

DUELO Y SOBRECARGA DEL CUIDADOR

Universidad Iberoamericana (UNIBE)



Intervención en duelo con técnicas narrativas para el tratamiento de síntomas de sobrecarga del cuidador en un cuidador informal primario de una persona con demencia. Estudio de caso.

Sustentante:

Francisco M. Frías Dipp

Matrícula: 17-0411

Especialidad en Intervención en Crisis y Trauma

Asesor:

Joan Noboa

Santo Domingo, República Dominicana

Junio, 2023

Intervención en duelo con técnicas narrativas para el tratamiento de síntomas de sobrecarga del cuidador en un cuidador informal primario de una persona con demencia. Estudio de caso.

Francisco M. Frías Dipp

Universidad Iberoamericana (UNIBE) - Universidad de Salamanca (USAL)

Nota de autor:

Universidad Iberoamericana (UNIBE), Departamento de Psicología, Escuela de Graduados.
Proyecto de investigación para optar por la Especialidad de Intervención en Crisis y Trauma.
La correspondencia relativa a este artículo debe dirigirse a Francisco Frías Dipp, al siguiente correo electrónico: frank.fdipp@gmail.com

Resumen

Cada vez hay más personas envejecientes en el mundo. Debido a las demandas actuales, muchas personas se ven obligadas a actuar como cuidadores primarios de sus familiares envejecientes con condiciones crónicas, como la demencia. Los familiares cuidadores de personas con demencia oscilan entre sus labores de cuidado y el dolor de anticipar la pérdida de su familiar. El objetivo de esta investigación fue explorar la relación entre el duelo anticipado y las manifestaciones de sobrecarga del cuidador. El participante fue un profesional médico, cuidador primario de su esposa, la cual fue diagnosticada con demencia hace más de diez años. Se midieron los niveles de aflicción y sensación de sobrecarga del cuidador usando el Inventario Marwit-Meuser de Aflicción del Cuidador - Versión Corta y el Test de Zarit de Sobrecarga del Cuidador. Asimismo, se realizó una intervención en duelo con técnicas narrativas con el participante. Los resultados indicaron que las manifestaciones de sobrecarga con mayor saturación en el discurso corresponden a las cuatro tareas del duelo de Worden. Al mismo tiempo, la creación de narrativas alternativas para cada una de las tareas del duelo a través de la intervención ayudó a disminuir la sensación de sobrecarga.

Palabras clave: estudio de caso, efectos psicológicos, salud mental, psicoterapia, afectividad

Introducción

El número de personas mayores de 65 años alcanzó los 761 millones a nivel mundial en 2021, y sigue aumentando mientras la expectativa de vida crece alrededor del mundo según la Organización de las Naciones Unidas ([ONU], 2023). En la República Dominicana, tanto la edad media de la población como el porcentaje de personas mayores de 60 años va en aumento de acuerdo con el Boletín Demográfico y Social de la Oficina Nacional de Estadística ([ONE], 2020). Actualmente, casi un 38% de los adultos mayores requieren cuidados de algún tipo, siendo la demencia uno de los factores principales que crean la necesidad de recibir cuidados (Sánchez & Fontalba, 2017). De hecho, se estima que a nivel global hay más de 35 millones de personas con demencia (Ryan y McKeown, 2018).

Dentro del marco de personas orientadas al cuidado de los pacientes diagnosticados con algún tipo de demencia, se encuentran los cuidadores informales. Estos suelen ser familiares de los pacientes, no tienen entrenamiento especializado en el cuidado de este tipo de pacientes, no reciben ningún tipo de remuneración por los cuidados ofrecidos y no tienen un horario establecido (Martinez Pizarro, 2020; Teahan et al., 2020).

Debido a diversos factores, como el creciente costo de los cuidados, las políticas orientadas a prolongar la participación de los adultos en el mercado laboral y la falta de políticas orientadas a facilitar el cuidado de adultos mayores, los familiares de pacientes con demencia se ven en la necesidad de cumplir el rol de cuidador principal al mismo tiempo que ocupan empleos remunerados (Bijnsdorp et al., 2021; Spann et al., 2022). En estos casos, el cuidador principal puede presentar una sensación de soledad y aislamiento al tener que enfrentar el estrés de cuidar a su familiar junto con los demás factores estresantes de su vida, generalmente sin ayuda sustancial de su entorno (Brea Franco, 2019; Pérez Rodríguez et al., 2017; Daley et al., 2018).

Aparte del estrés de tener que cuidar de una persona cuyas funciones motoras y cognitivas van disminuyendo con el paso del tiempo y mantener un empleo, los familiares cuidadores de una persona con demencia también pasan por un proceso de duelo anticipatorio (Holley y Mast, 2010). Un proceso de duelo anticipado difiere del duelo posterior a la muerte en que posee cierto nivel de incertidumbre, ya que el estado del paciente cambia con el tiempo, sin reconocimiento social y sin rituales que puedan dar un cierre hasta pasado el momento de la muerte (Brea Franco, 2019). De acuerdo con varios autores, este tipo de duelo suele confundir por su naturaleza ambigua, ya que el paciente se encuentra físicamente vivo, pero psicológicamente está cada vez más ausente conforme avanzan las etapas de la demencia (Boss, 1999, como se citó en Brea Franco, 2019; Park et al., 2018; Pérez-González et al., 2021).

La complejidad de la experiencia de duelo anticipatorio en familiares cuidadores pacientes con demencia hace necesaria la intervención psicológica para prevenir la aparición de complicaciones en el proceso de cuidado del paciente y de duelo posterior a la muerte (Worden, 2009, como se citó en Toyama y Honda, 2016; Crawley et al., 2022). En personas que no han recibido tratamiento, dicho fenómeno se encuentra directamente asociado con la aparición de síntomas asociados con el Síndrome del Cuidador, síntomas que pueden permanecer en el tiempo y contribuir a la aparición de un duelo complicado (Coelho et al., 2020; Park et al., 2018; Pérez-González et al., 2021). Estos síntomas incluyen, pero no se limitan a: desesperanza, ansiedad y estrés, irritabilidad, fatiga, desgaste emocional, sentimientos de ira, impotencia y tristeza, insomnio, palpitaciones, cambios de humor, apatía, insatisfacción generalizada, aislamiento familiar y social (Martínez Pizarro, 2020). Las manifestaciones de estos síntomas pueden provocar alteraciones que afecten la vida personal y profesional del cuidador primario, a la vez que deterioran la calidad de vida del paciente con demencia (Teahan et al., 2020).

La terapia narrativa se basa en el concepto de que los individuos internalizan ideas de su contexto cultural, las cuales utilizan para dar significado a los eventos de su vida, creando así una narrativa personal que, en casos patológicos, se vuelve restrictiva, excluyendo partes de la experiencia total de la persona, o puede haber un choque entre narrativas contradictorias en los que resulta difícil integrar ambos significados en una narrativa a nivel macro (White y Epston, 1993; Keightley y Pickering, 2012; Campillo Rodríguez, 2021). Las intervenciones narrativas en el ámbito terapéutico tienen como propósito ayudar al paciente a reescribir la historia que se cuenta a través de la identificación y modificación de los factores socioculturales que ayudaron a formar la narrativa desadaptativa, la redefinición del significado interpretado de eventos clave y la creación de narrativas alternativas que permitan al paciente integrar todas sus experiencias en una sola identidad narrativa (Toyama y Honda, 2016; Scherrer et al., 2013; Rafaely y Goldberg, 2020). Múltiples autores destacan la efectividad de las técnicas narrativas en el tratamiento del duelo (Elinger et al., 2021; Nelson et al., 2022; Neimeyer, 1999).

En familiares de personas con demencia y otras enfermedades terminales, la identidad de cuidador puede ser el factor que transforme la narrativa que la persona crea para interpretar la realidad de la enfermedad de su familiar, suplantando completamente la relación preexistente entre el cuidador y su familiar (Morgan et al., 2021; Beatie et al., 2021). Los cónyuges que se convierten en cuidadores de sus parejas, por ejemplo, notan como, tras adoptar la identidad de cuidadores, y como consecuencia del avance de la condición de su pareja, se reduce la frecuencia de las relaciones íntimas, a veces describiendo la desagradable sensación de estar aprovechándose de la persona con demencia (Hayes et al., 2009).

Ante la necesidad de intervención orientada a trabajar el duelo anticipado y las consecuencias del síndrome del cuidador en familiares cuidadores de pacientes con demencia, hay evidencia de la efectividad del modelo de terapia narrativa al redefinir el rol del cuidador

(Matta, 2021; Rafaely y Goldberg, 2020). Esto sirve para facilitar la expresión libre de las emociones que le provoca la situación de su familiar y poder integrarse al resto de la familia en el duelo, combatiendo el aislamiento que provoca y facilitando la creación de una red de apoyo que fomenta la resiliencia (Toyama y Honda, 2016). Dicha redefinición de roles ocurre a través del cumplimiento de cuatro tareas que propone Worden: aceptar la realidad de la pérdida, procesar el dolor de la pérdida, ajustarse a un ambiente en el que el fallecido no está y trasladar emocionalmente al fallecido de manera que su memoria perdure en una vida con un nuevo significado (Worden, 2009, como se citó en Toyama y Honda, 2016; Stillion y Attig, 2015; Rafaely y Goldberg, 2020).

El objetivo principal de esta investigación era explorar la relación entre las manifestaciones de síndrome del cuidador y de duelo anticipado, tanto en el discurso del cuidador primario como en el resultado de la intervención. Por lo tanto, se procedió bajo la hipótesis de que la intervención en duelo con técnicas narrativas disminuiría la sensación de sobrecarga del cuidador en el familiar de persona con demencia.

