



# Universidad Nacional Autónoma de México

## Facultad de Estudios Superiores Iztacala

**"Propuesta de intervención: Taller basado en la Terapia de Aceptación y Compromiso en duelo por pérdida asociada al VIH/SIDA de un hijo homosexual"**

T E S I S  
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE  
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA  
P R E S E N T A

**Mariana Flores Nochebuena**

Directora: Dra. **Carolina Santillán Torres Torija**

Dictaminadores: Dra. **Nélida Padilla Gámez**

Dra. **Andrea Witt González**



Los Reyes Iztacala, Edo de México, 2021



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

## **Agradecimientos**

A la Universidad Nacional Autónoma de México, que desde que me abrió sus puertas me hizo sentir libre de expresarme y conocer un mundo de cosas nuevas. Ha sido el lugar que me ha hecho crecer de manera académica y descubrir la profesión que me apasiona.

A la Dr. Carolina, que desde sus clases me inspiro por la manera tan pura con la que compartía sus conocimientos y que desde el momento que comencé a trabajar con ella fue una gran experiencia. Agradezco su afán de compartir todas las herramientas posibles y confiar siempre en mí cuando a veces dudaba de mis ideas, lo que hizo disfrutar demasiado del trabajo a pesar de la distancia y la situación actual.

A mi familia, que ha estado desde el día uno sin importar las circunstancias. Mi mamá que por siempre ha sido mi modelo para seguir y me ha brindado absolutamente todo a su alcance. A mi abuelita que es mi otra madre y confidente. A mi abuelito que ha sido el padre que siempre me ha cuidado. A mis primos que han sido los hermanos que siempre necesite. A mis tíos que me cuidaron y dieron el cariño como una hija más.

A esas amistades que te marcan y se convierten en familia. A Alessandra con quien he podido vivir demasiadas experiencias de todo tipo, es de las personas más fuertes que conozco y definitivamente es la representación de la mejor amistad. Tania y Vianey que realmente no puedo imaginarme cómo hubiera sido la carrera sin ellas, que junto con Néstor y Cesar todo son risas, pero que a pesar de todo nos cuidamos entre todos. A Lupita y Saúl, saber que cuento con su amistad es una de las mejores cosas porque me han demostrado estar para mí en muchas cosas desde que nos conocemos.

## **Dedicatoria**

Quiero dedicar este trabajo a mi mamá que desde el día uno me ha inspirado a crecer como ser humano y sobre todo a ser una mujer fuerte. Soy todo gracias a ti y de verdad no tengo la manera de decirte lo agradecida que estoy de que seas mi mamá. Esta tesis va por las dos y por lo que ha costado llegar hasta aquí, de verdad es muy bonito saber ambas estamos concretando un logro a la par y ahora estamos en una nueva etapa de proyectos.

A mis abuelitos. Abuelita, que absolutamente toda mi vida me ha apoyado en todo sin dudar en mí y por el contrario diciéndome “Yo solo quiero que seas feliz”, has sido una de las mayores razones por la que me encuentro aquí realizando este logro. A Pepe que desde que recuerdo ha visto por mi bienestar y que me vaya bien en el camino que escogí.

A mi tía Beti, que sin saberlo ibas a darle un sentido completamente distinto a este trabajo después de tu partida y aún en tu ausencia enseñarnos muchas cosas.

A Néstor, eres esa persona que es mi complemento. Siempre me recuerdas de lo capaz que soy y me motivas a retarme, es muy bonito poder diariamente aprender el uno del otro de esa manera. Quiero dedicarte el resultado del trabajo en el que estuviste presente, quedando como prueba lo mucho que vamos a crecer y qué mejor que juntos.

Finalmente, quiero dedicar este trabajo a todas las personas que han perdido a alguien cercano, quienes justamente me motivaron a emprender en este tema y saber que existe la posibilidad de continuar en nuestras vidas después de atravesar una vivencia tan abrumadora como lo es el duelo.

## ÍNDICE

RESUMEN .....	5
INTRODUCCIÓN .....	6
1. VIH/SIDA .....	7
1.1 Definiciones .....	7
1.2 Etiología .....	9
1.3 Transmisión .....	11
1.3.1 Etapas de la enfermedad .....	11
1.4 Infecciones Oportunistas .....	12
1.5 Tratamiento .....	14
1.6 Mitos de la sexualidad .....	15
1.6.1 Comunidad LGBTTTIQ+ .....	17
2. Duelo .....	18
2.1 Muerte del otro .....	19
2.2 Definiciones .....	21
2.3 Etapas del duelo .....	22
2.4 Elaboración y tipos de duelo .....	27
2.5 Factores determinantes .....	31
2.4.1 Dolor, sufrimiento y resiliencia .....	35
3. Familia y duelo .....	37
3.1 Relación madre/padre con hijo .....	38
3.2 Pérdida de un hijo .....	40
3.2.1 Duelo en muerte por enfermedad .....	43
3.2.2 Duelo por VIH y sexualidad .....	44
4. Postvención en duelo .....	47
4.1 Tanatología .....	48
4.2 Psicoterapia .....	49
4.3 Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) .....	52
4.3.1 Estructura y procedimiento .....	54
4.3.2 Métodos clínicos y otras herramientas .....	60
4.4 Intervención en el duelo con ACT .....	62
4.4.1 Labor y responsabilidad del psicólogo clínico ante el duelo .....	66
5. PROPUESTA DE INTERVENCIÓN .....	68

5.1 Planteamiento del tema y justificación .....	68
5.2 Preguntas de investigación y planteamiento del problema.....	71
5.3 Objetivos.....	71
5.5 Descripción del taller .....	72
5.5.1 Participantes.....	72
5.5.2 Facilitadores .....	72
5.5.3 Escenario.....	73
5.5.4 Instrumentos / Evaluación.....	73
5.5.5 Contenido temático.....	74
5.6 Cartas descriptivas .....	75
CONCLUSIONES .....	92
Bibliografía.....	94
Anexos .....	105

## **RESUMEN**

La experiencia de duelo es una reacción normal que todo individuo atraviesa en algún punto de la vida pero que tiene un impacto distinto de acuerdo a la persona y otros factores determinantes. Hay más de un tipo de pérdida y cada una representa un duelo distinto en su elaboración e intensidad. La orientación sexual o la enfermedad de una persona pueden representar un duelo que se forman en momentos diferentes o pueden combinarse, en especial cuando llega el de muerte. El presente trabajo tiene como objetivo generar la propuesta de un taller basado en la Terapia de Aceptación y Compromiso para padres y madres de familia en vivencias de duelo por la sexualidad, portabilidad de VIH/SIDA y muerte de un hijo. El taller busca intervenir de acuerdo al modelo de flexibilidad psicológica trabajando cada uno de los procesos de manera individual y grupal.

**Palabras clave:** Duelo, VIH, sexualidad, terapias de tercera generación, Terapia de Aceptación y Compromiso.

## **INTRODUCCIÓN**

La sexualidad es principalmente considerada como acto para la reproducción, sin embargo, a lo largo del tiempo ha evolucionado a algo más complejo como la identidad y la orientación. Cuando se trata del acto sexual se ven implicadas diferentes situaciones e implicaciones, entre ellas las infecciones de transmisión sexual siendo el VIH/SIDA una de las más conocidas mundialmente. La humanidad actualmente tiene un amplio conocimiento de lo que el virus realiza en el cuerpo humano y aún sin establecer una cura, hay grandes avances en el tratamiento. Tiempos en los que ser diagnosticado con VIH significaba una situación contrarreloj con una carente calidad de vida y con una alta tasa de mortalidad. Hoy en día, el VIH ha logrado establecerse como un estado de enfermedad controlable, sin embargo, se mantiene en un estado social polémico debido a su correlación con la sexualidad.

Ahora bien, tomando en cuenta la muerte asociada por el VIH, en la actualidad las cifras debido a una infección oportunista en el VIH son favorables, pero aún hay muertes debido a ello. La muerte para el ser humano tiene distintos significados por culturas, sociedades e individualmente, además de ser usualmente un tema y experiencia que trata de evitarse. Cuando se pierde algo o alguien, representa la elaboración de un proceso de duelo y con ello la vivencia de un ciclo, mejor conocido en etapas de duelo. Concorde a cada circunstancia, es posible vivir diferentes tipos de duelos y de atravesar factores que impactan en ellos.

La familia se considera el grupo social que comúnmente es dirigido por los padres y madres, quienes regularmente fungen como cuidadores durante la enfermedad y los últimos momentos del hijo. La pérdida puede observarse en expectativas, perspectivas y todo lo que se esperaba de un hijo saludable y con una sexualidad dentro de los estándares sociales. Es un proceso de duelo por sexualidad y por pérdida de salud que los padres y madres deben atravesar. Ahora bien, cuando el individuo portador del VIH se encuentra en una etapa avanzada presentando una enfermedad y/o infección oportunista que cause su muerte, representará otro duelo.

Trabajar con muerte y duelo en la psicoterapia abre el panorama a diferentes metodologías para una intervención. La tanatología ha sido ampliamente útil en el ámbito médico y con diferentes estrategias psicológicas permite una adecuada intervención para situaciones de duelo. En el caso de la psicología clínica y conductual, las terapias de tercera generación entre las diferentes terapias más allá de enfocarse en síntomas y contenidos internos, se centran en el cambio funcional y contextual. Entre ellas, la Terapia de Aceptación y Compromiso que se enfoca en los procesos que controlan los síntomas y las experiencias internas evitadas. La terapia es funcional para casos en que el estigma y temas con implicaciones verbales se conjuntan, dando pie a ajustar la intervención de acuerdo con el caso de duelo por VIH, por la sexualidad del hijo y por muerte.

## **1. VIH/SIDA**

En el primer capítulo se revisa en como el Virus de Inmunodeficiencia Humana y el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida han sido de las epidemias más grandes a las que se ha enfrentado el ser humano y la que más peso social se le ha dado en las últimas décadas. Relativamente el virus tiene una historia corta, pero ha sido un desafío de muchas batallas perdidas en la busca de una cura, la cual hasta el momento sigue sin encontrarse por completo, pero se han hecho avances y logros en la disminución de muertes y mayor control de la infección. La comunidad científica tiene actualmente un conocimiento bastante amplio de lo que el VIH significa en el cuerpo humano y aún sin establecer una cura, pero sí un tratamiento. Sin un tratamiento antirretroviral y su correcta adherencia, el progreso de replicación del virus y de la enfermedad se hace mayor, deteriorando el cuerpo y adquiriendo otras infecciones/enfermedades oportunistas. Asimismo, la importancia de la relación entre el VIH y la comunidad LGTBTTTIQ+, debido a la carga cultural y de estigma.

### **1.1 Definiciones**

Introducir las definiciones de virus y síndrome es fundamental para no pasar por alto ciertos aspectos involucrados. La inmunidad tiene un papel esencial siendo el

sistema de defensa en un conjunto de células y sustancias que segrega el cuerpo humano para enfrentarse a microorganismos y agentes extraños. En el momento que este sistema se ve alterado o imposibilitado de dar una respuesta inmune a falta de anticuerpos o inmunocitos, es conocido como inmunodeficiencia (Grupo de Estudio del SIDA-SEIMC y Sociedad Española Interdisciplinaria del SIDA, 2017). Hay que establecer que existen distintos tipos de virus, InfoSIDA (2018) lo define como el “agente infeccioso microscópico que exige una célula huésped viva para multiplicarse... suelen causar enfermedades” (pp.193). Entre los virus que son relevantes en este caso son los retrovirus que son aquellos que usan el ARN (Ácido Ribonucleico) como material genético, utilizando la transcriptasa inversa que permite convertir el ARN en ADN (Ácido Desoxirribonucleico) para que en su momento pueda multiplicarse. Por lo tanto, el concepto de síndrome, asimismo por infoSIDA (2018), es el "grupo de síntomas o afecciones que ocurren juntos... relacionados con una enfermedad específica o con el riesgo de manifestación de una enfermedad específica" (pp.169).

Ante las definiciones generales, la Organización Mundial de la Salud (2017) explica que “el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) infecta las células del sistema inmunitario y las destruye o trastorna su funcionamiento, lo que acarrea el deterioro progresivo de dicho sistema y acaba produciendo una deficiencia inmunitaria”. Complementando el VIH es el virus que se caracteriza por la disminución de los linfocitos CD4, o bien, glóbulos blancos de la sangre y de degenerar el sistema inmune (Tang & Chan, 2007)

La OMS (2019) describe que “la fase más avanzada de la infección por el VIH es el Síndrome de inmunodeficiencia adquirida o sida que, en función de la persona, puede tardar de 2 a 15 años en manifestarse”. Ampliando esta definición, el SIDA conlleva tener niveles por debajo de 200 linfocitos CD4, y que se convierte en una enfermedad característica de infecciones oportunistas o afecciones (Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH y el SIDA, 2019).

El proceso de la infección lleva a la existencia de dos tipos de VIH, InfoSIDA (2019) hace una caracterización de cada una. El VIH-1, es la infección que se encuentra

viralizada en todo el mundo, la cual se caracteriza de las etapas aguda, crónica y SIDA, se transmite a través de la vía sanguínea, vía sexual (semen, líquido preeyaculatorio o fluidos vaginales) y vía materno-infantil (leche materna, fluidos cervicales). El segundo tipo es VIH-2 comparte las vías de transmisión y fluidos, se encuentra casi exclusivamente en el área de África Occidental y tiene una progresión más lenta en síntomas, que el VIH-1.

