad del DSM-V para el diagnóstico de Trastorno de duelo complejo persistente que se define:

Trastorno de duelo complejo persistente.

El trastorno de duelo complejo persistente se diagnostica sólo si han transcurrido al menos 12 meses (6 en los niños) desde la muerte de alguien con quien el doliente tenía una relación cercana (Criterio A). Este marco temporal discrimina entre el duelo normal y el duelo persistente. La afección típicamente conlleva un anhelo / añoranza persistente del fallecido (Criterio B1), que puede estar asociado con pena intensa y llanto frecuente (Criterio B2), o con preocupación en relación al fallecido (Criterio B3). El individuo también puede estar preocupado con la manera en la que murió la persona (Criterio B4).

Se requieren 6 síntomas adicionales, incluyendo una importante dificultad para aceptar que el individuo ha fallecido (Criterio C1) (o. ej., prepararle comida), incredulidad de que haya fallecido (Criterio C2),

recuerdos angustiantes acerca del fallecido (Criterio C3), rabia en relación a la pérdida (Criterio C4), valoraciones desadaptativas acerca de uno mismo en relación al fallecido o a su muerte (Criterio C5) y evitación excesiva de los recuerdos de la pérdida (Criterio C6). Los individuos también pueden referir deseos de morir para poder estar con el fallecido (Criterio C7), son desconfiados con otras personas (Criterio C8), se sienten aislados (Criterio C9), creen que la vida carece de sentido o propósito sin el fallecido (Criterio C10), experimentan una disminución del sentimiento de identidad propia al sentir que una parte de ellos ha muerto o se ha perdido (Criterio C11), o tienen dificultades para realizar actividades, entablar relaciones o hacer planes de futuro (Criterio C12).

El Trastorno de duelo complejo persistente requiere un malestar clínicamente significativo o una alteración en el funcionamiento psicosocial (Criterio D). La naturaleza y la gravedad de la pena deben ser mayores de lo normal esperable para el entorno cultural, el grupo religioso o la etapa del desarrollo concretos (Criterio E). Aunque hay variaciones en cómo se manifiesta la pena, los síntomas del trastorno de duelo complejo persistente aparecen en ambos géneros y en diversos grupos sociales y culturales.

Asimismo, se debe hacer la diferenciación con el duelo normal. Del cual el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-V refiere que:

El trastorno de duelo complejo persistente se diferencia de la pena normal por la presencia de reacciones de dolor intensas que persisten al menos 12 meses (o 6 meses en los niños) tras la muerte del fallecido. Sólo se diagnostica un trastorno de duelo complejo persistente cuando persisten las respuestas de dolor intensas que interfieren con la capacidad del individuo para funcionar durante al menos 12 meses tras la muerte.

Nota: El paciente no refiere sintomatología psicótica y/o ideación e intencionalidad suicida.

a.1.- Tratamiento psicológico para el duelo

“Atención Psicológica: a la que es brindada por personal de psicología clínica entrenado, que forma parte del equipo multidisciplinario de salud mental, quien trata diferentes trastornos mentales y del comportamiento, así como, problemáticas de salud mental utilizando psicoterapia y otros recursos terapéuticos entre los que se pueden mencionar, enunciativamente mas no limitativamente, psicoeducación, terapia grupal, entre otros, dependiendo de la gravedad de la patología. La atención psicológica difiere de acuerdo al tipo de unidad de atención de salud mental, en las unidades de primer nivel, se realizan detecciones de casos, psicoeducación y actividades preventivas; en las unidades de

segundo nivel se atienden casos de forma ambulatoria y en internamiento y en las unidades del tercer nivel se atiende a personas que están en hospitalización o en alguna unidad comunitaria de rehabilitación psicosocial⁹.”

Habrá que tener en cuenta algunas consideraciones especiales con respecto a este tipo de duelo. Puede resultar significativo lo que dice Tizón (2004) referente al duelo complicado:

- El *duelo complicado* significará dificultades cualitativas, cuantitativas o temporales para la elaboración, pero no necesariamente un desarrollo patológico (Tizón, 2004).
- Éste presentará un riesgo de patología mayor que el de otros duelos o pérdidas en virtud de las variables que intervengan. Las características del sujeto, la pérdida de una persona o de la relación que los unía va a ser complicado de elaborar (Tizón & Sforza, 2008, p. 74).
- La evolución se verá entorpecida por síntomas aislados de trastorno o de duelo crónico, retrasado, exagerado o enmascarado (ver Tabla en Tizón, 2004, p. 339-340).

⁹ NORMA Oficial Mexicana NOM-025-SSA2-2014, Para la prestación de servicios de salud en unidades de atención integral hospitalaria médico-psiquiátrica.)
http://www.dof.gob.mx/normasOficiales/5805/salud3a11_C/salud3a11_C.html

4.- Autoevaluación del paciente en contraste con criterios diagnósticos del DSM-V

4.1.- Elaboración adecuada del duelo

c) Si

- Alta
- Seguimiento

d) No

- Revaloración
- Plantear nueva intervención

- Seguimiento

b) Sin riesgo suicida, con comorbilidad psiquiátrica

El paciente refiere en la entrevista como motivo de consulta haber experimentado una pérdida debido a muerte y/o enfermedad crónico-degenerativa hace un año o más. La sintomatología y el comportamiento manifestado por el individuo con relación a la pérdida se pueden considerar anormales y/o exagerados para su grupo de edad y demás aspectos socioculturales, impidiéndole ser funcional.

Se consideran los criterios diagnósticos y de comorbilidad del DSM-V (Anexo 4) para el diagnóstico de Trastorno de duelo complejo persistente, así como la Comorbilidad, de la cual el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-5 refiere que:

Los trastornos que con más frecuencia aparecen de manera simultánea con el trastorno de duelo complejo persistente son el trastorno de depresión mayor, el TEPT y los trastornos por consumo de sustancias. Es más frecuente que el TEPT aparezca coincidiendo con el trastorno de duelo complejo persistente cuando la muerte tuvo lugar en circunstancias traumáticas o violentas.