Método

Participantes

El participante fue un hombre de 61 años, cuidador primario de una persona con demencia, médico, casado, de nivel socioeconómico alto. Se estableció como criterio de inclusión para participar en esta investigación que el participante debería ser cuidador primario de un familiar diagnosticado con algún tipo de demencia, ser mayor de 18 años, profesional activo y que reportara que no ha sido diagnosticado con trastornos psicóticos, del estado de ánimo o de ansiedad. Debe haber puntuado 13 o más en algunas de las tres subescalas del Marwit-Meuser Caregiver Grief Inventory (Carga de sacrificio personal, Añoranza y tristeza, y Preocupación y aislamiento percibido), y haber obtenido una puntuación de 47 o más en el Test Zarit de Sobrecarga del Cuidador.

Instrumentos

Una de las herramientas utilizadas fue el Inventario Marwit-Meuser de Aflicción del Cuidador - Versión Corta. El mismo es un cuestionario que mide el nivel de aflicción de los familiares cuidadores primarios de una persona con trastornos de tipo neurológico a través de tres subescalas: Carga de Sacrificio Personal, Tristeza y Añoranza, y Preocupación y Aislamiento Percibido (Park et al., 2018). El MM-CGI-SF, por sus siglas en inglés, fue desarrollado en 2005, basado en la versión original del MM-CGI, que constaba de 50 ítems para medir las mismas variables (Marwit y Meuser, 2005). Fue traducido al español a través de un proceso de traducción y retrotraducción, y luego analizado por un comité bilingüe siguiendo el modelo de equivalencia transcultural para adaptarlo a la población de Puerto Rico (Alvelo et al., 2016). Mientras que en la versión original del MM-CGI-SF, se reportó coeficiente de alfa de Cronbach de .83 para la escala de Carga de Sacrificio Personal, .80 para Tristeza y Añoranza y .80 para Preocupación y Aislamiento percibido, para la versión en español se reportó un alfa de Cronbach del instrumento en su totalidad, probado en poblaciones caribeñas hispanoparlantes, de .91, además de mostrar correlación positiva con la versión completa del MM-CGI y con otros instrumentos que miden aflicción, duelo y síntomas depresivos (Alvelo et al., 2016; Marwit y Meuser, 2005). Consta de 18 reactivos tipo Likert en orden ascendente, a los que se responde de una de las siguientes maneras: (1) muy en desacuerdo; (2) en desacuerdo; (3) más o menos de acuerdo; (4) de acuerdo y (5) muy de acuerdo. Cada puntuación contribuye a alguna de las tres subescalas y a la puntuación total, que suma las respuestas a las 18 preguntas.

Por su parte, el Test Zarit de Sobrecarga del Cuidador es un cuestionario utilizado para medir la carga subjetiva de un cuidador primario de persona con demencia estableciendo una puntuación única con múltiples puntos de corte para diferentes severidades de la carga percibida (Crespo y Rivas, 2015). El cuestionario posee 22 preguntas que pueden ser

respondidas en una escala tipo Likert del 0 al 4 en orden ascendente, a los que se contesta (0) nunca; (1) rara vez; (2) algunas veces; (3) bastantes veces; (4) casi siempre (Park et al., 2018; Instituto Nacional de Geriátría [INGER], 2019). Las puntuaciones de cada pregunta se suman para obtener la puntuación total. La versión en español de esta herramienta presenta un índice de confiabilidad de .95 (Crespo y Rivas, 2015).

Procedimiento

El investigador, siguiendo el protocolo de la Universidad Iberoamericana, envió la propuesta de investigación y el consentimiento informado al Comité de Ética de la universidad. Al obtener aprobación, se difundió una cadena de mensajes de texto con el correo electrónico y el número de contacto del investigador y toda la información pertinente a la investigación a través de canales relativos a círculos de cuidadores primarios de personas con demencia. Una vez se estableció contacto inicial con el participante, se le presentó el documento de consentimiento informado, el cual fue leído en su totalidad y aprobado por el participante. Después de esto, se aplicó el Inventario Marwit-Meuser de Aflicción del Cuidador (MM-CGI-SF) y el Test de Zarit de Sobrecarga del Cuidador. El consentimiento y los cuestionarios fueron guardados en un sobre sellado al que solo el investigador tiene acceso.

Tras una primera sesión de evaluación, se estableció un plan terapéutico basado en la terapia narrativa desarrollada inicialmente por White y Epston, bajo el marco teórico desarrollado por Worden con su concepto de las cuatro tareas del duelo. Se planteó como objetivo general de la intervención disminuir la intensidad de síntomas de sobrecarga del cuidador que el participante refirió experimentar, y que fue corroborado con el Test de Zarit y una entrevista semiestructurada preliminar. También se establecieron como objetivos secundarios las cuatro tareas de Worden, ajustadas a la situación de duelo anticipado: aceptar la ambigüedad de la pérdida, procesar el dolor de la pérdida, ajustarse a un ambiente en el

que la persona pierde cada vez más facultades y trasladar emocionalmente la memoria de la persona con demencia de manera que perdure en una vida con un nuevo significado. Se programaron ocho sesiones, de las cuales solo pudieron tomar lugar seis, debido a la naturaleza de la carrera del participante y su condición como cuidador primario de una persona con demencia.

Por su parte, el proceso de análisis de los datos ocurrió de la siguiente manera. Para los datos cuantitativos, se le aplicó el MM-CGI-SF y el Test de Zarit al participante antes de la intervención y después de la misma, comparando las puntuaciones de ambas evaluaciones para notar cualquier diferencia que haya podido tomar lugar durante el período de intervención.

Para los datos cualitativos, las sesiones fueron grabadas en su totalidad con el consentimiento del participante. Dichas grabaciones fueron transcritas textualmente. El investigador leyó las transcripciones, identificando los elementos de la narrativa macro que se iban repitiendo. A partir de las dos primeras sesiones, cada una de las intervenciones siguientes se diseñó en base a una de las tareas de Worden. Basándose en el discurso que más se repitió durante cada una de esas sesiones, se extrajeron las diferentes manifestaciones de sobrecarga del cuidador y se dividieron en categorías creadas a priori basadas en las tareas de Worden.

Resultados

Presentación del caso

D. A. es un hombre de 61 años de edad. Vive con su esposa, con la que lleva casado más de 25 años. Posee un nivel socioeconómico alto. Trabaja como médico. No comparte hijos con su esposa actual, teniendo una hija con su primera esposa, la cual falleció hace 30 años. Sin embargo, asegura haber sido una figura paterna importante para los cuatro hijos del primer matrimonio de su actual esposa.

D. A. acude a consulta debido a la carga que le provoca la condición de su esposa, que fue diagnosticada con demencia hace poco menos de 10 años. Menciona que, a pesar del tiempo que ha transcurrido, todavía experimenta un alto nivel de frustración con la situación de su esposa, que todavía no ha podido aceptar la realidad de la pérdida y que quisiera poder cuidar a su esposa sin experimentar irritabilidad producto de la ambivalencia de la pérdida, que no le permite tener un cierre. Cabe destacar que D. A. se muestra receptivo al proceso terapéutico, ya que anteriormente había pasado por un proceso de acompañamiento en duelo cuando su primera esposa fue diagnosticada con cáncer terminal. Este proceso ha ayudado a D. A. a emplear varias herramientas y recursos que le han ayudado a no sentirse completamente abrumado, y con las que reporta haber aguantado durante todos estos años.

Tras ser informado sobre el propósito de la investigación y el plan de intervención, D. A. ha consentido a ser el sujeto de esta investigación.

Antecedentes

D. A. ha tomado la responsabilidad de ser el cuidador primario de R. L., con ayuda nula por parte de los hijos de su esposa. Esto le ha llevado a abandonar todo tipo de intereses personales, a desestimar su vida social y a entablar una rutina en la que mitad de su día transcurre laborando y la otra mitad transcurre cumpliendo sus labores de cuidador. D. A. reporta que hace más de 3 años que no se permite tener tiempo personal cuando está en casa,

y que cualquier momento libre que tenía en su horario laboral se lo pasaba recibiendo llamadas por parte de su esposa hasta hace poco, cuando R. L. empezó a perder la facultad de llevar el paso del tiempo y fue dejando de poder hacer llamadas por teléfono de manera paulatina.

R. L. es la esposa de D. A., y fue diagnosticada con Enfermedad de Alzheimer en 2013. En primer lugar, D. A. se hizo responsable del cuidado de R. L. según la misma empezó a notar un deterioro significativo en sus funciones cognitivas. De inmediato se inició un tratamiento psiquiátrico y farmacológico (sertralina 50mg, quetiapina 150mg, alplax 2mg), que logró mitigar los síntomas de la enfermedad durante los primeros años, pero en la actualidad, la condición de R. L. ha avanzado a tal punto que no presenta retención de información a corto plazo, rango motor limitado, afasia global moderada y ansiedad social e irritabilidad.

D. A. menciona que, tras haber pasado más de 20 años haciendo todo en pareja, en la actualidad se le dificulta dejar de participar en actividades sociales o, en caso de encontrar la oportunidad, tener que hacerlo sin la compañía de su esposa. Esto, en parte, debido a la ansiedad que le provoca a R. L. compartir en espacios sociales, sea dentro de su misma casa o fuera de ella. Entonces, tras haber abandonado su vida social y no recibir ayuda por parte de su familia, D. A. afirma que se siente relegado a vivir únicamente como cuidador.