## **1.2 Etiología**

Se cree verazmente que los primeros casos de la enfermedad de VIH/SIDA se reportaron en la década de 1920 dentro del continente africano, más específicamente en lo que ahora es República Democrática del Congo, resultado de la caza y consumo alimenticio de simios que portaban el Virus de Inmunodeficiencia de Simios (Avert, 2017). Sin embargo, el controversial estallido del conocimiento público fue entre 1980 y 1990, dejando a su paso entre ocho y 10 millones de infecciones y más de 300 mil muertes relacionadas a la enfermedad. Fue en 1981 que se utiliza por primera vez el término de Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida por el ministerio de salud de Estados Unidos, año en que se identifican los primeros casos de VIH en México y son reconocidos hasta 1983, año en que el Instituto Pasteur en París, su grupo de virología descubre el Virus de Inmunodeficiencia Humana, infección causante de la enfermedad.

El origen del VIH se ha cuestionado por mucho tiempo, existen diversas teorías y estudios referentes a esto. Sin embargo, lo que ha predominado más es el supuesto de la procedencia de monos y simios. Boza (2016) detalla que el origen del VIH-2 ha quedado determinado como una zoonosis (enfermedad propia de animales) originaria del Virus de Inmunodeficiencia de Simios, generalmente la tienen monos de África y son cazados para el consumo de su carne, principalmente el mono tiznado. Avert (2017) menciona que investigaciones indican que el VIH-1 fue transmitido de chimpancés los cuales en algún momento comieron especies más pequeñas de monos como el mangabeye de boina roja y el mono de nariz blanca, estos infectan a los chimpancés de dos tipos de cepas del Virus de

Inmunodeficiencia de Simios. El VIH-1 tiene cuatro cepas, o bien, grupos que tres vienen del chimpancé (M, N, O) y uno del gorila (P), el grupo M es el que se ha transmitido a lo largo del mundo (Maartens, Celum & Lewin, 2014). La diferencia con el VIH-2 es que este no fue transmitido por chimpancés a los humanos, sino directamente de monos como el mangabeye gris por su consumo. Los dos tipos de VIH tienen una diferencia del 50% en su genoma, el VIH-1 posee la proteína *vpu* y el VIH-2 posee la proteína *vpx*, los anticuerpos reaccionan a las proteínas de cada tipo, de una forma distinta.

De forma casi exclusiva la historia de centra más en el VIH-1. Casos que fueron reportándose debido a transfusiones de sangre, siendo en 1985 que se crea la prueba serológica de ensayo por inmunoabsorción ligado a enzimas (ELISA) y comienzan a aplicarse en bancos de sangre, mientras que en 1987 se crea la prueba Wester Blot ante la aprobación del medicamento Retrovil®, primer tratamiento ante el VIH. Aunque hasta 1995 que se crea el primer tratamiento antirretroviral inhibidor de proteasa en combinación de tres fármacos y después en 1997 la primera combinación de dos medicamentos en un comprimido (CENSIDA, 2019; Grupo de Estudio del SIDA-SEIMC y Sociedad Española Interdisciplinaria del SIDA, 2017).

Actualmente ha cambiado los esquemas de tratamiento, así como un mayor control de la infección y objetivos específicos por diversas organizaciones ante las cifras que comparadas con las de hace 10 años, son ahora más favorables. Las cifras siguen siendo importantes actualizarlas para conocer los avances, el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (2019), y la Organización Mundial de la Salud (2019) brindan estadísticas de finales de 2018 reportándose 37.9 millones de personas que viven con el VIH en el mundo 1.7 millones que contrajeron la infección en el año 799 millones infectados desde el comienzo de la epidemia, 770 mil fallecidos por enfermedades relacionadas con el SIDA y 32 millones fallecidos desde el comienzo de la epidemia.

El Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA también destaca que en América Latina las nuevas infecciones reportadas en 2018 fueron poco más

de 100 mil, y 35 mil muertes relacionadas al SIDA. En México, el Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH y el SIDA (2019), o bien, CENSIDA, muestra los datos actualizados, reportando poco más de 210 mil casos diagnosticados en el periodo de 1983-2019, de esos más de 172 mil hombres, en 2017 se reportaron casi cinco mil defunciones por enfermedades relacionadas.

### **1.3 Transmisión**

Hay tres vías de transmisión para la infección de VIH: sexual, sanguínea y materno-infantil. El Grupo de Trabajo sobre Tratamientos del VIH (2016) explica sobre cada uno de los elementos involucrados. Primero para la vía sexual sucede ante el contacto de las membranas mucosas de genitales o zona anal, los fluidos implicados son los fluidos vaginales, semen, líquido preeyaculatorio y mucosa anal.

En la vía sanguínea es a través de dos flujos sanguíneos de dos o más personas, ocurre ante contacto directo con cortadas, intercambio de agujas o material de inyección. No hay que confundir el hecho de que tocar sangre que porte el virus será consecuencia de una infección, sino que para que ocurra por esta vía, la sangre portadora del VIH debe entrar en contacto directo con el flujo sanguíneo del otro individuo.

Para la vía materno-infantil es antes, durante, después del parto y en ocasiones raras, antes del embarazo, el líquido involucrado es la leche materna durante la lactancia y durante el parto puede los fluidos vaginales, cervicales o sangre pueden entrar en contacto con el bebé (Organización Panamericana de la Salud, 2004).

#### **1.3.1 Etapas de la enfermedad**

De forma general se asume que hay dos etapas: la sintomática y la asintomática, desde el momento que el retrovirus comienza la replicación en las células. Sin embargo, la Dirección General de Epidemiología (2012), en México presenta detalladamente tres etapas del VIH: fase aguda, fase crónica y Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida. La fase aguda da comienzo al contacto con la

infección, comenzando su ciclo de vida en la infección de las células CD4 (enlace, fusión, transcripción inversa, integración, multiplicación, ensamblaje y gemación). CONASIDA (2019) describe el proceso de infección en que el VIH al estar dentro del torrente sanguíneo buscará la célula huésped que tenga en su membrana externa, moléculas específicas CD4, al acoplarse la membrana celular se abre para la entrada de nucleocápside que será destruido al detectarse como agente extraño y de esta forma se liberará el material genético del virus. Es aquí donde se convierte el ARN viral en ADN viral, es decir, que el ADN ahora cambia su función a replicar el virus a las demás células. A lo largo de este proceso un porcentaje de personas se presenta asintomático, pero entre el 40-90% aparece un cuadro de infección aguda que consiste en: fiebre, malestar muscular, inflamación de ganglios, sudoración nocturna, diarrea, náuseas y vómitos. Además, dentro de las primeras 12 semanas las pruebas rápidas de detección (ELISA) darán negativo debido que en este momento el sistema inmune sigue produciendo anticuerpos y no se identifica el VIH, aunque durante esta etapa es posible hacerse pruebas de carga viral, las cuales indicarán un alto nivel de copias de VIH.

Para la fase crónica o latencia clínica, aún puede continuar sin presentarse infecciones asociadas a la infección de VIH, pero dentro del organismo el virus sigue replicándose entre 1000 y 10,000 millones de nuevas partículas virales y destruyendo 100 millones de células CD4.

Finalmente, la tercera etapa que explica la DGE es el SIDA en el que hay una gran probabilidad que el sistema inmune no pueda reponer los CD4 para reponerse, así como la presencia de distintas infecciones oportunistas, y sin el tratamiento antirretroviral hay un pronóstico de vida de máximo tres años. Hay infecciones oportunistas que pueden ocasionar inmunodepresión, es decir, apresurar el desarrollo de una etapa a otra e incluso aumentar el riesgo de transmisión.

#### **1.4 Infecciones Oportunistas**

Ante la inmunodeficiencia que el cuerpo va presentando conforme avanza el VIH es común el desarrollo de una o más infecciones y/o enfermedades llamadas

oportunistas. La Cátedra de Enfermedades Infecciosas (2016) brinda una clasificación de las infecciones oportunistas asociadas al VIH que se presenta de forma más regular: infecciones bacterianas inespecíficas (neumonía, bronquitis, salmonella, etc), por micobacterias (tuberculosis), por hongos (candidiasis mucocutánea, meningoencefalitis e histoplasmosis), por virus (herpes, papilomavirus, citomegalovirus, varicela zoster) y parasitarias (criptosporidiosis, diarreas por isospora, etc). Cada una de estas infecciones tienen un impacto diferente a lo largo del cuerpo humano y en pacientes VIH se hace más recurrente, algunos pueden agravarse o ser característicos conforme el recuento de linfocitos CD4, además de la posibilidad de crear coinfecciones.

Por su lado, Aguirrebengoa (2004) clasifica estas infecciones por el tipo de manifestación que se produce en el cuerpo ante una enfermedad oportunista: manifestaciones pulmonares, neurológicas, digestivas, renales, oculares, hematológicas, mucocutáneas, cardíacas, endocrinas y metabólicas. Los pacientes con la infección de VIH o en etapa de SIDA tienen mayor probabilidad de desarrollar determinados tipos de cáncer ante una inmunodeficiencia severa, algunas son características e indicadoras del SIDA. Una relación que el cáncer y el VIH tienen es el ataque y debilitamiento al sistema inmunológico por agentes externos dañinos. Entre los tipos de cáncer que hay mayor riesgo en pacientes de VIH son: sarcoma de kaposi, linfoma no hodgkin, linfoma primario del SNC, cáncer de cérvix, de pene, anal, hígado, laringe, pulmón, bucal, faríngeo y otros cánceres no relacionados al VIH y SIDA (Villegas, 2018).

A pesar de que el VIH no se transmite únicamente por vía sexual, se considera una infección de transmisión sexual (ITS) y es altamente asociado con varias de estas. Es esencial contemplarlas en la etapa de prevención y tratamiento debido a su alta prevalencia global, siendo que cada día un millón de personas en el mundo se infecta de alguna ITS. De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (2019), hay un aproximado de 30 virus, bacterias y parásitos transmitidos por contacto sexual, de los que en mayor prevalencia son ocho. Cuatro de estas infecciones prevalentes que son curables son la sífilis, la gonorrea, la clamidiasis y la

tricomoniasis, mientras que las otras cuatro son infecciones víricas incurables pero tratables, las cuales son hepatitis B, virus del herpes simple (VHS), el VIH y el virus del papiloma humano (VPH). La presencia de una o más ITS en un caso de VIH es fundamental detectarlas para evitar cualquier otra complicación médica o infección previamente mencionada.

## **1.5 Tratamiento**

El medicamento antirretroviral y el proceso de tratamiento tienen el objetivo de llevar al organismo a un estado de indetectabilidad de la carga viral y progresión a la etapa de SIDA. Se han hecho innovaciones creando medicamentos para la prevención, la Comisión Nacional de los Derechos Humanos (2019) explica que se encuentra la profilaxis preexposición (PrEP) con el objetivo de disminuir el riesgo al posterior contacto con el virus y con determinada efectividad en contacto sexual y uso de drogas. Mientras que la Profilaxis post exposición (PEP) tiene una indicación de ser tomada en las 72 horas posteriores durante un mes para reducir el riesgo de igual manera ante el contacto con el virus.

El tratamiento antirretroviral en cualquiera de sus variantes puede ser administrado en casi toda persona sin importar el recuento de linfocitos CD4 o de la carga viral, pero es indispensable que se dé inicio lo más pronto posible. El Instituto Mexicano del Seguro Social (2017) brinda las indicaciones y aspectos que deben considerarse en las etapas del tratamiento. El proceso comienza realizando una evaluación exhaustiva, cuando el paciente llega al centro o clínica médica ya sea por sospecha, confirmación del diagnóstico o en ocasiones presentarse por una enfermedad o infección oportunista sin ser conscientes de la de VIH. Se recopila una serie de información que incluye la historia clínica (antecedentes, exploración física), cuenta de linfocitos y carga viral así como las coinfecciones, estudios de laboratorio, y evaluación socio-cultural-psicológica. Se pretende que el paciente obtenga una atención integral brindada por distintos profesionales con el propósito de agrupar los aspectos físicos, médicos, psicológicos, sociales y éticos. Al analizarse todos estos aspectos se adapta el tratamiento concorde a cada paciente y se da inicio, a

menos, que deba aplazarse por infección oportunista, por procedimientos médicos (cirugías, estudios exhaustivos, medicamentos incompatibles, disposición del paciente), presentar embarazo o lactancia. El tratamiento del VIH-1 se da inicio en la combinación de tres fármacos ARV (antirretrovirales) que incluyen dos ITRAN (inhibidores de transcriptasa inversa análisis de nucleósidos) asociado a un INSTI (inhibidores de integrasa), o un ITRNN (inhibidores de transcriptasa inversa no nucleósidos), o un IP potenciado (inhibidores de proteasa).

Se llega un porcentaje importante de personas a atención médica con un nivel muy bajo de CD4. Por lo que en los últimos años, se han creado diversas campañas en una detección temprana, que entre diversa evidencia hay pronóstico positivo al iniciar el tratamiento tempranamente, así como del apego a este (Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH y el SIDA, 2014). La adherencia al tratamiento se dice que es el 'Tendón de Aquiles' al ser determinante para no avanzar a la etapa de SIDA y en caso de estarlo, restablecer un equilibrio en el cuerpo.

A lo largo de los últimos años se ha planteado por la Asamblea General de las Naciones Unidas un plan para la erradicación del VIH y el SIDA para el año 2030 (Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA, 2019). Se visualiza un panorama sin nuevas infecciones, muertes o discriminación por VIH, y un estilo de vida largo y saludable para quien ya viva con la infección. Se establecen metas para el año 2020 que es la reducción de infecciones a menos de 500 mil (a cero para lactantes), muertes relacionadas al VIH a menos de 500 mil, tratar y lograr supresión en un 90% a quienes vivan con la infección (Organización Mundial de la Salud, 2016).