Nota: El paciente no refiere ideación e intencionalidad suicida, pero sí presenta los indicadores suficientes para ser diagnosticado con otro trastorno.

b.1.- Tratamiento psicológico y medicación

Se sugiere interconsulta con una institución de Atención Integral Hospitalaria Médico-Psiquiátrica para la adecuada prescripción y control de medicamentos necesarios para el tratamiento de otros trastornos. Además de continuar con el proceso psicoterapéutico dentro de la Asociación.

Se sugiere la canalización del paciente bajo el sistema de referencia y contrarreferencia – elaborado a partir de la NOM-025-SSA2-2014, utilizando el formato diseñado para cumplir con este propósito (ANEXO 3).

4.1.- Elaboración adecuada del duelo

e) Si

- Alta
- Seguimiento

f) No

- Revaloración
- Plantear nueva intervención

- Seguimiento

c) No controlado, con riesgo suicida y/o comorbilidad psiquiátrica

El paciente refiere en la entrevista como motivo de consulta haber experimentado una pérdida debido a muerte y/o enfermedad crónico-degenerativa hace un año o más. La sintomatología y el comportamiento manifestado por el individuo con relación a la pérdida se pueden considerar anormales y/o exagerados para su grupo de edad y demás aspectos socioculturales, impidiéndole ser funcional. También “una psicosis puede desencadenarse en un sujeto afecto del duelo, en particular cuando éste es de tal intensidad que actúa psicotraumáticamente” (Cobo, 1999).

Tizón (2004) y Sforza (2008) afirman acerca del duelo patológico, que:

El *duelo patológico*, es aquél que pone en marcha o hace aparecer un cuadro psicopatológico de los descritos como tales en las clasificaciones al uso; es decir, lo que los psiquiatras definen como *síndrome u organización psicopatológica*. En éste aparecen manifestaciones de un trastorno mental más o menos grave y completo y por ende es llamado patológico, ya que los procesos de duelo evolucionan hacia un trastorno mental definido

El paciente cumple con los criterios para el diagnóstico de Trastorno de duelo complejo persistente (Anexo 4), además de otros trastornos comorbidos, como pueden ser el Trastorno Depresivo Mayor, el TEPT (este se presenta con más frecuencia cuando la muerte ocurrió en situaciones violentas o traumáticas) y Trastorno por uso de sustancias (Uribe, 2018).

Nota: El paciente refiere ideación e intencionalidad suicida y/o presenta los indicadores suficientes para ser diagnosticado con otro trastorno, situación que pone en riesgo la integridad física y/o mental de él mismo y los que lo rodean.

c.1.- Hospitalización psiquiátrica

Habrà de considerarse especialmente lo que refiere la NOM-025-SSA2-2014 respecto a quién es considerado un paciente psiquiátrico, y lo referente a la definición de Hospital psiquiátrico:

“Urgencia Psiquiátrica: al paciente que presenta síntomas consistentes en una alteración del estado mental que pone en riesgo su vida y/o la de otros. Estos síntomas pueden abarcar ideación o intento suicida, ideación homicida, incremento de síntomas depresivos o de ansiedad, psicosis, manía, trastornos cognitivos agudos, agitación psicomotora, confusión y alucinaciones o cambios súbitos en el comportamiento.”

Hospital Psiquiátrico: a la unidad de atención integral médico psiquiátrica que puede ofrecer atención de consulta externa, urgencias, hospitalización breve, de mediano y largo plazo, a personas usuarias de nuevo ingreso o subsecuente con trastornos mentales y del comportamiento.

Cuando el paciente cumple con todos estos criterios, se debe realizar la canalización inmediata a la unidad de atención psiquiátrica por medio de una institución de salud que brinde el servicio de psiquiatría -IMSS, Hospital General, etc-, o por medio de las autoridades, en caso de existir implicaciones legales como violencia, consumo de sustancias, intento suicida, etc., dándole aviso a los familiares o personas cercanas al paciente.

Se realiza la canalización del paciente bajo el sistema de referencia y contrarreferencia – elaborado a partir de la NOM-025-SSA2-2014, utilizando el formato diseñado para cumplir con este propósito (ANEXO 2). Es responsabilidad del psicólogo encargado del área de psicología y del psicólogo asignado al paciente, extender el documento de Resumen clínico (Anexo 5) junto con el

formato de Referencia y contrarreferencia para realizar la canalización efectiva del paciente a la unidad psiquiátrica.

5.- Seguimiento médico-psiquiátrico

Se sugiere interconsulta con una institución de Atención Integral Hospitalaria Médico-Psiquiátrica para la adecuada prescripción y control de medicamentos necesarios para el tratamiento de otros trastornos

Al remitir los factores psiquiátricos y/o de riesgo, el médico responsable hará la revaloración del paciente y decidirá si es necesario continuar con tratamiento psicológico o acompañamiento tanatológico.