Evaluación inicial

Para la evaluación inicial, se le aplicó a D. A. el Inventario Marwit Meuser de Aflicción del Cuidador en su versión corta, traducida al español. En este cuestionario, D. A. obtuvo puntuación de 21 en la subescala de Sacrificio Personal, refiriéndose a lo que el familiar siente que ha sacrificado para poder cuidar de la persona con demencia, 22 en la subescala de Tristeza y Añoranza, que toma en cuenta los sentimientos de tristeza y manifestaciones de duelo más comunes en las sociedades occidentales por los que pasa el

cuidador, y 24 en la subescala de Preocupación y Aislamiento Percibido, que representa las sensaciones de incertidumbre y el aislamiento social asociado a síntomas depresivos. Tales puntuaciones indican una reacción promedio ante una situación de aflicción y duelo anticipado (Alvelo et al., 2016). También se aplicó el Test Zarit de Sobrecarga del Cuidador, en el que D. A. obtuvo una puntuación de 49 puntos, lo cual indica una sensación de sobrecarga leve (INGER, 2019).

Formulación del caso

Desde la perspectiva narrativa, se postula que la aparición de síntomas de sobrecarga del cuidador responde a la creación de una narrativa interna en la que el rol de cuidador se convierte en el rol principal, dejando de lado los demás aspectos de personalidad y conducta del familiar que cumple dicha función. Al ser etiquetado como cuidador por encima de todo lo demás, adquiere la totalidad de la responsabilidad del cuidado de su familiar, a la vez que no se permite experimentar otros aspectos propios de tener a un ser querido diagnosticado con demencia. Es decir, no se permite a sí mismo pasar por el proceso de duelo anticipado que suele tomar lugar en este tipo de casos. Se aísla, poniendo distancia física y emocional entre sí mismo y el mundo (Sánchez y Fontalba, 2017; Toyama y Honda, 2016).

Tratamiento y curso

De acuerdo con la literatura existente, el trabajo con la situación de duelo anticipado, y crear un ambiente en el que se le permita al familiar expresar la totalidad de su persona, más allá de su rol de cuidador, fomenta la creación de una narrativa integradora, a raíz de la cual el cuidador puede distanciarse de sus emociones negativas y enmarcar los recuerdos de manera que cuenten una historia positiva en la que sea primaria la idea de expresión de amor a través del cuidado y la esperanza (Park et al., 2018).

El marco en el que se trabaja la terapia narrativa consiste en cuatro pasos o tareas:

1. Conocer la manera “normal” del paciente de crear narrativas basándose en las costumbres y tradiciones que aprendió y que representan su realidad narrativa actual.
2. Cuestionar la naturaleza de esa realidad narrativa, deconstruyendo el problema y presentando perspectivas alternativas.
3. Externalizar conversaciones y hacer un mapa de las influencias sociales sobre la narrativa para encontrar el origen de la manera desadaptativa de enmarcar el problema.
4. Ayudar al paciente a auto-redefinir su situación y utilizar narrativas alternativas (Toyama y Honda, 2016).

Sesión 1. En el transcurso de la primera sesión se estableció la línea base de la situación. Se exploraron los sentimientos que provoca la enfermedad de R. L. en D. A., principalmente de frustración e impotencia ante el progreso constante y acelerado de la enfermedad, pero también ante la actitud de R. L. con respecto a la misma. Se habló sobre el peso que D. A. siente al estar en su casa debido a que R. L. orbita constantemente alrededor de él. De igual manera, D. A. habló sobre la doble pérdida de su vida social. Expresó que tenía los últimos treinta años haciendo su vida social en pareja, y que se le dificulta salir y realizar actividades solo, y que a R. L. en su condición actual, le provoca mucha ansiedad estar en ambientes sociales, inclusive con sus propios hijos, por lo que tampoco puede salir mucho con ella, para evitar provocarle un ataque de pánico.

Sesión 2. Durante la segunda sesión, identificamos la narrativa actual con la que D. A. interpreta su realidad. La narrativa de la relación ha cambiado drásticamente durante el progreso de la enfermedad de R. L., e incluso ha afectado la relación de D. A. con sus hijastros. Actualmente, D. A. categoriza su relación como, principalmente, una carga, debido a la alta demanda de cuidado de su esposa, la pérdida de su vida social y la falta de ayuda por

parte de sus hijastros, quienes no participan del cuidado de R. L. de ninguna manera. El hogar propio es visto de manera desfavorable, ya que D. A. afirma no sentirse libre dentro del mismo. Dice que lo único que evita que se divorcie y deje el cuidado de R. L. con los hijos de esta es la responsabilidad que siente con la mujer que ha amado durante tanto tiempo. Expresó frustración ante la pérdida de su primera esposa, la cual murió de cáncer, en el momento emergente de su carrera y ante la situación actual de R. L. durante el período que describe como su mejor momento a nivel profesional. La narrativa, entonces, parte de la frustración ante la pérdida ambigua de R. L., la soledad que le provoca tener que cuidar de ella sin ayuda de su familia y la pérdida de la libertad dentro del hogar. Otro aspecto importante de la narrativa que se repite a lo largo del discurso de D. A. es el sentimiento de desdicha al tener que enfrentarse a la enfermedad terminal de una pareja por segunda ocasión. Hacia el final de la sesión, D. A. decidió tomar el paso de sacar a R. L. de la habitación matrimonial y habilitarle su propia habitación con una cuidadora especializada.

Sesión 3. Durante la tercera sesión, se exploró el concepto de pérdida ambigua en relación a enfermedades como la demencia, que se había tocado en sesiones anteriores. D. A. mencionó la confusión que le provoca tener a R. L. frente a él, pero comportándose de manera completamente diferente, con dificultades mayores para comunicarse y, sobre todo, de poder verla con altos niveles de energía y actividad física pero no poder continuar una vida social normal con ella por la ansiedad que le provoca socializar con otras personas. También se habló de asumir roles en el hogar que su esposa ocupaba anteriormente. En el transcurso de la sesión surgió el tema de la expresión de emociones negativas, y D. A. expresó que no se le dificulta, y que reconoce muchas de las emociones que le provoca la situación de su esposa debido a todo el proceso de la muerte de su primera esposa, proceso que le llevó a trabajar con un especialista en duelo y a adquirir algunas herramientas que ha utilizado a lo largo de la enfermedad de R. L. para poder mantenerse en pie. Las consecuencias de mudar a R. L. de

habitación fue otro de los temas que se tocó en la sesión, y D. A. se mostró satisfecho con los resultados inmediatos, resaltando que se siente un poco más libre, a pesar de la tristeza que le produce no dormir a su lado por primera vez en más de treinta años.

Sesión 4. En la cuarta sesión, se trabajó con la creación de narrativas alternativas. Tras establecer una narrativa actual concreta, se procedió a redefinir las experiencias de D. A., contrastando la situación con R. L. posterior al diagnóstico de demencia con su respuesta. D. A. pudo destacar que, considerando la poca ayuda que han brindado los hijos de R. L., su presencia y cuidado haya sido posiblemente la única manera de ofrecerle un alto nivel de calidad de vida mientras su condición avanzaba. De igual manera, en lugar de mantener la conversación centrada en los años después del progreso de la condición, se integró a la narrativa el período anterior a la aparición de síntomas. Con la mudanza de su esposa a otra habitación, D. A. también expresó gozar de mayor libertad dentro de su casa, aliviando una de sus demandas principales. Además, se habló de cómo tanto el haber pasado por el proceso terminal de su primera esposa como los conocimientos y conexiones que le ha dejado su carrera como médico, han ayudado a D. A. a buscar y proveer cuidado especializado para R. L., desde buscar ayuda psiquiátrica y neurológica en las etapas tempranas de la aparición de síntomas hasta las herramientas puestas en práctica por él para lidiar con la pérdida de facultades de su esposa, como el visitar memorias significativas a través de álbumes de fotos de manera constante.

Sesión 5. Para la quinta sesión, D. A. expresó profundos sentimientos de tristeza relacionados al hecho de haber mudado a su esposa de habitación. A pesar de mostrarse contento con la libertad que reporta gozar ahora que no comparte la misma habitación con R. L., menciona que es la primera vez en casi 30 años que le toca dormir solo por un período prolongado. De igual manera, mencionó que la presencia de R. L. en otras partes de la casa también ha disminuido, y que ella suele pasar cada vez más tiempo en la habitación habilitada

para su cuidado. D. A. sostiene la teoría de que se debe, en parte, a que se le retiró el medicamento antidepresivo (sertralina 50mg), lo cual ha tenido un efecto en sus niveles de energía. Todo esto ha llevado a D. A. a sentir por primera vez la ausencia profunda de su esposa, expresando por primera vez en el proceso terapéutico que la extraña. Por otro lado, menciona que está intentando salir más a menudo, dejando a R. L. con cuidadoras especializadas, y que, aunque se le ha dificultado un poco, se siente cada vez más cómodo recuperando su vida social.

Sesión 6. Debido a varias emergencias de índole personal y profesional que provocaron la cancelación de sesiones anteriores, esta sesión resultó ser la última, programada hacia el final de la intervención. Se discutieron diferentes maneras en las que D. A. puede mantener presente la memoria de R. L. en el hogar en vista de su reclusión progresiva. D. A. eligió, en primer lugar, hacer copia de todas las fotos que se tomaron juntos a lo largo de su relación y posicionarlas alrededor de la casa, mientras que las originales se quedan en los álbumes. También se practicó una serie de ejercicios de relajación y autorregulación basados en la respiración y el mindfulness para ampliar el arsenal de recursos que D. A. tiene a su disposición para afrontar tanto el dolor de la pérdida como la frustración y la impotencia que le provoca el avance de la enfermedad de R. L. Al final de la sesión, se realizó un cierre del proceso terapéutico, enfatizando los avances logrados y reforzando la narrativa alternativa propuesta. Se realizó la evaluación final post-intervención. Las puntuaciones de las evaluaciones pre y post intervención se detallan en las tablas 1 y 2.

