



Asociación Mexicana De Tanatología A.C.

RESILIENCIA Y TANATOLOGÍA

TESINA

QUE PARA OBTENER EL DIPLOMADO EN

TANATOLOGÍA

PRESENTA:

MEDICO CIRUJANO

PENÉLOPE IRERI DOMÍNGUEZ CABAÑAS

GENERACIÓN 2013-2014



Asociación Mexicana de Educación Continua y a
Distancia

Agradecimientos:

A mi Familia, amigos y maestros que forman parte de mi vida y me han acompañado en un sinfín de experiencias, cuyo apoyo he recibido siempre, y que me han enseñado cada quien a su manera a vivir, amar y a enfrentar la adversidad, siempre están en mi corazón.

Índice:

TEMA	PAGINA
Introducción.....	1
Justificación.....	2
Objetivos Y Alcance.....	4
Capítulo I: El Concepto De Resiliencia.....	5
Factores Neurobiológicos.....	7
Factores Genéticos.....	8
Factores Psicosociales.....	11
Factores Psicodinámicos.....	16
Capítulo II: Modelo Psicobiológico del duelo y del Trauma.....	20
Capítulo III: Resiliencia En Tanatología.....	26
Duelo Y Resiliencia.....	23
La Resiliencia En Enfermedad Terminal.....	30
El cuidado del Cuidador.....	31
Capítulo IV: El papel de la Resiliencia en el Tanatólogo	35
Trauma Vicario.....	35
Síndrome de Burnout.....	36
Conclusiones.....	39
Bibliografía.....	41

Introducción

La resiliencia es un fenómeno que ha sido ampliamente estudiado en las últimas décadas, en busca de encontrar una explicación al ¿por qué? Ante situaciones adversas ciertas personas desarrollan psicopatología mientras otras pueden obtener una experiencia que mejora su actitud hacia la vida y las enriquece espiritualmente.

Si bien se han estudiado fenómenos extremos diversos como guerra, desastres naturales, secuestro, violación, etcétera, entendemos también que enfrentarse al estrés persistente por ser cuidador primario de un familiar, padecer de una enfermedad terminal, enfrentarse a la muerte traumática de un ser querido (suicidio, asesinato) o el solo hecho de exponerse de forma constante a los relatos dolorosos, cargados de ira, de frustración y de diversas emociones por las que va atravesando el paciente o los familiares, también confieren un cierto estrés persistente.

A continuación se mostrara una revisión sobre el tema donde se puedan abarcar los puntos más importantes de la confluencia de la resiliencia y la Tanatología.

Justificación

Teniendo en cuenta que el Tanatólogo utiliza su inteligencia, sus sentimientos, su intuición y su espiritualidad para poder acompañar y aliviar a alguien que sufre, es al mismo tiempo un ser humano, alguien que también ha vivido sus propios duelos y que, de manera ideal esperaríamos que los haya resuelto satisfactoriamente; ya que en muchos de los casos la experiencia propia del duelo, o la de alguien cercano “nos mueve” muchos sentimientos que al final motivan nuestro interés en ésta práctica profesional.

Como médico, considero que al ser nuestra propia personalidad y nuestro sentir en ocasiones, nuestras herramientas de trabajo, que a su vez contactan con la personalidad y sentir de los pacientes; es de vital importancia tener conocimiento del fenómeno de resiliencia, ya que, de ahí deriva la importancia de poder acompañar con total profesionalismo a alguien que atraviesa el dolor de una pérdida y con ello evitar relaciones profesionales que lleven al desgaste, el sobreinvolucramiento y el fracaso terapéutico; si bien nuestra formación conlleva aprender a ser más humanos, a sensibilizarnos ante el dolor ajeno, a ser empáticos y a validar las emociones y sentimientos, el estrés permanente de enfrentarse a éstos sentimientos profundos como el enojo, el rencor, el miedo a la muerte, la soledad, la incertidumbre, nos deja vulnerables a la fatiga, la indolencia, la crueldad y con ello a la enfermedad.

Es por ello que para mí es importante exponer este tema tan complejo con el propósito de que se preste atención a él no sólo en la formación profesional, sino en la práctica clínica con la finalidad de conservar la salud mental del tanatólogo.

Objetivos y Alcance

Describir el fenómeno de la resiliencia y conocer su aplicación en el campo de la Tanatología, ya que al conocer las bases psicológicas, fisiológicas y sociales se amplía el campo de acción en el ámbito del tratamiento tanatológico.

El alcance es para los profesionales que dediquen sus esfuerzos al ejercicio de la Tanatología.

Capítulo I

El Concepto de Resiliencia

Definición, aplicación al campo de la salud mental y factores que en ella intervienen.

El término resiliencia es una castellanización de la palabra inglesa *Resilience*, el cual originalmente es propio de la Física y se refiere a la capacidad de un cuerpo elástico para recuperar su tamaño y forma original después de ser deformado.

Aplicado al ámbito de salud mental se le define como la capacidad de recuperarse de situaciones traumáticas, las cuales pueden ser desde privación extrema, amenaza, pérdidas (muerte, divorcio, desempleo) y estrés persistente (7), implicando la confluencia dinámica de factores que promueven la adaptación ante experiencias adversas.

El estudio de la resiliencia, o el estrés-resistencia, se originó en la década de 1970 con un grupo de investigadores que dirige su atención a la investigación de los niños capaces de progresar a través del desarrollo normal a pesar de la exposición a la adversidad significativa (11,16), a lo largo del tiempo, se ha incrementado el número de publicaciones científicas sobre resiliencia teniendo su

auge en el 2001, según algunos autores con el atentado en contra de las Torres Gemelas en Estados Unidos (21).

La resiliencia hace referencia, no sólo a las variables que alteran la salud mental, sino aquellas que la preservan, involucrando todos los dominios de la competencia personal (emocional, cognitiva y social) (7), que componen los factores protectores (que la estimulan o conservan). Es por ello que la resiliencia es un proceso dinámico, es cambiante según el contexto, el aprendizaje propio del individuo, y la interacción con la competencia emocional, personal, social y neurobiológica que culmina en un fenotipo resiliente.