Para comprender la importancia de este proyecto de intervención se debe aclarar las diferencias entre terapia psicológica y acompañamiento tanatológico:

	Acompañamiento Tanatológico	Terapia Psicológica
Definición	De acuerdo con Jiménez (2005), en esta fase solo se busca contener y escuchar al paciente más no se busca cambiar la actitud del paciente, solo se utiliza con pacientes terminales, se busca empalzar con él y que se sienta apoyado por alguien ajeno a sus seres queridos. El acompañamiento tanatológico busca brindar contención en el proceso de duelo con la intención de las personas (Jiménez, 2006, p. 5).	Romero (2005) define la psicoterapia como <i>“una transacción que se desarrolla entre dos personas, una que sufre cierto tipo de desorden, o que manifiesta una conducta desordenada; y la otra ofrece una mejoría como parte de su actividad profesional”.</i>
Diferencias	Vargas y Dorony (2013) señalan que principal diferencia del acompañamiento psicológico y la psicoterapia radica en que en esta última se abordan esencialmente psicopatologías, mientras que en el primero se asiste a personas que tienen que resolver un conflicto puntual, tomar una decisión, mejorar una relación interpersonal. El orientador o facilitador que trabaja bajo esta perspectiva está consciente que atiende a personas que están dentro de lo que puede denominarse cierta normalidad psíquica y que atraviesan situaciones de crisis, o bien desean trabajar en su propio desarrollo personal; de modo que delimitan su competencia y derivan a otro profesional, si fuera el caso, para atender un problema mayor.	Terapia en el duelo para las técnicas específicas utilizadas en la ayuda a las personas con un duelo anormal o complicado. De acuerdo con Tizón, lo más adecuado para la persona en duelo es poder recibir un acompañamiento, de forma que el proceso de duelo ocurra de una manera natural, dejando el tratamiento para aquellas personas que presenten un duelo muy complicado o patológico.

3.3 Objetivo general

Proponer un algoritmo de atención psicológica para duelo con la intención de sistematizar la intervención con los pacientes que presenten dificultades en la elaboración de la experiencia de duelo.

3.4 Objetivo(s) específico(s)

- Sistematizar el proceso de recepción, canalización y atención de los pacientes dentro del Centro
- Diseñar las bases técnicas para que el profesional de psicología desarrolle las estrategias necesarias para la atención de los pacientes en situación de duelo.

3.5 Justificación

El Centro de Tanatología y Psicología de Vida A.C., en Celaya Gto., ofrece, entre otros servicios, el acompañamiento tanatológico con atención de primer nivel en consultorio, mediante el cual se busca dar apoyo a las personas que están pasando por un proceso de duelo, ya sea por pérdida humana o de salud. Para alcanzar este objetivo, involucra a profesionales de la salud como médicos,

enfermeros, psicólogos, y cualquier persona que tenga el deseo de ayudar en la misión de la asociación.

A través de la práctica que se ha realizado a lo largo de un año (agosto 2017 a agosto 2018) se detectó que el centro no cuenta con un manual de procedimientos que guíe al personal que brinda la atención a los pacientes, situación que ha generado que no exista sistematización para la intervención de los casos. Esta falta de sistematización ha repercutido en la falta de homogeneidad en la fundamentación teórico/científico de las intervenciones, como en el manejo de expedientes, los cuales no obedecen una norma, dificultando así el seguimiento formal de los casos.

Una situación que se ha observado constantemente es que únicamente se ofrece el acompañamiento tanatológico a los pacientes, condición que ha limitado el servicio dentro del Centro pues las acciones dirigidas al apoyo de los clientes se enfocan al trabajo de “aceptación de la pérdida”.

La mayoría de los profesionales que prestan servicios en CETPVI son psicólogos egresados del área clínica; dentro de su formación académica se les ha capacitado para administrar tratamientos psicológicos y/o terapia psicológica, lo que podría aprovecharse con intervenciones psicológicas para el duelo complicado. De esta forma, a través de la experiencia en la atención de casos surge la necesidad de proponer un algoritmo de tratamiento psicológico para duelo, con una doble intención; dar un orden a la recepción y canalización de los pacientes dentro y fuera de la asociación, y así ofrecer un servicio más efectivo y especializado.

Tomando en cuenta que el sector de la población al que más se atiende es a pacientes femeninos desde adultas jóvenes hasta adultas maduras una de las principales razones probablemente está relacionada con cuestiones de género; Sánchez, M., Fernández, P., Montañés, J. y Latorre, J. (2008) afirma que los padres, por lo general, se inclinan más a la comunicación afectiva/emocional con las hijas que con los hijos varones, empleando más términos y expresiones emocionales con las niñas que con los niños; en este sentido, la formación emocional de las niñas está dirigida a aceptar y compartir sus experiencias afectivas a diferencia de los niños que son educados para evitar expresar emociones.

Otro importante aspecto diferencial a destacar en la socialización de las habilidades emocionales lo encontramos en la instrucción sobre las técnicas de resolución de problemas por parte de los padres, dónde se ha encontrado una alta correlación con la competencia social y emocional, sobre todo en los hijos varones. Posiblemente, dependiendo del entorno sociocultural, es más probable que los padres instruyan a los niños en la resolución de problemas y reserven dicha instrucción para las chicas sólo en el caso que exista un déficit claro en este tipo de competencias (Jones, Eisenberg, Fabes, y MacKinnon, 2002). De hecho, Trobst et al. (1994) encontraron cómo las mujeres buscan apoyo social como estrategia de afrontamiento focalizada en la emoción en un mayor grado que los hombres, mientras que las estrategias de éstos últimos están más focalizadas en la resolución del problema.

3.6 Plan de acción

En este apartado se indicarán las acciones que se llevarán a cabo con el fin de lograr los objetivos. El plan de acción debe estar planteado de una manera organizada de tal forma que se contemplen fases, etapas, espacios y responsables.