## **1.6 Mitos de la sexualidad**

La actividad sexual ha significado por mucho tiempo en distintas culturas como un acto reducido a la reproducción, esto sucedió de forma eventual durante la evolución humana. Lo que lo delimita a sexo exclusivamente genital y deja fuera cualquier otra práctica que no tenga este fin. Pero como personas al interactuar con el contexto, podemos crear o encontrar nuestra identidad y actuar libremente conforme está, en

lo sexual podemos llegar a rasgos más allá que la reproducción (Sagan y Margulis, 1998). Si la sexualidad es concebida desde un aspecto biopsicosociológico entonces puede verse más allá implicando factores conductuales, psicológicos, de desarrollo, culturales, educativos, fisiológicos, neurobiológicos, anatómicos, endocrinos y genéticos.

Somos seres sexuales que más allá de la práctica, en la vida cotidiana se resalta el dimorfismo sexual, es decir, la diferencia de rasgos entre hombre y mujer, que ocurren en distintas especies de seres vivos. Estupinyà (2013) especifica los estereotipos fisiológicos que principalmente social y culturalmente más se especulan del hombre y la mujer. Primero del hombre se trata casi exclusivamente de su pene. Le ha dado tanta importancia al tamaño que se ha desarrollado una larga lista de estudios relacionados a la longitud y grosor del miembro masculino, resultando que en realidad tienen una función biológica óptima y que el mayor porcentaje de parejas sexuales no le atribuyen importancia a eso sino es el mismo individuo el que se preocupa por ello a pesar de mantenerse en el promedio. Por otro la mujer se especula mucho sobre el volumen del pecho, relacionado a que entre más amplio es señal de mayor atractivo sexual y mayor posibilidad de encontrar una pareja, que es lo que se espera de una mujer, esto puede ser un aspecto que agobie a la mujer, pero no es un impedimento para gozar de la vida sexual. También se resalta el ancho de las caderas, esto va más relacionado al aspecto mencionado de la reproducción, unas caderas anchas reflejan una mayor capacidad de concebir. El autor analiza cómo estos factores fisiológicos pudieron comenzar a resaltar y a ser importantes, la primera teoría es en el momento que el humano camina en dos pies resaltando por delante en hombre los genitales y en las mujeres el pecho, que con el tiempo esos rasgos como en los animales denotaban mejor apariencia para la búsqueda de reproducción. Pero también se contempla el pasado 'promiscuo' del humano, teoría de que el hombre primitivo frecuentaba varias parejas sexuales y los machos compartieran a las hembras, siendo un posible comienzo al escenario de que las mujeres deben aceptar a su pareja sexual y que los hombres son quienes escogen o cambian.

A través de la historia se ha enseñado que en la familia y actualmente como mercadotecnia a los estereotipos de género ideando a la mujer en búsqueda de un esposo para concebirse plena y al hombre con una constante compañía de pareja sexuales como sinónimo de masculinidad (Piscitelli, 2006). La sexualidad de una persona se especula como un acto libre, pero hasta cierto límite y con reservas, ya que debe llevar ciertas normativas para poder ser ejercida y sin algún prejuicio. La sexualidad es un constructo social e histórico, que en México se ha concebido a partir de la religión, creando una moral que termina por definir no solo lo sexual en la sociedad, sino que impacta en el ámbito de la salud.

### **1.6.1 Comunidad LGBTTTIQ+**

Si incluso para una persona heterosexual hay ciertas restricciones, reglas y mitos al tocar el tema de sexualidad, con una persona con orientación sexual o identidad de género (OSIG) que se sale de la norma, el estigma es el principal agente que controla el curso de su sexualidad ante la sociedad. El acrónimo LGBTTTIQA significa la comunidad que conjunta las diversidades sexuales que son: lesbianas, gays, bisexuales, travestis, transgénero, transexuales, intersexuales, queer y asexuales (López, 2018).

En México, según López (2018) ha habido cierto progreso en la comunidad pero prevalece una violencia física y psicológica ante personas LGBTI, enseñanza que se aprenden desde el hogar a edad temprana, reflejándose que el 50% de personas que se reconocen como LGBT sufren de *bullying* escolar. Se les priva de los derechos básicos desde etapas muy tempranas a lo largo de su vida en distintos ámbitos. El Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH y el SIDA (2019) realiza un recuento de cifras y datos, al establecer que tanto el estigma como la homofobia producen que esta población se vea sin la libertad de identificarse y recibir alguna atención acorde sus necesidades. Detallando que la población en infección por VIH en mujeres transexuales y hombres homosexuales, son las principales personas en recibir algún tipo de discriminación en México; discriminación que comienza en etapa escolar, que se extiende hasta el ámbito laboral y termina

repercutiendo en oportunidades de trabajo, aspectos legales, aspectos médicos (cada cuatro de diez no reciben un tratamiento) o el hecho de permanecer en un sitio público. En muchos casos que un individuo se sale de la norma, puede convertirse en un blanco social y para ello diversas organizaciones buscan transmitir el mensaje de pertenencia de sus derechos y calidad de vida, cada país tiene sus leyes y normas.

Como se vio a lo largo del capítulo, el VIH se divide en dos tipos, siendo el VIH-1 el que ha tenido mayor impacto a nivel mundial, debido a la cantidad de personas infectadas y en su momento de personas fallecidas. Es dentro del propio cuerpo humano que hay un debilitamiento del sistema inmune al entrar y multiplicación del virus, que conlleva tres fases, siendo la última la más socialmente conocida como SIDA. La adherencia se ha convertido en un aspecto fundamental para lograr un estado indetectable en el paciente, pero más importante, un estado de salud óptimo. Por ello, la existencia de diversas organizaciones en la ayuda informativa y práctica hacía el VIH, así como la asistencia a derechos y calidad de vida para las personas que viven con VIH y pertenecen a la comunidad LGTBTTTIQ+. Una vida digna para todas las personas debe ser fundamental aunque el tema de sexualidad en México pueda ser socialmente considerado frágil.

## **2. Duelo**

Este capítulo analiza en primer lugar el cambio de perspectiva social de la muerte vista inicialmente como una experiencia normal y pública, es después reclusa a espacios escondidos como hospitales y cementerios. Hecho que conlleva una pérdida relacional y el proceso de duelo que se atraviesa, el cual no se lleva a cabo de forma lineal, sino que dependerá del contexto y de la persona para atravesar ciertas etapas o procesos para completar el ciclo, así como la forma de experimentarlo. La experiencia variará de acuerdo con el tipo de duelo que se esté atravesando o incluso si hay más de uno. Cuando se trata de una enfermedad como VIH se puede vivir un duelo anticipado. Asimismo, una pérdida y un duelo no solo

son ante la muerte sino ante objetos, procesos o situaciones, como la sexualidad de un hijo o la pérdida de expectativas que se tenían de este.

## 2.1 Muerte del otro

La muerte es un evento que en algún momento atravesará todo ser vivo y generalmente se atribuye la noción de la muerte como exclusiva para el ser humano. Es una experiencia global y humana que significa una persistente preocupación a lo largo de su vida, Anderson (2016) describe los cuatro componentes que la determinan:

- **Inevitabilidad:** Todos los organismos vivos en algún momento morirán.
- **Irreversibilidad:** Un individuo muerto, no puede volver a la vida.
- **No funcionalidad:** Un individuo muerto no percibe, siente, piensa o actúa.
- **Casualidad:** La muerte sigue de un colapso de una o más funciones corporales vitales.

Hay muchas formas para definir la muerte, son distintas las perspectivas y campos que suelen intervenir en el tema. La definición biológica es esencial para sentar base en la asimilación de las distintas formas de concebir la muerte. Al analizar a diversos autores como Linneo y Lamarck, Hernández (2006) define la muerte desde el aspecto biológico como el momento en que el cuerpo después de haber atravesado su ciclo de vida, sus partes se han ido deteriorando para llegar a un punto de no funcionamiento y detenerse, pero también con la posibilidad que dentro del entorno del ser vivo hay amenazas o situaciones que pueden atentar contra él y terminar con su vida, aunque el organismo fuera óptimo en funcionamiento de su cuerpo. Complementario a lo anterior, Tortosa (2011) explica desde un aspecto legal que el proceso de muerte puede suceder en tres diferentes etapas. La primera es la muerte relativa, cuando las funciones vitales se detienen (cardíaca, respiratoria o ambas), no es definitivo y es potencialmente recuperable. La segunda es muerte intermedia cuando el mal funcionamiento o completo cese de signos vitales, siendo irreversible y el cuerpo pasa a convertirse en cadáver, aunque aún haya órganos o

partes del organismo que funcionen. La tercera es la muerte absoluta que como su nombre lo dice, es el cese de toda actividad fisiológica.

Al querer conocer el lado histórico y social de este término, Azpeitia (2008) y Gayol (2013) explican que fue tardía la producción de conocimientos y estudios respecto a la muerte, a pesar de estar siempre presente en la vida humana con protestas, guerras, desastres naturales, epidemias, etc. La muerte en el ámbito social e histórico se estudia y relaciona generalmente a la par del estudio de la religiosidad y lo espiritual, así como actualmente con la Psicología, la cual entra por primera vez cuando la Escuela de los Annales postula la interdisciplinariedad para lograr entender ideas y creencias, debido que la muerte se concebía en etapas o estructuras mentales que permitían conocer de qué época se trataba el proceso.

Históricamente estos autores nos dicen que se atraviesan tres niveles: 'Muerte sufrida' es el hecho en sí, o bien, las cifras demográficas; la 'muerte vívida' son los gestos, ritos y ceremonias a partir del hecho; se finaliza con el 'discurso sobre la muerte' es el corpus de las ideas y discurso de la sociedad que se encuentran de forma inconsciente en las personas manifestándose en los actos hechos en el nivel de muerte vívida (variando la época y contexto cultural). Gala, Lupiani, Raja, Guillén, González, Villaverde y Alba (2002) reconocen dos tiempos históricos en el tipo de vivencia de la muerte. El primero es la no institucionalización hospitalaria ubicada en la Grecia clásica, mundo romano, paleocristiano y Edad Media, en las que había aceptación tanto lógica como tolerante ante la muerte, la cual se presenciaba de forma pública y natural. La segunda forma aproximadamente a mitad del siglo XX el proceso de muerte pasa de la casa al ámbito hospitalario, esto quiere decir que ya no es del saber público cada pérdida humana, sino que se 'oculta' y reserva solo al hospital ante enfermedad o situaciones graves.

El cambio ha generado que las personas tengan una menor tolerancia a la frustración al no lograr enfrentar el sufrimiento cuando un ser querido muere provocando cambios lentos y periodos de aletargamiento. La sociedad tiene esperanzas de vida de ensueño que son reforzadas por hechos como apartar cementerios de medios urbanos grandes o evitar temas 'delicados' y enfocar la

publicidad en la imitación de juventud y belleza (conforme a cada estándar definido según la cultura), apartando el pensamiento de la muerte humana (guerras, desastres, muertes cercanas) y fijándolo en todo lo contrario. La cuestión es que la preocupación constante no se debe a su propia muerte sino por la del otro, poniendo en marcha un acto que los historiadores le llaman 'culto', el cual se representa a través de estas tumbas o cementerios apartados, acostumbrados en diferentes sociedades, la nuestra incluida. Este proceso social y cultural de protección de preservación, puede verse modificado ante una sensibilización, es decir, ante actos extremos de violencia o catástrofes lo suficientemente impactantes como para ser consciente por un momento de la mortalidad de uno mismo y del otro (Gayol, 2013).

## 2.2 Definiciones

Todo ser humano y cualquier otro ser vivo, atraviesa en algún momento de su ciclo de vida un tipo de pérdida, aquella experiencia de separación. En el caso de las personas pueden ser pérdidas de objetos materiales, económicos, capacidades físicas y/o mentales (enfermedad, accidente, etapa de vida), y en otros casos, a una persona que es significativa. Gerardo (2017) menciona los tipos de pérdidas afectivas que propone Tizón en 2004 hay:

- **Intrapersonales:** tiene que ver con uno y su cuerpo como capacidades físicas e intelectuales.
- **Materiales:** es con objetos o posesiones, es una pérdida que está más allá del alcance de la persona (cambio de residencia, auto, amigos, etc).
- **Evolutivas:** son antes los cambios de cada etapa del ciclo de vida (infancia, adolescencia, adultez, vejez).
- **Relacionales:** su nombre lo dice, es en relación con el otro. Cuando se pierde a una persona cercana por decisión propia, situación mayor o muerte, desencadenando varios cambios emocionales.

Vivir una pérdida representa la entrada de un duelo, el cual Gerardo (2017), lo introduce desde sus vocablos del latín de *Dolus como* dolor, pena o aflicción, y *Duellum* como batalla, desafío o combate entre dos. Frausto, Medina y González

(2014), lo definen como el "...proceso natural de adaptación que ocurre de manera activa al experimentar cualquier clase de pérdida, que involucra respuestas emocionales y personales que traen consigo cambios que pueden generar ansiedad, inseguridad, melancolía, frustración, tristeza y/o temor, entre otras reacciones" (pp. 554).

Más que un proceso, Meza, García, Torres, Castillo, Sauri y Martínez (2008), lo describen como "... la reacción natural ante la pérdida de una persona, objeto o evento significativo... también, la reacción emocional y de comportamiento en forma de sufrimiento y aflicción cuando un vínculo afectivo se rompe" (pp.28). Walrond-Skinner (2013) coincide que esta reacción se presenta ante la pérdida de una persona emocionalmente significativa a través de la muerte o una separación, pero de igual manera ante la pérdida de parte del yo, de objetos materiales o de una etapa previa en el ciclo de vida.

La pérdida de un ser querido según Neimeyer (2000) representa un inevitable período de ajuste para poder afrontarlas, entender el dolor que ocasionan y afrontarla de una forma particular conforme la persona y su historia tanto personal como con el otro que perdió. Ante pérdidas relacionales, el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-V, Asociación Americana de Psiquiatría, 2013) describe el duelo como el estado y respuesta normal cuando ocurre la pérdida de un ser querido, presentando respuestas de pena y luto, además de sintomatologías asociadas a depresión, ansiedad por separación relacional, trastorno de estrés postraumático y trastorno de adaptación.