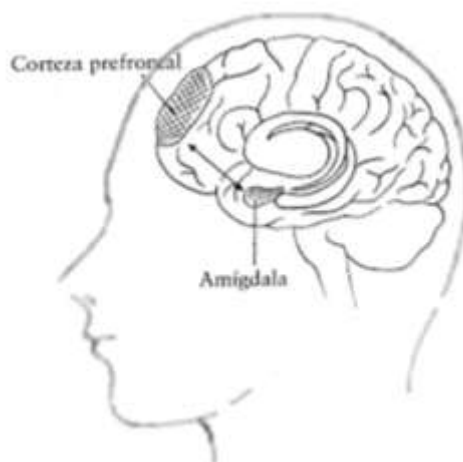
Por ello, la acumulación de experiencias positivas y negativas influye en la resiliencia del adulto, por lo que los factores protectores (logros, vínculos, autoestima) modifican la respuesta personal al riesgo, así como la modificación de otros factores como un tutor relevante, relaciones interpersonales equilibradas, integración a un grupo social o religioso etc. pueden cambiar positivamente la trayectoria personal ante el afrontamiento de una situación adversa (7), que en el campo de la Tanatología abarca principalmente al paciente enfermo crónico, al paciente terminal, a la familia en duelo por dicha enfermedad o el afrontamiento a la muerte, tanto propia como ajena.

Por ello, y para mejor comprensión del tema, es indispensable comprender cada factor que interactúa en este fenómeno de la

resiliencia tanto a nivel social, familiar, psicológico y biológico los cuales se describirán a continuación:

Factores Neurobiológicos

La corteza prefrontal, tiene relación con la integración, modulación y reacciones autonómicas, así como participación en el aprendizaje, toma de decisiones y la conducta, se encuentra en la superficie ventral del lóbulo frontal y recibe proyecciones del núcleo mediodorsal del tálamo, por lo que la corteza orbitofrontal juega un rol en los cambios conductuales más complejos, de aquí su importancia en el fenómeno de la resiliencia, específicamente la actividad en la corteza orbitofrontal medial se relaciona con el aprendizaje, la memoria y la estimación del valor de la recompensa de los esfuerzos, mientras que la actividad en la corteza orbitofrontal lateral se relaciona con la evaluación de los castigos, que puede conducir a un cambio en el comportamiento.



Debido a su relación con la integración y procesamiento emocional, así como la experiencia de placer, tiene una participación importante en trastornos psiquiátricos como depresión, ansiedad y adicciones, además de las respuestas, ya sean resilientes o no ante un evento estresor ya sea una enfermedad crónica, propia o de algún familiar o ante la muerte de un ser querido.

Lo anterior interactúa a su vez con la plasticidad cerebral (capacidad de las células nerviosas para regenerarse anatómica y funcionalmente, en respuesta a un cambio ambiental) fenómeno en el cual el cerebro puede compensar distintas funciones para responder con el comportamiento adecuado a diversos estímulos y facilitar la adaptación, en este caso a una experiencia traumática o a un estresor persistente al requerirse de adaptaciones dinámicas a nivel molecular y celular. (2)

Examinar las respuestas de estrés en múltiples niveles fenotípicos, incluyendo no sólo medidas conductuales y psicológicas, sino también mediciones de los sistemas neuroquímicos, neuroendocrinos y neuronales, podrían ayudar a delinear un modelo integrador de la resiliencia (11,16)

Factores Genéticos

Las interacciones complejas entre composición genética de un individuo y su particular historia de exposición a factores de estrés

ambientales determinan el grado de adaptabilidad de los sistemas de respuesta al estrés (11).

Dos individuos que han experimentado comparables eventos durante la mayor parte de sus vidas pueden responder muy diferente a un mismo acontecimiento vital estresante como un divorcio, la pérdida de un trabajo, secuestro, guerra o duelo; como se ha descrito anteriormente, la resiliencia depende de diversos factores psicológicos, sociales, materiales, sin embargo, hallazgos más recientes sugieren que los factores genéticos también son importantes para la comprensión de las diferencias individuales en la resiliencia (5,23).

Se ha documentado también que cuentan con un mayor riesgo de presentar enfermedad psiquiátrica los portadores de variantes distintas del gen FKBP5 en las personas expuestas a eventos estresantes de la vida (14), se ha encontrado que interactúa con la gravedad del abuso infantil, respecto a la predicción de los síntomas de Trastorno de Estrés Postraumático en adultos, por considerarse un factor de riesgo potencial para la elevación crónica de los niveles de cortisol, una hormona que se libera bajo condiciones de estrés y en última instancia, la psicopatología relacionada con el estrés (11).

Otro polimorfismo que es relevante a la resiliencia es el Val158Met, que se encuentra en el gen que codifica para la Catecol-O-Metiltransferasa (enzima que degrada la dopamina y la

noradrenalina), los individuos con el alelo Met158 tienen mayores niveles circulantes de estos neurotransmisores (sustancias a través de las cuales se lleva a cabo la comunicación entre las células del cerebro), por lo que tienden a mostrar mayores niveles de ansiedad, aumento de los niveles de adrenalina en plasma en respuesta al estrés, menor capacidad de adaptación a los estados de ánimo negativos, y el aumento de la reactividad a los estímulos desagradables (11).

En un estudio realizado en gemelos en la Universidad de Colorado, se concluyó que la resiliencia es una característica heredable. Más importante, la heredabilidad de la resiliencia es mayor entre los hombres en comparación con las mujeres, además de recalcar que otros factores epigenéticos intervienen en ella, ya que los hombres y mujeres socializan de manera diferente, participan en diferentes roles en el área familiar y laboral y tienen un acceso diferente a los recursos sociales y materiales (5).

En un estudio realizado en Estados Unidos, respecto a la heredabilidad de la resiliencia en el género masculino y femenino, describe que las mujeres han demostrado tener menor confianza en sí misma, baja autoestima y baja auto-eficacia en comparación con los hombres. (5)

Factores Psicosociales

Existen una serie de factores psicosociales que promueven la resiliencia y que podrían ayudar a prevenir la aparición de trastornos psiquiátricos, como el Trastorno de Estrés Postraumático, Episodios depresivos, duelos complicados y otros, contemplando que cada individuo experimenta acontecimientos estresantes a lo largo de la vida.

La resiliencia se ha relacionado con la capacidad de percibir los acontecimientos estresantes de maneras menos amenazantes, esto es, la promoción de estrategias de afrontamiento adaptativo (11,16,19). Estas estrategias se encuentran ligadas, además de lo que se ha mencionado, al pensamiento positivo, ya que Individuos resilientes se caracterizan también por alta emocionalidad positiva.

Considerando al afrontamiento como *lo que hace un individuo ante cualquier tipo de problema percibido para conseguir alivio, recompensa o equilibrio* (3); Se puede entender que el afrontamiento conlleva cambios cognitivos, físicos, conductuales y emocionales, considerando las principales estrategias de afrontamiento, especialmente en el duelo, las descritas por Rudolf Moss, Jeanne Shaefer y Horowitz las cuales se clasifican de la siguiente manera (18):

- I. De acuerdo al tipo de reacción predominante

Si bien, una predomina no necesariamente se presentará sola, pueden darse combinaciones de ellas y habrá que

considerar que son un intento de procesar la sintomatología experimentada en el duelo.