3.7 Cronograma (Diagrama de Gantt)

Actividad	Primeras entrevistas	Acompañamiento tanatológico	Conferencias	Supervisión S.S.	Elaboración de Proyecto	Revisión de literatura	Marco teórico	Elaboración del algoritmo	Conclusiones generales y revisión
Mes									
Agosto	X	X	X	X	X	X			
Septiembre	X	X	X	X	X	X			
Octubre	X	X	X	X	X	X	X		
Noviembre	X	X	X	X	X	X	X		
Diciembre	X	X	X	X	X	X	X		
Enero	X	X	X	X	X	X	X		
Febrero	X	X	X	X	X	X		X	
Marzo	X	X	X	X	X	X		X	
Abril	X	X	X	X	X	X		X	
Mayo	X	X	X	X	X	X		X	
Junio	X	X	X	X	X	X		X	
Julio	X	X	X	X	X	X		X	
Agosto	X	X	X	X	X	X			X
Septiembre		X	X		X	X			X
Octubre		X	X		X	X			X

3.8 Presupuesto y recursos

El desarrollo del presente proyecto es elaborado por el autor de este texto, con el apoyo y orientación del Director de Proyecto y Asesor, el Dr. Eloy Maya Pérez y el Co-Director de Proyecto, el Dr. Jonathan Galindo Soto. Fue realizado gracias al apoyo recibido en CETPVI por parte de todos los colaboradores de la Asociación; la Presidenta y Fundadora, la Mtra. Wendy Rocío Vázquez Infante, la Directora, la Lic. Tayde Sosa y la Coordinadora del área de Psicología, la Lic. Ilse Hernández García, quienes depositaron su confianza y brindaron la orientación y las facilidades para la elaboración del proyecto, que es producto del período correspondiente a la realización del Servicio Social Profesional – agosto 2017 a agosto 2018 –. La elaboración de este reporte, así como el diseño del algoritmo es exclusivo del autor, con el apoyo y dirección de los ya antes mencionados y está sustentado en la práctica clínica y administrativa del mismo. El diseño y elaboración del algoritmo de tratamiento es resultado del análisis de la situación actual de la organización dentro del servicio que brinda la asociación. Por lo que se espera que se lleve a cabo por el personal del área de Tanatología/Psicología y los asociados que dan atención a los pacientes. Se espera capacitar al personal en el uso de este algoritmo dándoles a conocer los beneficios esperados en la mejora de la calidad en los tratamientos aplicados a los pacientes, de manera más personalizada y especializada.

Este proyecto se llevó a cabo sin apoyo económico de ningún tipo.

3.9 Recursos Humanos

Practicante de Psicología Clínica responsable del proyecto. Colaboradores de la Asociación; psicólogos, tanatólogos, equipo de cuidados paliativos, médicos, enfermeras, y toda persona relacionada con la atención de pacientes CETPVI.

El Director de Proyecto y Asesor, el Dr. Eloy Maya Pérez y el Co-Director de Proyecto, el Dr. Jonathan Galindo Soto. En CETPVI por parte de los colaboradores de la Asociación; la Presidenta y Fundadora, la Mtra. Wendy Rocío Vázquez Infante, la Directora, la Lic. Tayde Sosa y la Coordinadora del área de Psicología, la Lic. Ilse Hernández García.

3.10 Recursos Físicos o de infraestructura

Se trabajó con los recursos materiales y de infraestructura que el Centro tiene, por lo que no fue necesario solicitar ningún otro tipo de recurso.

Entre los recursos con los que se contó se encuentran; sala de juntas, mobiliario (sillas, mesas), proyector, computadora, etc.

3.11 Recursos financieros

Presupuesto para la impresión del proyecto completo.

Coste de la impresión del Algoritmo en rótulo.

3.12 Criterios de evaluación

Se refieren a la especificación de los puntos que serán objeto de valoración respecto al trabajo a realizar, en cuanto a su:

a) Pertinencia: Su vigencia en la institución.

- b) Viabilidad: Su probabilidad de que las soluciones propuestas puedan llevarse a cabo en definitiva.
- c) Originalidad: Grado de innovación de la propuesta.
- d) Vinculación: Su relación con diferentes sectores o áreas dentro y fuera de la Institución.
- e) Aportación: Ser fuente potencial para solucionar otros problemas.

CAPITULO IV: GESTIÓN DEL PROYECTO

La estrategia central para la implementación del proyecto consiste en la capacitación constante del personal acerca de la atención a los pacientes mediante modelos psico-terapéuticos y tanatológicos, especificando las diferencias entre acompañamiento tanatológico y terapia psicológica para duelo. Lo cual ayudará a reafirmar la división del área psicológica de la tanatológica en cuanto al tipo de servicio que ofrecen, considerando las características individuales de cada persona a quien se le brinda el servicio, además de sus necesidades, según los signos, síntomas y/o complicaciones que manifieste respecto a la elaboración del duelo.

4.1 Estrategias para la presentación y venta del proyecto.

Para la presentación del proyecto se gestionará un período de capacitación interna, en el que se dé a conocer a todo el personal el algoritmo, su funcionamiento e implicaciones, así como los formatos necesarios para brindar la atención especializada a los pacientes. Se hará énfasis en la importancia que tiene la detección de las necesidades de la persona para poder brindarle una atención personalizada, basada en cada caso específico.

4.2 Estrategias para lograr el involucramiento

- a) Quiénes serán las personas clave para este proyecto

Presidenta, directora, encargada del área de psicología, psicólogos y tanatólogos de la asociación.

- b) De qué forma se logrará interesarlas e involucrarlas en él

La forma en la que se conseguirá obtener el interés y la participación para la realización del proyecto por parte de los colaboradores de la asociación será: haciendo de su conocimiento los beneficios a corto, mediano y largo plazo que se obtendrán como asociación derivados de la sistematización de los procesos en la atención a pacientes, además de los beneficios en el desarrollo profesional, en cuanto a la especialización en la atención de casos, la profesionalización de la atención, formalizar las relaciones con las instituciones médicas, psiquiátricas, psicológicas, asociaciones civiles, legales, etc. Y todo beneficio posible que venga como consecuencia.

4.3 Estrategias para vencer las resistencias.

Las posibles resistencias que pueden presentarse ante el proyecto son, el temor a la responsabilidad que implica todo proceso de crecimiento y profesionalización de la asociación. Otro posible conflicto puede ser la primera impresión que se perciba del algoritmo, en cuanto a la división de las áreas psicológica y tanatológica, más la clasificación de pacientes según signos y síntomas.