### **2.3 Etapas del duelo**

Como seres humanos se tienen necesidades, una de ellas es el relacionarse con las personas a nuestro alrededor, esto lo explica John Bowlby en su Teoría de la vinculación o del apego. Payás (2010) desengloba la teoría en que como humanos además de relacionarnos creamos vínculos y cuando estos se ven amenazados o son rotos, hay determinadas conductas y emociones intensas. El apego se crea por la búsqueda de proximidad de algo que signifique para nosotros ya sea emocional

o biológico, como el apego de un niño con su madre y la seguridad que esta le brinda. La teoría de Bowlby contempla las reacciones del duelo condicionadas por sistemas de vinculación que son formadas en la infancia. Por lo que hay una señal psicológica ante una separación o rompimiento del vínculo, que para el duelo se organiza en cuatro fases:

- **Aturdimiento:** como un niño ante la separación de su madre, habrá aflicción y rechazo de consuelo de cualquier otra persona.
- **Añoranza, búsqueda y enfado:** sin respuesta en su búsqueda se crea un estado de ansiedad presentando llanto, grito, enfado y berrinches. Esto implica una función biológica para restablecer vínculo con persona fallecida.
- **Desorganización y desesperanza:** si el niño no consigue el restablecimiento con su madre, entonces aparece la tristeza, la apatía, aislamiento y desesperanza. En esta fase la persona puede presentar conductas de evitación a cualquier cosa o persona que le cause dolor.
- **Reorganización:** al persistir la ausencia de la madre el niño se da por vencido desvinculándose y en un futuro con la tendencia a rechazar atenciones de un cuidador. Como adultos se acepta la realidad presente y se continúa con su vida.

Usualmente el duelo se contempla como un proceso lineal que conlleva fases que deben seguir cierto orden o reglas, pero como reconocida referencia Kübler-Ross y Kessler (2006) consideran a las llamadas 'etapas del duelo' más que un proceso lineal, lo contemplan como instrumentos que permiten a la persona enfrentar e identificar lo que siente. No se entra o se sale de cada una en orden, sino que se atraviesa en tiempo y forma concorde a la persona, e incluso es posible repetir una o más fases, o regresar a otra. Estas fases las viven aquellos que saben que partirán pronto y al familiar que funge como cuidador, pero también aquellos que pierden a una persona significativa ante cualquier circunstancia. Las etapas explicadas por estos autores son:

- **Negación:** El doliente no concibe la idea de no ver más a la persona fallecida, experimentando paralización, visualización del entorno absurdo y opresivo,

además de situarse en la insensibilidad para distanciarse de sus sentimientos. Según los autores antes mencionados, son mecanismos de defensa de la psique. Conforme se va aceptando la realidad de la pérdida empiezan a surgir preguntas de distinta índole y aquí comienza el ‘proceso de curación’, cuando surgen aquellos sentimientos que se fueron reprimiendo.

- **Ira:** Es usualmente la emoción más inmediata y que puede tomar distintas formas, es decir, ir dirigida a alguien en específico, objeto, situación, etc, sin ser totalmente lógica o válida. A esta le pueden seguir tristeza, pánico, dolor y soledad. La ira surge generalmente cuando la persona sabe que sobrevivirá y el otro no, el hecho de sobrevivir es algo impresionante. Se sugiere que la persona se deje experimentar la ira y que en lugar de reprimirla encuentre las formas que le funcione para desahogarla sin hacerse daño a sí mismo o a los demás.
- **Negociación:** Esta etapa consiste en negociar consigo mismo, con la persona fallecida, con otros o con la vida para lograr una emoción diferente. Puede convertirse en una tregua temporal, que en ocasiones se acompaña con culpa al analizar todo lo que se pudo haber hecho y no se hizo utilizando los “ojalás”. La negociación puede fungir como distracción del dolor al ser desplazado del pasado al futuro (promesas de volverse a ver en el cielo/ otra vida, no más enfermedades).
- **Depresión:** Llega una sensación de vacío y tristeza, se alcanza a un nivel profundo del proceso de duelo. Levantarse de la cama, actividades diarias y la vida misma se tornan vacíos e inútiles, hay tensión, irritabilidad, poca atención y concentración. La depresión es un proceso totalmente normal cuando se pierde a una persona querida y contrario a lo que se cree, en ocasiones podría ser raro no presentarla ante el suceso debido a que es otro mecanismo para protegernos. Ayuda a ir más lento permitiendo evaluar la pérdida de una forma real y se exploran aspectos de uno mismo o de la vida que no se hacen en situaciones normales. En casos específicos puede procesarse con apoyo (emocional, social), psicoterapia y medicación.

- **Aceptación:** La realidad de que la persona fallecida ya no está físicamente se acepta y también se reconoce que esa realidad será la que permanecerá en su vida ahora. Es importante resaltar que no quiere decir que esto sea algo que le guste al doliente, pero es consciente de su readaptación y curación final. Que se ve en acciones de recordar, recomponerse, reorganizarse (tareas, roles, creencias) y reintegrarse (aprender a vivir con la persona que se ha ido).

Por otro lado, sintetizando las etapas anteriores Neimeyer (2000) explica que referirse de manera literal a etapas del duelo puede conducirnos a un error, debido a que en casos de pérdida los dolientes comparten reacciones, sentimientos y procesos de curación, pero hay una variabilidad de acuerdo con la persona u otros aspectos como el tipo de relación y pérdida. Lo llama "Ciclo del duelo" el que conlleva abrirse al dolor, análisis de significados de la persona (creencias y presuposiciones), reconstrucción de relación con lo perdido y de uno mismo. El ciclo se conforma de los siguientes procesos:

- **Evitación:** En un inicio hay conmoción, aturdimiento, irrealidad, pánico o confusión, que evita la realidad. Se distancia del entorno cercano, tornándose la persona desorganizada, distraída e incapaz de realizar sus actividades diarias. Conforme se va siendo más consciente de la realidad van surgiendo reacciones emocionales significativas, como irritabilidad o resentimiento y hay una negación de lo que se vive.
- **Asimilación:** Se experimenta soledad y tristeza en una gran intensidad, culpa por sentir alivio o haber deseado inconscientemente muerte del fallecido al haber pasado por dolor y sufrimiento en vida. Puede haber síntomas depresivos que son tristeza invasiva, llanto, trastornos de sueño y apetito, falta concentración, desesperanza de futuro, insatisfacción de actividades. También hay estrés y surgen respuestas fisiológicas como nerviosismo, náuseas, trastornos digestivos e incluso problemas cardíacos.
- **Acomodación:** Cuando las sintomatologías han ido cediendo se va a la aceptación de la realidad de muerte recuperando cierto nivel de autocontrol

emocional y hábitos (sueño y alimentación). Desaparecen los síntomas físicos y comienza la reconstrucción social.

Es cierto que diversos autores, destacando a los anteriormente mencionados, conciben el proceso de duelo en etapas, ya sea en orden o con la posibilidad de intercalar, regresar y salir de cada una. Pero es posible que más que oscilar entre etapas, se lo hace simplemente por sentir y enfocar recuerdos o experiencias significativas para la persona, teniendo conductas con el fin de deshacerse de sensaciones de anhelo y vacío, o bien, para evitar el dolor. Esto se explica en el modelo de procesamiento dual del duelo (Cruz, Reyes y Corona, 2017) que explica la forma en que una persona llega a 'un acuerdo' con su pérdida relacional, es decir, que enfoca y alterna su atención a la pérdida (vivir la experiencia del duelo) o hacia la restauración (adaptarse a su nueva realidad). Dependerá de cada persona si tiene un enfoque más hacia la pérdida o hacia la restauración, dependiendo de esto se puede experimentar un *acercamiento* o una *evitación*. El acercamiento conduce a aceptar sentir (emociones, sentimientos, síntomas), evaluar reflexivamente las consecuencias de la pérdida, revisar objetivos y/o metas para que de forma activa los pueda alcanzar. Mientras que la evitación, además de la posibilidad de conducirnos a un duelo complicado, la persona se enfoca negativamente en causas y consecuencias de la muerte y en bajar la intensidad de los síntomas, o controlarlos, causando aplanamiento emocional y evitación experiencial.

Para el cierre del duelo Kübler-Ross y Kessler (2006) especifican dos tipos de cierre. El primero es aquel que después que muere la persona querida, se busca y espera de manera irreal, recorrer sin complicaciones o una carga emocional el duelo para poder seguir normal con su vida. En el segundo se hacen cosas que permitan ver la pérdida en perspectiva, analizar distintos aspectos que lleven a la resolución de lo que estaba en blanco en un inicio. El punto del cierre es llegar a concluir algo, una meta, proyecto, malentendido, tiempo o lo que la persona necesite, porque es importante comprender que no se concluye el duelo de un ser querido, se aprende de él.

## 2.4 Elaboración y tipos de duelo

Algunos autores expertos en el tema que inclusive han experimentado de primera mano la vivencia en pérdida relacional han explicado que el curso del duelo de cada persona será variante en cuestión de circunstancias y tiempo. Para nadie es la misma experiencia, incluso si la misma persona a lo largo de su vida vive más de un duelo, cada uno será diferente, aunque otros autores se han valido de determinar cifras para catalogar el tipo y forma del duelo.

Cuando hay una pérdida y se lleva a cabo un duelo normal se habla de un ciclo que conlleva pena y sufrimiento pero que su elaboración es continua sin 'atorarse'. Castro (2013) explica que a pesar de considerarse normal hay sintomatologías que son clasificadas por William Worden en sensaciones, sentimientos, cogniciones y conductas. Las sensaciones más comunes presentadas ante la pérdida son: vacío en estómago, opresión de pecho, falta de energía, falta de aire, sensación de despersonalización, tensión o debilidad muscular, entre otras. Del lado de los sentimientos se manifiesta la tristeza que es lo más común, la soledad esto se presenta cuando se era muy allegado al difunto, fatiga que se expresa como apatía o indiferencia, la impotencia, hay shock, alivio cuando el proceso de muerte fue doloroso, insensibilidad, miedo, enojo y culpa. Ante las cogniciones se abren periodos de incredulidad, confusión, preocupación, sentido de presencia (que el ser querido sigue con vida) y alucinaciones en algunos casos. Finalmente, las conductas que pueden presentarse son trastornos de sueño o alimenticios, distracción, aislamiento, evitación de recuerdos, desinterés por relaciones sexuales, llantos, hiperactividad frenética, visita de lugares o presencia de objetos que recuerden a difunto.

La respuesta a una pérdida significativa activa un duelo normal o no complicado presentando síntomas característicos de un episodio mayor de depresión que incluye sentimientos de tristeza, insomnio, falta de apetito y pérdida de peso. Sin embargo en el DSM-V (Asociación Americana de Psiquiatría, 2013) es explicado que para diferenciar estos dos procesos se distingue que en el duelo el sentimiento predominante es vacío y pérdida, la disforia puede reducir en días o semanas

produciéndose en oleadas, el dolor puede acompañarse de humor y emociones positivas, los pensamientos se vinculan a preocupación y recuerdos del fallecido, la autoestima se conserva en el proceso, si hay autoanulación es por percepción de fallar a fallecido, la idea de muerte se centra en el difunto y en un reencuentro con este. Mientras que en un episodio de depresión mayor el estado de ánimo se encuentra en una constante depresión con la incapacidad de esperar felicidad o placer, además de no estar asociado a algún pensamiento o preocupación en concreto, hay una intensa infelicidad y miseria, hay autoanulación y el pensamiento de muerte se asocia a ponerle fin a propia vida por sentimiento de inutilidad y sentirse incapaz de hacerle frente a su dolor de depresión.

Sin embargo, esto no quiere decir que el duelo se mantiene estable, puede tomar una dirección más ardua. Es donde entra el duelo patológico o complicado, en el cual sí puede ocurrir un trastorno depresivo mayor. En este duelo el proceso se estanca en determinado momento Vedia (2016) determina que puede durar semanas o meses dependiendo de la persona y circunstancias, está compuesto de cuatro características o subdivisiones:

- **Duelo crónico:** Duración desmedida que no llega a una conclusión satisfactoria y la persona tiene conciencia de su incapacidad de llegar a ello.
- **Duelo retrasado:** Llamado igualmente inhibido, suprimido o pospuesto es cuando la persona que ha tenido la pérdida no tiene una reacción emocional significativa al momento. Puede ser por falta de apoyo social, necesidad de fortaleza por distintas circunstancias, abrumación por más de una pérdida.
- **Duelo exagerado:** Los síntomas y etapas del duelo normal se intensifican, llegando a una conducta desadaptativa que llegue a problemas psiquiátricos.
- **Duelo enmascarado:** Tiene conductas y síntomas que causan problemáticas, además de no reconocer el proceso por el que está pasando ni que está relacionado con la pérdida. Asimismo, pueden aparecer conductas desadaptativas, o bien, cuestiones psicósomáticas.