- A. Predominio de respuestas somático-sensoriales: Las respuestas corporales que se tienen ante el miedo o la ansiedad, como agitación, sudoración, temblor, palpitaciones.
- B. Predominio de Respuestas Emocionales: Reacciones de enfado, tristeza, culpa, rabia, frustración.
- C. Predominio de Respuestas Cognitivas: Cuando “se piensa” más lo sucedido, como racionalizar (darle una explicación a lo que está pasando), pensar repetitivamente en el suceso, en las circunstancias, en lo que se pudiera o no haber hecho, otorgar significado a la muerte y buscar la trascendencia del ser querido en la propia persona y en la familia.
- D. Predominio de reacciones conductuales: Como hacer cambios en la arquitectura de la casa, visitar lugares significativos, trabajar en exceso con la finalidad de distraerse, incluso actividades de riesgo o autolesivas para la persona.

II. De acuerdo a la regulación del nivel de Contacto

Considerando que el enfrentarse a una pérdida o la noticia de que nosotros, o un ser querido, padece de una enfermedad terminal, genera una respuesta excesiva de

estrés, entre mayor sea el nivel de éste, más difícil será tolerarlo por el dolor que genera, existiendo particularmente en el duelo dos fuerzas que se oponen y coexisten a la vez, ésta es la necesidad de evitar un sufrimiento que sea intolerable (mediante la negación, la minimización y el rechazo de cualquier circunstancia que tenga que ver con la pérdida) y la otra, la necesidad de mantener contacto con la pérdida (con la respectiva experiencia emocional) suficientemente activa que permita que se lleve a cabo el proceso de duelo. Entonces en esta clasificación de afrontamiento, la persona oscilará entre el acercamiento y la evitación del sufrimiento con el fin de regular su propia respuesta afectiva y continuar en el proceso de duelo.

III. De acuerdo al a Función Procesual

- A. Estrategias de Recepción y asimilación de información sobre la Experiencia. Esto tiene que ver con lo expuesto en la regulación del Nivel de Contacto, ya que involucra la estrategias de las que haga uso una persona para hacer frente al dolor que siente, es decir, puede obtener un trabajo adicional con la finalidad de distraerse, o puede salir a más fiestas o consumir más alcohol, o al contrario, aislarse en casa, abandonar la escuela etc.
- B. Estrategias de asignación asimilación del peso emocional y cognitivo de la experiencia

Estas estrategias implican que se pueda expresar el dolor o el amor hacia la persona fallecida o al familiar enfermo apreciando lo que se obtenía de esa relación, es decir se asigna un significado a la relación perdida.

C. Asignación y asimilación del nuevo esquema.

Generalmente al final del duelo, ya que se concluye que la vida sin el ser querido continúa y que las cosas que agradaban en conjunto e incluso los pendientes por hacer se llevan a cabo en honor a la relación vivida y a lo aprendido de la pérdida.

Lo anterior muy de la mano de la capacidad para la empatía, ya que ésta permite a los individuos generar respuestas emocionales adecuadas en contextos sociales y podría estar relacionado con la competencia social, que es una característica de los individuos resilientes (11)

En diversos estudios se sugiere que las trayectorias de desarrollo que resultan en pobres resultados de salud se establecen temprano en la vida y se predicen por numerosos factores prenatales, perinatales y de la infancia que reflejan la adversidad ambiental (21).

Las emociones positivas en conjunto con el desarrollo de la capacidad de aprender a confiar y amar a otros, es un importante factor en la resiliencia, ya que en diversos estudios se ha documentado que disminuye la intensidad de la experiencia al dolor

así como la catastrofización, además de que contribuye a una mejor salud en términos generales (2,8), entonces con esto incrementa la emoción positiva sobre la negativa, lo que hace que el panorama ante la pérdida, la enfermedad y la adversidad no parezca tan sombrío, ofreciendo paso a la esperanza y al pensamiento predominante de ganancia ante lo vivido, por lo que, entre más estables sean estos pensamientos a lo largo de la vida, constituirán un factor más sólido de resiliencia, los estudios sugieren que niveles de emociones positivas son relativamente independientes de la edad (11), agregando que, biológicamente, la emoción positiva altera el riesgo de enfermedad amortiguando la estimulación persistente de los sistemas neuroendocrino, inmunológico y cardiovascular, por el estrés y las emociones negativas como el enojo (17).

Hay evidencia también que documenta que la emoción positiva puede jugar un rol importante en disminuir la fragilidad hasta en un 3% en pacientes ya con una enfermedad médica de base. Además de que las emociones positivas también pueden contribuir a una recuperación más rápida de la activación fisiológica relacionada con el estrés, ya que constituye una vía de soporte que ayuda a una mayor adaptación al estrés y recuperación en adulto.

Lo anterior muy relacionado con la motivación, descrito en la Teoría de la Selectividad Socioemocional formulada por Carstensen, una teoría del ciclo vital sobre cómo los horizontes del tiempo moldean la motivación humana, la cual postula que cuando el tiempo se percibe como limitado, las metas a corto plazo destacan, el

significado se prioriza sobre la adquisición de conocimientos y la información, entonces dirige la atención hacia los aspectos emocionalmente significativos de la vida, tales como el deseo de llevar una vida con sentido, tener relaciones sociales emocionalmente profundas y de sentirse socialmente interconectado, por lo que está asociada a la edad, concluyendo que los adultos mayores tienen más probabilidades de dar prioridad a un material positivo que a un negativo, lo anterior conocido como el "efecto de positividad " lo cual será necesario estimular no solo en pacientes ancianos, sino también en pacientes con enfermedad terminal.

El propósito en la vida es fundamental, ya que tener un sentido de propósito en la vida, funciona a un mayor nivel global de la experiencia , que se alimenta por los valores personales y objetivos individuales y nos mantiene con la capacidad de planear a largo plazo y depositar emociones, expectativas y proyecciones propias y a nivel social, llegándose incluso en estudios a concluir que la pérdida de sentido y propósito de vida a través de sus efectos sobre la salud mental indirectamente promueve la mortalidad(21), por lo que mantener un sentido de vida siempre se relacionara con el hecho de cómo nuestra vida diaria producirá satisfacciones.