Resultados después de la intervención

Estadísticos descriptivos

Tabla 1

Puntuaciones pre y post intervención de las subescalas del MM-CGI-SF

	Puntuación previa a la intervención	Puntuación posterior a la intervención
Sacrificio Personal	21	23
Tristeza y Añoranza	22	21
Preocupación y Aislamiento Percibido	24	13
Total	67	57

Nota: Las puntuaciones por debajo de 15 en cada una de las subescalas se consideran indicadores de un bajo nivel de aflicción, puntuaciones entre 15 y 25 se consideran puntuaciones normales de personas afligidas y las puntuaciones mayores de 25 se consideran severamente afligidas.

Tabla 2

Puntuaciones pre y post intervención del Test de Zarit

	Puntuación previa a la intervención	Puntuación posterior a la intervención
Test de Zarit de Sobrecarga del Cuidador	49	33

Nota: Una puntuación menor de 47 se considera sin sobrecarga, una puntuación entre 47 y 55 indican sobrecarga leve, y puntuaciones mayores a 55 indican sobrecarga intensa.

Resultados cualitativos

Categoría Manifestaciones de sobrecarga del cuidador

Uno de los objetivos de la investigación consistió en agrupar las diferentes manifestaciones y síntomas de la sobrecarga del cuidador.

Subcategoría 1: Aceptar la ambigüedad de la pérdida. D. A. mencionó que durante la muerte de su primera esposa, se le hizo relativamente fácil acostumbrarse a la idea de que ella iba a morir debido su progresivo deterioro físico. Sin embargo, la enfermedad de R. L. le provoca una disonancia en la que, físicamente, la ve saludable, pero su mente se ha deteriorado al punto que no puede formar oraciones, usando solo palabras sencillas para comunicarse, y se pasa la mayor parte del tiempo hablando incoherencias. Tal disonancia fue una de las principales razones, según D. A., por la que se resistía a mudar a su esposa a una habitación mejor habilitada para su cuidado.

Esto se suma al alto nivel de ansiedad social y de separación que muestra R. L. para provocar en D. A. un estado de constante irritabilidad. Según la narrativa presente en el discurso de D. A., el nivel de actividad física constante de su esposa ante su presencia causa en él un nivel de frustración que le ha llevado a evitar pasar tiempo en su casa. El discurso relativo a esta problemática fue recurrente durante las primeras tres sesiones, hasta que se trabajó directamente el tema de la pérdida ambigua durante la sesión número 3.

D. A.: “Ya yo no soporto pasar tiempo en mi propia casa”.

Investigador (I): “¿Por qué?”

D. A.: “Es que si yo no estoy allá, ella está tranquila. Desde que ella se entera que yo estoy en la casa, se pasa todo el rato encima de mí”.

Adicionalmente, D. A. dijo “Ni al baño puedo ir yo sin que ella me siga. Y yo que cojo cuerda fácil, veo rojo yo cuando ella no me deja tranquilo”.

(...)

D. A.: “No, mira, esto es más fuerte para mí que la muerte de mi primera esposa. Al menos con ella se veía el deterioro, y era más fácil, como que asimilarlo, ¿sabes?”

D. A. también agregó “Porque con [R. L.], para ella todo está bien. Ella no se entera de nada, no sabe lo que tiene. Y eso como que te confunde”.

Subcategoría 2: Procesar el dolor de la pérdida. La manifestación principal de esta tarea del duelo en el proceso de D. A. es una marcada tristeza, acompañada por sentimientos de desdicha y desesperanza al enfrentarse a la condición crónica terminal de una pareja por segunda vez. La narrativa principal nace desde la pregunta “¿Por qué a mí?”. Sin embargo, D. A. menciona que conoce la tristeza de una pérdida, y que la expresa libremente y sin tabúes. Este tema se repitió explícitamente durante la sesión 2, 3 y 4, en la que se intervino directamente en la creación de narrativas alternativas.

I: “¿Cuál considera usted que es la parte que su familiar menos entiende de su situación?”

D. A.: “Nadie se imagina lo que es vivir con esto. A veces yo miro al cielo y le pregunto a Dios allá arriba que por qué me manda esto a mí ahora”. También comentó que “Cuando yo todavía estaba joven, empezando a subir, se me muere mi primera esposa y me deja solo con mi hija”. Añadió que “Ahora, que estoy en el mejor momento de mi carrera, que puedo viajar y gozar y disfrutar, me toca pasar por todo esto”.

I: “Y resumiendo eso en un sentimiento clave, sería...”

D. A.: “Una profunda tristeza”.

I: “La tristeza es uno de los sentimientos más normales al tratar con la pérdida de alguien que nos importa. Este sentimiento, ¿se permite experimentarlo o intenta evitarlo?”

D. A.: “No, yo lloro. Frente a mi hija, frente a quien sea. Si yo siento que ando triste o que quiero llorar, yo lo saco de mi cuerpo eso”.

Subcategoría 3: Ajustarse a un ambiente en el que el ser querido no está. D. A. expresó en múltiples ocasiones que esta área era la más retadora para él. Su vida social ha sido abandonada casi por completo, tanto por la responsabilidad de tener que cuidar a R. L., como por la falta de costumbre de acudir sin ella a eventos sociales. Afirma que “hacían todo juntos” y que “no sabe cómo estar solo” después de tanto tiempo de matrimonio. Estos

cambios en la vida social estuvieron dentro de los temas abordados durante las primeras dos sesiones, y cuyo progreso se reportó durante el resto de la intervención.

D. A. mencionó que “Yo no tengo vida social ya. O, bueno, ahora es que estoy empezando a salir de nuevo y eso, pero yo tengo más de un año yendo directo del trabajo a la casa y de la casa al trabajo”.

I: “No tiene tiempo para salir, ¿verdad?”

D. A.: “No, es que nosotros íbamos para todos lados juntos. A cenas, fiestas, cumpleaños, de viaje”.

Adicionalmente, dijo “Mira, yo me junté el otro día con mis amigos de los carros y estaban todos con sus esposas, y yo en el medio, sin saber qué hacer. Y me preguntaban por [R. L.]. Yo ni sabía que responder”.

I: “Le es difícil no poder tener a su esposa al lado”.

D. A.: “Después de tanto tiempo, claro. Yo no sé estar solo ya, son más de treinta años con ella de arriba para abajo”.

Otra de las manifestaciones que se identificó dentro de esta categoría fueron los síntomas somáticos, que D. A. menciona durante su discurso a lo largo de las sesiones, aunque no nace de una incapacidad de adaptarse a la ausencia de R. L., sino más bien a la pérdida de facultades de la misma. El cansancio y las alteraciones del sueño, por ejemplo, que D. A. reporta, son consecuencia directa de las acciones de R. L. Durante las dos primeras sesiones, estas manifestaciones físicas fueron parte del discurso de D. A., y con cada sesión se registró la disminución de las mismas después de trasladar a R. L. a otra habitación.

I: “¿Cómo se encuentra, por ejemplo, el tema del sueño?”

D. A.: “¿Mío o de [R. L.]?”

I: “Ambos”.

D. A.: “Te pregunto porque ella no duerme a menos que esté exhausta, pero cuando ella cae rendida, porque gasta toda la energía que tiene, duerme su noche completa”.

Continuó diciendo “El asunto es que hasta que ella no se duerme, yo no me duermo”.

I: “¿Por qué?”

D. A.: “Porque ella empieza a toparme o a llamar mi atención para que le haga caso”.

Igualmente, D. A. dijo “Además, ya ella no puede ir ni al baño sola, así que me quedo despierto para que no me [moleste] tanto, y para ayudarla con lo que haga falta”.

I: “¿Y amanecen descansados?”

D. A.: “Ella sí, fresquecita como una lechuga. A las 5 y pico está ella en pie ya, y entonces me despierta a mí, que tal vez he dormido algunas 5 horas”.

Después, D. A. expresó que “Hay veces que yo hasta tengo que tomarme algo para dormir, porque si no, no pego el ojo la noche entera”.

I: “Eso cansa”.

D. A.: “Imagínate, hay que llevarla hasta el baño y ni dormir me deja”.

Finalmente, D. A. reporta que, unos meses antes de llevar a cabo la intervención, tuvo un período en el que la fatiga y la incapacidad de dormir y de concentrarse interfirió con su labor como cirujano, resultando en un lapso de cerca de dos meses en los que no pudo cumplir con su trabajo.

Subcategoría 4. Trasladar emocionalmente la memoria de quien padece la enfermedad. A lo largo del proceso terapéutico, D. A. mostró desdén hacia sus hijastros por la falta de apoyo percibida en cuanto a la condición de R. L. Mucha de la narrativa se centraba en cómo le habían dejado todo el cuidado de su madre a él, sin colaborar de ninguna manera. Aunque ocasionalmente mencionaba que no se sintiera tan cargado si sus hijastros ayudaran con el cuidado de su esposa, el principal discurso relativo a ellos revolvía sobre el abandono casi total de una madre enferma por parte de sus hijos. De ahí, parte el

enfrentamiento con la familia, que D. A. reporta era “muy unida” antes del diagnóstico. Este fue uno de los temas más recurrentes durante el proceso terapéutico, siendo parte recurrente del discurso principal durante las primeras cuatro sesiones de intervención y de manera esporádica en las últimas dos.

