

Adaptación a una Muerte Violenta

Guía para el Recuento y el Apoyo Restaurativos



E. K. Rynearson, M.D.

Fanny Correa, Magíster en Trabajo Social, C. T.

**Laura Takacs, Magíster en Trabajo Social,
Magíster en Salud Pública**

Mayo 2018, Versión en Español

Noviembre de 2015, cuarta revisión

(Versión inicial 2000, revisada en 2006, 2008, 2010)

**Servicios para la Separación y Pérdida
Virginia Mason**

AGRADECIMIENTOS

Muchos han contribuido a este programa de apoyo comunitario para miembros de la familia después de una muerte violenta, pero les agradecemos específicamente a los colegas profesionales que colaboraron en el diseño y la implementación del proceso de detección e intervención aquí descrito:

Chiz Norton, Magíster en Trabajo Social, Directora Clínica	1984 - 1993
Lic. Cindy Sinnema, Directora Clínica	1993 - 1996
Lic. Jennifer Favell, Directora Clínica	1996 - 2000
Fanny Correa, Magíster en Trabajo Social, Directora Clínica	2000 - 2015
Laura Takacs, Magíster en Trabajo Social, Directora Clínica	2015 - presente
Sandi Espiritu, Asesor en Salud Mental Autorizado, Facilitador de Grupo	2006 - presente
Alison Sands, Magíster en Trabajo Social, Facilitadora de Grupo	2011 - presente
John Powers, Trabajador Social Clínico Independiente Autorizado, Facilitador de Grupo	2012 - presente
Phyllis Rogers, Asesora en Salud Mental Autorizada, Facilitadora de Grupo	2015 - presente

Este proyecto contó con el apoyo de la Subvención N.º 1999-4174-WA-VF, otorgada por la Oficina para Víctimas del Delito, Programas de la Oficina de Justicia y el Departamento de Justicia de EE. UU.

Los puntos de vista en este documento son los de los autores y no representan necesariamente la posición ni las políticas oficiales del Departamento de Justicia de EE. UU.

La financiación de la capacitación e investigación continuas fue apoyada por la Fundación Dart.

Información del contacto: Laura Jeffs, Coordinadora del Programa
Servicios para la Separación y Pérdida, Virginia Mason Medical
Center
P.O. Box 1930, D1-SPL
Seattle, WA 98111
Teléfono: (206) 223-6398 Fax: (206) 223-6803
Correo electrónico: laura.jeffs@virginiamason.org

ÍNDICE

Agradecimientos	1
Personal e Información de Contacto	2
Violent Death Bereavement Society (Sociedad de Duelo por Muerte Violenta)	3
I. Introducción al Recuento de la Muerte Violenta	5
• Intervenciones Disponibles	5
• La Dinámica del Recuento	5
• Trauma y Angustia de Separación	7
II. Entrevista Estructurada	9
III. Introducción a los Grupos de Recuento Restaurativo	11
• Especificación de Ingredientes Activos	12
• Intervenciones Prohibidas	12
• Metas y Fijación de Metas	13
• Preparación/Selección Preliminar	13
• Formato de la Sesión	14
• Estructura de las Sesiones	14
• Secuencia de las Sesiones	15
• Documentación	16
• Asignaciones Grupales	16
• Descripción del Grupo de Recuento Restaurativo (Grupos 1 a 11)	17
IV. Técnicas de Relajación	38
V. Funciones del Facilitador	40
• Características del Facilitador de RR	42
• Actitudes del Facilitador	42
• Supervisión del Facilitador	43

ÍNDICE (continuación):

VI. Solución de Problemas	44
• La Relación de Confianza	44
• El Entorno de Curación: la Seguridad	45
• El Esquema Racional: la Coherencia	47
• Procedimiento Activo: Control y Esperanza para el Cambio	48
• Estándares de Atención Clínica	49
VII. Apéndices	50
A. Formularios de Recuento Restaurativo del Grupo	51
1. Anuncio Grupal	51
2. Agenda Grupal	52
3. Nota de Avance Grupal	53
4. Evaluación del Grupo de Recuento Restaurativo	54
5. Formulario de Cambios	55
6. Repertorio de Sentimientos	56
7. Estilos de Duelo	57
8. Respuestas Comunes	58
9. Folleto «Cómo ha Cambiado»	59
10. Ejercicio de Relajación/La Caja con Llave.....	60
VIII. Bibliografía Reciente sobre Duelo Complicado y Muerte Violenta	61

I. INTRODUCCIÓN AL RECuento DE LA MUERTE VIOLENTA

La muerte violenta por homicidio, suicidio, accidente, combate o ataque terrorista representa casi el 10 % de las muertes anuales en todo el mundo. Los estudios clínicos documentan la característica común de un síndrome de angustia combinada por trauma (pensamientos invasivos, imágenes retrospectivas y sueños con los difuntos, aunque casi nunca se presenció la muerte) y angustia por separación (echar de menos y buscar al difunto) en amigos cercanos y familiares (Rynearson, 1999). Este síndrome generalmente disminuye unos meses después de la muerte, pero puede estar asociado con un síndrome de duelo prolongado y disfuncional en una minoría de familiares y amigos (Amick-McMullan, A.; Kilpatrick, D.; Vernon, L.; Smith, A., 1989; Parkes, C., 1993). Las madres de hijos o hijas que murieron violentamente tienen el mayor riesgo de sufrir tensión por el trauma prolongada (el 20 % sigue muy traumatizado 5 años después de la muerte) debido al apego intenso por su cuidador, sin importar la edad del hijo o la hija (Murphy, 1999). Los niños pequeños que son testigos de la muerte violenta de un familiar también corren un alto riesgo de sufrir angustia prolongada, presumiblemente debido a su intenso apego de dependencia del difunto.

Cuando la muerte violenta se considera un acto delictivo (terrorismo, homicidio o negligencia delictiva), los medios de comunicación, el médico forense, la policía y el sistema judicial comienzan un anuncio público obligatorio y una investigación sobre el difunto para encontrar y castigar a quien sea responsable. El recuento público de la historia de la muerte violenta difiere mucho del respeto público por la privacidad de la familia al volver a contar una muerte natural. Una vez declarada delictiva, el público y los medios exigen una recreación pormenorizada de la muerte que, en algunos casos, se vuelve voyerista. La repetición pública de la recreación de la muerte puede aumentar la angustia de los amigos y familiares.

La dinámica del recuento: una base para el modelo clínico

Dado que una pequeña minoría de muertes violentas son presenciadas por familiares o seres queridos, están en la posición irónica de volver a contar la historia de una muerte violenta en la que no participaron. Además, el recuento repetitivo e imaginario de esta historia del difunto, dura muchos meses y se asocia con la disfunción y la necesidad de asistencia (Rynearson, 1995).

Dado que la "historia" del difunto es primordial en la no adaptación, volver a contar y revisar la historia es un enfoque principal en la recuperación del paciente y se ha desarrollado un modelo conceptual para aclarar el proceso de la narración reconstructiva.

Una manera fundamental en que la mente procesa primero la muerte violenta es imaginarla y volver a contarla. La forma de la historia es un paradigma mental básico de coherencia. Construir una historia en torno a una experiencia de cualquier tipo, incluida una experiencia traumática, aporta orden y significado (Neimeyer, 2000). La forma de la historia genera una introducción, un nudo y un desenlace, con personajes que comparten y resuelven mutuamente necesidades y conflictos, y al mismo tiempo la historia celebra y respalda los valores sociales. Aparentemente después de una muerte violenta, la mente revive reflexivamente los momentos de agonía de la persona como una historia, y debido a que hubo una relación afectuosa, es intolerable imaginar su terror e impotencia. No hay forma de que la muerte violenta de un ser querido pueda terminar con un significado, solo es un absurdo vacío. Esta tragedia nunca debería haber sucedido.

Sin ser testigo, la acción imaginaria de la historia de la muerte violenta asume una perspectiva surrealista, formada a partir de fragmentos de justicia penal e informes de los medios, distorsionados por fantasías vívidas privadas. La historia imaginada de la muerte de la víctima no puede registrarse completamente como "real".

La historia **recreada** de la muerte violenta es una respuesta primaria y se repite como un pensamiento repetitivo, imagen retrospectiva o pesadilla durante días, semanas o meses después de la muerte.

Hay otras historias secundarias que ocurren al mismo tiempo y su propósito es hacer que la muerte "no suceda":

- Historia de **remordimiento**: *"De alguna manera soy responsable de la muerte. Debería haber impedido que suceda y desearía haber muerto en su lugar"*.
- Historia de **represalias**: *"Alguien más es responsable de la muerte. Encontraré a esa persona y me desquitaré"*.
- Historia de **protección**: *"No puedo permitir que esto le pase a nadie más que cercano a mí. Los necesito cerca de mí para saber que estamos a salvo"*.

Estas historias repetitivas llenan la mente. La mayoría de los familiares y seres queridos pueden adaptarse al participar en un recuento restaurativo espontáneo y en rituales de reunión significativos de los fallecidos con la familia, los amigos y la comunidad. La historia de la vida del difunto gana ascendencia y se vuelve más sólida que la historia de su muerte.

Cuando ocurre una muerte violenta por un acto de terrorismo, suicidio, homicidio o accidente, el perito forense, los entes de justicia penal y los medios de comunicación participan en el recuento de la muerte para obtener justicia para el difunto y castigo para el agresor. Algunas veces, el recuento público de la muerte que hacen todas estas entidades es impreciso, insensible, confuso y complica el recuento privado. Es difícil para el familiar o amigo adaptarse finalmente a la muerte hasta que haya terminado este procesamiento público de la historia de la muerte.

La angustia por la separación y el trauma de la muerte violenta

El modelo de Recuento Restaurativo (RR) propone que la tensión por el trauma y la angustia por la separación son respuestas simultáneas: tensión por el trauma debido a la muerte violenta y angustia por la separación hasta la muerte. Si bien los pensamientos, sentimientos y comportamientos de tensión y angustia por la separación no son específicos, se pueden separar aproximadamente en dos síndromes:

Tabla 1

	Tensión por el trauma	Angustia por la separación
Pensamientos	Recreación	Reunión
Sentimientos	Miedo	Anhelo
Comportamiento	Evitación	Búsqueda

La disfunción clínica se asocia con imágenes e historias repetitivas, invasivas y enervantes como recuerdos de los fallecidos; la muerte y el yo observador simultáneamente convergen y se fusionan:

- *Las imágenes e historias disfuncionales del **difunto** contienen su terror e impotencia al momento de la muerte.*
- *Se repiten las imágenes e historias disfuncionales del **difunto** como ser testigo involuntario de un drama desintegrador que no se puede controlar.*

- *Persisten las imágenes e historias disfuncionales del yo arrepentido, vengativo o como el protector máximo de los amigos y familiares que quedan.*

La intervención enfocada a corto plazo descrita en este manual está diseñada para abordar específicamente el recuento disfuncional de la recreación traumática y las imágenes posesivas de remordimiento, represalia y necesidad de proteger.

La intervención por **Recuento Restaurativo (RR)** está diseñada para moderar el trauma internalizado y la angustia por la separación. La tensión por el trauma tiene prioridad neuropsicológica sobre la angustia por la separación. Dado que las imágenes e historias disfuncionales se relacionan principalmente con el trauma por la muerte, las estrategias de apoyo para lidiar con la angustia del trauma son los objetivos iniciales de la intervención. Antes de lidiar con la angustia por la separación, se debe estabilizar a la persona que está muy traumatizada por la muerte violenta, y la intervención inicialmente se centra en restaurar su capacidad de mantener la sensación de **seguridad, separación y autonomía** de la experiencia de la muerte. Llamamos a estas capacidades preverbales «**resiliencia**» y sin ella la persona se verá desbordada en las imágenes e historias de la muerte. Sin resiliencia, el ser observador corre el riesgo de desintegrarse en el mismo torbellino indescriptible de terror e impotencia que el difunto.

La intervención se aplica en un grupo cerrado de duración limitada (sesiones de dos horas durante diez semanas consecutivas) con una agenda y formato escritos (Rynearson, 1999). Los posibles miembros se seleccionan para evaluar la comorbilidad (trastornos por depresión, trastorno de estrés postraumático, abuso de sustancias) y los criterios de exclusión (psicosis activa, abuso de sustancias activas, discapacidad intelectual, trastorno grave del Eje II).

La teoría, la agenda y los objetivos de la intervención se comparten directamente con los participantes a través de debates y folletos. Proponemos a cada miembro que la modificación de las imágenes disfuncionales y las historias de los fallecidos, la muerte y el yo disminuyen las respuestas de angustia por el trauma y la separación.

La intervención primero se centra en las estrategias para restaurar la resiliencia, luego en ejercicios para volver a contar y celebrar la memoria viva de los fallecidos y de uno mismo, y después en ejercicios de "exposición" y recuento de la historia de la muerte.

Este recuento restaurativo restablece una imagen vital del difunto y de uno mismo que trasciende la muerte para que el familiar o el ser querido puedan volver a comprometerse con su propia vida a través de las historias de la muerte violenta (Rynearson, 2001).

La intervención se basa en los fundamentos clínicos del apoyo temprano a la crisis y luego en la mejora de las habilidades para reducir la angustia antes de volver a exponerse a la narración de la historia de la muerte violenta.