La manera de vencer estas resistencias es informando los múltiples beneficios que se esperan obtener para la asociación, así como para el profesional que colabora en la misma. Utilizando principalmente la estrategia de negociación “ganar-ganar”, de la que Pico (2017) afirma que:

Esta estrategia consiste en intentar llegar a un acuerdo que resulte beneficioso para todas las partes implicadas. (...) Mediante esta estrategia se evitan o reducen posibles conflictos o resentimientos de los perdedores, sobre todo en ámbitos organizacionales donde las personas mantienen contacto frecuente.

Se hará énfasis en que todo el personal de CETPVI son colaboradores, entendiendo que se deben afirmar las necesidades profesionales de cada quien, pero que la prioridad se centra en ser cooperativo para el bien de la comunidad a quien se le brinda el servicio. Por lo que se debe trabajar en equipo para satisfacer ambos intereses, manteniendo o mejorando así las relaciones internas, centrándose siempre en el interés primordial, negociando la solución del conflicto y la mejora del servicio, sin afectar la integridad personal y profesional de los individuos (Mirabal, 2003).

CAPITULO V: RESULTADOS Y EXPERIENCIAS

La experiencia de desarrollar un algoritmo se presentó inicialmente como una necesidad personal para resolver un conflicto que se presentaba en el ejercicio profesional dentro de la asociación. Ya que dentro de la misma sólo existe el formato de primera entrevista como herramienta que sirve a los psicólogos para detectar las necesidades, pero no para evaluar desarrollo y/o logros de las intervenciones, se tornaba demasiado complicado evaluar objetivamente las manifestaciones de los pacientes, además de que se convirtió en una labor empírica, sin un fundamento sólido, fuera de la propia experiencia y conocimientos obtenidos por medio del estudio personal, pero que no se encontraban organizados de ninguna manera específica.

Los principales obstáculos que aparecieron para la creación del proyecto fueron, en primer lugar, la carga de trabajo; dado que existe una gran necesidad de apoyo dentro de la asociación para atender a los pacientes, se dificultaba el poder organizar los tiempos para trabajar en la investigación y redacción de la propuesta. En segundo lugar, las deficiencias identificadas en la organización de los procesos de atención dentro de la asociación. En tercer lugar, la inexistencia de formatos que fungieran como base o antecedente para orientar el desarrollo del proyecto de intervención, lo cual obligó a que, en el transcurso de la creación del algoritmo, también se fueran subsanando las necesidades que se presentaban en los casos presentados por los pacientes.

En un principio, la idea consistió en la idea de crear un modelo que permitiera sistematizar el tratamiento, algo así como la propuesta de una guía de intervención para atender los casos de duelo dentro de la asociación. Idea que, al evaluar los alcances y límites personales, así como los costes en cuanto a tiempo y experiencia, se fue convirtiendo en lo que ahora es, una propuesta más general, en el sentido de que no se propone como tal un modelo mediante el cual se pretendan realizar las intervenciones, sino que, se propone la sistematización de los procesos de recepción, canalización, atención y alta.

Los principales beneficios que se pueden esperar de la aplicación del proyecto de intervención son: inicialmente, corregir los errores que actualmente se presenten desde la recepción de los pacientes en la asociación, así como brindar una herramienta que sirva como guía para brindar un servicio de manera indistinta a cualquier persona que lo solicite, así como de la mejor calidad posible. Situación que, al tomar un mejor orden, debe crear una inercia que orille a obtener mayor profesionalización en todos los procesos internos de atención a pacientes, así como crear la necesidad de formar vínculos formales y más sólidos con otras instituciones de atención a la salud.

Por otro lado, el dividir formalmente en los procesos al área de Psicología y la de Tanatología, permitirá la especialización de la atención, lo cual debe traducirse como intervenciones de una mejor calidad, realizadas por personal especialmente capacitado, así como el aprovechamiento del capital humano consistente en psicólogos clínicos capaces de llevar procesos terapéuticos y

tanatólogos con una vasta experiencia en la realización de intervenciones tanatológicas.

CONCLUSIONES

El presente proyecto de intervención tuvo como objetivo general el desarrollar y proponer un algoritmo de atención psicológica en situación de duelo que presenten o no, dificultades en la elaboración psicoafectiva adecuada de la experiencia de pérdida de un ser querido. Se espera que con la implementación del proyecto se consiga solventar la necesidad de sistematización en los procesos de recepción, canalización y atención de las personas solicitantes del servicio. Hecho mediante el cual es posible brindar la atención especializada con distinción de las necesidades particulares de cada caso en particular. Lo cual le da la oportunidad al profesional de diseñar un plan de intervención personalizado, según el enfoque teórico/práctico que mejor le convenga.

Existen en el directorio de la asociación colaboradores que son profesionales con una vasta experiencia en el tema del duelo con plena capacidad de brindar un acompañamiento tanatológico efectivo, además de que también aportan sus servicios psicólogos capaces de desarrollar procesos terapéuticos a las personas que presenten complicaciones mayores en la elaboración del duelo, de este punto es del cual se desprende la propuesta de partición de las áreas tanatológica y psicológica.

Uno de los aspectos que le dan más importancia a este proyecto de intervención es el hecho de que no existe una publicación o producto teórico


similar en el país que sirva como herramienta de guía y que satisfaga la necesidad detectada en la asociación de sistematizar los procesos de atención a los pacientes en situación de duelo con base en las manifestaciones psicoafectivas y comportamentales, así como signos y síntomas indicadores clínicos de mayores complicaciones patológicas.