Investigador: “Entonces usted se ocupa de todo, ¿no?”

D. A.: “Sí, los hijos solo la miran desde la distancia. Ellos te dicen que les preocupa mucho su mamá, pero desde su casa. Ninguno viene a verla, ni se la lleva unos días para su casa, ni colaboran con nada”.

D.A. también agregó que “Es más, mi hija, que es hija de mi primera esposa y vive fuera, está más involucrada con [R. L.] que sus propios hijos”.

Investigador: “Al menos usted puede quedar con la conciencia limpia de que hizo todo lo que pudo por [R. L.] cuando hizo falta”.

D. A.: Eso sí. Cuando a ella le toque irse, yo no quiero ver a ninguno llorando “ay, mi mamá, mi mamá”, que cuando mamá estaba viva y los necesitaba, ninguno estaba ahí.

De igual manera, D.A. expresó “Yo puedo quedarme tranquilo, (...) con la conciencia limpia. Pero ya yo les dije que yo corté con ellos, así como ellos cortaron con su mamá. El día que ella cierre los ojos, a mí que no me busquen”.

Discusión

Esta investigación exploró la relación entre el duelo anticipado y la sobrecarga del cuidador en un familiar cuidador de una paciente con demencia, con la finalidad de conocer si una intervención en duelo puede disminuir la sensación de sobrecarga en el familiar.

Para el análisis de los datos cualitativos, se realizaron categorías para clasificar las distintas manifestaciones de sobrecarga del cuidador a través del modelo de las cuatro tareas del duelo de Worden. Las cuatro tareas del duelo consisten en aceptar la realidad de la pérdida, procesar el dolor de la pérdida, adaptarse a un ambiente en el que el ser querido no

está y trasladar la memoria de la persona perdida para darle un nuevo sentido a la vida (Toyama y Honda, 2016). Estas cuatro tareas fueron seleccionadas durante el diseño de la investigación como las categorías para agrupar las manifestaciones de la sobrecarga del cuidador, debido a que múltiples estudios han establecido una correlación directa entre el proceso de duelo anticipado y la aparición de síntomas de sobrecarga del cuidador a nivel general (Coelho et al., 2020; Park et al., 2018; Pérez-González et al., 2021; Toyama y Honda, 2016).

Pasando a la primera categoría, “aceptar la ambigüedad de la pérdida”, en el discurso del participante se pudo observar que dicha ambigüedad de la pérdida provoca una disonancia entre el deterioro mental de la persona con demencia con pocas secuelas a nivel físico. Esta disonancia puede provocar confusión y desesperación (Brea Franco, 2019). En el caso de D. A. (el cuidador), dicha confusión, mezclado con el alto nivel de energía de su esposa a lo largo del día, creó una imagen de la enfermedad en la que todo el mundo alrededor de R. L. (la paciente) se ve afectado excepto ella, lo que llevó a D. A. a desarrollar una irritabilidad descrita como “casi incontrolable” cuando estaba cerca de su esposa. Es por tanto que la intervención se centró en la psicoeducación sobre la realidad de la enfermedad desde la perspectiva de la persona que la sufre para crear una narrativa alternativa en la que R. L. es también víctima de su propia enfermedad.

En este punto es importante destacar que la esposa del primer matrimonio de D.A. falleció de cáncer. La tristeza provocada por la combinación de la condición de su esposa actual y la muerte de su primera esposa fue la principal manifestación de sobrecarga asociada a la segunda categoría: “procesar el dolor de la pérdida”. En ese sentido, se ha visto que la aflicción de la pérdida durante un proceso de duelo anticipado es más prominente en las parejas de las personas con la condición crónica/terminal (Pérez-González et al., 2021). Aunque no se evidenció ningún cambio significativo en las puntuaciones de la escala de

Tristeza y Añoranza en el MM-CGI-SF, se redefinió la narrativa de tristeza originaria de la desdicha y la desesperanza que nace de ambas experiencias de pérdida conyugal en una narrativa que celebre el hecho de que su carrera le permitió tener los conocimientos necesarios para poder brindar el mayor cuidado posible a ambas parejas. Sin embargo, el objetivo de las intervenciones en duelo es permitir una expresión sana de las emociones, no su inhibición (Brea Franco, 2019).

Las personas con demencia, aunque siguen vivas, pierden funciones de manera paulatina, por lo que la ausencia suele ser cognitiva y emocional en lugar de física, a la vez que la relación familiar existente se pierde según las facultades de la persona van desapareciendo (Coelho et al., 2020; Park et al., 2018). En ese sentido, la tercera categoría “adaptarse a un ambiente en el que el ser querido no está presente”, fue la más diversa en términos de manifestaciones de sobrecarga. D. A. reporta que los ajustes que ha tenido que hacer a partir del diagnóstico de su esposa le han provocado problemas de salud físicos, como alteraciones del sueño producto de un insomnio ocasional como de la interferencia de R. L. en su ritmo circadiano, sea para ayudarla a hacer cosas básicas como ir al baño o por su constante necesidad de estar cerca de él para sentirse segura.

Con la progresión de la enfermedad de R. L. y su paulatino retiro de eventos y situaciones sociales, D. A. reportó haber abandonado por completo su vida social por una mezcla de factores que incluye la incomodidad que le provoca no tener a su esposa al lado después de haber pasado más de treinta años juntos. Además, a consecuencia de la fatiga, D.A. se vio incapacitado para realizar su trabajo por un tiempo previo a la intervención. Sin embargo, a pesar de las múltiples manifestaciones de sobrecarga encapsuladas en esta categoría, no se realizó ninguna intervención narrativa específica, debido a que D. A. ya había tomado acción para corregir los problemas sociales antes del proceso terapéutico. En cambio, se reforzó la decisión de D. A. de reiniciar su vida social sin que interfiriera con su

capacidad de brindar cuidado a su esposa, lo que se convirtió en uno de los ejes centrales de la redefinición de roles. Los efectos de este cambio se evidencian en la disminución de las puntuaciones en la escala de Preocupación y Aislamiento Percibido en el MM-CGI-SF luego de la intervención.

Junto a esto, dentro de la misma categoría, también hace aparición una persistente sensación de fatiga debido a lo demandante del cuidado de R. L. como su profesión como médico cirujano. En este tipo de manifestaciones físicas se intervino de manera indirecta, ya que una de las primeras cosas que se discutió en el proceso fue la posibilidad de trasladar a R. L. a otra habitación en la casa que esté habilitada junto con una cuidadora profesional. Las alteraciones conductuales en la persona con demencia, como agresividad y agitación, y la necesidad de grandes esfuerzos físicos por parte del cuidador son factores directamente relacionados con el empeoramiento de síntomas de sobrecarga (Sánchez y Fontalba, 2017). Al trasladar a R. L. a una habitación acondicionada para su cuidado, disminuyó la necesidad de D. A. de realizar esfuerzos físicos y alterar su horario de sueño para acomodar a las necesidades de cuidado de su esposa. Esto eliminó por completo los problemas físicos de D. A. y, como se evidencia en las puntuaciones del test de Zarit, también ayudó a disminuir la sensación de sobrecarga.

La categoría final, “trasladar la memoria del ser querido perdido para darle un nuevo sentido a la vida”, envuelve la problemática alrededor de la cual se centró la mayor parte de la intervención. Es común que el cuidador principal se sienta aislado de la familia, quien siente que le deja todo el peso de cuidar a la persona con demencia, pero la familia suele estar dispuesta a ayudar cuando se le solicita (Brea Franco, 2019; Pérez-González et al., 2021; Toyama y Honda, 2016). En ese sentido, la indignación de D. A. ante el abandono de R. L. por parte de sus hijos fue uno de los temas centrales de la narrativa desadaptativa, en la que D. A. expresó una decepción doble. Por un lado, siente que le han dejado toda la labor de

cuidado a él, manteniendo distancia y rehusándose a ayudar. Por el otro, le molesta que, desde su perspectiva, hayan abandonado a su madre. Por su parte él se encuentra satisfecho con lo que ha hecho por cuidar a R. L. Igualmente, señaló que sería un atentado contra la memoria de su esposa ver a sus hijos llorar por R. L. cuando ella fallezca, después de haberla abandonado en vida.

La intervención central del proceso terapéutico se centró en la narrativa creada por D. A. a partir de ser forzado a ocupar el rol de cuidador único por parte de sus hijastros. Uno de los problemas principales que surgen en un proceso de cuidado de persona con demencia es que el familiar ocupa el rol de cuidador en su totalidad, lo que lo disocia de sus emociones y sentimientos relativos al duelo por la pérdida del familiar (Coelho et al., 2020). De ahí que el papel de la terapia narrativa en este tipo de situaciones es ayudar a la persona a redefinir su rol dentro del elemento familiar para poder identificarse como un familiar doliente (Toyama y Honda, 2016). Durante las sesiones, la tristeza y la desdicha de haber tenido que ocupar el rol de cuidador de su pareja por segunda vez, abandonado por sus hijastros y tener que poner fin a más de treinta años de costumbres y tradiciones fueron redefinidos y se convirtieron en la labor de amor propia de una persona altamente capacitada para ofrecer el mejor cuidado posible a una de las personas que más quiere en el mundo, que no lo hubiese recibido si estuviera en manos de otras personas. A esta intervención narrativa le ayudó la decisión de D. A. a partir de lo hablado en terapia de designar una habitación entera con equipo especializado y una cuidadora profesional permanente para el cuidado de R. L.