Sin embargo, no solo es blanco o negro, el duelo puede caracterizarse de otros tipos de acuerdo a las particularidades que presente la pérdida y cómo conduce a

direcciones distintas en la elaboración del mismo, además que el tiempo funcionará diferente para cada caso. Gómez (2004) describe los diferentes tipos de duelo que pueden desarrollarse más allá del conocido duelo normal:

- **Duelo complicado:** Se le ha asignado diferentes formas como anormal, patológico, no resuelto, crónico, retrasado o exagerado. De la forma que se llame o conozca, es el duelo en el que la intensidad es desbordada, hay conductas no adaptativas, es un estado que no conduce a la resolución del duelo ni a una asimilación ni acomodación y el tiempo se prolonga. Es duelo complicado cuando ya no hay duelo y se ha convertido en un cuadro depresivo. Hay una perturbación en la actividad mental la persona siente apatía, tristeza, baja autoestima, culpa, pensamientos suicidas, y la posibilidad de presentar algún otro cuadro psiquiátrico. El proceso en general se lleva de forma constante, sutil y en la intimidad del doliente.
- **Duelo anticipatorio:** El duelo que viven pacientes enfermos y familiares, el cual comienza cuando hay un diagnóstico de enfermedad o pronóstico de vida y se presentan dos procesos: pena y aflicción/ estrés y sufrimiento; la adaptación al estrés. A diferencia de otros tipos de duelo en el que se experimenta principalmente la tristeza, en éste es la angustia. Hay varios aspectos que pueden alterar el proceso del duelo anticipatorio, uno de ellos es que el enfermo no fallezca en el tiempo establecido y se produce lo llamado 'Síndrome de Lázaro', experimentando angustia, frustración, y cierto resentimiento al enfermo, además de en ocasiones no poder reestablecer vínculos afectivos. Corr y Corr (2013) describen el duelo anticipatorio no solo para casos de enfermedad sino lo engloban como la vivencia del duelo previa a una pérdida significativa que se espera pero que aún no sucede y la cual puede afectar la calidad del duelo posterior a la muerte.
- **Preduelo:** Se puede considerar un subtipo del duelo anticipado aunque es un proceso completo en que el paciente ha muerto 'en estado de salud'. Esto quiere decir que la enfermedad lo ha transformado físicamente y/o emocionalmente, es una despersonalización y el familiar está en duelo por la imagen que siempre tuvo por su ser querido.

- **Duelo inhibido o negado:** Cuando deberían presentarse las primeras fases del duelo en la persona, ésta lo difiere ya sea para ayudar a otros familiares a atravesarlo o en centrarse en distintas actividades para no pensar en el hecho. Al retrasar todo el proceso, esto se convierte en algo potencialmente patológico ya sea para convertirse en un duelo complicado o que esto le afecte de otras maneras. Algunas veces puede transferirse el dolor de la pérdida a otra que puede no ser significativa, pero logra desencadenar todos los sentimientos ahí. Mientras que, si no se hace eso puede haber estímulos en su entorno que puedan hacerlo detonar como ver una película triste, una foto u objeto de la persona fallecida, o cualquier cosa para desencadenar principalmente la tristeza. Sin embargo, esto puede durar años y es importante que la persona sea consciente de su retraso en el duelo para poder afrontarlo.
- **Duelo imposible:** En el que hay una carga dolorosa y destructiva, no es posible elaborar el duelo debido a las circunstancias en que fue la pérdida. Esto suele ocurrir en muerte inesperadas y fuertes de asimilar como por suicidio, homicidio, tortura, ausencia del cadáver, etc. Se diferencia del duelo complicado porque en este no pasa como tal el proceso del duelo debido a que el sufrimiento continúa por mucho tiempo como el primer día debido al atroz impacto y simbólicamente nunca se entierra al fallecido, sino que puede desencadenar sentimientos de ira, venganza o incluso puede llevar a un cuadro psiquiátrico.
- **Duelo en cadena:** Es la secuencia de más de un duelo que se vive en un mismo momento o en proximidad cronológica. Pueden ser duelo ante una pérdida relacional o de alguna otra pena que es lo suficientemente significativa. Hay dos modalidades de concebir este duelo, la primera es la objetiva cuando los duelos ocurren en determinado momento de la vida de la persona. La segunda modalidad es el subjetivo, cuando las pérdidas ocurren en distintos momentos de la vida, pero la persona los percibe como si hubieran pasado simultáneamente.

## 2.5 Factores determinantes

Cada individuo que atraviese una pérdida vivirá uno o más tipos de duelos, los cuales serán determinados en base a factores relacionados a la muerte, al fallecido, al doliente y a otros aspectos en el contexto. Uno de los primeros factores a considerar es si la muerte ocurre esperada o inesperadamente, lo que desencadenará distintas reacciones en el doliente, Prieto (2018) detalla cómo se vive cada circunstancia:

- **Muerte esperada:** Razonablemente en estos casos se habla de la existencia de una enfermedad o patología. La persona que acompañe al enfermo a su lado o a distancia le representará un duelo por la pérdida de salud y por consiguiente el final de vida de su ser querido, representando un duelo anticipatorio. A pesar de que haya tiempo de esperar la muerte, los acompañantes siempre pasarán por ansiedad, estrés, dolor emocional, problemas para dormir, cansancio, preocupación permanente y desorganización, ser espectador del deterioro físico y emocional del enfermo es un gran desgaste emocional.
- **Muerte inesperada:** Este es un factor que puede influir mucho a que se desarrolle un duelo complicado o imposible. Este tipo de muerte es totalmente repentina y tiene un impacto en la estabilidad emocional del individuo que ha tenido su pérdida. Este tipo de pérdida tiene distintas variantes. Suele experimentarse un proceso de shock, ansiedad intensa, falta de reacción, embotamiento afectivo y cognitivo, bloqueo, rabia, llantos, taquicardias, pérdida de consciencia, agresividad y descontrol. Después de estas primeras reacciones llega la conocida negación y usualmente la formulación de muchas preguntas del doliente ante la repentina pérdida, en algunos casos también hay presencia de ira.

Esperado o no la muerte, nadie se encuentra preparado en su totalidad para el hecho y dentro de estos aspectos, se hallan otros que vendrán a impactar al proceso y forma del duelo. Gómez (2004) desarrolla los diversos factores en el doliente, del fallecido o del contexto que pueden afectar de forma positiva o negativa al proceso:

- **Edad del fallecido:** La reacción ante la muerte de una persona puede cambiar de acuerdo con la edad de la persona que fallece. Cuando se trata de un niño enfermo o que muere inesperadamente se lamenta con mucho pesar su muerte, sobre todo cuando se trata de los padres. Sin embargo, cuando se trata de alguien de edad avanzada se lamenta con menos intensidad debido a que se le atribuye que pudo vivir más.
- **Edad del doliente:** Cuando se le notifica a un niño o adolescente que fallece alguien cercano puede no entenderlo en su totalidad, o bien, tener una reacción que afecte distintas áreas de su persona debido a que como infante no se concibe ese tipo de situaciones. Por otro lado, como adulto mayor puede verse implicada la interdependencia cuando fallece el cónyuge y hubo un fuerte vínculo, la experiencia de diversos duelos debido a muertes de amigos o familiares y conllevando la consciencia de la propia muerte, o bien, un sentimiento de soledad percibida o real.
- **Duración de enfermedad y agonía:** En casos de enfermedad terminal hay dos formas en las que puede influir en el duelo. La primera es el inicio del duelo anticipatorio y ver el proceso de la enfermedad con dolor, pero con la conciencia y cierta preparación de lo que se avecina, el impacto se amortigua un poco. La segunda forma de vivirlo es como una constante incertidumbre de no saber cuándo sucederá el golpe más fuerte, proyectando los procesos de enfermedad y muerte llenos de sufrimiento.
- **Carácter de muerte:** Como se mencionó, si la muerte es esperada o inesperada, pero de forma más específica este factor es en cómo ocurren los últimos minutos de vida de la persona. Si hubo dolor, sufrimiento, miedo o alguna otra cuestión que pueda perturbar o tranquilizar al doliente.
- **Aspecto del cadáver:** En ocasiones se contempla que un cadáver que se encuentra en un estado óptimo, con apariencia tranquila o “como si estuviera durmiendo” denota en el doliente una sensación de alivio. Pero cuando el cadáver se encuentra con expresión de sufrimiento, tiene alguna deformidad o mutilación debido al carácter de la muerte, puede impactar fuertemente debido a la imagen que se posee de la persona con vida.

- **Relación con difunto:** La intensidad de la pena se correlaciona con la intensidad del vínculo afectivo que había con la persona.
- **Grado de parentesco:** Este factor dependerá de cada persona y de la relación que hubo con la persona fallecida. La muerte de una madre puede resultar fatal para una persona mientras que para otra quien no tuvo buenas experiencias con la suya, no tendrá el mismo impacto.
- **Grado de dependencia:** Se habla de dependencia económica, social o psicológica que se tenía con el difunto. Cuando la persona que sostiene económicamente la casa, aquel que mantenía a pie una empresa o que ayudaba a su pareja con depresión, son algunos ejemplos de dependencia que pueden empeorar la pena por la pérdida de su ser querido.
- **Sexo del superviviente:** Las mujeres pese a ser reconocidas por sufrir más ante una pérdida pueden presentar una mayor resiliencia ante una ésta y puedan vivir de forma independiente sobre todo cuando el cónyuge fallece, aunque en el ámbito sexual puede haber una afectación (disminución de libido, deseo sexual hipoactivo, etc). Socialmente las mujeres son más reconocidas para expresar su dolor, mientras que en los hombres por cultura se espera que reaccionen bien y se mantengan fuertes con una pérdida. Esto puede producir un progreso más lento en la realización de su duelo debido a la falta de apoyo social, en ocasiones pueden desarrollar una mayor dependencia y buscar sustituto de cónyuge cuando esta fallece.
- **Personalidad del superviviente:** La forma de afrontar el duelo se verá reflejada en la forma que se progresa o trabaja en otras cuestiones de la vida como el trabajo, estatus, popularidad, etc. El autor atribuye como factor de riesgo a personas con personalidades extrovertidas, así como personas dependientes del fallecido buscarán otro en quien hacerlo.
- **Soporte social:** Es ampliamente recomendado por diversos autores la compañía de familiares y amigos cuando se pierde a una persona significativa. La realización de actividades y la presencia de redes afectivas permiten un mejor desarrollo en su proceso de duelo. Contrario a esto, la soledad y aislamiento puede en ocasiones ser un factor de riesgo.

- **Presencia de otras experiencias de duelo:** La presencia de un duelo en cadena es un factor de riesgo para la elaboración del proceso.
- **Factores culturales:** Los aprendizajes sociales y culturales determinan la forma en que cada uno realiza su duelo. Un aspecto cultural muy relevante es la fe religiosa, la cual brinda esperanza y alivio para el doliente de lo que su ser querido experimentará en su muerte.
- **Carácter y estilo de vida del fallecido:** Es aquello que el difunto representó en vida y ahora en su muerte, lo deja para sus seres queridos. Si bien, ante su muerte puede haber tranquilidad y la posibilidad de elaborar un duelo normal. Pero si en su caso hay presencia de culpa, tragedia y caos ante su partida, el progreso se verá dificultado.

Con lo anterior queda determinado que algunos de los aspectos más importantes es la relación con la persona fallecida y la forma de la muerte, debido a que los recuerdos y/o pensamientos se ven muy involucrados en el duelo. Estos factores afectarán al individuo, pero también permiten reconocer el camino que debe atravesarse e incluso si es necesario algún tipo de ayuda en especial para el trayecto de la pena. La persona a pesar de sentirse víctima de sus emociones y sentimientos podrá determinar asimismo factores que le ayuden o que le compliquen más su duelo, Castro (2013) especifica las conductas y cogniciones que pueden contribuir u obstaculizar el camino para la realización del duelo. Primero habla de aquellas que desfavorecen el progreso que son la evasión de sentimientos y no expresarlos con otras personas, el aislamiento social, la victimización, el abuso o regreso de adicciones a sustancias, toma de decisiones importantes (matrimonio, mudarse, divorcio, inicio de relación romántica, embarazo, etc), comparar duelo con el de otros o tratar de imitarlo, presión social por duración de duelo, culpa por conductas o pensamientos que sean positivos y adoptar actitudes negativas hacia el dolor y sufrimiento. Por otro lado, los factores que permiten una realización óptima del duelo, que pueden adoptarse desde el comienzo del proceso, o bien, estar en un duelo complicado y buscar cambiar su evolución de alguna forma. Estos son permitirse vivir el duelo, tener paciencia ante los cambios que se van presentando en el proceso, a quienes tiene fe religiosa apoyarse en ella, compartir sentimientos

tanto positivos como desagradables con otros, realización de actividad agradable o placentera, encontrar espacio para permitirse expresar lo que necesita (llorar, gritar, escribir, etc), desarrollo de espiritualidad, no tomar decisiones importantes, cuidar de propia salud (alimentación, sueño, etc) escuchando síntomas de cuerpo, si se necesita pedir ayuda profesional, no ignorar sentimientos y realización de actividad física.

#### **2.4.1 Dolor, sufrimiento y resiliencia**

Una persona a lo largo de su vida atraviesa experiencias de distintas índoles, algunas de ellas más desfavorables que otras para la estabilidad física y emocional. El dolor es una vivencia que puede ser experimentada desde edades muy cortas, mientras que el sufrimiento funge como complemento al dolor o como consecuencia al resistirse ante él, Grecco (2010) explica las diferencias entre estos dos padecimientos. El dolor lo describe como la sensación asociada a algún tipo de daño o alteración en el equilibrio somático, es decir, que el dolor se ubica en el cuerpo y una enfermedad en el organismo no siempre será la razón del malestar, sino que las emociones negativas también pueden impactar en la salud. Es un cambio en la consciencia de que algo en el cuerpo o entorno que antes se ignoraba, ahora causa el malestar. Esta sensación tiene una finalidad defensora cuando hay percepción de peligro y su intensidad variará conforme a cuestiones neurofisiológicas, pero también la inteligencia emocional. Con el dolor es posible en muchos casos identificar el lugar en el cuerpo de donde proviene, pero cuando se trata de sufrimiento es una experiencia más subjetiva y complicada. Es la respuesta emocional ante distintas vivencias y sus variantes en éstas, se asocia a la historia del individuo en acontecimientos, hechos, sucesos, experiencias, fantasías o pérdidas. Aunque no se perciba como tal en el cuerpo, un enfermo puede pasar un alto sufrimiento ante la combinación de distintos dolores en su organismo. Puede considerarse un nivel más allá del dolor, cuando lo que se siente ya no es posible describir con objetividad y el malestar supera escalas.