II. ENTREVISTA ESTRUCTURADA

Es esencial que el entrevistador establezca activamente a la persona durante la entrevista inicial, antes de una investigación detallada sobre la muerte violenta. El objetivo inicial de apoyo incluye el refuerzo activo de la resiliencia: mejorar las habilidades de autoconsuelo, establecer un "límite" o distancia emocional de la recreación y una invocación activa de imágenes esperanzadoras y vitales.

Este no es el momento para hacer un diagnóstico o para buscar traumas y vulnerabilidades del pasado. Una persona que está muy angustiada después de una muerte violenta necesita aclaración y dirección durante la sesión inicial y las preguntas deben buscar recursos internos y externos de resiliencia y apoyo.

Entrevista:

Historia anterior de trauma

- ¿Qué lo ayudó a sobrellevarlo?

Historia anterior de muerte

- ¿Qué lo ayudó a sobrellevarlo?

Recursos de apoyo

- Familia, amigos, trabajo, iglesia o espiritualidad: concepto de muerte.

Comorbilidad

- Asesoramiento, tratamiento psiquiátrico, medicamentos, hospitalización previos
- Diagnóstico psiquiátrico previo: trastorno depresivo mayor, trastorno de estrés postraumático, dependencia de sustancias químicas, trastorno de ansiedad, trastorno obsesivo compulsivo

Contraindicaciones para la intervención de recuento restaurativo

- Abuso activo de drogas o alcohol
- Discapacidad intelectual con disminución del funcionamiento de la memoria y control afectivo
- Psicosis activa
- Incapacidad para confiar, exposición, seguridad, control y esperanza

TRIAJE

Los prestadores de salud mental deben reflexionar sobre lo siguiente:

- **¿La persona está trabajando con un asesor de salud mental?**
¿Recomendaría que la persona lo considere? Considere si opina que la persona tiene rasgos caracterológicos que le dificultarían trabajar en grupo, especialmente un grupo a corto plazo cuyo enfoque es la pérdida violenta.
¿Le preocupa que esta persona no sea capaz de modular sus sentimientos en el grupo o se sienta abrumada por sentimientos de miedo o tristeza?
¿O es posible que necesite asesoramiento personalizado antes de participar en el grupo para abordar problemas graves y síntomas relacionados con el abuso sexual, el abuso doméstico o un matrimonio difícil?
Si tiene estas inquietudes, en lugar de "rechazar" a esa persona para que participe en el grupo, sugiera la necesidad de límites y el apoyo que puede brindar la terapia individual.
- **¿Cómo está durmiendo la persona? ¿Come? ¿Se concentra? ¿Toma decisiones?**
¿Puede cumplir con las obligaciones escolares o laborales? ¿Tiene aislamiento social? ¿Tiene ataques de pánico? ¿Imágenes retrospectivas? ¿Pesadillas? ¿Alucinaciones auditivas o

visuales? ¿Controla la ira? ¿Está en estado de hipervigilancia? ¿Notó un reflejo de sobresalto exagerado?

- **¿La persona ha buscado una evaluación con respecto a la medicación?**

Lo sugerimos cuando alguien informa ataques de pánico, sueño desordenado, ansiedad generalizada o depresión clínica moderadas a graves.

- **¿La persona tiene pensamientos suicidas?**

Si es así, realice un seguimiento con una evaluación de riesgo de suicidio y considere si el grupo es el tratamiento más apropiado en este momento.

- **En su evaluación, ¿le preocupa que la persona tenga un trastorno del carácter, sea semiparanoide, narcisista, evasiva o tenga un trastorno límite de la personalidad, por ejemplo?**

Si es así, piense en la composición general de su grupo. Antes de decidir llevar a esta persona al grupo, asegúrese de no tener otras personas con dificultades similares.

Lo que hace difícil trabajar en un grupo con personas con trastorno límite de la personalidad o narcisistas son los rasgos manipuladores, las exigencias de ser el centro de atención, las respuestas no empáticas, la dificultad para percibir y valorar los puntos de vista e impulsividad de los demás. Tenga en cuenta los efectos que esta persona puede tener en su grupo (y en usted).

III. INTRODUCCIÓN A GRUPOS DE RECuento RESTAURATIVO

El Recuento Restaurativo es una intervención específica para adultos incapaces de adaptarse a la muerte no natural de un amigo cercano o un familiar por síntomas prolongados (más de cuatro meses) de angustia intensa por trauma (imágenes de recreación, evitación, hiperactividad) y angustia por separación (echar de menos, vacío, autodesintegración).

El Recuento Restaurativo utiliza un formato de grupo de tiempo limitado. El modelo de grupo de apoyo ofrece un contexto de inmediatez y reciprocidad debido a las características comunes de la experiencia de los miembros de una muerte no natural por homicidio, suicidio, accidente, ataque terrorista o de combatiente. Reunir personas que comparten angustia en un evento similar es un potente catalizador restaurativo. Como ha demostrado el modelo de grupo de apoyo, la simple

maniobra de alentar la divulgación y el apoyo en una reunión tan homogénea es en sí misma útil en ausencia de técnicas clínicas específicas para una teoría o formato. Presumiblemente, el apoyo de otros miembros del grupo refuerza los elementos útiles no específicos de confianza, seguridad, coherencia, esperanza y control del cambio. Por lo tanto, otra tarea primaria pero no específica del Recuento Restaurativo será la iniciación y el refuerzo de la cohesión grupal.

Especificación de Ingredientes Activos

- La resiliencia psicológica (la capacidad de consolarse uno mismo y la capacidad para mantener el desapego, es decir, no fusionarse con una imagen traumática) se refuerza durante las sesiones iniciales. Este refuerzo de la resiliencia es un proceso necesario sobre el cual se producirá la modificación de imágenes subsiguiente. Sin resiliencia, la exposición imaginaria que se aproxima provocará una angustia insoportable y una evitación compensatoria.
- La restauración de imágenes positivas y no traumáticas del difunto y de uno mismo se inicia activamente a través de sesiones de "reunión" que sirven como un contrapeso positivo a las imágenes invasivas de uno mismo y del difunto, que comúnmente tienen prioridad y se asocian con la muerte. El restablecimiento de imágenes antecedentes también fomenta una base más firme para establecer y mantener el desapego.
- Una vez que la resiliencia (autoconsuelo y desapego) y las identidades antecedentes de autonomía se clarifican y se practican, el recuento restaurativo introduce la exposición imaginaria directa de las imágenes de la muerte a través del dibujo dirigido; es decir, la persona dibuja imágenes de la muerte antinatural y presenta el dibujo para procesarlo con el grupo.

Intervenciones Prohibidas

- No encontramos útiles los conceptos psicológicos que exigen determinantes inconscientes o comentarios que disminuyan las esperanzas de mejora, solos o en combinación.
- La exposición prematura a imágenes abrumadoras se resolverá con la evitación y la finalización prematura.

- Insistencia en la liberación (de llanto, ira o terror). La evitación y el estoicismo tienen un propósito y no deben ser desafiados prematuramente.

Metas y Fijación de Metas

Las indicaciones de Recuento Restaurativo de la muerte por causas no naturales (terrorismo, combate, homicidio, suicidio, accidente) cuatro meses o más antes de la consulta han conducido a la disfunción clínica con aumento de la angustia por la separación y el trauma, imágenes de la muerte, posible depresión clínica, deterioro significativo del funcionamiento diario, evitación, hipervigilancia o pensamientos invasivos que indican trastorno de estrés postraumático.

El Recuento Restaurativo no se complicará ni será complicado por otras intervenciones. Es común que los miembros del grupo tomen medicamentos psicotrópicos para la depresión comórbida o los trastornos de ansiedad. La evaluación para el apoyo con medicamentos psiquiátricos y su control es independiente del RR, ya que requiere asesoramiento psiquiátrico y mantenimiento a largo plazo. Los miembros del grupo también pueden participar en otros modos de apoyo psicológico sin disonancia debido a la especificidad de nuestro enfoque y propósito. Obviamente es ventajoso consultar con el facilitador o terapeuta externo para garantizar la coordinación y la reciprocidad en el enfoque del tratamiento.

Preparación/Selección Preliminar

El asesor evalúa a las personas que solicitan el Recuento Restaurativo con una entrevista semiestructurada y les hace pruebas de detección de trastornos comórbidos. Los posibles miembros del grupo reciben una serie de autoevaluaciones de detección que miden la depresión, el trastorno de estrés postraumático, el duelo complicado y la presencia de imágenes de muerte traumática. Estas evaluaciones de detección se repiten después del tratamiento para documentar el cambio.

A los posibles miembros del grupo se les pregunta si han participado antes en algún grupo. Esta es una buena oportunidad para evaluar y analizar experiencias positivas y negativas grupales.

Hay momentos en los que las parejas u otros miembros de la familia desean participar en el mismo grupo. Es importante durante la sesión de evaluación observar su interacción y evaluar si pueden compartir abiertamente su dolor, pensamientos, sentimientos y emociones.

Durante esta reunión, se llega a un acuerdo para centrarse en las imágenes de trauma y separación. Nos comprometemos a reunirnos durante diez sesiones semanales de dos horas y revisamos un folleto de la agenda de cada semana para que los miembros tengan una expectativa clara y concisa de nuestro formato. Se entrega a los miembros del grupo la agenda y un ejemplar del trabajo del Dr. Rynearson "*Accommodation to Unnatural Death*" (*Adaptación a la muerte no natural*).

Formato de la Sesión

Por lo general, el grupo tiene dos facilitadores y no más de diez miembros. Orientamos a las personas en la cita inicial. El RR comienza con una clara expectativa de finalización proximal. Se explica que el grupo es un grupo cerrado de tiempo limitado que se reúne semanalmente durante una sesión de dos horas, que empieza y termina de forma puntual durante diez semanas.

Informamos a los miembros del grupo de la importancia de asistir a todas las sesiones y, si no pueden asistir, la importancia de llamar y compartir el motivo de la ausencia con los facilitadores y los otros miembros del grupo. Esta medida es particularmente importante porque los miembros luchan con problemas de imprevisibilidad, pérdida repentina, ansiedad, rechazo y abandono.

Estructura de las Sesiones

Llamamos la atención sobre la cantidad de sesiones restantes y el enfoque de la sesión presente. Existe un tema y una agenda para cada sesión. A medida que avanzan las sesiones, los miembros del grupo adoptan un papel más activo y las sesiones se vuelven cada vez menos dirigidas por el facilitador. Todos debemos permanecer abiertos a lo que se desarrolla. El trabajo consiste en seguir el proceso a medida que avanza por los puntos principales.

Es útil abrir la sesión con un breve ejercicio de rudimentos/respiración; respirar profundo y exhalar. Los miembros del grupo han compartido que esta pausa les permite tomar una respiración profunda, soltar su día y enfocarse en el grupo.

Luego hay un breve (cinco minutos o menos) "registro" individual de cada miembro. Se alienta a los miembros a centrarse en los pensamientos, los sentimientos y las imágenes relacionados con el recuerdo de su amigo o familiar que fue asesinado, y qué cambio o cambios se han producido en esos pensamientos o imágenes específicos en la última semana.

Comenzar cada sesión grupal con este breve "registro" mantiene un enfoque específico y permite un seguimiento del cambio en las imágenes traumáticas en todos los miembros, incluidos los miembros que pueden ser tan tímidos y evasivos que podrían resistirse a divulgar ellos mismos qué les sucede espontáneamente.

Este registro también permite una breve actualización de los sentimientos relacionados con las tareas para el hogar u otras cuestiones que los participantes desean compartir con el grupo (es decir, actualización del tribunal, cumpleaños y otros eventos festivos).

El registro de pensamientos e imágenes relacionados con la muerte continua con una breve pieza didáctica o cognitiva. Por ejemplo, el facilitador puede hablar sobre cómo la pérdida traumática difiere de la pérdida por separación, qué es el trastorno de estrés postraumático, qué es comorbilidad, o qué son las imágenes de la muerte y por qué a menudo ocurren después de una pérdida traumática.

Secuencia de las sesiones

La colocación de las sesiones de reunión después de las cuatro sesiones iniciales y antes de las sesiones de imágenes de la muerte es un aspecto cuidadosamente diseñado del tratamiento. Las sesiones de reunión brindan a cada miembro del grupo la oportunidad de enfocarse en los aspectos positivos de quién era la persona fallecida antes de que ocurriera el trauma. Estas "presentaciones" también pueden ayudar a cada miembro a obtener una perspectiva en términos de tiempo y eventos reales que rodean la muerte. Además, al conocer más específicamente sobre cada persona que ha muerto, los miembros del grupo también comparten

las pérdidas de los demás hasta cierto punto. La sensación de que el grupo "conoce" al ser querido, aunque sea levemente, parece aliviar a cada miembro. El grupo se preocupa. El grupo sabe que la persona que murió era especial. El grupo siente la pérdida. El grupo ya no está conformado por extraños.

Cada sesión termina con una experiencia guiada de imágenes de cinco a diez minutos de duración. Hemos planificado una serie, que comienza con el anclaje y la respiración, que enseña los aspectos básicos de la relajación progresiva.