Tras analizar la evolución del discurso durante de las sesiones, y a través de las puntuaciones obtenidas con el MM-CGI-SF y el Test de Zarit previas a la intervención y posteriores a la misma, se puede afirmar que la intervención en duelo afectó la percepción de la sensación de sobrecarga experimentada por D. A. Dos de las puntuaciones del MM-CGI-SF mostraron poca variación al final de las intervenciones. La escala de Sacrificio

Personal mostró un aumento de dos puntos, de 21 a 23, permaneciendo dentro del rango de aflicción moderada tras la intervención. Por su parte, en la escala de Tristeza y Añoranza se evidenció una disminución de un punto al ser evaluado antes y después de la intervención, siendo la puntuación inicial 22, y la puntuación posterior 21, permaneciendo dentro del rango de aflicción moderada. Mientras tanto, en la escala de Preocupación y Aislamiento Percibido se obtuvieron resultados diferentes, marcando una disminución de 11 puntos, siendo 24 la puntuación obtenida antes de la intervención y 13 la obtenida posteriormente, que significa un bajo nivel de aislamiento subjetivo relativo al resto del mundo.

De igual forma, el resultado del Test de Zarit disminuyó de 49 puntos, indicando sobrecarga leve, a 33 puntos, que indica que no se encuentra en sobrecarga. Estos resultados confirman la hipótesis propuesta anteriormente, que sostenía que una intervención en duelo con técnicas narrativas disminuiría la sensación de sobrecarga del cuidador en el familiar de persona con demencia.

De ahí que se recomienda que las intervenciones orientadas a trabajar los síntomas de sobrecarga del cuidador utilicen técnicas narrativas para facilitar la redefinición de experiencias y la creación de roles que integren la experiencia de la persona como familiar que ofrece cuidados. Mientras la condición de los pacientes con demencia empeora, los costos y necesidad del cuidado aumentan, por lo que es necesario que los cuidadores se permitan encontrar un espacio para expresar todas las emociones y sentimientos que les provocan la enfermedad de su familiar, evitando quedarse atascados en un único rol. De igual forma, también se recomienda iniciar un proceso de acompañamiento en duelo anticipado con personas que muestren síntomas de sobrecarga del cuidador, debido a que las manifestaciones comunes de sobrecarga están relacionadas a la vivencia del duelo y las tareas que propuso Worden para poder integrar el duelo a la narrativa completa de vida.

Limitaciones de la investigación

Al ser un estudio de caso, los resultados de esta investigación no son generalizables al resto de la población. A su vez, por motivos de tiempo, el plan de intervención se diseñó con la finalidad de ser breve. Además, debido a la naturaleza de la profesión del único participante y su rol como cuidador primario de una persona con demencia, el plan original no pudo ser completado por múltiples emergencias personales y profesionales, siendo canceladas cuatro sesiones, solo una con antelación. Es necesaria una intervención posterior con mayor margen de tiempo, una muestra significativa y con garantías de que los participantes pueden acudir a las sesiones de manera regular.

Referencias

- Alvelo, J., Cancio-González, R. y Collazo, A. (2016). Validation of a Spanish Version of the Marwit-Meuser Caregiver Grief Inventory Short Form in a Puerto Rican Sample. *Research on Social Work Practice, 28*(4). <https://doi.org/10.1177/1049731516656801>
- Beatie, B. E., Mackenzie, C. S., Funk, L., Davidson, D., Koven, L. y Reynolds, K. A. (2021). Caregiver identity in care partners of persons living with mild cognitive impairment. *Dementia, 20*(7), 2323-2339. <https://doi.org/10.1177/1471301221994317>
- Bijnsdorp, F.M., Onwuteaka-Philipsen, B.D., Boot, C.R., van der Beek, A.J., Klop, H.T. y Pasma H.R.W. (2021). Combining paid work and family care for a patient at the end of life at home: insights from a qualitative study among caregivers in the Netherlands. *BMC Palliat Care, 20*, 93. <https://doi.org/10.1186/s12904-021-00780-9>
- Brea Franco, R.M. (2019). *Comprensión del duelo en el siglo XXI*. Editora Búho.
- Campillo Rodríguez, M. (2021). Terapia narrativa: Respondiendo al duelo y la pérdida con el árbol de la re-asociación. *Revista de Psicoterapia, 32*(119), 181-195. <https://doi.org/10.33898/rdp.v32i119.422>
- Coelho, A., de Brito, M., Teixeira, P., Frade, P., Barros, L. y Barbosa, A. (2020). Family Caregivers' Anticipatory Grief: A Conceptual Framework for Understanding Its Multiple Challenges. *Qualitative Health Research, 30*(5), 693-703. <https://doi.org/10.1177/1049732319873330>
- Crawley, S., Sampson, E., Moore, K., Kupeli, N. y West, E. (2022). Grief in family carers of people living with dementia: A systematic review. *International Psychogeriatrics, 1*-32. <https://doi.org/10.1017/S1041610221002787>
- Crespo, M. y Rivas, M.T. (2015). La evaluación de la carga del cuidador: una revisión más allá de la escala de Zarit. *Clínica y Salud, 26*(1), 9-15. <https://dx.doi.org/10.1016/j.clysa.2014.07.002>

- Daley, S., Murray, J., Farina, N., Page, T., Brown, A., Basset, T., Livingston, G., Bowling, A., Knapp, M. y Banerjee, S. (2018). Understanding the quality of life of family carers of people with dementia: Development of a new conceptual framework. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 34(1), 79-86. <https://doi.org/10.1002/gps.4990>
- Elinger, G., Hasson-Ohayon, I., Barkalifa, E., Boelen, P. A. y Peri, T. (2021). Narrative reconstruction therapy for prolonged grief disorder – a pilot study. *European Journal of Psychotraumatology*, 12(1), 1896126. <https://doi.org/10.1080/20008198.2021.1896126>
- Hayes, J., Boylstein, C. y Zimmerman, M. K. (2009). Living and loving with dementia: Negotiating spousal and caregiver identity through narrative. *Journal of Aging Studies*, 23(1), 48–59. <https://doi.org/10.1016/j.jaging.2007.09.002>
- Holley, C. K., & Mast, B. T. (2010). Predictors of Anticipatory Grief in Dementia Caregivers. *Clinical Gerontologist*, 33(3), 223–236. <http://dx.doi.org/10.1080/07317111003793443>
- Instituto Nacional de Geriátría. (2021). *Test sobre la carga del cuidador (Zarit y Zarit)*. Secretaría de Salud de México. http://inger.gob.mx/pluginfile.php/96260/mod_resource/content/138/Archivos/Dip_Medicina_geriatrica/MODULO_III/88a_Zarit.pdf
- Keightley, E. y Pickering, M. (2012). *The Mnemonic Imagination: Remembering as Creative Practice*. Palgrave Macmillan.
- Martinez Pizarro, S. (2020). Síndrome del cuidador quemado. *Revista Clínica de Medicina de Familia*, 13(1), 97-100. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=169664753013>
- Marwit, S.J. y Meuser, T.M. (2005). Development of a short form inventory to assess grief in caregivers of dementia patients. *Death Studies*, 29(3), 191-205. <https://doi.org/10.1080/07481180590916335>

- Matta, T. (2021). Treating Caregiver Grief with Narrative Therapy. *Innovation in Aging*, 5(1), 1050-1051. <https://doi.org/10.1093%2Fgeroni%2Ffigab046.3750>
- Morgan, T., Duschinski, R., Gott, M. y Barclay, S. (2021). Problematising carer identification: A narrative study with older partner's providing end-of-life care. *SSM-Qualitative Research in Health*, 1: 100015. <https://doi.org/10.1016/j.ssmqr.2021.100015>
- Neimeyer, R. A. (1999). Narrative strategies in grief therapy. *Journal of Constructivist Psychology*, 12(1), 65–85. <https://doi.org/10.1080/107205399266226>
- Nelson, K., Lukawiecki, J., Waitschies, K., Jackson, E. y Zivot, C. (2022). Exploring the Impacts of an Art and Narrative Therapy Program on Participants' Grief and Bereavement Experiences. *OMEGA - Journal of Death and Dying*. <https://doi.org/10.1177/00302228221111726>
- Oficina Nacional de Estadística. (18 de diciembre de 2020). *República Dominicana se encamina a ser un país de adultos y envejecientes*. <https://www.one.gob.do/noticias/2020/republica-dominicana-se-encamina-a-ser-un-pais-de-adultos-y-envejecientes/>
- Organización de las Naciones Unidas. (12 de enero de 2023). *Una población que envejece exige más pensiones y más salud*. <https://news.un.org/es/story/2023/01/1517857>
- Park, J., Tolea, M., Arcay, V., Lopes, Y. y Galvin, J. (2018). Self-efficacy and social support for psychological well-being of family caregivers of care recipients with dementia with Lewy bodies, Parkinson's disease dementia, or Alzheimer's disease. *Social Work in Mental Health*, 17(3), 253-278. <https://doi.org/10.1080/15332985.2018.1526756>
- Pérez-González, A., Vilajoana-Celaya, J. y Guàrdia-Olmos, J. (2021) Alzheimer's Disease Caregiver Characteristics and Their Relationship with Anticipatory Grief.

International Journal of Environmental Research and Public Health, 18(16):8838.