Bayes (1998) expone que hay quienes presentan dolor sin sufrir, y otros que sufren sin sentir dolor. Cuando una persona experimenta dolor sin conocer su origen, no encuentra la forma de aliviarlo y lo percibe como peligroso es cuando se experimenta el dolor acompañado de sufrimiento. Mientras que si alguien tiene un dolor pero conoce y comprende tanto el significado como objetivo de este, no habrá sufrimiento. En el caso de pérdida de un ser querido el doliente puede refugiarse en su fe conociendo el significado de la muerte y sintiéndose más tranquilo por el fallecimiento. Ahora bien, con lo dicho por Bayes que puede haber quien sufra sin sentir dolor, quiere decir que el sufrimiento se experimenta ante un daño físico o psicosocial, en el cual la persona se siente impotente por resolver y que su integridad psicosocial y/o orgánica se encuentra en peligro genera incertidumbre, es lo que hace sufrir al individuo sin la necesidad de tener algún tipo de dolor.

La pérdida de un ser querido desencadenará una serie de emociones y sentimientos, pero el dolor y sufrimiento son aquellos que permanecen durante el proceso y son esenciales. Esto no significa que durante el suceso y por el resto de la vida el doliente vivirá desdichadamente, sino que se aprende a entender la finalidad de cada una de estas sensaciones y ellas permiten avanzar en el proceso de duelo. Cuando se habla de dolor, sufrimiento y la muerte como fuente de su manifestación, llega el término de resiliencia. Coronado, Espejel, González, Olazagasti y Ruíz (2015) exponen las distintas definiciones para resiliencia, siendo procedente del campo de la física explicando la capacidad de un material elástico para regresar a su forma inicial después de tener que atravesar una presión que lo deforma. Por otro lado, en la psicología el término se entiende como la capacidad de una persona para enfrentar adversidades de la vida o situaciones traumáticas (privación extrema, amenaza, pérdidas, estrés persistente), a partir de ellas aprender a adaptarse y tomar la experiencia como pie a una transformación positiva de uno mismo.

El conjunto de experiencias positivas y negativas a lo largo de la vida conforman la resiliencia en la persona, la cual cambia de acuerdo con el contexto y aprendizajes, así como su capacidad emocional, personal, social y neurobiológica. La resiliencia

puede ser fomentada o verse dificultada por factores como la espiritualidad, apego con el difunto, asertividad, autoestima, apoyo social y familia, tipo de pérdida, capacidad para expresar emociones y la ausencia o presencia de antecedentes de alguna psicopatología (ansiedad, depresión, etc), además de los factores determinantes en el duelo previamente mencionados (Domínguez, 2014). Paralelamente la resiliencia funge como factor en la elaboración del duelo normal, o bien, al no poseer la capacidad de adaptación desarrollar algún tipo de duelo complicado.

Como vimos en este capítulo las pérdidas se atraviesan diariamente, pero cuando se trata de una pérdida relacional, la persona llamada doliente experimentará una serie de procesos que conlleva distintas emociones, sentimientos, cogniciones y conductas que variarán en cada persona pero que tienen el mismo fin. La vivencia del duelo es un proceso que al ser cambiante no solo en cada persona sino en cada circunstancia, conlleva la clasificación de distintos tipos y factores que influyen en el. La muerte es un tema que a lo largo de los años ha sido estudiado y que a diferencia de siglos anteriores en donde era un acontecimiento social abierto y normal, ahora es un hecho que la sociedad trata de evadir de alguna forma.

### **3. Familia y duelo**

En el presente capítulo se examina el vínculo que se desarrolla en la familia, específicamente entre padres con hijos, el significado interpersonal y cultural que comprende esta relación. Por tanto, el impacto ante la pérdida de un hijo, de su salud y/o de las expectativas que se tenían de éste, lo que conlleva a uno o más duelos. Los padres y madres ante tal situación se encuentran en un ciclo de distintas emociones, sentimientos, cogniciones y conductas que pueden parecer agobiante, además de como unidad social, la presión cultural que este tipo de pérdidas representan.

### **3.1 Relación madre/padre con hijo**

En la sociedad hay muchas unidades que interactúan entre sí y que se complementan, la familia es considerada la unidad social más pequeña que irá cambiando conforme la sociedad lo vaya haciendo, su estructura es un sistema sociocultural que está abierto a transformarse, tiene un desarrollo continuo y se adapta a las circunstancias que se presentan a lo largo del tiempo fomentando un crecimiento psicosocial en cada miembro, además de preocuparse de forma emocional y cultural por ellos (Minuchin, 2004). Sin importar el tipo de familia que sea (nuclear, en cohabitación, monoparentales o reconstituidas), esta unidad social es definida por Maioli (2006) como: "...el lugar de lazos, de relaciones, donde la persona, precisamente a través de la relación, experimenta un crecimiento y una evolución de todas sus dimensiones, desde la biológica a la cultural." (pp. 69).

La maternidad y paternidad es una relación no voluntaria, porque uno puede decidir procrear y tener hijos, pero no se escoge la forma en que cada uno será, claramente la educación será un factor, aunque cada hijo es diferente. Solomon (2012) explica que ya sea en la infancia, adolescencia o adultez, los hijos siempre compartirán rasgos con sus padres que pueden ser de: genética, lenguaje, religión, cultura, comportamiento y pensamientos. Aunque también habrá diferencias horizontales, es decir, rasgos que sean completamente opuestos y que vayan en contra de lo que los padres se sienten orgullosos, estos pueden ser ideologías, comportamientos, orientación sexual, alguna discapacidad física o intelectual, entre otros.

La relación de padre-madre con un hijo puede ir de una gran admiración a sus progenitores lo que conduce a que sean un reflejo de ellos o puede transformarse en aflicción por constantes desacuerdos y problemáticas. Chávez (2017) hace una clasificación en la que el hijo que no causa problemas es tranquilo y parece que se autoforma y autoeduca, le adjudica el término de 'oasis' y explica que la relación con estos hijos es más fluida. Mientras que, en el polo opuesto a la tranquilidad, los hijos que hacen que los padres aprendan y busquen la forma de educarlo correctamente debido a su conflictivo comportamiento, le llama hijo 'maestro', la relación con estos hijos puede no ser tan fluida. Sin embargo, son las experiencias tanto positivas

como negativas lo que conforman esta relación tan significativa social y culturalmente, siendo el amor incondicional un rasgo característico.

A diario un individuo se encuentra relacionándose con personas en sus distintos ámbitos sociales, pero la primera relación que todos tuvimos y tiene un valor determinado, es la de hijos con padres. García, (2017) basándose en la teoría del apego de Bowlby, explica que ésta primera relación se da por cuestión de supervivencia al nacer completamente vulnerables y dependientes, en la búsqueda de proximidad con los progenitores, de refugio en momentos de aflicción y de poder internalizar la relación con esta nueva figura de apego como base segura para después poder crear vínculos. Lo anterior, se encuentra más relacionado a con la madre, a causa de que el primer contacto del nacido suele ser con ella, el apego a partir de esto funciona como un sistema que es activado ante situaciones percibidas como estresantes o peligrosas. Un ejemplo de ello es el llanto de los bebés para llamar a su madre ante una incomodidad. La madre en muchas culturas representa un símbolo de protección y cuidado a los menores, el apego y la relación que se desarrolla entre estos individuos es verdaderamente íntima y particular.

El padre como cuidador culturalmente es poco acreditado como esa figura de cuidado, no obstante, se concibe como protección y proveedor, aunque puede cambiar conforme a circunstancias y contexto. Fundación Chile Unido (2002) habla de la paternidad comprometida, que consiste en las características que un padre puede tener presentes o ausentes la relación con sus hijos, las cuales son: sentimientos y conductas responsables respecto al hijo, sentirse emocionalmente comprometido, representar una figura accesible, brindar condiciones y materiales para el sustento de necesidades de hijo, y la influencia en decisiones relativas de los ellos.

Los roles como madre o padre tienen nociones que el entorno social e incluso la historia del hombre les ha adjudicado. Así como puede concebirse que una madre debe ser el individuo más amoroso y comprensivo con sus hijos, o un padre es aquel único responsable del sustento de su familia, pueden considerarse nociones estigmatizadas. Los diferentes tipos de familia (nuclear, en cohabitación,

monoparentales o reconstituidas) pueden representar un cambio en la dinámica de los roles tradicionales y la evolución de relación entre padres e hijos. El término de padre es utilizado por el DSM-V (Asociación Americana de Psiquiatría, 2013) para todo cuidador principal del niño, que puede ser el progenitor biológico, padre adoptivo o de acogida, u otro familiar que ejecute el trabajo y papel parental para el niño. Esto no significa que pertenecer a una familia 'no tradicional' (nuclear) representa un menor apego o vínculo, los problemas en la relación se ven asociados a otros aspectos.

Asimismo, en el DSM-V explica que sin importar el tipo de familia, los problemas en la relación con los hijos se asocian a cuestiones conductuales, cognitivas o afectivas. Los aspectos conductuales se relacionan a inadecuado control, supervisión e implicación de padres con hijo, sobreprotección, presión paterna excesiva, discusiones que empeoran al punto de violencia física y la evitación a solución de determinados problemas. En los problemas cognitivos se asocia a atribuciones negativas por intenciones de otros, hostilidad, culpar a otros, y sensación de distanciamiento sin motivo. Por último, en el aspecto afectivo se ven implicadas sensaciones de tristeza, apatía y rabia contra el otro (padres o hijos). Para problemas en la relación es óptimo identificar el problema y su peso, para contemplar si es necesario buscar ayuda profesional.

### **3.2 Pérdida de un hijo**

Cuando un padre o madre muere, socialmente se adjudica el término de huérfano, cuando se trata del cónyuge el de viudo, pero cuando llega la muerte de un hijo no hay nombre para ello debido a que se cree que el padre o madre será quien fallezca antes y en la mayoría de las culturas se ve como inconcebible este tipo de pérdida. El tener hijos es la ilusión de lo que como padre o madre no pudo ser en su vida, los hijos representan oportunidades de reparar daños que se vivieron en propia infancia o vida, y se plantea un trabajo de aportarles lo mejor. Por lo que su muerte conlleva la pérdida de estas expectativas, ilusiones y esperanzas que se hicieron desde incluso antes de concebirlo, por lo que se altera el equilibrio familiar

(padres, hermanos, abuelos y demás seres cercanos) pero los padres son quienes reciben el golpe más fuerte sin importar la edad, aunque sí depende de la relación individual y vínculo que había con el hijo (Castro, 2007).

Es común escuchar que el duelo ante la pérdida de un hijo es el proceso más difícil que puede atravesar un ser humano, se le concibe como una desgracia y es un proceso lleno de culpa por parte de los padres, esto lo menciona Sánchez (2019) citando a Miles y Demi en 1991 quienes propusieron los tipos de culpa que los padres pueden experimentar al perder a un hijo:

- **La culpa cultural:** es el afrontamiento ante la expectativa social y cultural que se debe al cuidarse a un hijo.
- **Culpa casual:** muerte de niño por negligencia real o percibida, así como por alguna afección hereditaria.
- **Culpa moral:** creencia que la muerte se debe a un castigo o infracción moral de algún tipo, pasada o presente.
- **Culpa de supervivencia:** se puede presentar ante la pérdida de un hijo ante cualquier circunstancia, pero es más frecuente cuando hay un accidente y solo sobrevive el padre o madre.
- **Culpa de recuperación:** se presenta cuando los padres deciden seguir con su vida y aunque en su duelo se encuentren en una aceptación, la culpa puede surgir de forma social o propia.

Cuando la pérdida fue del único hijo todas las expectativas y esperanzas están fijadas en él. Roccatagliata (2000) explica que depende claramente del tipo de relación, aunque en estos casos los vínculos afectivos se hacen muy profundos e íntimos, creando en ocasiones dependencia emocional. La pérdida de este hijo representa la experiencia de soledad, desorganización, confusión y un gran vacío ante su ausencia. Esto es un factor de riesgo para padecer un duelo complicado y ante todas estas circunstancias mencionadas, los padres pueden quedar en un estado catatónico de forma indefinida.

Cuando hay más hijos, los 'supervivientes' además de su duelo como hermanos, los padres pueden llegar adjudicarles las expectativas y cualidades del difunto hijo

viéndolo como un sustituto, además de incluso buscar concebir un nuevo hijo para ello. Lo contrario a esto que puede suceder es el abandono a los hijos debido al duelo que están atravesando ambos padres. La falta de atención o el intento de sustituir al hijo puede provocar a los sobrevivientes: alteraciones en su personalidad, problemas futuros para entablar relaciones interpersonales, problemas de autoestima, entre otros (Oliver, 2019). La familia se ve afectada en su núcleo, Goldbeter (2003) menciona a Crosby y Jose en 1983 de su enumeración de las acciones más comunes de la familia que hacen para evadir la realidad ante la muerte de un miembro. El primer comportamiento es llamado la rehuída, en el cual los familiares se refugian en la acción, es decir, buscan actividades que los distraigan de su dolor, un ejemplo es hacer viajes familiares. Como segunda se encuentra la obliteración, es el intento de olvidar al difunto al punto de hacer como si no hubiera existido. Finalmente, la idolatría, el miembro de la familia ausente es puesto como superior a lo que se decía o hacía de este en vida. Se incentiva a los demás a hablar del difunto, con mucha intensidad emocional.