A menudo, lo que ocurre en las sesiones sugiere contenido para extensiones guiadas de imágenes de la relajación. Algunas veces, usamos imágenes planificadas previamente. Además de enseñar y fomentar la práctica con técnicas de autocontrol, finalizar las sesiones de esta manera les brinda a los miembros la oportunidad de tranquilizarse antes de abandonar el grupo.

Documentación:

Notas del historial clínico de cada participante después de cada sesión grupal.

Asignaciones Grupales

Hay cuatro tareas que los miembros deben elaborar para el grupo.

- Cada miembro prepara la presentación de la reunión.
- Dibujar imágenes de la muerte.
- Sesión familiar y con amigos.
- Dibujo de resiliencia.

DESCRIPCIÓN DEL GRUPO DE RECUENTO RESTAURATIVO

SESIÓN DE GRUPO UNO

1. ORGANIZATIVO:

- Coloque insignias/etiquetas con los nombres hasta que el grupo se sienta cómodo para recordar el nombre de todos.
- Esta es la sesión n.º 1 de diez, a partir de hoy y continuaremos hasta el (fecha).
- Estacionamiento/baño.
- Dónde "reunirse" antes del grupo.
- CONFIDENCIALIDAD (incluye quién está en el grupo, muerte de un ser querido, inconvenientes/problemas y qué sucede en el grupo).
- Importancia del compromiso de diez semanas.
- Si se ausentará, llame al consultorio antes de la sesión de grupo para avisar.
- Si las sesiones grupales se graban en video o se utilizan con fines de enseñanza o investigación, solicite a todos los miembros que firmen autorizaciones (es importante que se notifique a cada miembro durante la entrevista individual, la filmación no debería ser una sorpresa).
- Recolecte la serie de autoevaluaciones de cada miembro.

2. PRESENTACIONES:

- Facilitadores
- Miembros del grupo: Nombre, nombre del ser querido, relación y tipo de muerte (homicidio, suicidio, etc.), sin historias, solo presentaciones.
- Verificación de sentimientos (los facilitadores explicarán el registro semanal y el propósito)

3. PROPÓSITO DEL GRUPO:

- Tratar la(s) pérdida(s) traumática(s) de formas más activas.
- Fomentar la resiliencia.
- Mejorar la salud general y la actividad diaria.
- Aprender a tranquilizarse y calmarse uno mismo.
- Separarse uno mismo de lo que sucedió.
- Restaurar la sensación de tener un futuro.
- Aprender de cada miembro del grupo y apoyarse mutuamente en este proceso.

NOTA: Reafirme al grupo que ningún miembro será puesto "en el banquillo". Reconozca la evitación y la resistencia: es probable que los miembros prefieran no asistir a este tipo particular de grupo con enfoque en la pérdida traumática.

Al participar en el RECUENTO RESTAURATIVO, pensarán y probablemente hablarán sobre cosas que nunca habrían elegido pensar o hablar antes de la muerte.

4. CONTENIDO:

Cómo difieren los efectos de la muerte violenta súbita e inesperada de los efectos que se producen después de la muerte anticipada de un familiar/amigo.

- Sin adiós, no hay resolución.
- No hay tiempo para adaptarse o hacer preparativos.
- Problemas para comprender/aceptar/procesar la manera repentina en que murieron.
- Si hubo violencia involucrada...
- El quebrantamiento de la persona que murió, y el de usted mismo (sin opción).
- Si la muerte fue "voluntaria" (por ejemplo, suicidio), lo que esa persona "le hizo".
- Sin elección.

NOTA: Es importante normalizar los síntomas en esta sesión y explicar las asociaciones con la muerte súbita violenta. El objetivo no es hacer que los síntomas de los miembros estén "bien", sino que es explicar y reconocer la existencia de comorbilidad en esta etapa en todos los miembros del grupo. Los comentarios de los facilitadores como "por supuesto" y las preguntas formuladas en un tono objetivo fomentan que los miembros revelen las dificultades en su actividad.

5. LAS NARRATIVAS

Notificación de la muerte:

Una buena pregunta para hacer antes de compartir la historia es:

"Cuéntenos cómo se enteró de la muerte de sus seres queridos".

Compartir la historia:

¿Cuándo y cómo murió su ser querido? "Díganos qué sucedió".

NOTA: Los miembros necesitan garantías de que narrar lo sucedido es algo muy difícil de llevar a cabo, además de escuchar las historias de los demás.

6. RESPUESTAS DE LOS MIEMBROS DEL GRUPO ENTRE ELLOS

Los facilitadores pueden preguntarle al grupo una vez que hayan compartido sus historias:

"¿Cómo fue que habló/se enteró sobre lo que sucedió?"

"¿Alguien desea agregar algo a lo que se dijo?"

Los facilitadores, familiarizados de algún modo con la historia de cada miembro a partir de la entrevista inicial, deben conocer las posibles conexiones que pueden crear la interacción y la cohesión grupal temprana.

Los siguientes son algunos ejemplos de conexiones que los facilitadores conocen o descubren durante las narrativas que pueden ser útiles para las próximas sesiones:

¿Quién tiene niños en casa?

¿Quién tiene hijos que no están vivos?

¿Quién está trabajando? ¿Quién no está trabajando?

¿Quién tiene sentimientos de culpa?

¿Quién está teniendo dificultades en las relaciones con su pareja?

¿Quién ve muchas superficialidades en su mundo?

¿Quién se pregunta si existe algo significativo en su vida desde la pérdida?

RECONOCER FECHAS SIGNIFICATIVAS

Verifique con el grupo para identificar cualquier fecha significativa que ocurra durante las sesiones restantes, incluidos aniversarios, cumpleaños, aniversarios de fallecimiento y cualquier otra fecha especial.

Anote/registre estas fechas y recuerde reconocerlas como parte del grupo.

EJERCICIO DE RELAJACIÓN (consulte "Técnicas de Relajación").

SESIÓN DE GRUPO DOS: FUENTES DE APOYO

Registro:

Folleto: "Repertorio de sentimientos" - Considere el "Repertorio de sentimientos" al momento de registrarse hoy. Puede utilizar de dos a tres sentimientos de la lista a medida que avanzan.

NOTA: Después de la experiencia de perder a alguien que ama de una manera repentina e imprevista, es posible que tenga poca sensación de que "siente" algo o que solo se siente "mal" o "bien". El rango de sentimientos para usted se ha reducido a nada. O puede sentir algo, pero mucho menos intensamente. Ocasionalmente sus sentimientos pueden explotar dentro/fuera de usted. O tal vez solo esté consciente de sentir sentimientos "malos".

1. CONTENIDO: *Fuentes actuales de apoyo:* familia, amigos, comunidad, trabajo, fe o creencias espirituales. Es importante sentirse apoyado, que tiene a alguien o algo a lo que recurrir. Todos necesitamos esto, la sensación de que alguna persona está allí. ¿Se ha aislado? ¿Alguna vez siente que aunque esté rodeado de personas, no encaja y no tiene apoyo? Quizás aquí en el grupo comenzará a sentir conexión, una matriz de pertenencia.

- ¿Quién lo ha apoyado? ¿Cómo lo ha hecho?
- ¿Han cambiado sus apoyos desde la pérdida?
- ¿Cree que ha "agotado" todas sus fuentes de apoyo?
- ¿Qué soporte podría estar disponible ahora?
- ¿Protege a las personas más cercanas a usted, al ocultar cómo se siente o simula sentir de una manera cuando se siente de otra?
- ¿Quién/qué no le hace sentir bien/seguro cuando que está cerca?
- ¿Alguna vez sintió que "nadie entenderá nunca"?

Religioso/espiritual: ¿Qué sucede con su comunidad religiosa/espiritual, creencia o práctica? ¿Lo sostienen? ¿Qué concepto de muerte tiene cada uno de ustedes? ¿Cree en que existe una vida después de la muerte? ¿Siente una promesa de reunión con la persona que perdió? ¿Alguna vez considera que la muerte es una liberación para esa persona? ¿Ha cambiado esto? Pregunta de significado: ¿Por qué?

2. EJERCICIO DE RELAJACIÓN

SESIÓN DE GRUPO TRES: CAMBIOS/PREVALECER

Registro:

Folleto: "¿Cómo ha cambiado?" Las personas a veces dicen que han cambiado en todas las formas del folleto (consulte el folleto en el apéndice).

NOTA: En esta sesión, a menudo las pérdidas traumáticas que llevaron a las personas al grupo **resuenan** con otras pérdidas previas (por ejemplo, la muerte de una abuela, un perro/gato, un hermano, un aborto espontáneo/un aborto voluntario). Esto pueden compartirlo los miembros del grupo o señalarlo los facilitadores.

1. CONTENIDO:

- ¿Cómo ha cambiado desde la pérdida? (considere los cambios físicos, emocionales, espirituales).
- Los posibles cambios incluyen salud, trabajo, creatividad, finanzas, nutrición, ejercicio, rutinas, sueño, amigos, futuro, relaciones familiares, sensación de placer.
- ¿Cómo ha estado lidiando con estos cambios? ¿Quién se ha visto más afectado por estos cambios en usted? ¿Cómo ha estado lidiando con estos cambios y con estos otros?
- ¿Qué sucede con el cuidado personal? ¿Hace cosas por usted mismo? ¿Les está prestando atención a sus necesidades y sentimientos? ¿Participa en actividades que disfruta y lo relajan? ¿Realiza ejercicio regularmente?

Subsistir no significa "superar" ni "olvidar" ni vivir "como si" esto nunca hubiera sucedido ni tampoco "negar" lo que sucedió. Significa integrar lo que ha sucedido tanto como sea posible, vivir con ello, estar activo en la vida diaria, sentir cierta conexión, algún propósito.

Este evento traumático lo ha cambiado. Cuando esté "mejor", en algún punto usted no volverá a ser como antes. Esta pérdida es parte de su viaje. Ahora debe tomar decisiones, tal vez hacer elecciones que no habría enfrentado si no hubiese sido por esta pérdida. Algunas personas necesitan mudarse de casa, algunas encuentran que no pueden regresar a los mismos trabajos, tal vez haya una pareja en su vida y necesite al menos preguntarse cómo se siente esa relación ahora. Algunas de los viejos hábitos no funcionan y usted busca cosas nuevas.

2. EJERCICIO DE RELAJACIÓN

SESIÓN DE GRUPO CUATRO: COMORBILIDAD

Registro:

Consulte con el grupo sobre cualquier actividad de cuidado personal que hayan reanudado o en la que hayan participado desde la última sesión.

1. CONTENIDO:

- ¿Qué es la "comorbilidad"? Prevalencia de una **AFECCIÓN** o **ENFERMEDAD** o **PROBLEMA DE SALUD** que a menudo va de la mano con el "duelo". Puede incluir accidentes.
- **Depresión** (falta de concentración o enfoque, imposibilidad de tomar decisiones, sentimientos de inutilidad, desesperanza, pérdida de identidad, aislamiento social, pérdida o ganancia de peso, agitación o retraso psicomotriz, ideación o intento de suicidio, rango restringido de emociones, problemas para dormir, falta de placer, falta de sentido).
- ¿Cuáles son *algunos síntomas de estrés postraumático que pueden tener las personas?* (Ataques de pánico, imágenes retrospectivas, recreación, evitación activa de recordatorios, terror, pesadillas, pensamientos invasivos).
- Esta sesión permite analizar otros sentimientos como **VENGANZA** por la pérdida (particularmente relacionada con el homicidio), **CULPARSE A UNO MISMO** por lo que sucedió («si tan solo hubiera...») y, más comúnmente, **RECREACIÓN** de lo que se imagina que la persona oyó, vio, sintió (dolor, sufrimiento, terror) y qué sucedió durante los últimos momentos de su vida.
- Cambio o desaparición de **sentimientos sexuales**, tal vez la desaparición de estos sentimientos en una relación significativa continua. "Me miro al espejo y todo lo que veo es una mujer de mediana edad", dijo una miembro del grupo, "mi esposo se mudó al piso superior la semana pasada". "No puedo encontrar placer en la intimidad, no deseo sentir placer... pero por mi pareja dicen que es necesaria esta cercanía".
- **Abuso de sustancias: "¿Cómo es tomar de más?"**

La sensación de estar **CONGELADO** ya que la pérdida también es significativa. Todo ha permanecido en espera, a menudo durante años. Quizás las personas del grupo puedan identificar lo que sienten que deben hacer, específicamente o en general (por ejemplo, vender una casa, dividir los tesoros familiares entre los miembros de la familia, terminar una relación), pero no han podido tomar medidas para hacerlo. No saben a dónde van y ni siquiera ven un puente. Esto también está relacionado con sentimientos de culpa, lo que lleva a sentirse indigno. Si una persona se siente indigna, cree que no merece sentirse mejor, seguir adelante, avanzar hacia un futuro, crear un hogar, comenzar algo nuevo, reírse, amar y ser amado ni tener esperanza.

Los miembros del grupo a menudo informan sentirse invisibles, pasar sus días en el exterior, observando todo y a todos sin un sentido de pertenencia ni relación. Ya no se comunican, parece que ya no les importara nada. No les interesa la charla y se irritan cuando escuchan a los demás quejarse de cuestiones triviales. Pueden "lucir bien" o "como todos los demás", pero no se los "ve". DESEAN que no los "vean".

Es útil analizar las tradiciones culturales de duelo y pérdida y cómo se honran tales pérdidas significativas. ¿Dónde hacen esto los miembros de nuestro grupo? ¿Con quién?