<https://doi.org/10.3390/ijerph18168838>

Pérez Rodríguez, M., Álvarez Gómez, T., Martínez Badaló, E.J., Valdivia Cañizares, S.,

Borroto Carpio, I. y Pedraza Núñez, H. (2017). El síndrome del cuidador en cuidadores principales de ancianos con demencia Alzheimer. *Gaceta Médica Espirituana*, 19(1), 38-50.

https://www.researchgate.net/publication/317512781_El_sindrome_del_cuidador_en_cuidadores_principales_de_ancianos_con_demencia_Alzheimer

Rafaely, M. y Goldberg, R. (2020). Grief Snow Globe: A Creative Approach to Restorying Grief and Loss through Narrative Therapy. *Journal of Creativity in Mental Health*, 15(4), 482-493. <https://doi.org/10.1080/15401383.2020.1725704>

Ryan, T. y McKeown, J. (2018). Couples affected by dementia and their experiences of advance care planning: a grounded theory study. *Ageing and Society*, 1–22. <https://doi.org/10.1017/S0144686X1800106X>

Sánchez Gil, J. y Fontalba Navas, M. (2017). Consecuencias del Burnout de cuidadores de pacientes con demencia. *European Journal of Health Research*, 3(2), 119-126. <https://doi.org/10.30552/ejhr.v3i2.61>

Scherrer, K. S., Ingersoll-Dayton, B. y Spencer, B. (2013). Constructing Couples' Stories: Narrative Practice Insights from a Dyadic Dementia Intervention. *Clinical Social Work Journal*, 42(1), 90–100. <https://doi.org/10.1007/s10615-013-0440-7>

Spann, A., Allard, C., Harvey, A.C., Zwerger, K., Spreeuwenberg, M., Hawley, M. y de Witte, L. (2022). The impact of autonomy at work on dementia family carers' ability to manage care-related emergencies, and use technology to that end: semi-structured interviews in Scotland, *Community, Work & Family*. <https://doi.org/10.1080/13668803.2022.2117589>

Stillion, J. M., & Attig, T. (Eds.). (2015). *Death, dying, and bereavement: Contemporary perspectives, institutions, and practices*. Springer Publishing Company.

Teahan, Á., Lafferty, A., McAuliffe, E., Phelan, A., O'Sullivan, L., O'Shea, D., Nicholson, E., y Fealy, G. (2020). Psychosocial Interventions for Family Carers of People With Dementia: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of Aging and Health*, 32(9), 1198–1213. <https://doi.org/10.1177/0898264319899793>

Toyama, H. y Honda, A. (2016). Using Narrative Approach for Anticipatory Grief Among Family Caregivers at Home. *Global Qualitative Nursing Research*, 3, 1-15.
<https://doi.org/10.1177/2333393616682549>

White, M. y Epston, D. (1993). *Medios narrativos para fines terapéuticos*. Editorial Paidós.

Anexos

Anexo I

**Aplicación Completa para Estudiantes**

Código de Aplicación ACECEI2023-13

Nombre del Estudiante #1 Francisco Manuel Frías Dipp

Matrícula del Estudiante #1 170411

Nombre del Proyecto de Investigación

Intervención en duelo con técnicas narrativas para el tratamiento de síntomas de sobrecarga del cuidador en un cuidador informal primario de una persona con demencia. Estudio de caso.

CAMBIOS APROBADOS DÍA Friday, March 24, 2023

ESTADO DE LA APLICACIÓN APROBADO

Anexo II

DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

El presente documento ofrece información importante sobre este estudio, sus objetivos, así como los riesgos y posibles beneficios de su participación en el mismo.

Por favor, tome el tiempo que necesite para leer detenidamente estas informaciones. Una vez haya concluido, si tiene dudas o preguntas, puede presentarlas al investigador/entrevistador.

Además, de creerlo necesario, siéntase en la libertad de conversar o consultar sobre su participación en esta investigación con otras personas, como su terapeuta, médico o familiares. Antes de tomar una decisión, asegúrese de entender completamente de qué trata esta investigación, incluyendo los posibles riesgos y beneficios que representa para usted.

1. INFORMACIÓN GENERAL SOBRE EL ESTUDIO Y EL INVESTIGADOR

1.1 Título: Intervención en duelo con técnicas narrativas para el tratamiento de síntomas de sobrecarga del cuidador en un cuidador informal primario de una persona con demencia.

Estudio de caso.

1.2 Nombre, títulos y afiliaciones del investigador:

Francisco Manuel Frías Dipp, es licenciado en Psicología, mención Clínica, egresado de la Universidad Iberoamericana (UNIBE). Actualmente se encuentra realizando el trabajo final de la Especialidad en Intervención en Crisis y Trauma, otorgado por la Universidad Iberoamericana (UNIBE), con doble titulación en conjunto con la Universidad de Salamanca (USAL).

Esta investigación ha sido aprobada por el Comité de Ética de la Universidad Iberoamericana (UNIBE).

2. OBJETIVO DE ESTE ESTUDIO

El objetivo de esta investigación es documentar los efectos de una intervención en duelo con técnicas narrativas para el tratamiento de síntomas de sobrecarga del cuidador en un cuidador informal primario de una persona con demencia.

3. PARTICIPACIÓN VOLUNTARIA

Participar en este estudio es totalmente voluntario. Si usted no desea participar, no tiene que hacerlo. Además, puede abandonar el estudio en cualquier momento. Si decide dejar de ser parte de este antes de concluir, no habrá ningún tipo de penalidad. Participar en esta investigación no implica ningún tipo de remuneración.

Más adelante, responderá preguntas del Inventario Marwit Meuser de Aflicción del Cuidador y del Test de Zarit de sobrecarga del cuidador para verificar si usted cumple con los criterios de inclusión para la investigación. De ser seleccionado para participar en este estudio, se espera que usted participe de 8 sesiones de intervención individual en las que se hablará sobre el proceso de duelo y su relación con la sobrecarga del cuidador de manera presencial. Se trabajará con técnicas de redefinición y creación de nuevas narrativas personales. Cada sesión de intervención tendrá una duración de 50 minutos. Las mismas se llevarán a cabo una vez a la semana, con día y hora exactos de acuerdo con su disponibilidad, durante 8 semanas consecutivas.

3.1 Requisitos para participar:

- Ser mayor de 18 años.
- Ser profesional.
- Ser cuidador primario de un familiar con demencia.
- Alcanzar el punto de corte establecido para esta investigación en las diferentes escalas del Inventario Marwit Meuser de Aflicción del Cuidador y el Test de Zarit de sobrecarga del cuidador.

4. RIESGOS Y BENEFICIOS

4.1 Riesgos

El investigador tomará todas las medidas posibles para minimizar los riesgos de participar en esta investigación. Aun así, existen los siguientes riesgos potenciales:

Un posible riesgo es el reconocimiento de rasgos clínicos durante la intervención, por una respuesta negativa a la intervención que agudice los síntomas de desgaste emocional, o la detección de otros trastornos clínicos que ameriten intervención. En estos casos, el investigador tomará medidas terapéuticas para priorizar su estado de salud, y en caso de que el problema persista se le hará un referimiento a tratamiento individual a un especialista, o, en su defecto, a un centro de salud mental.

4.2 Beneficios

Participar de este estudio pudiera brindarle los siguientes beneficios:

Usted tendrá la posibilidad de participar en un espacio que potencialmente puede disminuir los niveles de desgaste y sobrecarga emocional, que interfieren con la calidad de vida suya y de su familiar, así como adquirir herramientas para poder manejar la aflicción que provoca la situación de su familiar.

5. CONFIDENCIALIDAD

Para proteger la confidencialidad de sus informaciones personales y referente a la intervención, se tomarán las siguientes medidas:

Sus datos personales no serán revelados en los resultados de la investigación. Cualquier documento que forme parte de esta investigación será manejado única y exclusivamente por el investigador y no contendrá datos personales.

Los documentos físicos serán guardados, en una locación segura, bajo llave. Los cuestionarios virtuales serán guardados en una única computadora protegida por clave, cuyo manejo será solo del investigador.

5.1 Excepciones: Solo podrá romperse el criterio de la confidencialidad sin autorización, a familiares, profesionales o autoridades competentes, en situaciones en las que exista un peligro inminente para usted o para un tercero, así como se encuentra descrito en el artículo 16 del Código de Ética del Colegio Dominicano de Psicólogos (CODOPSI).

6. CONTACTO

Si desea consultar cualquier información concerniente a este estudio, puede contactar al investigador al correo electrónico frank.fdipp@gmail.com o al Comité de Ética de UNIBE al 809-689-4111, ext. 1198

Yo, _____, cédula de identidad y electoral no. _____, acepto participar de manera voluntaria de esta investigación, conducida por el Lic. Francisco Frías. He sido informad@ que el propósito de este estudio es realizar un plan de intervención para combatir el desgaste emocional que provoca el duelo anticipado en cuidadores primarios de personas con demencias durante un período de 8 semanas con 8 sesiones de intervención individual, de manera presencial. Cada sesión de intervención tendrá una duración de 50 minutos.

También reconozco que he sido informad@ de que tendré que responder el Inventario de Marwit Meuser de Aflicción del Cuidador y el Test Zarit de sobrecarga del cuidador para identificar los síntomas de sobrecarga del cuidador que pueda presentar, hacer las tareas que me asignen con el fin de presentarme herramientas para manejar los síntomas que pueda presentar y realizar técnicas de redefinición de roles y reestructuración narrativa guiadas por el investigador, las cuales me ayudarán a la disminución de los síntomas.