El camino para cada padre será diferente, Roccatagliata menciona que culturalmente puede decirse que la mujer expresa sus sentimientos de forma abierta y con la libertad de llorar todo lo que necesite, es usual su validación de emociones. Por su lado, el hombre inhibirá el dolor y no mostrará sus verdaderas emociones, la muerte puede suponer en él la pérdida de control, el despojamiento de su ego y el fracaso. No en todos los casos puede pasar esta situación, sin embargo, la muerte de un hijo altera la relación entre los padres a pesar de tener un vínculo fuerte, en más del 50% de las parejas puede conducir a la separación y aumenta el porcentaje en aquellas que tenían conflictos antes de la pérdida.

La aceptación a la muerte de un hijo, aunque pueda percibirse como inalcanzable, es posible llegar. La ayuda profesional es importante pero también lo es el aprendizaje de entender el tipo y tiempo de curación que uno debe llevar, de no poder controlar la vida y de las emociones presentes, así como de los que están alrededor viviendo su propio duelo.

### 3.2.1 Duelo en muerte por enfermedad

El ciclo de duelo puede atravesarlo cualquier persona ante una pérdida, pero cuando se trata de una muerte asociada a una enfermedad Gala et al. (2002) resaltan que se atraviesan procesos establecidos por Kübler-Ross, aquellos individuos que permanecieron junto a la persona fallecida durante la enfermedad o en el proceso de la muerte, generalmente son los familiares y personas más cercanas. Estos procesos se complementan con las etapas generales del duelo de Kübler-Ross:

- **Embotamiento mental:** Hay conductas automáticas al no aceptar la realidad del diagnóstico.
- **Anhelo y búsqueda del referente perdido:** Sentimientos (injusticia, depresión, culpa) que si se hacen muy intensos el proceso se convierte en duelo patológico. Aquí se crean las preguntas de “¿Por qué a mí? ¿Por qué a mi hijo?” y se crea una gran ira que puede ir dirigida a distintas partes.
- **Desorganización:** Tendencia de abandonarse a uno mismo y de las rutinas de la vida diaria.
- **Reorganización:** Se organizan aspectos de vida y sí mismo, al hacer un afrontamiento a realidad de pérdida.

El cambio de perspectiva de muerte de hace poco más de un siglo hace que las personas mantengan temor, rechazo y negación a la muerte, que incluso sobrepasa al ámbito sanitario. Gala y colaboradores de igual manera explican que los médicos, enfermeros y demás especialistas pueden cometer errores tales como no nombrar la muerte o patologías relacionadas, no mirar a la cara denotando un miedo notable produciendo que no solo el hecho de la enfermedad sea lo que atormente, sino que se agrega más angustia el enfermo y su familiar. El cuidado de un enfermo terminal es un trabajo duro que conlleva tareas físicas, emocionales, personales y sociales, por lo que algo que dificulta el desarrollo en el proceso de un duelo anticipatorio es la sobrecarga de las responsabilidades del cuidado (Méndez, 2019). Pascual y Santamaría (2009) describen que el cuidador o familiar se ve envuelto en un cansancio acumulado, irritabilidad y secuestro de necesidades vitales propias, y en

ocasiones pueden llegar a desear la pronta muerte del ser querido por un 'descanso', pero también en caso de no aceptar la enfermedad llegan a culpar al enfermo o los especialistas de esta misma y de no poder curarla. En consecuencia, llega la culpa ya sea el enfermo aún presente o después de su fallecimiento, producida de un conflicto de la lealtad a este y los pensamientos y/o sentimientos agresivos hacia él. Si el doliente logra comunicarse a sí mismo la aceptación, valor, sentido y significado de la función de estos pensamientos, sentimientos, fantasías, etc, que se tuvieron a lo largo del cuidado, querrá decir que este llegó a un proceso de validación y es posible avanzar en su duelo.

### **3.2.2 Duelo por VIH y sexualidad**

Un duelo en la enfermedad como se acaba revisar es un proceso agotador y que dependerá de la persona (en cualquier tipo de duelo) en cómo manejar las contingencias que se le presentan en el camino. Ahora si se suma que la enfermedad es una que resuena mucho socialmente e incluso personalmente debido a las implicaciones sexuales, el primer impacto ante la noticia puede conllevar otro duelo que debe atravesar para poder comprender y aceptar la enfermedad de su ser allegado. Es importante hacer mención que puede presentarse el caso que la persona que vive con VIH decide mantener su información acerca del diagnóstico así como en cualquier enfermedad, tiene el derecho de no revelar su información clínica a familia o amigos (Ramiro y Ramírez, 2015).

Se entiende que un duelo que englobe determinadas sintomatologías puede llevar a un duelo complicado, uno de ellos es el '*Disenfranchised grief*', o bien, duelo desautorizado en el que Corr y Corr (2013) describen que es inadvertido, olvidado o escondido, pero de igual manera socialmente no se aprueba ni se apoya. Es la dimensión interpersonal o aspecto social donde no se reconoce ni se deja vivir plenamente el duelo de una persona presentando sentimientos de culpa, vergüenza, inadecuación y falta de apoyo social. Payás (2010) menciona a Kenneth Doja quien establece cuatro categorías del duelo desautorizado:

- **La relación no es reconocida:** Los lazos del doliente con su pérdida socialmente no se consideran significativos, tales como la pérdida de una ex pareja, amante, dentro de una pareja homosexual, muerte de un paciente con relación especial.
- **La pérdida no es reconocida:** Aquello que se pierde no se valora socialmente, bien puede ser la muerte de una mascota, muerte de persona socialmente invisible, personas en coma o perteneciente a una institución sociosanitaria, muerte perinatal.
- **El doliente es excluido:** Cuando el doliente es considerado socialmente como incapaz de hacer el duelo, como en casos de discapacidad mental, adulto mayor o un menor de edad.
- **Circunstancias particulares de la muerte:** Casos en los que el apoyo social se le retira al doliente por algún tipo de estigmatización. Casos de suicidios, homicidio, muerte por VIH, sobredosis, persona adicta a sustancias.

Si se habla de VIH por consiguiente quiere decir que es necesario hablar de sexualidad y el duelo desautorizado puede entrar en los padres ya sea por sexualidad de su hijo, por la noticia del VIH o muerte a causa del virus. Cuando los padres se ven en la situación de contemplar o hablar de este tema a sus hijos puede llegar a ser un asunto delicado debido a que la cultura desde pequeños fomenta determinado criterio. Como ejemplo cultural puede verse una marcada diferencia con nuestro país de la enseñanza sexual que brinda en los Países Bajos e implementada a países de Europa, una educación sexual integral desde la educación preescolar que al avanzar en escolaridad los temas vistos pueden ir desde imagen corporal, estereotipos de género, orientación sexual y opciones de anticonceptivos (Melker, 2015).

Todo dependerá del tipo de educación y aprendizajes recibidos, aunque para los que recibieron una de un tipo muy diferente, prevaleciente en las últimas décadas es un poco más difícil comprender este tipo de temas. Entonces cuando el tema de sexualidad abarca un ámbito más temido como la orientación sexual, Jiménez y Romero (2014) explican que en sociedades aún patriarcales como México es común

que las personas por la educación recibida les cueste aceptar los términos de homosexual y lesbiana, mientras que el de gay por su pronunciación es menos agresivo y más aceptable. Las autoras describen que entonces cuando los hijos deciden abrirse ante su sexualidad usualmente prefieren hacerlo primero con la madre y en la mayoría de los casos esta es quien informa al padre, no sin antes pasar por un proceso de adaptación y aceptación, que incluye un momento de tristeza e incluso un proceso de terapia. Este tipo de reacciones ocurren debido a las expectativas que los padres han creado a lo largo de los años y que al recibir esta información pueden responder de forma positiva o negativa (deslindarse, perder contacto, echarlos de casa, ley del hielo, etc). En muchas ocasiones cuando se pierde relación con los hijos se intenta regresar al contacto con ellos motivados por la religión. Katz, Rosari y Tsappis (2016) coinciden con las autoras previamente mencionadas, en que los hijos dan la noticia primero a la madre y que la edad aproximada para hacerlo es alrededor de los 19 años en un encuentro cara a cara. El proceso de divulgación de la noticia dependerá de los valores del sistema familiar ya que en familias con valores tradicionalistas (religión, importancia del matrimonio e hijos) hay una menor aceptación por la orientación sexual de hijos, así como en las familias latinas.

El duelo se presenta cuando se hay pérdida de la ideación establecida (sentido y carga afectiva) que se tiene del hijo o hija, la experiencia del duelo dependerá del vínculo que se tiene con el hijo, así como de los valores personales y familiares. Esto lo ilustra Batalla (2016) haciendo mención que pueden atravesarse las etapas del duelo por Kübler-Ross y Kessler (negación, ira, negociación, depresión y aceptación), no solo por los padres sino por hermanos y otros miembros de la familia cercanos. Batalla, expone narrativas de madres que primeramente denotan negación reflejando miedo al no comprender si eso es lo que sus hijos realmente quieren o si solo es una etapa, hay conflictos y culpa por haber cometido en algún momento errores, hay negociación con sus hijos pero también con la vida y ellas mismas al encontrar la forma de entender la realidad que se les presenta y en caso de llegar a la aceptación, pueden crearse nuevas expectativas de su hijo/a y cercanía parental con la situación enfrentada.

Claramente los padres deben pasar este proceso, pero de igual forma como Tobkes y Davidson (2016) resaltan que no debe pasarse por alto que los hijos también atraviesan una sensación de pérdida porque verán a sus padres decepcionados por el abandono de sus expectativas, por lo que reconocer sentimientos tanto de padres como de hijos será lo esencial para lograr una aceptación mutua. Asimismo, los autores mencionan los tres tipos de pérdida que un padre atraviesa en estos casos: pérdida de vida tradicional (posibilidad de hijos propios, matrimonio heterosexual); pérdida de una vida fácil y segura, debido a las complicaciones que se asocian al identificarse como una persona LGTB; pérdida de niño, es decir, que su pequeño es autónomo de sus decisiones.

A lo largo del capítulo se explica la relación que un padre o madre de familia puede tener con un hijo y con cada uno es un vínculo totalmente diferente. Por ello, cuando se pierde a un hijo es un golpe emocional y social muy fuerte, es algo que no se concibe fácilmente y el duelo afectará el sistema familiar. El duelo por muerte no será el único que atraviesen los padres, también un duelo anticipado cuando hay una enfermedad y si se trata de algo como VIH entonces hay una implicación social. En México, la carente educación sexual ha afectado la forma de tomar el VIH y la sexualidad en general, por lo tanto, hablar de la orientación y/o identidad de género de los hijos puede considerarse como otro duelo para algunos padres y madres debido a las expectativas que han formado.

#### **4. Postvención en duelo**

La psicoterapia es escasamente empleada como medio de prevención para las circunstancias y acontecimientos que ocurren en la vida del paciente. En este último capítulo se analiza el papel de una postvención, es decir, el trabajo de la psicoterapia una vez que ha ocurrido una pérdida y el doliente necesita atención. Usualmente el término de postvención es utilizado para tratar el suicidio, sin embargo, en este tema es relevante para comprender la importancia que tiene buscar ayuda para la elaboración del duelo. Siendo la Terapia de Aceptación y Compromiso una estrategia más actual para poder trabajar en estos casos.

## 4.1 Tanatología

La tanatología comienza como rama de la medicina forense, siendo en 1901 el microbiólogo Elie Metchnikoff en utilizar el término por primera vez comprendido como el estudio de la ciencia a la muerte. El término de tanatología viene del griego *Thanatos* que significa muerte, en la mitología griega se relata que Thanatos con su hermano Hypnos eran los encargados de llevarse a la persona fallecida, su tarea era dulcificar el viaje, junto a Hermes y Caronte (Schmidt, 2004). Se ha comprendido en muchas definiciones a lo largo del tiempo como el estudio de la muerte humana, sin embargo, como fue mencionado en el capítulo de 'Duelo', la muerte y sus reacciones no son exclusivas del hombre, pero sí predominado en el campo.

El campo de la tanatología pasó de ser una herramienta de la medicina para estudiar cadáveres a actualmente compaginar más con la psicología. Es en realidad una herramienta multidisciplinaria que a lo largo de los años se ha desarrollado en campos biológicos, médicos, forenses, perspectivas psicológicas y sociales. En sus inicios comprendía aspectos más teóricos e históricos para estudiar la muerte humana, pero se ha convertido en la herramienta que permite comprender más humanamente el proceso de una enfermedad y la muerte. Además de ser el estudio que busca comprender mejor la muerte, Corless, Germino y Pittman (2003) exponen que la tanatología se encarga de utilizar estrategias psicológicas dirigidas a profesionales de la salud, familia, amigos y a la misma persona que se encuentre ante una enfermedad terminal, siendo bastante funcional para muchos campos en la salud.

La tanatología clínica tiene una perspectiva filosófica y cultural, la terapia se basa en la observación, descripción, investigación y organización de los acontecimientos que rodean la muerte. La tanatología vista en la postvención, aclara Chavarría (2011), no es para curar sino para cuidar y proteger, es decir, que se busca disminuir el sufrimiento, mejorar la calidad de vida, preparar para recibir la muerte y orientación en alguna problemática que se desee resolver antes del fallecimiento. La terapia tanatológica busca que el paciente comprenda el papel del dolor ante la muerte y concebir la pérdida desde un aspecto biopsicosocial y espiritual.

Regularmente se asocia el trabajo de la tanatología con hospitales, personas enfermas y sus relativos, su labor va más allá siendo necesaria en cualquier caso de pérdida relacional, interpersonal, material, emocional, social o de salud. Ante las distintas demandas, el campo de la tanatología ha evolucionado y uno de sus mayores logros ha sido el tipo de atención brindada. De acuerdo con Shapiro (2013), esto significa que el campo en sus distintos ámbitos de la salud ha buscado la manera de adaptar y sensibilizar la atención culturalmente, individualizar la atención para quien la necesite tomando en cuenta sus creencias culturales, religiosas, espirituales y demás características que carguen con ellos, siendo la finalidad de aminorar la problemática del paciente.