NOTA: Es fácil y tentador para los facilitadores desear brindar consejos. Para esta sesión los miembros pueden opinar que llegaron al grupo deseando y esperando recibir respuestas: cómo superar los intensos síntomas del duelo, cómo superar culparse a uno mismo, aprender métodos y herramientas específicos o recibir tareas para dejar de sentirse miserable y estancado. Si usted siente que alguien le está diciendo que no está haciendo lo suficiente, que no está diciendo lo correcto y que no está satisfaciendo sus necesidades, preste atención. Obtenga una consulta. En RR es fundamental permanecer con el proceso de GRUPO. Si alguien en el grupo necesita más, tal vez necesite derivación a un tratamiento individual. Quizás el grupo tenga esta sensación. Solucione el problema. Por ahora, puede usar el grupo para este proceso.

2. ORIENTACIÓN A LA REUNIÓN/LAS NARRATIVAS

Para que el grupo sepa más acerca de la persona que perdió, pasaremos las próximas dos sesiones con narraciones de reunión/celebración, donde presentará a su ser querido. Puede traer fotografías, objetos, cintas de video o elegir otras formas de compartir recuerdos con nosotros. Puede ser tan organizado como le resulte cómodo. Solo nos gustaría saber más sobre la persona especial que perdió.

Como grupo, puede elegir cuándo desea presentarlo. Según el tamaño del grupo, planea pasar aproximadamente veinte minutos con cada uno.

3. EJERCICIO DE RELAJACIÓN

SESIÓN DE GRUPO CINCO: REUNIÓN

Registro: Este control incluirá un breve análisis de sentimientos y reacciones mientras se prepara para la presentación de la reunión.

1. PRESENTACIONES DE LA REUNIÓN

NOTA: Estas presentaciones varían ampliamente en la medida en que cada miembro haya organizado su tiempo. Por ejemplo, un miembro puede traer un sobre manila, sin abrir por mucho tiempo, que contenga recortes de noticias relacionados con la pérdida, que luego el miembro lee sin un orden en particular y pasa por todo el grupo.

Por el contrario, las presentaciones pueden centrarse en colecciones impresas de escritos y bocetos producidos por el difunto con copias para cada miembro del grupo. Hemos comido nuestros alimentos favoritos, visto cintas de video, escuchado grabaciones musicales, compartido cuentas de un artista cuyas obras de arte profesionales se basaron en recuerdos de los difuntos y la naturaleza de la pérdida. Lo importante es brindarle al grupo un sentimiento de las cualidades únicas y especiales de los fallecidos y de la naturaleza de la relación del miembro del grupo con esa persona.

Los miembros a veces descubren que no han tenido recuerdos positivos del difunto por bastante tiempo, especialmente en el caso de pérdida por suicidio o violencia familiar. Prepararse para estas presentaciones ha ayudado a los miembros a reparar su sentido de la perspectiva. Algunas veces, los miembros dicen que no han pensado ni mirado los artículos especiales del difunto por el dolor que les causó. Los miembros del grupo se dan cuenta de que han perdido el sentido del tiempo o el orden de los eventos que rodean la pérdida. La preparación para el grupo los ayuda a identificar estos "desenfoces" y les permite ordenarlos.

2. RESPUESTAS DEL GRUPO "¿Qué fue lo que compartieron hoy? ¿Qué les parece si vemos las otras presentaciones?"

3. EJERCICIO DE RELAJACIÓN

SESIÓN DE GRUPO SEIS: REUNIÓN

Registro:

1. PRESENTACIONES DE LA REUNIÓN (continuación)

2. RESPUESTAS DEL GRUPO

3. ORIENTACIÓN A LA IMAGEN DE LA MUERTE

NOTA: Puede orientar a los miembros del grupo de una manera similar a la siguiente:

*"Muchas veces las personas sienten que tienen estas imágenes **dentro** suyo y a veces también temen a sus verdaderos sentimientos si piensan en las imágenes. Al compartir sus dibujos, ya no estará solo con las imágenes. Al **exteriorizar** lo que ha estado dentro de usted a través de los dibujos, lo que ha visto o imaginado tantas veces se volverá más real en el sentido de que lo pondrá en palabras. Entonces todos podemos compartir algo de lo que ha estado llevando solo".*

Las imágenes de la muerte, que aparecen en las sesiones 7 y 8, se contrarrestan con las imágenes de Reunión de las sesiones 5 y 6. El quebrantamiento, la victimización, la violencia, la impotencia y el terror que los miembros suelen sentir al recordar, dibujar y presentar imágenes de la muerte no son independientes. Después de las imágenes de la reunión, tanto los miembros individuales como el grupo en su conjunto tienen muchas más probabilidades de retener las imágenes de los fallecidos y sentirse representados por la imagen de la muerte más que separarse de ella. Los miembros pueden "replantear" en lugar de "evitar" estas escenas invasivas, repetitivas y nuevamente traumatizantes.

En ocasiones, los miembros del grupo se sentirán más seguros y preferirán dibujar su imagen en grupo o en su oficina antes de la reunión grupal. Es importante ser abierto y flexible. Si el grupo prefiere dibujar imágenes en el ámbito del grupo, deberá establecer un límite de tiempo asignado de veinte a treinta minutos para que lo hagan y luego continuar con las presentaciones.

Los facilitadores pueden preguntar al grupo si desean quedarse un poco más durante la sesión 7 para terminar la mayoría de los ejercicios de imágenes de la muerte en una sola sesión.

La sesión 8 incluiría los ejercicios restantes y tiempo adicional para debatir y consolidar sus narrativas de recreación de la muerte "reformuladas".

4. EJERCICIO DE RELAJACIÓN

PREPARACIÓN DEL FACILITADOR PARA LA SESIÓN DE GRUPO SIETE: IMÁGENES DE LA MUERTE

Como facilitador, esta puede ser una de las sesiones más difíciles de abordar en grupo.

La idea de solicitarle al grupo que dibuje las imágenes de la muerte y rememore un momento tan doloroso puede parecer desalentador y contraproducente. Puede cuestionar el razonamiento especialmente después de las presentaciones de la reunión. El grupo en esta etapa ha ido bien y es posible que incluso haya notado momentos relajados de risa u otros cambios significativos y positivos.

Es importante recordar que aunque los miembros del grupo no hablarán de las imágenes, pueden estar pensando en ellas. Este es un tema que pueden evitar activamente. Es un tema que generalmente no se comparte con nadie, un tema que otros no desean escuchar. Las parejas u otros miembros de la familia en el mismo grupo han expresado sorpresa cuando las imágenes se comparten porque no estaban al tanto de los pensamientos o imágenes del otro miembro de la familia.

El grupo es un lugar seguro donde solo aquellos que han tenido este tipo de pérdidas pueden relacionarse con los pensamientos de recreación y no estar asustados ni ser juzgados. Lo peor ya sucedió el día en que murió su ser querido y este ejercicio les permite compartir estas imágenes de recreación.

Una vez que tenga confianza en este proceso como facilitador, puede generar un ambiente estimulante y seguro para que los miembros del grupo participen en esta actividad. Se alienta a los facilitadores a que pongan música suave y relajante, y les proporcionen a los miembros del grupo el tiempo y el espacio para completar el ejercicio.

Las imágenes que tienen los miembros del grupo pueden variar. Estas imágenes no son siempre de la muerte sino de otros pensamientos invasivos que rodean la muerte de su ser querido.

La siguiente descripción interactiva entre el terapeuta y el miembro del grupo es una ilustración de la sesión de imágenes de la muerte.

Ejercicio de Recreación:

Dado que la recreación se basa principalmente en la visualización imaginaria de las acciones de muerte violenta, fomentamos el dibujo con lápiz y crayones de las imágenes que se imaginan.

"Aunque no estuvo allí, probablemente tenga en mente una repetición imaginaria de la muerte, y más en imágenes que en palabras. Deseamos que haga un dibujo o varios dibujos que nos muestren lo que ve en la representación".

Cuando esté terminado, el dibujo servirá como imagen exteriorizada y compartida para el recuento mutuo. A menudo es la primera vez que el paciente "coloca palabras" en la espeluznante recreación visual. Si bien la mayoría de los pacientes coopera en la realización de este ejercicio proyectivo, algunos pacientes (y algunos profesionales médicos) se sienten más cómodos con la verbalización clara de las imágenes de la recreación. En cualquier caso, es importante ofrecer al paciente alternativas para compartir la recreación con el fin de que se pueda considerar cualquier cantidad de materiales:

- Dibujar imágenes de la recreación.
- Contar la historia de recreación.
- Escribir la historia de recreación.
- Leer informes policiales/periódicos sobre recreaciones y ver informes de videos de televisión.

Prólogo de Recreación:

Elenco de Personajes

Escenario: Concluyó la "fase introductoria" y el recuento de la reunión entre los participantes y los prepara para el recuento. El paciente acepta hacer un dibujo con lápiz y crayones de la escena de la muerte para el recuento (o puede esperar hasta la sesión y elaborar el dibujo con apoyo del terapeuta).

Paciente: Pat, "una madre joven traumatizada y arrepentida se fusionó en la recreación de su hijo asesinado".

Fallecido: Paul

Terapeuta: y "Moderador"

Guion:

Terapeuta: **"Antes de comenzar, ¿cómo fue dibujar las imágenes de la muerte?"**

(Es importante medir la reacción anticipada del paciente a la recreación y apoyarlo, ya que se siente excesivamente aprehensivo).

"¿Cómo se sentiría Paul con respecto a su presentación?"

(La respuesta puede reflejar el juicio proyectivo del paciente, de que Paul podría aprobarlo o desaprobarlo, y, en consecuencia, actuar como colaborador voluntario o involuntario).

Paciente: (Dice que fue muy difícil para ella hacer el dibujo, que le aterra hablar del tema, pero Paul aprobaría que lo comparta con otros).

Pat sostiene el dibujo contra su pecho bajo los brazos cruzados, como si no le permitiera a nadie ver lo que ha imaginado recién, y al revelar lo que era privado y surrealista está a punto de convertirse en realidad.

Ahora sostiene el dibujo frente a ella y comienza a llorar mientras señala la imagen de Paul en el centro, la única figura humana.

En el dibujo no aparece Pat, no se la ve en ningún lado.

(La ausencia del paciente adulto en los dibujos de recreación es la norma, correspondiente a su ausencia durante la muerte; por el contrario, los pacientes infantiles a menudo incluyen a otros en los dibujos de imágenes de la muerte que juegan un papel imaginario de intercesión y rescate)

Paul, su hijo de 12 años, yace en el medio de una acera; murió atrapado en medio de un tiroteo en automóvil mientras él iba a pie a la escuela. El dibujo muestra gráficamente la herida sangrante de su cabeza bañada en rojo y el automóvil alejándose velozmente con el arma del asesino sobresaliendo de la ventana. Nunca los atraparon.

Pat luego describe cómo fue notificada del asesinato, por la policía que describió el tiroteo y la llevó al hospital donde el personal de la sala de emergencias anunció que Paul había muerto en la escena del asesinato.

Luego señala el cielo azul y las nubes y coloca el espíritu angelical de Paul como liberado por encima de la escena agonizante.

Pat solloza y se mece a sí misma y a su dibujo, nuevamente aferrándolo contra su pecho con los brazos cruzados.

Terapeuta:

"Lo siento mucho, Pat, y no solo porque su dibujo está lleno de tragedia, sino porque ha tenido que contar esta historia una y otra vez sin que nadie la haya compartido con usted. ¿Cómo se siente comenzar a soltarlo y dejar que otra persona se convierta en parte del recuento?"

(Invariablemente, el paciente siente algo de alivio al compartir la narración con alguien preparado para empatizar y suavizar el aislamiento dentro de la antinarración).

"Observemos el dibujo juntos. Veo a Paul, pero usted no está en ningún lugar del dibujo, y lo entiendo porque no estaba allí cuando él estaba muriendo; sin embargo, tratemos de encontrar un lugar para usted en el dibujo de esta historia. ¿Dónde le gustaría colocarse y qué le gustaría hacer?"

(Pat se coloca en la acera con Paul)

Terapeuta:

"Está bien, ahora que se ha colocado al lado de Paul, imaginemos lo que hubiera hecho".

(Inicialmente, Pat desea evitar que Paul vaya a la escuela, luego intenta evitar que ocurra el tiroteo al detener de alguna manera el automóvil —eventos preventivos enérgicos para revertir la acción de la historia— luego, guiada por el terapeuta, se permite asumir un rol en la escena de la muerte, sosteniendo a Paul mientras siente que su espíritu retrocede para trascender hacia las nubes y la luz del sol, y finalmente llora cuando le da a Paul un último beso y suelta su abrazo).

Terapeuta:

"Si hubiera muerto por una causa natural, usted habría tenido tiempo de haber hecho todas esas cosas con Paul".

Preparado para seguir cualquier cantidad de representaciones imaginarias de Pat (incluidos el rescate, el respeto, el cuidado, la renuncia), el terapeuta guía el recuento de una representación imaginaria a la siguiente. Estas representaciones compensatorias de rescate, resucitación y reencuentro son actos preverbales icónicos, una vez que se han introducido, se mantienen. Son representaciones "naturales" de una muerte natural eclipsadas por la ascendencia y la intensidad de la recreación de imágenes de la muerte violenta, y una vez activadas, brindan coherencia y vitalidad para contrarrestar los temas de recreación del nihilismo y la desesperación. Son representaciones familiares y cómodas que fluyen de Pat como madre de Paul de manera espontánea y natural.