Factores Psicodinámicos

Freud fue el primero en aportar elementos psicodinámicos para explicar el funcionamiento y la estructura mental, considerándose como psicodinamia tanto a las teorías del

funcionamiento psíquico como a las técnicas terapéuticas basadas en tales teorías, desde principios del siglo XX se empezó a prestar atención al proceso de duelo, siendo la definición dada por Freud sobre éste proceso como la reacción a la pérdida de un ser amado o de una abstracción equivalente: la patria, la libertad, el ideal, etc. Freud consideraba que jamás se nos ocurriera considerar el duelo como un estado patológico y someter al sujeto a un tratamiento médico, aunque se trata de un estado que le impone considerables desviaciones de su conducta normal. Confiamos, efectivamente, en que al cabo de algún tiempo desaparecerá por sí solo y juzgaremos inadecuado e incluso perjudicial perturbarlo. (12)

Es decir, Freud lo describe como la reacción a la pérdida de un ser amado, particularmente cuando éste muere. En sí el fenómeno para él no tiene características patológicas, ya que se conoce el origen y la persona que lo vive tiene conocimiento sobre en qué consiste su pérdida y éste tiende a recuperarse de forma natural. En el duelo, el examen de realidad demuestra que el objeto amado no existe, predominando el mandato de la realidad en la evolución “normal” del mismo liberándose el yo de dicha libido y desligándola del objeto perdido, Freud manifiesta desconocer el proceso por el cual el duelo consume energía sin volverlo un estado patológico, agregando que la separación entre la persona que sufre el duelo y el objeto amado se realiza de forma lenta y paulatina liberándose la energía que se consumía y quedando el yo libre y exento de cualquier inhibición.

Bajo éste modelo podemos concluir que mientras las personas posean un “yo fuerte” (entendiendo al yo la instancia psíquica que debe cumplir las funciones de percibir las necesidades del individuo, las cualidades y actitudes del medio ambiente, evaluar e integrar estas percepciones para aliviar la tensión de las necesidades y deseos, haciendo uso de la integridad de sus funciones, tales como: la percepción, memoria, inteligencia, anticipación, pensamiento, lenguaje, motricidad y tolerancia a la frustración) que tiene solidez y capacidad para hacer uso de las áreas libres de conflicto, y que puede desarrollar nuevas funciones para continuar con el proceso de adaptación que exige el duelo lo harán de una manera más satisfactoria que si alguna de éstas funciones se encuentra alterada o el yo es frágil y no tiene la capacidad para adaptarse al cambio.

La teoría del apego, entre otras que existen, explica de forma más relacionada al campo de la biología el proceso del vínculo y la respuesta a la pérdida, ésta teoría, descrita por Bowlby, define al apego como el vínculo emocional que se establece entre el niño o la niña y uno o más cuidadores por los que muestra preferencia, con los que se siente seguro/a, receptivo(a) a las manifestaciones de afecto, y de los que teme separarse, de acuerdo a esta teoría, el apego tiene un fuerte componente ambiental: la clave está en la sensibilidad de las figuras de apego, en que éstas puedan percibir qué necesita el bebé y poderlo aportar. (9), el cual se conoce como apego seguro, en el cual, el niño aprende a integrar las experiencias cognitivas y afectivas en una

representación mental, con base en las experiencias de esta relación, va a aprender a confiar en los demás y estar seguro de que estará protegido en el caso de amenaza (21), de ahí su participación en la resiliencia, ya que además de ser el resultado de una crianza empática y sensible, facilita el establecimiento de redes de apoyo solidas en la adultez, al permitir establecer relaciones interpersonales sensibles y satisfactorias, lo que permitirá un mejor afrontamiento a situaciones adversas, así como diversos factores de resiliencia identificados (alta autoestima en los niños, la competencia social, alto apoyo social de la madre y la salud emocional) están convincentemente relacionados con el apoyo social adecuado y la conectividad, las construcciones que se han propuesto para servir como moderadores entre los eventos estresantes y resultados de salud mental (23,24).

Capítulo II

Modelo Psicobiológico del duelo y del Trauma

En el aspecto Psicobiológico se encuentran implicadas tres vías principalmente, el eje hipotálamo-hipófisis suprarrenal, las vías simpaticomimética y mesolímbica. La actividad del circuito mesocorticolímbico está además favorecido por las conexiones recíprocas con las áreas corticales límbicas y frontales que facilitan las respuestas instintivas sobre el pensamiento racional (21).

En el caso de una experiencia traumática el Eje Hipotálamo Hipófisis-suprarrenal es activado por dichos estresores, el hipotálamo responde secretando corticotropina que a su vez estimula la secreción de Hormona adrenocorticotropina (ACTH) quien finalmente estimula la secreción de cortisol y otros glucocorticoides en las glándulas suprarrenales, la producción de los mismos se lleva a cabo mediante retroalimentación negativa (a mayor secreción se detiene la producción de corticotropina en el hipotálamo), éstos glucocorticoides son los responsables de la activación de la amígdala y de la corteza prefrontal. La amígdala a su vez estimula los centros autonómicos “apagando la corteza prefrontal” para estimular las respuestas instintivas sobre el pensamiento racional, el estrés incrementa la secreción de norepinefrina desde el locus coeruleus retroalimentando el circuito (21). Considerando que cuando se recibe la noticia de una

enfermedad terminal, o de la muerte o nos enfrentamos a alguna pérdida, se inicia este circuito al ser una respuesta traumática.

Cognitivamente, tenemos la descripción de Josep Le Doux quien refiere la existencia de un circuito neurológico de procesamiento de la experiencia traumática, donde la percepción sobre el acontecimiento que sucede en el ambiente es conocido como *input* y que ingresa a nuestra memoria a través del sensorio (olfato, oído, vista etc.) donde también sigue el circuito biológico llegando a la amígdala y al hipocampo para llegar finalmente a la corteza prefrontal.

Según el autor la amígdala además de encargarse de estimular el sistema nervioso simpático y secretar adrenalina y norepinefrina cognitivamente se encarga de interpretar los datos recibidos en el input y darles un significado emocional comparándolo con las representaciones internas de la historia de vida de la persona que son inconscientes, entonces ésta información pasa al hipocampo que tiene la función de evaluar si la información recibida se ajusta a una experiencia previa, reorganizando la información y almacenándola en forma de memoria, para finalmente llegar a la corteza, quien como mencionamos anteriormente lleva a cabo la acción y la ejecución de conductas que van dirigidas a la respuesta del evento traumático(18).

Ambas explicaciones tanto desde el punto de vista neuroquímico como cognoscitivo nos pueden explicar porque la respuesta ante un trauma es inicialmente tan intensa y acompañada de fenómenos autonómicos (mareo, palpitaciones, palidez, inquietud etc.) así como una respuesta emocional también intensa, para

posteriormente ser poco a poco más racional pero aun presentándose relación entre un estímulo (lugar, olor, fecha) y la sensación de re experimentación emocional.