Reconozco que la información brindada en el transcurso de la investigación será manejada de manera confidencial y no será utilizada con otro propósito fuera del estudio. Se me ha informado que puedo hacer preguntas sobre la investigación en cualquier momento, que mi

participación es totalmente voluntaria y que puedo decidir no participar con toda libertad, sin consecuencia alguna.

Firma del participante

Fecha

Anexo III

MM Inventario de Aflicción del Cuidador (MM-CGI) Samuel J. Marwit, PH.D., University of Missouri-St. Louis
 – **Formulario corto** Thomas M. Meuser, P.J.D., Washington University, St. Louis

Instrucciones: Este inventario está diseñado para medir la experiencia de aflicción de los familiares que en la actualidad están a cargo del cuidado de personas con demencia progresiva (por ejemplo, la enfermedad de Alzheimer). Lea con cuidado cada aseveración que aparece abajo y decida hasta que punto está de acuerdo o en desacuerdo con lo que se dice. Circule un número a la derecha del 1 al 5 usando la clave de respuestas que aparece abajo (Por ejemplo, 5 = Muy de acuerdo). Es importante que responda a todas las aseveraciones para que las puntuaciones sean precisas.

CLAVE PARA CONTESTAR						
1= Muy en desacuerdo//2 = En desacuerdo//3 = Más o menos de acuerdo// 4=De acuerdo//						
5 = Muy de acuerdo						
1	He tenido que dejar muchas cosas para ser un cuidador.	1	2	3	4	5
2	Siento que estoy perdiendo mi libertad.	1	2	3	4	5
3	No tengo a nadie con quien conversar.	1	2	3	4	5
4	Tengo este sentimiento de vacío y de tristeza sabiendo que mi ser querido "está ido".	1	2	3	4	5
5	Paso mucho tiempo preocupándome por las cosas malas que vendrán.	1	2	3	4	5
6	La demencia es como una pérdida doble... He perdido la cercanía con mi ser amado y la conexión con mi familia.	1	2	3	4	5
7	Mis amistades simplemente no entienden por lo que estoy pasando.	1	2	3	4	5
8	Añoro lo que fue, lo que tuvimos y lo que compartimos en el pasado.	1	2	3	4	5
9	Podría lidiar con otras condiciones incapacitantes severas mejor que con ésta.	1	2	3	4	5
10	Estaré ocupado(a) con esta situación quien sabe hasta cuando.	1	2	3	4	5
11	Me duele acostarlo(a) por las noches y darme cuenta de que "está ido(a)".	1	2	3	4	5
12	Me siento muy triste por lo que ha hecho esta enfermedad.	1	2	3	4	5
13	Me desvelo la mayoría de las noches, preocupándome por lo que está pasando y como lo manejaré mañana.	1	2	3	4	5
14	La gente más allegada a mí no entiende por lo que estoy pasando.	1	2	3	4	5
15	He sufrido la pérdida de otras personas cercanas, pero las pérdidas que estoy experimentando ahora son mucho más perturbadoras.	1	2	3	4	5
16	He perdido la independencia...No tengo la libertad para ir y hacer lo que yo quiero.	1	2	3	4	5
17	Desearía tener una o dos horas para mi cada día para dedicarlas a mis intereses	1	2	3	4	5
18	Estoy estancado(a) en este mundo de los cuidadores y no hay nada que pueda hacer al respecto.	1	2	3	4	5

Anexo IV

Test sobre la carga del cuidador (Zarit y Zarit)

A continuación se presenta una lista de afirmaciones, en las cuales se refleja cómo se sienten, a veces, las personas que cuidan a otra persona. Después de leer cada afirmación, debe indicar con qué frecuencia se siente usted así: nunca, raramente, algunas veces, bastante a menudo y casi siempre. A la hora de responder piense que no existen respuestas acertadas o equivocadas, sino tan sólo su experiencia.

Puntuación:

0-Nunca 1-Rara vez 2-Algunas veces 3-Bastantes veces 4-Casi siempre

	Preguntas	Respuestas				
		0	1	2	3	4
1	¿Piensa que su familiar le pide más ayuda de la que realmente necesita?					
2	¿Piensa que debido al tiempo que dedica a su familiar no tiene suficiente tiempo para ud.?					
3	¿Se siente agobiado por intentar compatibilizar el cuidado de su familiar con otras responsabilidades (trabajo, familia)?					
4	¿Siente vergüenza por la conducta de su familiar?					
5	¿Se siente enfadado cuando está cerca de su familiar?					
6	¿Piensa que el cuidar de su familiar afecta negativamente la relación que usted tiene con otros miembros de su familia?					
7	¿Tiene miedo por el futuro de su familiar?					
8	¿Piensa que su familiar depende de Vd.?					
9	¿Se siente tenso cuando está cerca de su familiar?					
10	¿Piensa que su salud ha empeorado debido a tener que cuidar de su familiar?					
11	¿Piensa que no tiene tanta intimidad como le gustaría debido al cuidado de su familiar?					
12	¿Piensa que su vida social se ha visto afectada de manera negativa por tener que cuidar a su familiar?					
13	¿Se siente incómodo por distanciarse de sus amistades debido al cuidado de su familiar?					
14	¿Piensa que su familiar le considera a usted la única persona que le puede cuidar?					
15	¿Piensa que no tiene suficientes ingresos económicos para los gastos de cuidar a su familiar, además de sus otros gastos?					
16	¿Piensa que no será capaz de cuidar a su familiar por mucho más tiempo?					
17	¿Siente que ha perdido el control de su vida desde que comenzó la enfermedad de su					
18	¿Desearía poder dejar el cuidado de un familiar a otra persona?					
19	¿Se siente indeciso sobre qué hacer con su familiar?					
20	¿Piensa que debería hacer más por su familiar?					
21	¿Piensa que podría cuidar mejor a su familiar?					
22	Globalmente, ¿qué grado de "carga" experimenta por el hecho de cuidar a tu familiar?					

Total: _____

Anexo V

Sesión I

Objetivo: Crear rapport, establecer los objetivos terapéuticos. Introducción del modelo de terapia narrativa.

Actividades:

1. Bienvenida e introducción
2. Presentación del terapeuta
3. Clarificación de la demanda y establecimiento de objetivos
4. Psicoeducación sobre la terapia narrativa
5. Exploración de síntomas de sobrecarga del cuidador
6. Asignación de tarea terapéutica: lectura de material psicoeducativo sobre síndrome del cuidador (<https://revistas.uautonoma.cl/index.php/ejhr/article/view/1187/864>)

Sesión II

Objetivo: Identificar la narrativa actual subyacente. Elaborar el esquema de intervención basado en los objetivos.

Actividades:

1. Saludo inicial
2. Recapitulación de la sesión anterior
3. Discusión sobre la lectura asignada
4. Exploración de los patrones narrativos que surgen en las dos primeras sesiones
5. Exploración de habilidades y herramientas de afrontamiento existentes relativas a la sobrecarga
6. Establecimiento del esquema de trabajo del proceso terapéutico basado en los objetivos propuestos durante la primera sesión

Sesión III

Objetivo: Aceptar la ambigüedad de la pérdida. Introducción del modelo de las 4 tareas de Worden.

Actividades:

1. Saludo inicial
2. Recapitulación de la sesión anterior
3. Indagación sobre procesos de pérdidas anteriores
4. Psicoeducación sobre las tareas de Worden
5. Exploración de la conciencia sobre la realidad de la pérdida
6. Psicoeducación sobre las pérdidas ambiguas
7. Asignación de tarea terapéutica: crear de una línea de tiempo de la relación del paciente con su familiar

Sesión IV

Objetivo: Ofrecer perspectivas alternativas a la narrativa actual

Actividades:

1. Saludo inicial
2. Recapitulación de la sesión anterior
3. Presentación de la línea de tiempo asignada en la sesión anterior como tarea
4. Exploración de mecanismos subyacentes en la narrativa que surge en la línea de tiempo
5. Redefinición y recontextualización de eventos claves en la narrativa presente
6. Creación de una narrativa alternativa con una redefinición positiva de eventos

Sesión V

Objetivo: Procesar el dolor de la pérdida

Actividades:

1. Saludo inicial

2. Recapitulación de la sesión anterior
3. Exploración de pérdidas previas
4. Realización de la Silla Vacía
5. Exploración de habilidades de afrontamiento con respecto al duelo
6. Asignación de tarea terapéutica: escribir una carta al familiar que sufre de demencia

Sesión VI

Objetivo: Acostumbrarse a un ambiente en el que el ser querido no está presente

Actividades:

1. Saludo inicial
2. Recapitulación de la sesión anterior
3. Exploración del significado subjetivo de la pérdida del familiar
4. Exploración de las consecuencias de la ausencia del familiar que sufre de demencia
5. Identificación de la narrativa interna relativa a la ausencia del familiar
6. Redefinición y recontextualización de los mecanismos narrativos clave

Sesión VII

Objetivo: Trasladar la memoria del ser querido para dar un nuevo sentido a la vida

Actividades:

1. Saludo inicial
2. Recapitulación de la sesión anterior
3. Creación de narrativas que integren la enfermedad del familiar y el proceso de duelo
4. Identificación de corrientes narrativas que puedan brindar significado a la pérdida
5. Asignación de tarea terapéutica: crear un álbum en orden cronológico con fotos del familiar que sufre de demencia

Sesión VIII

Objetivo: Cierre del proceso terapéutico

Actividades:

1. Saludo inicial
2. Recapitulación del proceso terapéutico
3. Presentación del álbum asignado la sesión anterior
4. Reforzamiento de las narrativas alternativas propuestas durante la intervención
5. Evaluación final