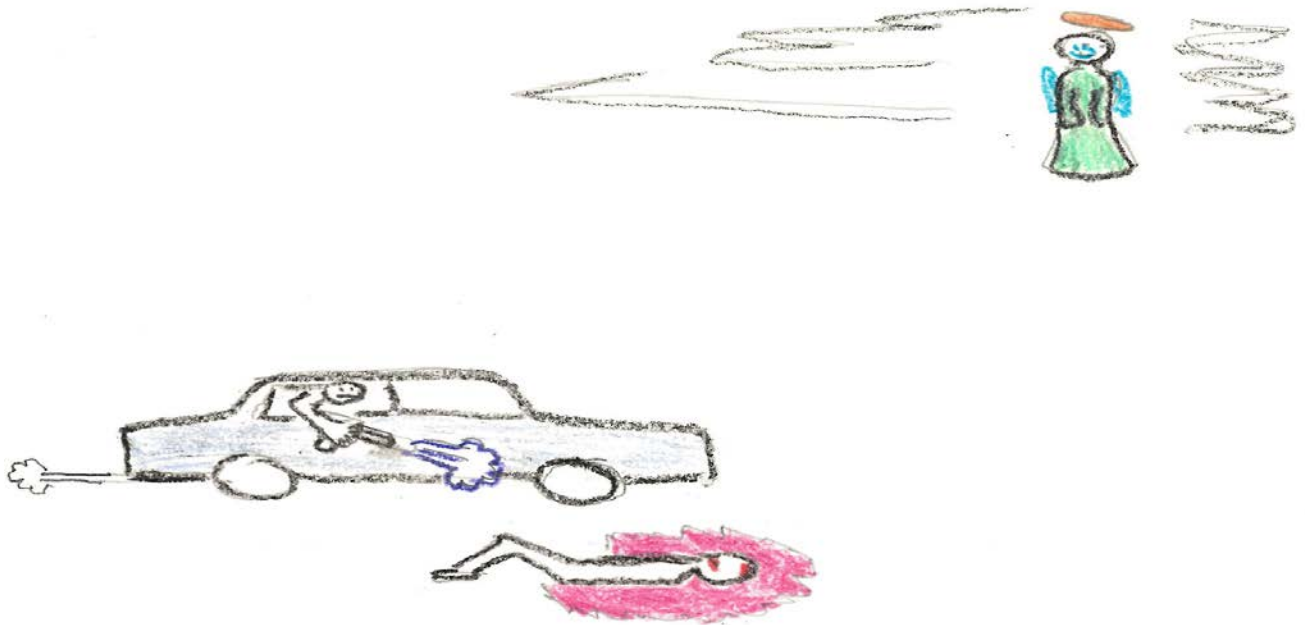
Los objetivos restaurativos del ejercicio de recreación son iniciar la representación del cuidado y de la búsqueda de cuidado al colocar a Pat en las imágenes con Paul, y generar la preservación (la iniciación de las acciones de vinculación de rescate, reunión y resucitación de Pat) a través de sugerencias basadas en la acción. La liberación de Pat del enredo doblemente vinculante y la inversión de roles de Paul (que ahora sirve como cuidador del remordimiento de Pat) puede potenciarse mediante comunicaciones triádicas e imaginarias entre el terapeuta, Pat y Paul.

Terapeuta:

"Parecía estar atrapada en la historia de la muerte de Paul. Tal vez debido a su obligación máxima como madre y protectora de Paul, usted no podía permitir que ocurriera esta muerte violenta. De alguna manera debería haberlo evitado, y ahora debe quedarse con él en la historia para que no muera solo. ¿Cómo se sentiría Paul acerca de su encarcelamiento en la historia de su muerte? ¿Qué podría hacer o decir Paul para ayudar a liberarla?"

(El apego "doblemente obligatorio" está tan lleno de arrepentimiento y aversión que Pat no puede abandonar a Paul ni crear un rol para ella misma en la historia recreada, pero tal vez Paul y el terapeuta pueden guiar un recuento que restablecerá su papel como cuidadora. Paul podría recordarle que era una madre concienzuda y cariñosa, que él no creía que ella fuera responsable de su muerte, que se habría sacrificado para salvarlo, pero que debe continuar cuidando a su hermano menor, a su hermana y a su padre. El terapeuta podría sugerir que Pat y Paul se consuelen mutuamente mientras lloran y se aseguran uno al otro que permanecerán seguros y enteros a medida que se liberan de la historia de la muerte. Al igual que Pat, Paul necesita encontrar un papel para sí mismo más allá de la narrativa de la muerte para que su espíritu esté en paz. Al igual que el recuento restaurativo, la revisión del rol de Pat en la narrativa del apego es una tarea mutua: las tres voces introducen temas armonizadores que alientan que Pat y Paul avancen y se alejen de la fijación, y los cambios son una concesión más que solo bienvenidos).

Ilustración de Imágenes de la Muerte



SESIÓN DE GRUPO SIETE: IMÁGENES DE LA MUERTE

Registro:

NOTA: Es importante recordarles a los miembros que esta es la séptima sesión grupal de diez.

1. IMÁGENES DE LA MUERTE

- Entregue varias hojas de papel de dibujo a cada miembro junto con una selección de lápices, bolígrafos, crayones o marcadores entre los que deberán elegir para este ejercicio.
- ¿Qué imagina o ve reiteradamente, en sueños o en momentos de vigilia?
- A veces, tal vez varias veces todos los días y todas las noches desde que sufrió la pérdida, tal vez haya imaginado cómo fueron los últimos momentos de su ser querido. ¿Qué ve que está sucediendo? ¿Qué oye? ¿Quién estaba allí? ¿Dónde ocurrió? ¿Dónde estaba usted? ¿Cuándo/A qué hora del día? ¿Qué se repite una y otra vez en su mente acerca de ese momento?
- Tome estas hojas de papel. Dibuje lo que imagina. Una vez más, compartiremos estas imágenes en las próximas dos sesiones.

Cuéntenos sobre su dibujo. ¿Cuáles imagina que fueron los últimos sentimientos y pensamientos de la persona? Cuéntenos qué sucedió. ¿Dónde se imagina a usted mismo si hubiera estado allí en el momento de la muerte? ¿Qué se imagina haciendo si hubiera estado allí?

Los facilitadores a menudo pueden apoyar a los miembros en sus presentaciones alentándolos a comenzar un diálogo con los fallecidos. Por ejemplo, los facilitadores pueden preguntar: "Si la persona estuviera aquí con nosotros, ¿cómo desearía que la recuerde?" o "¿Cómo nos ayudaría a superar estas imágenes?" o "¿Cómo podría ayudarnos con este apoyo?"

2. RESPUESTAS DE LOS MIEMBROS

3. EJERCICIO DE RELAJACIÓN

SESIÓN DE GRUPO OCHO: IMÁGENES DE LA MUERTE/ La conversación

Registro:

1. IMÁGENES DE LA MUERTE (continúa la conversación)

Esta sesión les permite a los participantes hablar más sobre pensamientos, sentimientos y emociones asociados con el ejercicio de imágenes de la muerte.

Preguntas:

Ahora que ha pasado una semana desde que dibujó sus imágenes y las compartió con el grupo, ¿qué cambios ha experimentado con respecto a sus imágenes?

Durante las últimas ocho semanas, hemos cubierto muchos temas, ¿hay algo que no se haya mencionado? ¿Hay algún tema que le gustaría analizar más en profundidad?

Muchas veces las personas desean hablar más sobre los sentimientos de enojo. ¿Y sobre la culpa?

2. RESPUESTAS DE LOS MIEMBROS

3. PREPARACIÓN PARA LA SESIÓN CON LA FAMILIA/LOS AMIGOS

La próxima semana traerán a un miembro de la familia o a un amigo que haya tenido un papel importante en sus vidas. Nos gustaría darles la bienvenida e incluirlos. Les solicitaremos que los presenten y nos digan de qué forma han sido fuentes de apoyo para ustedes. A ellos les solicitaremos que describan los cambios que han visto en ustedes, cómo ustedes han sido fuentes de apoyo para ellos y que compartan sus inquietudes.

Crearemos una ceremonia juntos.

4. EJERCICIO DE RELAJACIÓN

SESIÓN DE GRUPO NUEVE: FAMILIARES/AMIGOS

Registro:

1. PRESENTACIONES

Al miembro del grupo: presente a su familiar o amigo. ¿De qué modo lo ha apoyado esta persona?

2. FAMILIAR/AMIGO

Preguntas para el invitado:

¿Qué cambios ha observado en (miembro del grupo) desde la pérdida? ¿Y desde que (miembro del grupo) participa del grupo? ¿Qué preocupaciones tiene sobre su amigo/familiar, (miembro del grupo)?
¿Qué le pareció que lo haya invitado aquí hoy?

Preguntas para el miembro del grupo:

¿Cómo le ha ayudado su amigo/familiar, (invitado), desde la pérdida?
¿Ha notado cambios en su amigo/familiar, (invitado), desde la pérdida?
¿Ha tenido preocupaciones sobre su amigo/familiar, (invitado)?

3. EJERCICIO DE RELAJACIÓN/RITUAL CEREMONIAL o ACCIONES CEREMONIALES

Nota: El ejercicio de relajación para esta sesión se reemplaza con un ritual ceremonial.

Los objetivos del ritual son:

- (1) reconocer la pérdida que el miembro del grupo ha compartido con el amigo/la familia;
- (2) agradecerse mutuamente por el apoyo y reconocer el apoyo del grupo;
- (3) confirmar la naturaleza de apoyo mutuo de la relación continua.

Algunos ejemplos pueden incluir:

- Tomarse de las manos en un círculo
- Un momento de silencio
- Decir "Una palabra" (Paz, Compartir, Amor, Coraje)

Los facilitadores pueden desear llevar refrigerios (con menos fondos reducimos muchos costos de compras adicionales).

SESIÓN DE GRUPO DIEZ: CONCLUSIÓN

Registro: ¿Qué sintió acerca de que (su amigo/miembro de la familia) estuviera aquí la última vez?

DIBUJO DE RESILIENCIA

Materiales que necesitará: papel de dibujo, bolígrafos, marcadores de colores, crayones.

Actividad 1: Solicite a los miembros del grupo que dibujen a las personas, las mascotas, los lugares o las cosas con las que sienten una profunda conexión; les brindan alegría, consuelo, paz, sentido, les nutren el alma y levantan el espíritu.

Permítales quince minutos para terminar el dibujo. Luego solicite a cada miembro del grupo que lo comparta. Este ejercicio sirve como herramienta para que reconozcan, reconecten o acepten lo que les ha ayudado en sus vidas.

Actividad 2: Los miembros del grupo y los facilitadores escriben un pensamiento de despedida el uno al otro sobre lo que los conmovió acerca de esa persona y comparten sus pensamientos y el significado de sus palabras.

2. MEDIDAS POSTERIORES A LA INTERVENCIÓN: Se les solicita a los miembros del grupo que repitan las mismas medidas estandarizadas que tomaron antes de la intervención para que podamos hacer una comparación objetiva de sus puntajes de angustia. El líder del grupo explica que se preparará un informe privado de los puntajes comparativos de cada miembro del grupo e invita al grupo a reunirse nuevamente dentro de un mes para su revisión.

3. PROGRAME UNA REUNIÓN DEL GRUPO DENTRO DE UN MES (fecha, hora, ubicación)

4. DESPEDIDAS: Los siguientes son algunos ejemplos para el ritual de cierre:

Abrazo de mano en grupo: Para empezar, una persona toma firmemente la mano de la persona que está a su lado. Esta persona toma la mano de la persona contigua y así sucesivamente, hasta que el "abrazo" haya pasado por todo el círculo y regrese a quien inició el abrazo de mano en la dirección opuesta hasta que se completa el círculo.

SESIÓN DE GRUPO ONCE: REUNIÓN/UN MES DESPUÉS DE LA INTERVENCIÓN

Propósito: Revisar y explicar los resultados de las medidas previas/posteriores como un ejercicio grupal mientras cada miembro revisa en privado sus puntajes registrados de comparación.

Registro: Actualización o cambios posteriores a las sesiones del grupo.

IV. TÉCNICAS DE RELAJACIÓN

Los facilitadores guían al grupo hacia la "conciencia conectada". Sepa que su voz es una conexión importante para los miembros que son nuevos en este tipo de trabajo o que no están acostumbrados a trabajar con usted como guía. Proporcióneles tiempo para concentrarse en su respiración y para que se relajen solos durante este período de quietud, con usted como guía. Confiarán en usted, en sí mismos, en el grupo. Su voz es un conector. Hable a un volumen cómodo, pero asegúrese de que todos puedan escucharlo. Que alguien se esfuerce por escuchar lo que está diciendo produce ansiedad. Conéctese con su experiencia profesional para que pueda guiar a los demás.

Comparta con el grupo que al aprender relajación progresiva, es posible que se duerman. Algunas veces este es un resultado importante y buscado; pero al usar la relajación para tranquilizarse o centrarse, tendrán que enfocarse en una cosa: su propia respiración. Mantenga suavemente la conciencia.