La fuerza de activación del hipocampo es directamente proporcional a la intensidad de activación de la amígdala, es decir *cuanta más significación emocional haya asignado la amígdala a la información recibida, más atención pondrá el hipocampo al examinarla, y a la vez la memoria será activada con más retención de los detalles. Esto explica porque no nos acordamos de dónde estuvimos hace un año y en cambio somos capaces de recordar dónde estábamos el día que nos dieron una mala noticia.* (18)

La recuperación del trauma, entonces, será el cómo se llevan a cabo los procesos de afrontamiento que den paso a la adaptación a la situación vivida, esto en congruencia con los factores psicodinámicos descritos anteriormente para poder hacer frente satisfactoriamente a las demandas de la realidad (ya sea la realidad de la muerte, la enfermedad o el deterioro); lo que da lugar al proceso de duelo y del cual múltiples autores han propuesto diversas fases o etapas.

La Psiquiatra Elisabeth Kübler Ross en 1969 propuso cinco fases principales, las cuales no necesariamente se desarrollaran de forma secuencial ya que puede haber un ir y venir entre éstas o una superposición, que son:

1. Negación:

En ésta fase no se acepta lo ocurrido, ante el shock de la noticia, como mecanismo de defensa para “amortiguar” el dolor

inicial, hay sensación de incredulidad y el doliente llega a tener la sensación de que la persona sigue viva, la enfermedad que se ha diagnosticado es errónea; se suele acompañar de explosiones de angustia y desasosiego,

2. Ira:

Surge hacia Dios, contra la vida, la familia, es un reclamo ante la pérdida y el enojo que ésta genera, hay acusaciones y reproches hacia el fallecido, hacia uno mismo y otros responsables de la pérdida,

3. Negociación:

Se buscan conductas para encontrar el consuelo, con la finalidad de hacer frente ya sea a la situación de la pérdida o a la enfermedad presente (“si me pongo mejor voy a dejar flores a la iglesia o dejaré de discutir con mi familia”).

4. Depresión:

Se cursa con sentimientos de tristeza, soledad, hay otros síntomas somáticos como falta de apetito, angustia, insomnio, se añora la persona fallecida, puede haber desesperanza.

5. Aceptación:

Se remodela el vínculo con la persona fallecida a una forma espiritual, es reconocer que el ser querido continua existiendo en el mundo interno, en los recuerdos, en la memoria y los buenos recuerdos, se encuentra la ganancia de la pérdida y el doliente se permite continuar viviendo, si se trata de una enfermedad, el paciente

acepta la inminencia de la muerte, entiende su sentido de vida y logra la trascendencia.

Bowlby (1980) postuló a partir del análisis de una serie de estudios empíricos relacionados con la pérdida de un cónyuge que el transcurso del duelo normal podía ser comprendido subdividiéndolo en cuatro fases diferenciadas, que al igual que las propuestas por Kübler Ross, no son secuenciales:

1. Aturdimiento:

Siendo la primera reacción frente a la noticia de la pérdida suele ser de confusión, incredulidad; el deudo se siente aturdido, en estado de shock y tiene dificultad para comprender y aceptar lo ocurrido.

2. Añoranza y búsqueda:

Se cursa con sensación de abandono y desprotección y un intenso deseo de reunión con el ser querido, se buscan señales que indiquen el retorno de la figura de apego. El pensamiento está dirigido casi con exclusividad a los recuerdos de la persona perdida.

3. Desesperanza y Desorganización:

En esta etapa el sujeto toma clara conciencia que la pérdida ha ocurrido, que el ser querido ya no va a volver, que no va a poder volver a verlo, que no tiene sentido seguir buscándolo y junto con

esta conciencia sobreviene la tristeza, la depresión, la apatía, el desgano

4. Reorganización:

Se empieza a disponer de fuerzas para rearmar, reorganizar la vida de una manera diferente. La vida deja de estar carente de sentido, vacía, recobra significado. Recupera la capacidad de disfrutar y sentir placer, sale de la anhedonia, no se siente tan culpable de seguir viviendo,

Lo anterior por mencionar algunos de los muchos autores que han propuesto fases y tareas a través de las cuales el doliente atraviesa antes de la resolución del duelo y con ello la adaptación exitosa al cambio que conlleva el asumir nuevos roles, la ausencia, pérdida de la función así como la asignación de un significado a dicha pérdida.

Todos en común tienen el hecho de que del shock inicial ante la noticia de la pérdida existen reacciones emocionales y fisiológicas intensas, las cuales a través del tiempo van aminorando hasta que se resuelve el duelo, gracias a los factores propios de la persona y del ambiente que le rodea,

Capítulo III

Resiliencia en Tanatología

Duelo y Resiliencia:

Podemos entender al proceso de duelo como el proceso de adaptación a una pérdida, citando a Alba Payás quien da una definición más amplia y completa *“El duelo es la respuesta natural a la pérdida de cualquier persona, cosa o valor con la que se ha construido vínculo afectivo, y como tal se trata de un proceso natural y humano y no de una enfermedad que haya que evitar o de la que haya que curarse. La expresión del duelo incluye reacciones, que muy a menudo se parecen a aquellas que acompañan a trastornos físicos, mentales o emocionales. Es importante ser muy cauteloso en la interpretación de ciertas expresiones de duelo que pueden aparecer como patológicas y ser, en realidad manifestaciones totalmente naturales y apropiadas, dadas las circunstancias particulares de la pérdida”*. (18)

Se podría citar un sinfín de autores que han estudiado el proceso de duelo y su evolución, pero en concreto todas de una manera u otra abarcan que se trata de un proceso adaptativo, que requiere de diversos factores para promover que su evolución culmine en la resolución o que, ciertos factores impidan ese curso y éste se vuelva patológico dando pie al desarrollo de enfermedad mental; podríamos concluir que el proceso de duelo que se lleva a

cabo de forma normal se presenta en personas con cierta resiliencia y que cuando éste se altera en su evolución o intensidad se presente el duelo patológico en personas con resiliencia deficiente; ya que intervienen en éste proceso diversos factores en común al desarrollo de resiliencia como son espiritualidad, emociones positivas posteriores a la pérdida (las que permiten asignar significado a la experiencia de pérdida), y apoyo social que derivan en una mayor capacidad de afrontamiento (15). Sin olvidar los factores personales que involucran la relación que se tenía con la persona fallecida, las características de la muerte, el tipo de enfermedad terminal, la historia de vida y el tipo de apego desarrollado en la infancia (7).