Asimismo, se detectaron otras necesidades dentro de la asociación, las cuales no son satisfechas con este proyecto y que pueden tomarse como objetivo para futuros trabajos, como lo son; la necesidad de generar un sistema para el adecuado y más efectivo manejo de los expedientes, apegado a lo que marca la NOM-004-SSA3-2012 que tiene como propósito establecer con precisión los criterios científicos, éticos, tecnológicos y administrativos obligatorios en la elaboración, integración, uso, manejo, archivo, conservación, propiedad, titularidad y confidencialidad del expediente clínico.

Otro aspecto que puede derivarse en un proyecto a futuro es el diseñar estrategias terapéuticas de atención para duelo desde una perspectiva psicológica, así como el diseñar estrategias de acompañamiento tanatológico, partiendo de la experiencia teórica/práctica de los profesionales del Centro, conformado en una guía de tratamiento o manual de intervención para casos de duelo propio a la Asociación.

ANEXOS

Anexo 1 "Formato de entrevista inicial de CETPVI"

	CENTRO DE TANATOLOGÍA Y PSICOLOGÍA DE VIDA A.C.
Número de expediente _____	
FORMATO PRIMERA ENTREVISTA	Fecha de la entrevista _____
NOMBRE _____ F SEXO M <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
FECHA DE NACIMIENTO _____ EDAD _____ RELIGIÓN _____	
ESTADO CIVIL _____ ESCOLARIDAD _____ OCUPACIÓN _____	
DOMICILIO _____	
TELEFONO(CASA,OFICINA _____ CELULAR _____	
TELEFONO DE OTRA PERSONA: NUMERO _____ NOMBRE _____ PARENTESCO _____	
ESTADO SOCIOECONÓMICO <input type="checkbox"/> BAJO <input type="checkbox"/> MEDIO <input type="checkbox"/> ALTO	
HORARIO DISPONIBLE _____ DIA DE LA SEMANA _____	
REFERIDO POR _____ PARENTESCO _____	
<input type="checkbox"/> ADMISIÓN Psicólogo Responsable _____	
Firma Psicólogo Responsable: _____ FECHA _____	
<input type="checkbox"/> CANALIZACIÓN Nombre Institución _____	
<input type="checkbox"/> BAJA Fecha _____ Justificación _____	
PERSONA QUE ENTREVISTÓ	
NOMBRE _____ FIRMA _____	
<input type="checkbox"/> ALTA FECHA DE LA ALTA _____	

FAMILIOGRAMA

MOTIVO DE CONSULTA (REFERIR LITERALMENTE):

PADECIMIENTO ACTUAL (TIEMPOS / PERSONAS):

ANTECEDENTES DE TRATAMIENTOS ANTERIORES Y / O ALTERNATIVOS O ANTECEDENTES MEDICOS SIGNIFICATIVOS
(MÉDICOS, PSICÓLOGOS, PSIQUIATRAS, MEDICAMENTOS, DOSIS, RESULTADOS OPERACIONES, ENFERMEDADES SIGNIFICATIVAS)

EXPECTATIVAS DE LA INTERVENCIÓN:

DESCRIPCIÓN DEL PACIENTE:

Anexo 2 "Formato de Referencia y Contrareferencia CETPVI"

REFERENCIA – CONTRARREFERENCIA

INFORMACIÓN CONFIDENCIAL.

Fecha de solicitud:		
Nombre del paciente:		
Estatura:	Peso:	Edad:
Ocupación:	Sexo:	
Ocasión de servicio:		
Especialidad a la que se envía:		
<hr/>		
Diagnóstico:		
Otros Dx.:		
Complemento de Dx.:		
Resumen clínico:		
Motivo de envió:		
Información adicional:		
Nombre y firma de responsable	Cédula profesional	Sello de institución

Anexo 3 "Directorio CETPVI"

Nombres	Numero	observación
Martha Alicia Chavez	4611673343	
Jacobo Murillo	4614220248	
Monica Sileiro	4611881246	Trastornos de ansiedad y depresión
Julieta Serrato	4611153957	Duelos familiares
CAP Universidad de Guanajuato	4612973212	Servicio gratuito
Caises Jimenez	4616140001	
IMSS	6121931	
Universidad Latina	6134385 ext (114)	Problemas emocionales, de pareja, psicopedagogicos

DIF (CENAVI)	6126616 6135777	Agresión física y psicológica Violación, suicidio.
Instituto de la mujer	6080354 6123600	
Clínica de salud Mental	6145920	
Centro nueva vida	6145920	adiciones
Atención psicológica 24 hrs.	018002900024	Línea de Atención Psicológica Secretaría de Salud Gto.
Voces de aliento	6144022	esquizofrenia
Centros de integración juvenil	6149399	
Cerrajería Belmonte	6080054	
	Psicólogos.	
Alejandra	4615468901 6133545	

Ana Karen	0454772520823	Psicóloga
Ana Silvia	016741099048	
Claudia	0444611223292 6143392	
Carmen	0444611697131 6150742	Tanatóloga
Dr. Felix	0444616190059 2163834	Cuidados Paliativos
Fani	0444611474845 1378072	
Gabi	0444611886580	
Ilse	0444611778779 6092690	Psicóloga Coordinadora del área de Psicología en CETPVI
Irene	0444611737623 6149385	

Comentado [j1]: Nombres y grado académico o cargo en institución de todos

Lupita O.	0444611711524	
Luz	0444611774540	
Margarita	0444611021054	
Maribel	0444611695109	
Tayde	0444611899956 1763977	Psicóloga Directora CETPVI
Valeria	0444611043602	6148891
Wendy	0444611027211 6157525	Psicóloga Presidenta Fundadora CETPVI
Ana Karen A.	0454772520823	
Alan Job	0444611157907	Psicólogo Coordinador de Servicio Social y Voluntariado en CETPVI

Ana Rubio	0444611559054	Psicóloga
Dr. Félix	0444616190059	Cuidados Paliativos
Fernanda	0454451280864	
Lupita Sierra	0444611711524	Psicóloga Tanatóloga
Martha Gonzales	0444613182558	Psicóloga
Monica (Monnie)	0444611012475	Psicóloga
Ruben A.	0444611242455	Psicólogo
Claudia Suarez	0444612638726 6143392	
Irene Paredes	0444611737623 6149385	

Lupita Orellana	0444611711524	
Rocío	0444611246066	

Anexo 4 - Criterios diagnósticos y de comorbilidad del DSM-V para el diagnóstico de Trastorno de duelo complejo persistente que se define:

Trastorno de duelo complejo persistente.