Beneficios de practicar técnicas de relación:

- relajación de la mente (pensamientos invasivos, imágenes) y el cuerpo (ritmo cardíaco rápido, problemas digestivos estomacales, mareos, pánico, dolores de cabeza, tensión arterial, infecciones, por ejemplo, sinusitis, resfríos, gripe);
- efectos fisiológicos positivos;
- calma;
- una forma de conectarse después de un momento molesto/difícil o cuando siente ansiedad o desconexión.

Refuerce y practique el anclaje, con el vientre relajado, concéntrese en la respiración y coloque los pies sobre el suelo, la Tierra.

Ya sea que esto sea algo conocido o una novedad para las personas, siempre es bueno practicar.

- Colocar las manos sobre el vientre puede consolarlo cuando se sienta ansioso o vulnerable.
- Colocar las manos sobre el corazón puede animarlo para sentir misericordia.
- Anclaje: junte los dedos pulgar e índice; descanse las manos en el regazo.
- Siéntese cómodamente, ninguna parte del cuerpo cruzada, sienta dónde está bloqueado y tenso.
- Cierre los ojos si se siente cómodo al hacerlo.
- Si siente personas, pensamientos, presiones o voces negativos, reconózcalos: "más tarde".
- Céntrese en la respiración.

Imágenes de Color:

A veces, puede ser difícil relajar la mente y liberar los pensamientos. Un ejercicio simple puede facilitar el proceso. Solicite a cada participante que escoja un color que lo calme y un color que normalmente no le guste o que no lo tranquilice. Con los ojos cerrados y el cuerpo relajado, solicíteles que imaginen que el color que los calma flota a través de sus cuerpos cada vez que inhalan, y el otro color, que es negativo, cuando exhalan. Con cada respiración, sus cuerpos se llenan con este bello color relajante ya que también exhalan el color o la energía negativos.

Como facilitadores, es posible que ya conozcan otras técnicas de relajación útiles que puedan compartir con el grupo al final de cada sesión. Que las personas puedan aprender a calmarse por sí mismas las empodera.

V. ROLES DEL FACILITADOR

Como en cualquier grupo, los facilitadores actúan como modelos que establecen límites (de tiempo, espacio, orden), ponen palabras a las acciones, los pensamientos y sentimientos, brindan ejemplos de conductas enriquecedoras y afectuosas, y alientan las conexiones e interacciones entre los miembros del grupo. Los miembros del grupo a menudo ven a los facilitadores no solo como una autoridad, sino como profesionales con obligaciones para desempeñarse de determinada manera en el grupo. Cuentan con que así sea. Pero esto tiene sus limitaciones y, de hecho, a medida que el grupo se cohesiona y se vuelve más activo, el rol de los facilitadores cambia y se convierte más en estar presente, contener, "no interferir" en el grupo.

Los facilitadores modelan la aceptación por no juzgan a los miembros ni dan consejos. Los facilitadores valoran los sentimientos que se expresan con sinceridad. Se brinda seguridad dentro del grupo a la angustia o la ira, la tristeza o la confusión debido a que los facilitadores mantienen el entorno de sanación y las relaciones "en la mira". La escucha activa, la reiteración y la solicitud del aporte del grupo son todos comportamientos importantes que ayudan a las personas y al grupo a desarrollar la confianza y la resiliencia.

Las preguntas y las interpretaciones siguen siendo abiertas y tentativas, ya que cada miembro descubrirá su propio camino distintivo hacia la adaptación. Los facilitadores no son autoridades con soluciones unitarias, sino guías que ayudan a establecer coordenadas y límites. Al mantener la moral del grupo mientras inculcan capacidades de recuperación como un contrapeso en relación con la separación y la angustia del trauma, los facilitadores restablecen el movimiento y la dirección más allá de la muerte no natural.

Como el tratamiento tiene un límite de tiempo, los facilitadores suponen que los miembros del grupo pueden hacer esta transición. Los objetivos del tratamiento se limitan a iniciar un ajuste a la muerte no natural y a crear una base sólida para la adaptación futura. Cabe destacar este énfasis en la adaptación como desafío para toda la vida en lugar de como cura a corto plazo. Al hacerlo, los facilitadores aclaran su rol como colaboradores y catalizadores en lugar de primarios y sostenidos.

En el RR de tiempo limitado es esencial la habilidad del facilitador para evaluar la comorbilidad en base a la serie de selección y para tomar decisiones con respecto a los niveles adecuados de intervención adicional o posterior para cada miembro del grupo.

Las complicaciones en esta relación de apoyo a corto plazo pueden ocurrir a medida que los miembros se ven amenazados por la presión por la divulgación (seguridad), la falta de resiliencia (angustia creciente) y la desesperación personalizada (sin esperanza de cambio).

A veces estas complicaciones están relacionadas con rasgos o trastornos caracterológicos premórbidos. Las personas con vulnerabilidades fronterizas, histriónicas, narcisistas o paranoides se enojan, desconfían y demandan tiempo y atención excesivos. Una evaluación cuidadosa de estos rasgos antes del RR evitará esta complicación. Si a sabiendas, dicha persona se incluye en el grupo, los facilitadores deben alentar y, en ocasiones, insistir en el apoyo individual fuera del formato de RR. Otros miembros y el facilitador pueden abordar y responder a las complicaciones.

De nuevo, es difícil para un grupo de tiempo limitado apoyar a más de uno de esos miembros. Los facilitadores tienen el control final sobre el mantenimiento del vector útil y en ocasiones deben trabajar en un soporte alternativo para un miembro excesivamente perturbador. Lo mejor es hacerlo durante la sesión grupal para que los otros miembros puedan compartir el proceso y la disposición. Una partida abrupta de un miembro perturbador puede experimentarse como otra separación traumática. A pesar de que las decisiones finales son las del facilitador, los miembros del grupo se sienten aliviados de que los asuntos delicados se puedan abordar con empatía.

En nuestra experiencia con este enfoque, es muy raro que los miembros abandonen el grupo. A lo largo de los años, hemos tratado a muchos miembros que han desafiado a otros grupos y facilitadores. Hemos podido satisfacer sus necesidades cuando nos mantenemos enfocados en la muerte no natural y sus efectos.

Si bien nuestro programa no puede prometer coherencia y autonomía, al menos podemos presentar un camino estructurado a través de la montaña del escrutinio comunitario, el proceso del sistema judicial penal y la angustia del duelo relacionado con el delito cuando el miembro de la familia encuentra y restablece su propio camino.

Características del Facilitador de RR

El facilitador habrá tenido suficiente experiencia en apoyo grupal para demostrar su competencia para iniciar, reforzar y restaurar la cohesión grupal. Además, el facilitador tendrá una sólida base de conocimientos y experiencia en apoyo con participantes con angustia traumática y angustia por separación. Los facilitadores también requerirán suficiente información diagnóstica para llevar a cabo una evaluación precisa anterior al apoyo que incluya el reconocimiento de trastornos comórbidos. El facilitador tendrá competencia para gestionar el formato y los objetivos de apoyo a corto plazo, lo que exige un alto nivel de habilidades organizativas. También estará familiarizado y tendrá habilidades en las técnicas del control del estrés y la exposición gradual.

Esta combinación de aptitudes clínicas se puede encontrar en cualquier nivel de profesional médico (psiquiatra, psicólogo, trabajador social o asesor). Los profesionales de salud mental con amplia experiencia con participantes incapaces de adaptarse a la muerte no natural se supone que se sentirán más cómodos con esta población objetivo.

La experiencia en las siguientes áreas es un requisito indispensable para un facilitador de RR:

- la capacidad de fomentar la comunicación de imágenes visuales;
- un estilo de compromiso activo y enérgico;
- saber cómo intervenir de modo altruista;
- capacidad de enseñar a los miembros del grupo cómo convertirse en oyentes y defensores eficientes debido al estilo de comunicación sensible y respetuosa del facilitador.

Actitudes del Facilitador

- Tolerancia a la ambigüedad (es decir, la adaptación a la muerte no natural no se puede "completar"). Dado que la adaptación nunca terminará, parece prudente abordar el RR como un comienzo o una parte del camino de curación en lugar de insistir en que sea un fin y un objetivo definitivos. La aceptación de la ambigüedad brindará a los miembros la libertad y la flexibilidad para desarrollar su propia tolerancia a la ambigüedad en lugar de mantener las imágenes rígidas y repetitivas y los comportamientos de angustia por separación/trauma.

- Mantenimiento de la calma, la esperanza, la autenticidad y el humor propios. Los facilitadores ven su función como colaboradores para ayudar a los miembros a volver a contar sus narraciones de muertes traumáticas de modo que les asegure modificaciones y cambios de sentido. Un facilitador que insiste en mantener la autoridad no puede "apropiarse" de la narración de otra persona.

Supervisión del Facilitador

Es importante que los facilitadores planifiquen con anticipación cada sesión. Los facilitadores pueden compartir temas principales asignados cada semana, ya que les permite estar activos durante todas las sesiones del grupo. Tal vez una semana un facilitador comenzará con el registro y otro finalizará la sesión con el ejercicio de relajación. Ambos pueden compartir los temas tratados cada semana.

También es importante que los facilitadores brinden un informe a los cofacilitadores o al supervisor después de cada sesión.

Los aspectos del tratamiento que se consideran importantes controlar son la dinámica de grupo (en particular la cohesión) y los enfoques específicos a cualquier complicación, como las sesiones perdidas de los miembros, las llegadas tardes u otras formas de mal comportamiento.

Los facilitadores deben recibir apoyo para aprender a mantener una postura útil con respecto a las solicitudes de los miembros del grupo de que interpreten los dibujos de imágenes de la muerte de los miembros directamente. Específicamente, de qué forma responde el facilitador a la pregunta "¿Esto qué significa?"

Comúnmente, los facilitadores deben abordar las preguntas de los miembros sobre por qué las sesiones transcurren en la secuencia de RR.

Por último, los supervisores deben creer y recordarse a sí mismos y a los facilitadores del grupo que el RR es solo una parte del viaje de sanación de cada miembro del grupo.

VI. SOLUCIÓN DE PROBLEMAS

Hemos estructurado esta sección alrededor de los cuatro principios de tratamiento grupal del Dr. Jerome Frank, de su libro "*Persuasion and Healing*" (*Persuasión y sanación*): (1) una relación de confianza, (2) un entorno de curación, (3) un esquema racional y (4) un procedimiento activo. Por supuesto, están estrechamente relacionados y no son categorías excluyentes.

1. La Relación de Confianza: Confianza, Confidencialidad y Consentimiento Informado

Las preocupaciones sobre la confidencialidad son comunes en los grupos. Está el problema de la tendencia suicida, por ejemplo: deberá seguir las leyes de su estado, pero también debe informar al grupo que si alguien se siente suicida, usted deseará hablar con esa persona individualmente y hará todo lo posible para asegurarse de que se mantenga a salvo. En este caso, deberá infringir la confidencialidad.

Antes de comenzar la sesión grupal, asegúrese de estar completamente informado de sus obligaciones legales si se revela algo durante las dichas sesiones que podría poner en peligro un caso o que un miembro del grupo desea tratar pero le solicita a usted y al grupo que lo "mantengan en secreto". Sepa exactamente dónde se encuentra, en este momento.

Refuerce al comienzo de la sesión que, si bien los miembros pueden desear hablar con sus amigos o familiares sobre lo que sucede en el grupo o sobre quiénes o qué casos están en el grupo, es muy importante que guarden esta información para sí mismos y dentro del grupo. Reitere el privilegio de unirse y cómo el apoyo grupal se basa en la confianza y el compromiso que cada uno tiene con el grupo como un todo. Este es un lugar al que los miembros del grupo pueden acudir con sus historias privadas a veces, diferentes de las historias que crean los medios o que exige el sistema judicial penal. Dicho esto, vuelva a solicitar a los miembros del grupo que mantengan la confidencialidad de lo que sucede durante las sesiones grupales.

A veces las personas están preocupadas por las evaluaciones de detección. Tenga en cuenta que su propósito es clínico, que desea estar seguro de que el grupo es apropiado y una fuente de apoyo para la persona en este momento. Desea hacer esta recomendación y tomar esta decisión con la persona, no para la persona. Los "formularios" que completan le ayudan a conocerles y usted sea que vuelvan

después de concluir el grupo para ver cómo han cambiado las cosas en comparación con cuando comenzaron las sesiones del grupo. Esta también será una buena oportunidad para hablar sobre lo que pueden desear hacer después. Es un modo focalizado de "observar" con ellos.

Muchas veces, dicho de esta manera, las personas están agradecidas de que les ayude a organizar lo que sienten y a expresarlo en palabras.

Averigüe cuáles son las políticas de su entidad con respecto al consentimiento informado y al uso y almacenamiento de la serie de información y formularios de detección. La serie de detección es una colección de instrumentos clínicos sobre los cuales basará sus decisiones clínicas.

En presencia de familiares y amigos de las víctimas traumatizadas por el delito, es fácil para los facilitadores y defensores sentir que no están haciendo lo suficiente. Ese sentimiento es especialmente real porque los facilitadores desean ayudar: es lo que se supone que debemos hacer. Por lo tanto, es fácil extenderse demasiado, permitir que las sesiones sean más extensas, pasar mucho tiempo al teléfono con los miembros del grupo entre sesiones, asistir a eventos sociales con miembros del grupo, perder el enfoque del grupo. El grupo tiene un límite de tiempo y también lo tiene su participación.