Si bien, el duelo normal es un fenómeno humano universal, y no debe considerarse patológico por sí mismo, la línea divisoria entre la patología y la normalidad no está aun claramente establecida respecto al tiempo, pero si en el aspecto fenomenológico de dicha experiencia, el DSM-5 lo clasifica en su apartado de “Otros problemas relacionados con el grupo primario de apoyo”, con el código V.62.82 (Equivalente a Z63.4 en la Clasificación Internacional de las Enfermedades CIE-10) el cual menciona que si bien se pueden experimentar sentimientos de tristeza y otros síntomas depresivos (hiporexia, disminución de la atención, culpa, insomnio) éstos son transitorios, aclarando que la duración y la expresión de un duelo “normal” varían considerablemente entre los distintos grupos culturales. Considerándose el diagnostico de Trastorno de Duelo Complejo Persistente cuando éste duelo se cronifica, y las conductas exhibidas son netamente desadaptativas tanto en el

ámbito social como en la actitud hacia a la muerte. Dicho manual describe una prevalencia del duelo complicado del 2.4 al 4.8% presentándose la mayoría en mujeres, estipulando como factores de riesgo para presentarlo una dependencia incrementada a la persona fallecida (10).

De acuerdo con un estudio de revisión (7) donde se encontraron que los factores que participan en la génesis de un duelo complicado son, la mayoría muy similares a los encontrados como factores de disminuyen la resiliencia revisados anteriormente, como son: apego inseguro (que se relaciona con la prolongación de los síntomas asociados al proceso de duelo), juventud o vejez del doliente, antecedente de enfermedad mental, falta de apoyo social y familiar, bajo nivel de comunicación con familiares y amigos, falta de expresión de las emociones, pérdida inaceptable socialmente (donde la relación no es reconocida, pérdida de un amante, en una relación homosexual, de un paciente, o donde lo que se pierde no es socialmente valorado como una mascota, familiares en coma etc.), duelos previos no resueltos, pérdidas múltiples.

Encontrando que los factores protectores serán también muy parecidos a los factores que promueven la resiliencia como: incremento de la espiritualidad, apego seguro con el fallecido, apoyo familiar y social, pérdida aceptable socialmente, facilidad de expresión emocional y no contar con antecedentes de psicopatología.

De lo anterior se puede concluir que el trabajo del tanatólogo no sólo es posventivo sino que tiene un papel importante preventivo, al poder observar con cautela la presencia de los factores de riesgo presentes que puedan complicar el duelo y realizar intervención en coordinación con el resto de personal de salud, trabajadores sociales, familiares y sacerdotes o ministros religiosos y hacer uso de los recursos disponibles para abordar las áreas de estructura y funcionamiento familiar, historia del fallecimiento, necesidades individuales y familiares, conductas problemáticas y peticiones de intervención en el doliente para que el acompañamiento sea efectivo y evitar que un fenómeno normal se transforme o se acompañe de enfermedad.

Sin olvidar que aunque la mayoría de las investigaciones se centran en el duelo por muerte, el campo de la pérdida es sumamente amplio, ya que abarca, como se mencionó antes, cosa o valor con la que se ha construido un vínculo afectivo, y que merece la misma importancia el duelo por pérdida de una mascota, de un trabajo, de una parte del cuerpo que es mutilada, de la función de algún órgano, la pérdida de un inmueble, etc. Resaltando que sería de suma importancia que se realizaran más estudios en nuestra población por las características específicas de la dinámica familiar, y el concepto de muerte.

La Resiliencia En La Enfermedad Terminal

La enfermedad oncológica y su vivencia por parte de los enfermos y de los familiares, así como el cuidador primario suponen un gran reto, al generarse un estrés persistente, que pone a prueba creencias, sentimientos y actitudes ante el deterioro progresivo inherente a la condición médica crónica y la conciencia incrementada de la muerte.

Lea Baidar en uno de sus artículos de Cáncer y Familia en el 2003 estudió el impacto no solo en el paciente sino la trascendencia al sistema familiar, describiendo que los miembros de la familia que son cercanos al paciente también se ven afectados por la enfermedad, ya que cambia por completo la rutina, el juego de roles, generando cambios también emocionales, además de que la enfermedad propiamente puede ser vista como un peligro de desintegración o como una oportunidad de unión, comprensión y comunicación..(4) Y es aquí donde entra el papel del tanatólogo como integrador y clarificador del crecimiento personal y espiritual así como el fomento de la resiliencia en los familiares y el propio paciente en este proceso que se conoce como duelo anticipado.

¿Esto cómo se logra? Integrando lo expuesto anteriormente como factores que promueven la resiliencia, lo que se habrá de buscar es proporcionar apoyo familiar, social, emociones positivas, espiritualidad, asignación de significados.

Considerando que la elaboración de éste duelo inicia desde que se tiene la conciencia de la pérdida tras recibir el diagnóstico o conocer el pronóstico de incurabilidad (13), el tanatólogo intervendrá

en la tarea de facilitar que los familiares expresen sentimientos y la conservación de roles que no sean únicamente el de cuidador, reforzar en el paciente la sensación de utilidad, así como favorecer la ruptura de la conspiración del silencio, así como permitir al paciente expresar sentimientos de miedo, preocupación y asuntos pendientes y ayudar en la resolución de los que sean susceptibles de ello. Habrá que evaluar y potenciar los recursos de la familia con la finalidad de facilitar el manejo de las emociones y establecer una red de apoyo con familiares y amigos cercanos así como mantener tanto al paciente como a la familia informada.

El cuidado del Cuidador

Es importante no olvidar que el cuidador principal, es la persona que se hace cargo de la mayoría de las atenciones físicas y emocionales del paciente, y que por ello es más susceptible de convertirse en enfermo secundario a raíz del desgaste sufrido y el estrés persistente al que se encuentra sometido (14) además del riesgo incrementado de desarrollar duelo patológico.

En México se evaluaron las consecuencias o dificultades que tienen en mayor medida el familiar (cuidador) y resultó en primer lugar el costo o carga emocional (72.2%) a través de expresiones de irritabilidad, angustia, problemas para dormir, diferentes emociones de culpa, enojo, frustración y resentimiento; en segundo lugar, el costo económico (52.7%) por gastos excesivos por los

medicamentos y por su manutención; el costo físico en tercer lugar (44.4%), asociado a las enfermedades de diabetes, gastritis, colitis, herpes y otros más; y por último el costo social (33.3%) observado en el aislamiento social por la vergüenza de tener un familiar enfermo, no obstante, se encontraron también algunos familiares (19.4%) que indicaron que el paciente no representaba ninguna carga para ellos. (2). De acuerdo con lo anterior, es necesario que el cuidador observe su manera de afrontar la condición de su ser querido y se plantee estrategias de autocuidado (2).