El trastorno de duelo complejo persistente se diagnostica sólo si han transcurrido al menos 12 meses (6 en los niños) desde la muerte de alguien con quien el doliente tenía una relación cercana (Criterio A). Este marco temporal discrimina entre el duelo normal y el duelo persistente. La afeción típicamente conlleva un anhelo / añoranza persistente del fallecido (Criterio B1), que puede estar asociado con pena intensa y llanto frecuente (Criterio B2), o con preocupación en relación al fallecido (Criterio B3). El individuo también puede estar preocupado con la manera en la que murió la persona (Criterio B4).

Se requieren 6 síntomas adicionales, incluyendo una importante dificultad para aceptar que el individuo ha fallecido (Criterio C1) (o. ej., prepararle comida), incredulidad de que haya fallecido (Criterio C2), recuerdos angustiantes acerca del fallecido (Criterio C3), rabia en relación a la pérdida (Criterio C4), valoraciones desadaptativas acerca de uno mismo en relación al fallecido o a su muerte (Criterio C5) y evitación excesiva de los recuerdos de la pérdida (Criterio C6). Los individuos también pueden referir deseos de morir para poder estar con el fallecido (Criterio C7), son desconfiados con otras personas (Criterio C8), se sienten aislados (Criterio C9), creen que la vida carece de sentido o propósito sin el fallecido (Criterio C10), experimentan una disminución del sentimiento de identidad propia al sentir que una parte de ellos ha muerto o se ha perdido (Criterio C11), o tienen dificultades para realizar actividades, entablar relaciones o hacer planes de futuro (Criterio C12).

El Trastorno de duelo complejo persistente requiere un malestar clínicamente significativo o una alteración en el

funcionamiento psicosocial (Criterio D). La naturaleza y la gravedad de la pena deben ser mayores de lo normal esperable para el entorno cultural, el grupo religioso o la etapa del desarrollo concretos (Criterio E). Aunque hay variaciones en cómo se manifiesta la pena, los síntomas del trastorno de duelo complejo persistente aparecen en ambos géneros y en diversos grupos sociales y culturales.

Asimismo, se debe hacer la diferenciación con el duelo normal. Del cual el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-V refiere que:

El trastorno de duelo complejo persistente se diferencia de la pena normal por la presencia de reacciones de dolor intensas que persisten al menos 12 meses (o 6 meses en los niños) tras la muerte del fallecido. Sólo se diagnostica un trastorno de duelo complejo persistente cuando persisten las respuestas de dolor intensas que interfieren con la capacidad del individuo para funcionar durante al menos 12 meses tras la muerte.

BIBLIOGRAFÍA

- Asociación Americana de Psiquiatría, Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5), 5ª Ed. Arlington, VA, Asociación Americana de Psiquiatría, 2014. Pp. 789, 790, 791 y 792.
- Chacón, J., Martínez, M., y González, J. (sin fecha). El duelo complicado. Toledo. Disponible en <https://seom.org/seomcms/images/stories/recursos/sociosyprofs/documentacion/manuales/duelo/duelo18.pdf>
- Chavarria, A. (2011). *Términos básicos de la Tanatología* (Tesina de Diplomado). Asociación Mexicana de Tanatología AC, México
- CONEVAL. (2010). LINEAMIENTOS y criterios generales para la definición, identificación y medición de la pobreza.. Retrieved from https://www.coneval.org.mx/rw/resource/coneval/med_pobreza/DiarioOficial/DOF_lineamientos_pobrezaCONEVAL_16062010.pdf
- Del Hoyo, Y. y Ávila, A. (2004) Adaptación española CCRT-LU. Universidad de Salamanca, España. Disponible en [file:///C:/Users/Usuario/Desktop/RACP_VOL20_NUM1_PAG5%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Usuario/Desktop/RACP_VOL20_NUM1_PAG5%20(1).pdf)
- Diferencias EU. (2017). Diferencia entre ciencia y disciplina. 2 de noviembre de 2018, de Diferencias EU Sitio web: <https://diferencias.eu/entre-ciencia-y-disciplina/>
- Directorio Nacional de Parroquias (2009). Celaya. Disponible en http://www.oficinaparroquial.com/directorio/parroquias_celaya.html
- Gallardo, A.. (1998). Epistemología de la Psicología. México: Universidad Nacional Autónoma de México. Pp. 17, 18, 19 y 20
- Gamba-Collazos, H. A. & Navia, C. E. (2017). Adaptación del Inventario de Duelo Complicado en población colombiana. *Revista Colombiana de Psicología*, 26(1), 15-30. doi: 10.15446/rcp.v26n1.51205
- García Mantilla, M. (2013). El proceso de duelo en psicoterapia de tiempo limitado, evaluado mediante el método del tema central de conflicto relacional (CCRT) (Doctorado). Universidad Complutense de Madrid. Pp. 426
- Gobierno del Estado de Guanajuato. Defensoría Pública. <http://sg.guanajuato.gob.mx/index.php/defensoria-publica/>