Los miembros pueden optar por repetir las sesiones grupales, y a menudo lo hacen, pero deseamos advertir a los facilitadores que sean sensatos y estén conscientes de sus propios sentimientos de agotamiento, desorganización, frenesí y la necesidad ilimitada de ayudar. Ya está ayudando al ofrecer las sesiones grupales. Esa es su función.

Esté atento a las necesidades de derivación de los miembros, a sus necesidades de apoyo de su red profesional respecto de los miembros del grupo que necesiten un apoyo más exhaustivo. Usted no puede hacerlo todo.

2. El Entorno de Curación: la Seguridad

Llegadas Tarde: Las llegadas tarde interrumpen la cohesión y la coherencia del grupo. Si bien estas interrupciones no se pueden evitar, enfatizamos la importancia de que los miembros hagan todos los esfuerzos posibles para ponerse en contacto con el facilitador con el fin de que puedan

explicar sus ausencias. Considere plantear el tema al grupo. Pregúnteles cómo se sienten cuando estas cosas suceden. Provoque que lo declaren durante la sesión grupal. Provoque que se lo transmitan directamente al miembro del grupo la próxima vez que asista. Mantenga los límites: empiece y termine la sesión a tiempo.

Inasistencias: ¿Llamará al miembro que no asiste y no llama para avisar? Sí. Una breve llamada al día siguiente es importante. Verifique brevemente cómo se encuentra, exprese que el grupo lo echó de menos y pregúntele si asistirá la próxima vez. Reitere la importancia de que se comunique con usted si no asistirá. Siga brindándoles a los miembros su número de teléfono y anímelos a que lo llamen si no asistirán. También señalamos que no hay sesiones de "recuperación", por lo que las ausencias son irrecuperables.

Perder más de dos de las diez sesiones (especialmente si son consecutivas) descalificará a los miembros para continuar en el grupo, al igual que las llegadas tarde reiteradas. Con el RR, el tiempo y la atención no alcanzan para comprender la dinámica de la llegada tarde o la ausencia. Si los miembros temen asistir debido a trauma y angustia por separación más intensos, en esos casos los actos de evitación pueden reducirse con apoyo adicional y refuerzo de la resiliencia. Los miembros desde el principio aceptan estas limitaciones para que se prevea su fortalecimiento.

Miembro del Grupo Intoxicado: ¿Qué hará si un miembro llega a una sesión mientras está intoxicado? ¿Ignoraría lo obvio? No, y tampoco lo hará el grupo. Amablemente, pregúntele al miembro si esto es lo que le está sucediendo, reconózcalo en presencia del grupo y hágale saber que usted aprecia lo importante que debe ser el grupo para él/ella. Sin embargo, también debe informarle que no es apropiado que alguien que está ebrio o drogado concurra al grupo.

Abandonos: ¿Qué sucede si un miembro del grupo abandona el grupo antes del final de las diez sesiones?

Por supuesto que deseará hablar con esa persona individualmente. Averigüe qué lo incita a dejar de asistir. Invítelo a que lo llame en el futuro si está interesado en formar parte del grupo. Informe a su grupo que llamará a ese miembro y luego informe al grupo de la decisión de la

persona. Es posible que invite al grupo a firmar una tarjeta para enviársela. Esta es una oportunidad para que su grupo se "despida" de una "manera segura" para ellos.

Un Miembro se Abruma: ¿Qué sucede si un miembro del grupo comienza a disociarse o queda atrapado en un trauma y pierde la noción de relacionarse con el grupo? Sugerimos que es su función como facilitador interrumpir de manera empática, reconocer que considera que algo está sucediendo con ese miembro, que desea escuchar lo que está diciendo, pero siente como si esa persona estuviera aislándose del grupo. Pregunte al grupo si alguna persona más tiene la misma sensación.

Informe al miembro del grupo que comenzará a interrumpir cuando ocurra la disociación. Reitere que desea escuchar, y que el grupo desea escuchar qué está sucediendo, pero cuando considere que ese miembro del grupo se está aislando, le hará saber al miembro que usted lo reconoce y tratará de ayudarlo a permanecer en contacto con el grupo

Puede encontrar que inicialmente obtiene una respuesta de enojo de parte de ese miembro, pero si recuerda cuál es su función, se resolverá dentro del grupo. Esa persona sabe en cierto nivel que "se descontrola" cuando habla de ciertas cosas, y el grupo siente que la ansiedad aumenta cuando esto ocurre. Usted como facilitador no es el único que siente la pérdida de contacto con la persona. Trabaje esto junto con el grupo. En última instancia, esta será una experiencia de construcción grupal, algo que hacen juntos.

3. El Esquema Racional: Coherencia

Cronograma de las Sesiones Grupales: Le brinda coherencia al grupo. Hay un comienzo, un medio y un final en la serie de sesiones. El contenido está especificado. Las personas pueden predecir lo que sucederá. Pueden contar con eso.

Información: Los miembros aprenden en el grupo. Es posible que no hayan sabido qué es el duelo traumático, qué es la depresión clínica, cómo estos y otros problemas que están teniendo se pueden asociar con la pérdida violenta. Pueden aprender que otros tienen un sufrimiento agudo, que no están solos.

Fechas Importantes: Es muy importante que desarrolle un sistema para hacer un seguimiento de los cumpleaños, aniversarios, días festivos y fechas de fallecimiento de los seres queridos de los miembros del grupo. Durante el registro, pregunte si hay alguna fecha especial próxima y cuáles podrían ser los planes o pensamientos del miembro del grupo con respecto a esa fecha. Pregunte a otros miembros del grupo qué han hecho o qué están pensando hacer.

Sesiones Adicionales: Si siente la necesidad de agregar sesiones, asegúrese de haber trabajado con su asesor. ¿Es por su propia ansiedad ante el final de las sesiones del grupo? ¿Por sus propios sentimientos de no "hacer lo suficiente"? Recuerde que los miembros del grupo pueden repetir el grupo. Además, tiene mucho valor para los miembros de su grupo, así como para ustedes mismos establecer el cronograma desde el principio, trabajar hacia el "final", experimentar el final y tomar un descanso planificado.

4. Procedimiento Activo: Control y Esperanza para el Cambio

Ritual: Esta palabra se usa en el sentido de comenzar cada sesión de la misma manera, con refrescos disponibles, con la sala dispuesta de la misma manera, con etiquetas de identificación, etc. Luego está el registro. Y el grupo siempre termina en cierto momento de cierta manera. Los miembros del grupo están activos para ir a las sesiones, llegar a tiempo, elegir un asiento en el círculo, entre otras cosas, para estar "en grupo".

Participación: La escucha es activa. La conversación en conjunto es activa. La expresión de emoción es activa. La narración y los nombres son activos.

Ambivalencia: Si algún miembro que comienza el grupo y es muy ambivalente sobre su presencia, es posible que desee reconocer que le resulta difícil concurrir. Anime a esa persona a hablar un poco sobre cómo se siente, a ser "activo" con ese sentimiento. Comprometa al grupo activamente. Pregunte si alguien más en el grupo se ha sentido/siente de la misma manera.

Además, considere indicar que, por respeto a otros miembros del grupo, es importante que esa persona tome una decisión en la próxima sesión y se la informe para que pueda comunicársela al grupo.

Adecuación del Grupo: No siempre lo puede anticipar, pero puede ser obvio para usted después de dos o tres sesiones darse cuenta de una persona en su grupo no es de utilidad o apropiada para el grupo en ese momento. ¿Qué hará?

Plantee el tema al grupo. Si los sentimientos de una persona se están extendiendo al grupo y la persona no puede controlarlo, anímela a tomar un descanso, a obtener asesoramiento de apoyo individual, para regresar a otro grupo en el futuro. Expréselo desde su preocupación por el grupo y por la persona. Aliente el contacto continuo. Realice una llamada de seguimiento. Permita que el grupo sepa cuáles son los planes de apoyo de la persona.

Trate de recordar que facilitar un grupo de apoyo de cualquier tipo es un arte Y una ciencia. Surgirán cosas de modo inesperado. En realidad, es lo que hace que facilitar grupos sea emocionante y desafiante. Puede ser que un miembro del grupo sea "muy difícil". Puede preocuparse por la expresión de emoción de algún miembro del grupo o suya propia. Plantee el tema a su cofacilitador, a su asesor y, sobre todo, al grupo. Con solo diez sesiones, es importante identificar estos problemas difíciles y complejos antes de que comience la sesión.

Estándares de Atención Clínica

Los facilitadores de recuento restaurativo supervisarán el nivel de trauma y angustia por separación de cada miembro durante cada sesión, ya que tratamos específicamente estas respuestas de angustia. Si la angustia se vuelve demasiado intensa, el facilitador y los miembros del grupo brindarán apoyo para reforzar la resiliencia.

La evaluación del progreso es un proceso esencial mantenido por cada miembro del grupo al comienzo y al final de cada sesión a medida que avanza en su capacidad para controlar la angustia. El facilitador se centrará en disminuir la frecuencia y la intensidad de las imágenes de la muerte y la evitación con cada sesión. Sin embargo, esto no se mide formalmente hasta el final

del tratamiento.

La falta de progreso ya es evidente, lo que sugiere la necesidad de fortalecer y contrapesar la resiliencia. Si la angustia empeora a pesar del apoyo del grupo, dicha persona requerirá apoyo psicológico adicional o medicamentos para un trastorno comórbido emergente. Esta intervención adicional se llevará a cabo durante la sesión para que los otros miembros sean testigos de la explicación del facilitador y se unan para apoyar esta intervención externa mientras se comprometen ellos mismos y al afligido miembro al recuento restaurativo en curso.

VII. APÉNDICES

Apéndice A: Anuncio de Grupo de Recuento Restaurativo

Apéndices A1-A10: Formularios de Recuento Restaurativo del Grupo

Apéndice A

ANUNCIO: GRUPO DE RECuento RESTAURATIVO

Nos complace anunciar el próximo Grupo de Recuento Restaurativo para familiares y amigos adultos que sufren el duelo traumático como resultado de la muerte repentina de un ser querido por homicidio, homicidio vehicular o suicidio.

Formato de Grupo: grupo cerrado de terapia de diez semanas

Ubicación:

Fecha y hora:

Si está interesado en asistir a este grupo o si desea información adicional, puede llamar al (206) 223-6398.

Gracias.

**Laura Takacs, Magíster en Trabajo Social, Magíster en Salud Pública
Directora Clínica
Servicios para la Separación y Pérdida**

Apéndice A1: Agenda Grupal

Agenda Grupal de Recuento Restaurativo

Facilitadores:

<u>Sesión</u>	<u>Fecha</u>	<u>Tema</u>
1		Presentación de los Miembros Enfoque: Presentaciones e intercambio de historias
2		Informe sobre la semana anterior Enfoque: Recursos de apoyo (familia, amigos, trabajo, espiritual). ¿Quién o qué le dio apoyo en el pasado? ¿Cuál es su concepto de la muerte?
3		Informe sobre la semana anterior. Enfoque: Modelo de subsistencia y resiliencia. ¿Cómo he cambiado?
4		Informe sobre la semana anterior. Enfoque: Obstáculos para subsistir, comorbilidad, culparse a uno mismo y venganza. Cuidado de uno mismo.
5		Informe sobre la semana anterior. Enfoque: Sesión de reunión. Con un diario, fotografías, poesía, música, comida u otros objetos especiales, cuéntenos sobre su ser querido.
6		Informe sobre la semana anterior Enfoque: Continuación de la sesión de reunión.
7		Informe sobre la semana anterior Enfoque: Imágenes de la muerte
8		Informe sobre la semana anterior Enfoque: Continuación de las imágenes de la muerte*
9		Informe sobre la semana anterior. Enfoque: Familiares y amigos
10		Informe sobre la semana anterior. Enfoque: Cerrar y seguir adelante
11		Reunión a un Mes Enfoque: Revisar las medidas anteriores y posteriores a las sesiones

Apéndice A3: Notas de Progreso del Grupo de Recuento Restaurativo

Nota del Grupo de Recuento Restaurativo

Nombre del Participante:

Fecha de Servicio:

Duración de la Sesión Grupal: minutos

Número de Sesión:

Cantidad de Miembros del Grupo Presentes:

Tema:

Eventos importantes o cambios informados desde la última sesión:

Respuesta a la tarea (si corresponde):

Intervenciones o habilidades enseñadas:

- Psicoeducación**
- Identificación de apoyos y habilidades para atraer apoyo**
- Identificación e incremento del cuidado de uno mismo**
- Regulación emocional**
- Corregir las inadecuadas adaptaciones perceptivas (incluso volver a culparse, la venganza, la injusticia, el poder y el control, la intimidación, etc.)**
- Crear una narración del trauma/exposición/ conmemoración**
- Crear narraciones del trauma/exposición/ imágenes de la muerte**
- Entrenamiento de habilidades**
- Otro:**

Breve descripción de las intervenciones durante la sesión:

Participación del paciente: *(Puede incluir afecto, nivel de compromiso, progreso, etc.)*

Notas adicionales (opcional):

Tarea (si la hay):

Nombre del Prestador y Credencial:

Fecha de Firma:

Apéndice A4: Evaluación Grupal de Recuento Restaurativo (ejemplo)

Ha sido un privilegio tenerlo en el grupo. Esperamos que se haya beneficiado de participar. ¿Podría brindarnos sugerencias y sus ideas y comentarios para que podamos mejorar esta experiencia para otras personas?