Estar pendiente de las emociones que experimenta el cuidador como son: tristeza, preocupación (ya que constantemente le abruma el futuro), Soledad (por ello recomendar mantener lazos con amigos, vecinos, familiares, es decir preservar la socialización) , Irritabilidad (ante la frustración de sentir que nadie le ayuda, o incluso ante el propio paciente al sentir sacrifica su tiempo y aficiones por el compromiso del cuidado).

La guía clínica psicoeducativa de trastornos mentales (2) sugiere los siguientes puntos para el cuidado del cuidador:

1. Descanse cada día lo suficiente. Si usted se enferma las cosas se pondrán peor.
2. Haga todo lo que pueda para conservar su propia salud, vaya al médico periódicamente, consúltelo lo que le duele, lo que siente, etc. y explíquelo su situación personal. Muchas veces el cuidador debe medicarse por prescripción médica, para evitar el insomnio, la angustia o

la depresión. También es frecuente la aparición de dolores musculares, de espalda, cervicales, etc.

3. Evite el alcohol para animarse o relajarse
4. A pesar de todo, no se aíse, continúe con las amistades comprensivas de la situación de su familiar.
5. Procure mantener alguna de las actividades que siempre le han divertido: ir al cine, pasear, tocar el piano, pintar, tejer, cocinar, caminar, hacer crucigramas, etc.
6. La risa, el amor y la alegría son fundamentales para su bienestar y para su vida con el enfermo. Si tiene la suerte de sentirse bien “en medio del temporal”, no se avergüence de ello. Procure buscar personas, cosas, situaciones y actividades que le satisfagan. Una persona serena irradia armonía, y si además se ríe, relajará el ambiente. El enfermo vivirá mejor con su alegría.
7. Procúrese un tiempo semanal para usted, busque a otro familiar que le apoye y que cuide del enfermo unas horas a la semana para que usted pueda salir y relajarse. Y no olvide tomarse unas vacaciones, al menos anualmente, después de haber descansado, verá las cosas con mayor serenidad.

Es por ello que dar información al cuidador principal sobre la importancia de llevar a cabo actividades de autocuidado (tanto de alimentación, recreación, como de descanso es fundamental para

que éste pueda continuar con su función de cuidador sin sobre involucrase y con ello caer en colapso, ya que el cuidador comienza a comprender el cuidado como un sentimiento de obligación y se comportan como cuidadores únicos, por ello enseñarles a compartir esta responsabilidad y hacer énfasis en actividades que promuevan su propia salud tiene tanto un valor terapéutico como preventivo de complicaciones tanto medicas como emocionales.

Capítulo IV

El papel de la Resiliencia en el Tanatólogo

Trauma Vicario

La traumatización vicaria fue descrita por McCann y Pearlman en 1990 para referirse a síntomas traumáticos sufridos por los profesionales que integran equipos que trabajan con víctimas que sufren violencia extrema. Es una especie de victimización vicaria sufrida por el terapeuta, en este caso el tanatólogo encargado de la asistencia de las víctimas o de los familiares (22).

En el trauma vicario el origen del estímulo es auditivo, inmerso en el entramado narrativo que ofrece el paciente y que será inmediato o diferido. La narración sufrirá un cambio de forma y de contenido, de lo que el paciente va narrando y entrega al tanatólogo se irá desplegando el relato vivo, *“Es el relato vivo lo que traumatiza al clínico y no la conserva cultural del suceso traumático propiamente; porque la reiteración narrada de los hechos, la elaboración, forma parte del devenir psicoterapéutico posterior y terminal de un proceso asistencial”*. Transmitiendo en la narrativa sentimientos de miedo, horror, vergüenza, crueldad que mueven los sentimientos propios (22).

Es por esto que el tanatólogo no está exento de exponerse a este trauma, ya que existen duelos por muertes traumáticas y en la creciente situación de inseguridad en nuestro país de secuestro,

asesinato, violación etc. Es por ello que siempre, a la par de encontrarse expectante de la expresión emocional de los pacientes y familiares, en tanatólogo también deberá estar al pendiente de sus propias reacciones, de las emociones que experimenta al contacto con estas situaciones y llevarlas a terapia, análisis didáctico o a supervisión.

. Síndrome de Burnout

El Burnout es un síndrome de agotamiento emocional, despersonalización y reducida realización personal que puede ocurrir entre individuos cuyo objeto de trabajo son otras personas. Esta definición ha sido creada por Christina Maslach, una psicóloga y autora del Maslach Burnout Inventory (MBI) instrumento clinimétrico que permite su valoración objetiva (19).

El síndrome de Burnout se encuentra en la Clasificación Internacional de las Enfermedades con el código Z73.0 Perteneciente al apartado de Problemas relacionados con el manejo de las dificultades de la vida.

Desde un enfoque psicosocial el fenómeno ha sido conceptualizado como un síndrome de baja realización personal en el trabajo, agotamiento emocional y despersonalización. Por baja realización personal en el trabajo se entiende la tendencia de los profesionales a evaluarse negativamente, y de forma especial esa evaluación negativa afecta a la habilidad en la realización del trabajo y a la relación con las personas a las que atienden. Los

trabajadores se sienten descontentos consigo mismo e insatisfechos con sus resultados. El agotamiento emocional alude a la situación en la que los trabajadores sienten que ya no pueden dar más de sí mismos a nivel afectivo.

Esto claramente aplicable al profesional que ejerce la tanatología, ya que trabaja con sus emociones y no puede ignorar el impacto que tiene sobre él (consciente o inconscientemente) los relatos escuchados, el contacto con el dolor, la desesperanza y la pérdida (22).

Los desencadenantes de éste síndrome se pueden identificar a diversos niveles:

1. Individual: Cuando los profesionales se implican excesivamente en los problemas de los pacientes, y convierten en un reto personal la solución de los problemas de los mismos, se sienten culpables de los fallos, tanto propios como ajenos, lo cual redundará en bajos sentimientos de realización personal en el trabajo y alto agotamiento emocional.

2. Relaciones interpersonales: Las relaciones con los pacientes y familiares cuando son tensas, conflictivas y prolongadas, van a aumentar el desgaste y por tanto incremento del riesgo de Burnout. Asimismo, la falta de apoyo en el trabajo por parte de los compañeros y supervisores

3. Entorno social: Esto involucra las condiciones de cambio social por las que atraviesan diversas profesiones, nuevas leyes, nuevos procedimientos, cambios en los perfiles demográficos e incluso problemas legales (demandas etc.).