- Instituto Mexicano de Tanatología, A.C.. (Sin fecha). Qué es Tanatología. 2 de noviembre del 2018, de Insituto Mexicano de Tanatología, A.C. Sitio web: <http://tanatologia.org.mx/que-es-tanatologia/>
- Jiménez, B. Epistemología y métodos de las ciencias. Perfiles Educativos, núm. 63, enero-marzo, 1994. Instituto de Investigaciones sobre la Universidad y la Educación. Distrito Federal, México Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=13206307>
- Kaplan, H., Sadock, B. y Grebb, J.. (1994). Ciencias de la conducta Psiquiatría clínica. México: Editorial Médica Panamericana.
- Laguna, G.. (2013). Act. 1 Diferencia entre ciencia y diosciplina. 2 de noviembre del 2018, de Educación Histórica en el aula Sitio web: <https://sites.google.com/site/no9educacionhistoricaenelaula/unidad-de-aprendizaje-i/act-1-diferencia-entre-ciencia-y-disciplina>
- Millán-González, Ricardo, Solano-Medina, Nicolás, Duelo, duelo patológico y terapia interpersonal. Revista Colombiana de Psiquiatría [en línea] 2010, 39 (Sin mes) : [Fecha de consulta: 5 de noviembre de 2018] Disponible en: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80615447011>> ISSN 0034-7450
- Mirabal, D.. (Enero-Diciembre 2003). Técnicas para manejoye conflictos, negociación y articulaciónde alianzas efectivas. Provincia , 10, 65 y 66.
- Mota, J.. (2006). La Tanatología malentendida. Revista Mexicana de Neurociencia, 7(3), 192-193
- Mota, S.. (2015). ¿Qué es un algoritmo? Una respuesta desde la obra de Wittgenstein. Éndoxa, 36, 324.
- Neimeyer, R.. (2002). Aprender de la pérdida. Una guía para afrontar el duelo. Barcelona: Paidós.
- NOM (2014) Para la prestación de servicios de salud en unidades de atenciónintegral hospitalaria médico-psiquiátrica. http://www.dof.gob.mx/normasOficiales/5805/salud3a11_C/salud3a11_C.html

Hospitalización Parcial

4.1.22 Hospital Psiquiátrico

4.1.23 Interconsulta

4.1.30 Servicios de Psiquiatría

4.1.34 Unidades de Atención Integral Hospitalaria Médico-Psiquiátrica

4.1.36 Urgencia Psiquiátrica

4.1.4 Atención Integral Hospitalaria Médico-Psiquiátrica

4.1.5 Atención Psicológica

- NORMA Oficial Mexicana NOM-025-SSA2-2014, Para la prestación de servicios de salud en unidades de atención integral hospitalaria médico-psiquiátrica.
http://www.dof.gob.mx/normasOficiales/5805/salud3a11_C/salud3a11_C.html
- OMS. (2010). Medición de la Salud y la Discapacidad. Manual para el Cuestionario de Evaluación de la Discapacidad de la OMS. WHODAS 2.0. Argentina: Organización Mundial de la Salud
- OMS | Salud mental: un estado de bienestar. (2018). Retrieved from http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/
- Pico, I. (2017). La negociación: Estrategias, tácticas, técnicas y claves. 5 de noviembre del 2018, de PsicoPico Sitio web: <https://psicopico.com/negociacion-estrategias-tacticas-tecnicas-claves/>
- Prigerson, H., Maciejewski, P., Reynolds, C., Bierhals, A., Newsome, J., Fasiczka, A., Frank, E., Doman & J., Miller, M. . (1995). Inventory of Complicated Grief: A scale to measure maladaptive symptoms of loss. Estados Unidos: Elsevier.
- Roe, Robert, ¿Qué hace competente a un psicólogo?. Papeles del Psicólogo [en línea] 2003, 24 (septiembre-diciembre) : [Fecha de consulta: 5 de noviembre de 2018] Disponible en: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=77808601>> ISSN 0214-7823 Pp. 2 & 7
- Romero, V. (2013). Tratamiento del duelo: Exploración y perspectivas. Psicooncología, 10, 377, 380.
- Sánchez, M., Fernández-Berrocal, P. Montañes, J. y Latorre, J. (2008). ¿Es la inteligencia emocional una cuestión de género?, socialización de las competencias emocionales en hombres y mujeres y sus implicaciones. Revista Electrónica de Investigación Psicoeducativa, 15(6), Pp. 459-460 & 461.
- Sandoval, J., Richard, M. (2015) La Salud Mental en México. *Servicio de investigación y análisis*, DPS-ISS 03 05. Pp. 6, 7 y 8
- Secretaría de Salud, Diario Oficial de la Federación. Ley General de Salud, Secretaría de Salud, 14 de junio de 1992

- Secretaría de salud (2014). Plan sectorial de salud 2013-2018. México: Diario Oficial de la Federación, p.47.
- Servicio de investigación y análisis (2004). La Salud Mental en México.. México: Dr. (c) Juan Martín Sandoval De Escurdía, pp.5, 6, 7, 8.
- Social, S. d. (2017). *Estrategia Nacional de Inclusión. Documento Rector*. Gobierno Federal, Secretaría de Desarrollo Social. México: Gobierno Federal.
- Teva, Inmaculada; Paz Bermúdez, María; Hernández Quero, José; Buela Casal, Gualberto Evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud en pacientes infectados por el VIH Terapia Psicológica, vol. 22, núm. 2, noviembre, 2004, pp. 111-121 Sociedad Chilena de Psicología Clínica Santiago, Chile
- Uribe, S. (2018). COMENTARIOS AL TRASTORNO PERSISTENTE DE DUELO COMPLICADO DEL DSM-5. Retrieved from <http://revibapst.com/data/documents/DUELO-COMPLICADO-DSM-5.pdf>
- Villaceros Durbán M, et al. Estudio del perfil de una población de personas en duelo complicado que acuden a un centro de escucha de duelo. Med Paliat. 2012. <http://dx.doi.org/10.1016/j.medipa.2012.05.007>