Siéntase libre de escribir sus comentarios desde su punto de vista.

Los temas que cubrimos fueron algunos de los siguientes:

- **Presentaciones e intercambio de historias**
- **Registro de sentimientos antes de cada sesión**
- **Práctica de relajación**
- **Folletos**
- **Analizamos fuentes de apoyo**
- **Subsistencia y resiliencia: cómo lo ha cambiado la muerte de su ser querido**
- **Obstáculos para subsistir: comorbilidad, culparse a uno mismo y venganza**
- **Cuidado de uno mismo**
- **Sesión de reunión**
- **Imágenes de la muerte**
- **Familiares y amigos**
- **Dibujo de resiliencia, cerrar y seguir adelante**

1. ¿Qué sesión, tema u orador le resultó más útil? ¿Qué hizo que sea positivo para usted?
2. ¿Qué sesión, tema u orador considera que fue el menos útil? Cuéntenos el motivo.
3. ¿Ha cambiado como resultado de participar en el grupo? ¿De qué forma?
(Consulte el Formulario de Cambios que deben completar los miembros del grupo en el Apéndice).
4. ¿Cómo podríamos mejorar el grupo para satisfacer mejor sus necesidades?

Gracias por su participación en este grupo. Ha sido un privilegio reunirse con usted estas últimas semanas.

Apéndice A5: Formulario de Cambios

Cuéntenos...

¿Ha sufrido algún cambio su vida desde que comenzó sus sesiones con nosotros?

Nombre: _____

Fecha: _____

Firma: _____

Asistió: Individual Grupo

¿Podemos compartir esto con otras personas sin mencionar su nombre? Sí No

Apéndice A6: Repertorio de Sentimientos

SENTIMIENTOS

Abandonado	Fiel	Perezoso	Conversador
Consumado	Temeroso	Trivial	Tentado
Adecuado	Tonto	Solitario	Tenso
Agresivo	Frustrado	Perdido	Pensativo
Ansioso	Libre	Amado	Amenazado
Arrogante	Furioso	Deprimido	Crédulo
Tímido	Bien	Enojado	Despreocupado
Amargado	Generoso	Meditativo	Incondicional
Atrevido	Pesimista	Mezquino	Indeciso
Aburrido	Ridículo	Melancólico	Intranquilo
Valiente	Agraciado	Temperamental	Cruel
Cargado	Afligido	Entumecido	Rebelde
Calmo	Contento	Dolorido	Violento
Capaz	Honrado	Aterrado	Vital
Engañado	Esperanzado	Paranoico	Vulnerable
Preocupado	Desagradable	Pacífico	Vivaz
Confiado	Indefenso	Complacido	
Curioso	Herido	Orgullosa	
Determinado	Indiferente	Apesadumbrado	Cálido
Decepcionado	Idiota	Relajado	Llorón
Distraído	Ignorado	Aliviado	Malvado
Perturbado	Enfurecido	Arrepentido	Introvertido
Dividido	Interesado	Inquieto	Maravilloso
Dubitativo	Aislado	Honesto	
Entusiasta	Celoso	Triste	
Eufórico	Errático	Satisfecho	
Enérgico	Maldecido	Asustado	
Envidioso	Alegre	Conmocionado	
Exasperado	Prejuicioso	Suspica	
Agotado	Justo	Compasivo	

Apéndice A7: Estilos de Duelo

Estilos de Duelo Dolientes intuitivos/instrumentales

Dolientes instrumentales

- Son privados: lloran menos y muestran de forma mínima las emociones, sin embargo definitivamente están afligidos.
- La liberación de la emoción suele ser a través de vías cognitivas y conductuales.
- Desean controlar su dolor y por lo tanto prefieren hablar sobre los problemas en lugar de sentir los sentimientos.
- Describen su pena en términos cognitivos o físicos: "Es como si me hubieran dado un puñetazo en el estómago", "Me está desgarrando el corazón", "Es como un escalofrío", "Estoy muy herido".
- Son prácticos, pragmáticos, solucionadores secuenciales de problemas y buscan formas de reparar su dolor.
- Están orientados a la acción, existe una necesidad de hacer. Las actividades creativas como la poesía, el arte y la música pueden ser una salida para las emociones, así como el voluntariado o la promoción de una causa.
- Se enfocan en el futuro: su objetivo es atravesar el proceso de duelo de manera eficaz.

Dolientes Intuitivos

- El duelo se experimenta en forma de sentimientos intensos,
- que se expresan fácil, cómoda y emocionalmente a través de las lágrimas.
- La expresión externa del duelo refleja su experiencia interna.
- Procesan su dolor al contar y volver a contar la historia/la narración de la muerte/pérdida.
- Son creadores naturales de significado y a medida que buscan una nueva identidad después de la pérdida, cuestionan su impacto en la narración de su historia.
- Buscan entender el "porqué" en la pérdida.
- A menudo describen el dolor en términos emocionales : "Me siento tan triste", "Me siento perdido y asustado", "Me siento vulnerable".

De "*Grieving Beyond Gender*" (*La aflicción más allá del género*) de Terry Martin y Kenneth Doka.

Apéndice A8: Respuestas Comunes al Trauma

Respuestas Comunes en la Pérdida Traumática

Respuestas al Trauma

Físicas

- Sentimientos recurrentes como si recién hubiera ocurrido
- Reflejo de sobresalto exagerado
- Ansiedad, ataques de pánico
- Cambios extremos o duraderos en el apetito
- Exceso de sensibilidad al ruido

Emotivas

- Emociones intensas y contradictorias (por ejemplo, furia/pena, tristeza/alivio)
- Sentimientos de venganza
- Sentirse "congelado", abrumado
- Disociación (sentirse fuera del cuerpo)
- Hipervigilancia, siempre en guardia

Cognitivas

- Pensamientos dispersos
- Pensamiento rumiante u obsesivo
- Imágenes recurrentes de la muerte
- Pesadillas
- Temor por la seguridad propia o la seguridad de otros seres queridos
- Evitar pensar o hablar sobre qué ha sucedido o de lugares y personas asociadas con el evento

Espirituales

- Cosmovisión destrozada: ya no hay una suposición de seguridad en el mundo
- Cambio en las creencias espirituales
- Búsqueda de significado, propósito

Respuestas de Duelo

Físicas

- Cambio en los patrones de sueño
- Ganancia o pérdida significativa de peso
- Problemas digestivos
- Agitación
- Dolor de cabeza, dolor muscular
- Fatiga
- Suspiros frecuentes

Emotivas

- Sentimientos de enojo, arrepentimiento,
- Sentimientos de irritabilidad
- Llantos en momentos imprevistos
- Sentido de tristeza abrumador
- Soledad intensa y sensación de aislamiento
- Necesidad de volver a contar repetidamente los detalles de la pérdida

Cognitivas

- Olvido
- Poca concentración y capacidad de concentración
- Pérdida de percepción del tiempo
- Sentido de irrealidad sobre la muerte
- Creer oír, ver u oler al ser querido fallecido, especialmente en lugares familiares

Espirituales

- Ira con Dios/el Universo
- Pérdida de esperanza
- La fe a menudo es cuestionada o fortalecida

Adaptado de Randie Clark, Maestría en Arte, Certificado de Competencia Clínica, y Avril Nagel, "When Your Child Dies" (*Cuando su hijo muere*); Lic. Jack Jordan, "Traumatic Loss: New Understanding, New Directions" (*Pérdida traumática: una nueva comprensión, nuevas direcciones*).

Apéndice A9

¿De qué forma ha cambiado? Folleto

A medida que repasa la siguiente lista, considere cómo ha cambiado desde la muerte de la persona que amaba. ¿Podría agregar más?

1. Físicas

- Ganancia/pérdida significativa de peso
- Dolores de cabeza
- Enfermedades frecuentes
- Problemas estomacales
- Problemas del corazón
- No dormir lo suficiente
- No ejercitarse
- Comer de manera irregular
- Dolores todo el tiempo
- Disminución de/sin energía
- Accidentes frecuentes
- Cáncer
- Problemas digestivos
- Hipertensión arterial
- Dormir mucho
- Nutrición deficiente
- Abuso de sustancias

2. Espirituales

- Sin sentido de dirección
- Sin alegría ni placer
- Sentimiento de que nada importa
- Sentimiento de soledad
- Sin sentido
- Sin conexión
- Sin rituales

3. Emotivas

- Estado de ánimo deprimido
- Abatido
- Sin interés en amigos
- Sin rutinas
- Sin sueños
- Sin interés en la familia
- No se puede concentrar
- Ira/ira aumentada
- Irritable
- Solo pasa los días
- Sin intereses
- Sin esperanza
- Sin interés en actividades
- Sin futuro
- No creativo
- Fácilmente frustrado
- Olvidadizo
- Cambios de humor
- Intolerancia

4. Productividad/Trabajo

- Quedó desempleado desde la pérdida
- Sin ideas
- Sin interés en el trabajo
- Sin interés en sus compañeros de trabajos
- Solo aguanta
- Se siente atrapado

Financieras

- No gasta nada de dinero
- Atrasado en el pago de facturas
- La situación está fuera de control
- He gastado demasiado
- Ha incurrido en cargos por pagos atrasados
- No importa

¿Agregaría otros sentimientos? ¿Cómo ha estado lidiando con estos cambios?

Apéndice A10: Ejercicio de la Caja bajo Llave

La Caja bajo Llave

Siéntese y e inspire profundamente algunas veces para estar cómodo. Es posible que desee cerrar los ojos a medida que avanzamos en este breve viaje juntos.

Si puede, imagine una caja. Es completamente de su propio diseño. Podría ser una caja de madera exótica tallada de otra cultura o podría ser algo bastante simple, como una pequeña caja metálica para archivar... es su decisión, es su diseño. Le pertenece solo a usted. [pausa]

Ahora, observe que hay una llave en la cerradura de la caja, a medida que se acerca lentamente. Cuando esté listo, puede girar la llave y abrir su caja. Tenga en cuenta que está bastante vacía, con mucho espacio para almacenar y organizar cosas.

Y cuando esté listo, si puede, imagínese colocando todo lo que desee almacenar allí: recuerdos dolorosos, quizás imágenes perturbadoras, tal vez lágrimas y emociones abrumadoras sobre su propia pérdida.

**¿Puede intentar colocarlas allí para mantenerlas seguras... por ahora?
[pausa]**

Y ahora, después de que haya podido colocar al menos algunas de estas cosas allí, ¿puede verse a usted mismo alejarse de su caja... con la llave en la mano? Mire bien la llave.

Y solo cuando esté listo, imagínese cerrando la tapa de la caja y volviendo a cerrarla lentamente para futuras visitas. Puede saber que es su decisión cuándo volverá a verla, de la privacidad que tenga al volver a visitarla y con quién puede compartir los contenidos importantes.

Y ahora, si puede, observe una vez más su caja y sienta la llave en su mano. Y decida dónde guardará la llave, sabiendo que puede elegir cuándo y dónde volverá a la caja, para desempaquetar y explorar lo que haya decidido colocar allí. [pausa]

Y ahora, cuando esté listo, inspire tres veces lenta y tranquilamente, y cuando esté listo, abra los ojos y regrese a nuestro grupo.

"The Lock Box" (La caja con llave) de John Powers, Trabajador Social Clínico Independiente Autorizado

VIII. LITERATURA RECIENTE SOBRE EL DUELO COMPLICADO Y LA MUERTE VIOLENTA

[Referencias de Duelo Complicado - 2011-2013 - Adultos](#) - compilado por la Dra. Kathleen Nader

Manuales de Tratamiento: Duelo por Muerte Violenta

Programa de psicoterapia grupal enfocada en el trauma/duelo (niños y adolescentes)
Programa de Psiquiatría del Trauma, UCLA, 2001
Layne, M. L., Saltzman, W. R., Pynoos, R. S.

Salloum, A. (2015). *Grief and Trauma in Children: An Evidence-Based Treatment Manual*. Routledge, New York. <http://www.amazon.com/Grief-Trauma-Children-Evidence-Based-Treatment/dp/041570829X>

Salloum, A. (2004) *Group work with adolescents after violent death: A manual for practitioners*. Philadelphia, PA: Brunner-Routledge.

RED NACIONAL DE ESTRÉS TRAUMÁTICO INFANTIL

DUELO TRAUMÁTICO EN LA INFANCIA Lista de Referencias y Recursos

Se recomienda a los profesionales de la salud mental que consulten los siguientes artículos y recursos profesionales para comprender el *duelo traumático en la infancia*. Existen hojas informativas de antecedentes sobre la afección, basadas en estos materiales, así como ayuda para ubicar un profesional de salud mental idóneo con experiencia en *duelo traumático en la infancia* disponibles de la Red Nacional de Estrés Traumático Infantil si llama al (310) 235-2633 o al (919) 687-4686 interno 302 o en su sitio web www.NCTSNet.org.