Es por ello que es de suma importancia que el Tanatólogo también sea capaz de realizar cierta introspección respecto a los factores que pongan en riesgo su resiliencia y estimule y fortalezca los que la fomenten, esto aunado a la importancia de acudir a terapia para poder manejar los sentimientos despertados por las situaciones vividas por los pacientes y sus familiares para conservar la salud mental y poder estar en condiciones de proporcionar un acompañamiento efectivo y saludable, ya que no hay que olvidar que el tanatólogo en múltiples aspectos, también es cuidador.

Conclusiones

Se puede concluir que el duelo es un proceso dinámico, el cual conlleva un gran gasto de energía y que si bien, es un fenómeno inherente a la condición humana, es un proceso a través del cual se espera que todas las personas al paso del tiempo puedan resolver, sin embargo, no es así y una parte desarrolla un duelo complicado que le impide realizar ésta transición en el vínculo con la persona fallecida; por ello es importante integrar el concepto de resiliencia en éste proceso, ya que tener conocimiento de éste tema permite detallar la observación y el abordaje de pacientes y familiares que se encuentran inmersos en éste proceso, así como proporcionar un acompañamiento más completo. Fomentar los factores de resiliencia en la familia y paciente que se enfrentan al duelo anticipado, así como identificar factores de riesgo de desarrollar duelo patológico posterior a la muerte.

Es donde el Tanatólogo también tiene el papel de educar en conjunto con el personal de salud, Trabajo Social etc. a la familia, a los cuidadores del enfermo, así como al paciente sobre la importancia del autocuidado, la comunicación entre los miembros de la familia, de la conservación de actividades recreativas y de las relaciones interpersonales, asimismo formar parte en fortalecer la red de apoyo familiar y social; todo lo anterior enfocado al fomento a la resiliencia,

Lo anterior sin olvidar la importancia que tiene para el tanatólogo fomentar los factores que promuevan la resiliencia propia, como la conservación de relaciones interpersonales, también el

autocuidado, la recreación, el descanso y sobre todo considerar que si se piensa dar acompañamiento o proporcionar alguna modalidad de psicoterapia es indispensable la supervisión de casos con otro terapeuta, que es de ayuda en la diferenciación de problemas propios con los identificados en el paciente, identificar qué sentimientos propios despierta el sentir del paciente, que en algún momento pueden sesgar lo que como Tanatólogos observemos en nuestros pacientes y con ello evitar el sobreinvolucramiento que lleve a que el tanatólogo se enferme, además de que conservarse sano le permite disfrutar del ejercicio de ésta profesión así como ayudar más y mejor.

Bibliografía

1. Barreto,P. De la Torre O, Perez-Marin M., Deteccion de Duelo Complicado, *Psicooncología*, 2012;9(2-3):355-368.
2. Berenzon, S et.al. *Guía Psicoeducativa para el Personal de Salud que brinda Atención a Familiares y Personas con Trastornos Mentales.. México: Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente.*
3. Bermejo J.C.,Magaña M, Villacieros M, Carabias R, Serrano I. Estrategias de Afrontamiento y Resiliencia como factores medidores del duelo complicado. *Revista de Psicoterapia*,22(88);85-95.
4. Blanco Toro I., Librada Flores S., Rocafort Gil J. et. al. Perfil del cuidador principal del enfermo en situación terminal y análisis del riesgo de desarrollar duelo patológico, *Medicina Paliativa*, 2007;(14)3:1-5.
5. Boardman JD, Blalock CL, Button TMM: Sex Differences in the Heritability of Resilience. *Twin Research and Human Genetics* 2007;11(1):12-27.
6. Cabaj JL, McDonald SW, Tough SC. Early childhood risk and resilience factors for behavioural and emotional problems in middle childhood. *BMC Pediatrics* 2014;14:166.
7. Cabanyes Truffino J:Resiliencia: una aproximación al concepto. *Rev Psiquiatr Salud Ment (Barc)* 2010;3(4):145-151.
8. Carstensen LL, Pasupathi M, Mayr U, Nesselroade JR. Emotional Experience in everyday life across the adult life span. *J Pers Soc Psychol* 2000;79:644-655.

9. Castillo-Garayoa JA: Apego y violencia Familiar. Temas de Psicoanálisis 2012;4:1-11.
10. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition. 1226-1230.
11. Feder A, Nestler EJ, Charney DS: Psychobiology and molecular genetics of Resilience. Nat Rev Neurosci 2009;10(6):446-457.
12. Freud S. Duelo y Melancolía, Obras Completas. Psychoanal., 4 (6), 288—301, 1917.
13. Gil-Julia B, Bellver A, Ballester R, Duelo: Evaluación, Diagnóstico y Tratamiento, Psicooncología, 2008;5(1):103-116.
14. Gowan ME, Kirk RC, Sloan JA: Building resiliency: a cross-sectional study examining relationships among health-related quality of life, well-being, and disaster preparedness. Health and Quality of Life Outcomes 2014;12:85
15. Kringelbach ML: The human Orbitofrontal Cortex: Linking reward to hedonic experience. Nat Rev Neurosci 2005;6:691-702.
16. Losoi H, Turunen S, Wäljas M, Helminen M, Öhman J, Julkunen J, Otajärvi ER: Psychometric Properties of the Finnish Version of the Resilience Scale and its Short Version. Psychology, Community & Health 2013;2(1):1-10.
17. Ong Anthony D, Mroczek Daniel K, Riffin C. The Health Significance of Positive Emotions in Adulthood and Later Life, Soc. Personal Psychol Compass 2011;5(8):538-551.
18. Payás Puigarnau, A. (2010). *Las tareas del duelo*. Madrid, España: Paidós.
19. Protocolo De Contención Emocional Para Profesionales Que Atienden A Mujeres Víctimas De Violencia De Género, México, Sinaloa.

Instituto de Investigaciones Jurídicas, 2011.

20. Rodríguez M, Pereyra MG, Gil E, Jofré M, Bortoli M, Labiano LM:Propiedades Psicométricas de la escala de Resiliencia Version Argentina. *Evaluar* 2009;9:72-82.

21. Rutten BPF, Hammels C, et.al.:Resilience in mental health:linking psychological and neurobiological perspectives. *Acta Psychiatr Scand* 2013;128:3-20.

22. Torres Godoy P. Trauma Vicario Y Catástrofes: Propuestas Para El Autocuidado De Equipos Con Dramaterapia, *Rev GPU* 2010; 6; 2: 194-204.

23. Wagnild GM, Young HM:Development and Psychometric Evaluation of the Resilience Scale. *Journal of Nursing Measurement* 1993;1(2):165-178.

24. World Health Organization: Prevention of Mental Disorders:Effective interventions and Policy Options, Switzerland: World Health Organization 2004:1-60.