#### **4.2 Psicoterapia**

La Psicología ha tenido un trayecto difícil para consolidarse como disciplina y con cierto dominio científico, a partir de este hecho comenzó la creación de teorías y modelos en busca de una explicación para lo psicológico, cada una con un objeto y unidad de estudio distinto (Tortosa y Civera, 2006). La psicología clínica es una rama de la psicología que se basa en el tratamiento que puede llevar a cabo un psicólogo clínico, psiquiatra o trabajador social, y dependerá del enfoque terapéutico para concebirla. Entre diversas definiciones Feixas y Miró (1993) concluyen que la psicoterapia es el tratamiento realizado por un profesional autorizado que hace uso de técnicas o medios psicológicos en la búsqueda de un cambio para resolver problemas humanos.

Considerando el modelo conductual en la psicología puede observarse de igual manera la evolución tanto en perspectivas teóricas como procedimientos para una psicoterapia óptima, este desarrollo se contempla en tres etapas o períodos que menciona Antúnez (2012). La primera generación es la Terapia Conductual Clásica que parte del conductismo clásico y operante, es decir, que trabaja en el cambio del comportamiento humano en base a un contracondicionamiento, recondicionamiento positivo o la extinción experimental (Yates, 1970). Entre las técnicas que se utilizan en la terapia conductual que menciona Antúnez (2012) son: moldeamiento,

encadenamiento, extinción, economía de fichas, contratos conductuales, técnicas aversivas, de autocontrol, modelado y auto instrucción.

La segunda generación es la Terapia Cognitivo-Conductual y como su nombre lo dice se caracteriza por el cambio del conductismo radical y engloba técnicas tanto comportamentales como cognitivas. González, Barreto y Salamanca (2017) explican que el cognitivismo clínico de Aaron Beck y Albert Ellis se basan en una aproximación heurística que consiste en el método analítico para entender los trastornos del paciente partiendo de sus significados personales, creando de esta forma el modelo o esquema cognitivo. En la psicoterapia cognitivo-conductual Obando y Parrado (2015) mencionan la relevancia de resaltar los tres tipos que hay y que cada uno desengloba sus procedimientos: 1) Reestructuración cognitiva, parte de aquí la terapia racional emotiva conductual (TREC), entrenamiento en autoinstrucciones, terapia cognitiva y reestructuración racional sistemática, 2) Terapias de afrontamiento y engloba el modelo encubierto, entrenamiento para situaciones específicas, manejo de ansiedad y de inoculación de estrés, y 3) Solución de problemas, son terapias en solución de problemáticas interpersonales o incluso de asertividad.

Dentro de este modelo hay distintos objetivos generales que Corey (2009) menciona para cada psicoterapia. Para la terapia conductual clásica su objetivo es incrementar las elecciones personales y crear nuevas condiciones para el aprendizaje, además que el paciente en ayuda del terapeuta definirán objetivos específicos para el tratamiento los cuales pueden ir cambiando a lo largo del tratamiento y desde el inicio de la terapia debe realizarse una evaluación para conocer las conductas en las que se pretende hacer un cambio. En cambio, la Terapia Cognitivo Conductual, el objetivo dependerá del caso en cada paciente y por lo tanto de la estrategia o procedimiento que se utilizará. Entre los objetivos principales se encuentra enseñar al paciente a identificar los comportamientos de evaluación de sí mismos y aceptar su persona. La meta de la terapia es que el paciente reconozca sus emociones y comportamientos disfuncionales buscando el cambio a otros que sean saludables. El psicólogo cognitivo conductual ayuda a diferenciar entre objetivos realistas, poco

realistas, autodestructivos y autoestimulantes de manera que facilita el cumplimiento de los objetivos establecidos.

La tercera generación surge en los años noventa como respuesta a las limitaciones de las terapias conductuales y cognitivo conductuales, en busca de innovar y tratar problemas psicológicos crónicos, complicados de tratar a largo plazo y con perspectiva existencial. Las terapias de tercera generación tienen bases del conductismo y contextualismo con procedimientos que aceptan la complejidad del ser humano abordando eventos o conductas privadas, pero cada una de estas terapias tienen características, procedimientos y técnicas distintas, que pueden complementarse entre sí o no ser compatibles (Barraca, 2009). En lugar de enfocarse en la desaparición del síntoma o conducta, se realiza una adaptación a la problemática desde un enfoque contextual y la funcionalidad de la conducta se contempla de forma singular en cada paciente, Nomen (2016) explica que esa es la razón por la que son denominadas *terapias contextuales*.

Esta nueva generación de terapias se consideran un paso más allá de las de segunda generación, Valero y Ferro (2015) explican las diferencias con la terapia cognitivo conductual. Lo primero es que más allá de tratar de eliminar la ansiedad, depresión, obsesiones, etc, en estas nuevas terapias se busca aceptar las problemáticas, entender el por qué están ocurriendo a la persona y plantear un nuevo contexto verbal y terapéutico para estas problemáticas. Valero y Ferro argumentan lo importante de no confundir los procedimientos de las terapias de tercera generación como 'mentalistas', sino que el objetivo es concentrarse en la función y en la forma. Las terapias de tercera generación no buscan cambiar los pensamientos del paciente, sino se plantean cambiar el contexto en que ocurren los problemas y poder hacer un cambio en ellos. Además, que más allá de discutir el contenido de los pensamientos irracionales o disfuncionales, lo que se hace es analizar la función que estos tienen en la vida de la persona y como al cambiarlos centrándose en la función se obtendrá como resultado cambio de conductas. No se eliminan conductas en específico, ya que en estas terapias se brinda al paciente una flexibilidad conductual y el propósito es que encuentre conductas eficientes. Dentro de la terapia se le da valor a la creación de habilidades, objetivos de vida,

valores, relaciones interpersonales y emocionales, entre otras conductas que sean funcionales dentro de su ambiente dejando en segundo plano sus síntomas y sin la necesidad de eliminarlos.

#### **4.3 Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT)**

Dentro de las terapias contextuales o de tercera generación con sus distintas estrategias y técnicas en psicoterapia, se encuentra la Terapia de Aceptación y Compromiso o ACT que en inglés indica el *actuar*. Ruiz, Díaz y Villalobos (2012) describen que la psicoterapia fue desarrollada por Kirk Strosahl, Kelly G. Wilson, Carmen Luciano pero principalmente Steven C. Hayes en los años 80 y se estructura de acuerdo a la teoría del lenguaje, contextualismo funcional, cognición humana y de la Teoría de los Marcos relacionales (RFT). La RFT se centra en la conducta verbal y cognición, que se determinan por el aprendizaje de relacionar eventos arbitrariamente y transformar funciones de un estímulo conforme a su relación con otros. La RFT toma en cuenta las relaciones de equivalencia verbales que dentro del contexto pueden aprenderse distintos tipos de relaciones, son de equivalencia, superioridad, orden, temporalidad, distinción, oposición, inclusión, analogía, etc. El proceso aprendizaje se lleva a cabo partiendo de las relaciones de aprendizajes a través de una historia de entrenamiento de distintos estímulos del contexto social y estos aprendizajes pueden ampliarse con el lenguaje, además que la función de un estímulo es posible transformarlo al cambiar la función de otro estímulo que esté relacionado con el primero (Valero y Ferro, 2015).

La terapia de aceptación y compromiso no se centra en síntomas o síndromes, sino que trabaja en los procesos que controlan a éstos y en que los eventos privados del individuo no sean evitados o posean prejuicios, obteniendo la aceptación del dolor. Entendiendo que la causa principal del sufrimiento humano es la interposición del lenguaje, el objetivo general es que los procesos verbales y cognitivos sean sujetos a un control contextual que sea óptimo y este se mantenga más tiempo en contacto con los resultados positivos de sus acciones comprometidas que vayan de acuerdo con los valores personales dentro del presente (Hayes, 2013). De manera más específica Wilson y Luciano (2014) detallan tres objetivos de la ACT: 1) la

clarificación de valores, 2) que el paciente acepte los eventos privados relacionados a aquello que no puede cambiar y abandonar esos intentos no funcionales, así como la flexibilidad para elegir su manera de respuesta, y 3) fortalecer el yo como contexto, es decir, que los contenidos privados deben ser vistos como lo que realmente y a partir de esta perspectiva aprender a elegir. Alcanzar la meta hará que el paciente reconecte con el ahora de su vida, reafirme o encuentre el propósito deseado para su vida con la orientación de cosas significativas y poder crear soluciones para aquello que le adolece.

La ACT considera dos aspectos esenciales para la estructura: la evitación experiencial y los valores personales. Cuando el sufrimiento humano es percibido como algo insoportable y con el aprendizaje cultural de priorizar el bienestar, se recurre al patrón de conducta inflexible llamado evitación experiencial que consiste en evitar este sufrimiento de cualquier manera o costo. Lo que conduce al Trastorno de Evitación Experiencial (TEE), siendo una regulación verbal que hace que una persona no dispuesta a tener contacto con sus experiencias privadas, las cuales han sido vívidas de una forma aversiva y que deliberadamente altera la forma y frecuencia de esas experiencias, así como las condiciones en que suceden (Wilson y Luciano, 2014). El TEE puede ser una solución fácil a corto plazo para alejarse de lo que la persona percibe como dañino, sin embargo, el evitar con tanto fervor una experiencia ocasiona que por el contrario la problemática se extienda y se vuelva crónico, además de impactar negativamente en la función en general de la vida.

El segundo aspecto fundamental dentro de la ACT son los valores personales y son los reforzadores que se adquieren verbalmente (relacional y simbólicamente) siendo lo que la persona en su vida considera importante. Son más que simples palabras que puedan utilizarse como un nombre, adjetivo o un objeto a poseer, son en realidad direcciones vitales elegidas y cualidades de las acciones que cada persona realiza. De igual forma es importante diferenciar que no son juicios sino elecciones y estas son selecciones desligadas de evaluación verbal. Hayes (2013) aclara que para hacer una evaluación se requiere el uso de los propios valores y basándose en ellos es posible realizar determinados juicios, es por ello que los valores no son

juicios, porque de ser así habría que evaluarlos antes y no habría referencia para partir.

#### **4.3.1 Estructura y procedimiento**

El proceso de la terapia se estructura en base a el modelo de flexibilidad psicológica el cual asume que los procesos involucrados en la psicoterapia de la ACT se conectan y apoyan mutuamente. Para concebir el modelo, Hayes (2020) expone los dos términos fundamentales: la rigidez y la flexibilidad psicológica. La rigidez o inflexibilidad psicológica son las pautas que toma una persona para combatir o huir de dificultades mentales debido a un acontecimiento estresante. Es considerada la raíz que causa más sufrimiento de forma innecesaria y crea un funcionamiento desadaptado en los procesos humanos básicos, puesto que evitar el dolor puede llevar a rumiación, preocupación, distracción, autoestimulación, trabajo sin fin y otras maneras de desconexión mental. De lado opuesto la flexibilidad psicológica es la capacidad que permite afrontar las experiencias difíciles para aceptar el dolor cuando se presente y poder vivir como uno lo desee.

En el modelo de flexibilidad psicológica o también llamado hexaflex se considera un modelo de psicopatología, salud psíquica y de intervención psicológica. El modelo muestra los procesos de rigidez psicológica como contraparte de la flexibilidad psicológica para entender el camino y los aspectos que se necesitan trabajar para lograr el objetivo de la ACT. En la esfera de inflexibilidad psicológica, más allá de la evitación e incluso cuando se haya creado un TEE, son seis involucrados en crear rigidez psicológica que dificultan un funcionamiento estable en la persona: quiebra de valores y predominio de valores de conformidad; fusión y evitación; Inactividad, impulsividad o evitación persistente; vinculación al yo-conceptual; fusión cognitiva; evitación vivencial; atención inflexible. Vargas y Coria (2017) describen los seis procesos del modelo en esta esfera:

- **Fusión cognitiva:** La persona se guía por acontecimientos verbales (reglas aprendidas) y no son capaces de distinguir de estímulos internos, externos y el contexto. Su evaluación de sí mismo las percibe como hechos y la

evitación que tiene se debe una fusión de como es el mundo o la forma en que deben comportarse las personas.

- **Evitación experiencial:** Desarrollo y mantenimiento de estrategias para la evitación o alteración ante determinadas experiencias o eventos. En el momento que estas estrategias tienen un efecto contrario o repercuten en la vida cotidiana de la persona, creándose un trastorno por evitación experiencial.
- **Apego al yo conceptualizado:** Es la descripción verbal o evaluación que se desarrolla de uno mismo, la persona puede comunicarse con los demás y definirse guiándose por esta evaluación que de manera inconsciente aprendió de las normas sociales que determinan el cómo actuar y ser. Al fusionar su descripción con estas reglas puede ser problemático ya que la persona se vuelve restrictiva o crítica consigo misma, teniendo una desadaptación de su vida diaria (pérdida de contacto del momento presente).
- **Dominancia del pasado o del futuro conceptualizado:** El empeño de recluirse en pensamientos de pasado, futuro o ambos combinados crea de igual manera una pérdida de contacto del momento presente.
- **Pasividad o impulsividad:** La pasividad son los pensamientos de consecuencias o riesgos que puede tener la ejecución de determinadas acciones. Mientras que el actuar o pensar sin reflexionar lo que realmente necesita en su vida se considera impulsividad.
- **Pérdida de contacto o falta de claridad con los valores:** Enfocarse fervientemente en evitar un evento (dolor) puede ocasionar evitar o alejarse de fuentes de gratificación, es decir, de aquello que realmente valora y es significativo.

En el hexaflex dentro de las esferas de flexibilidad e inflexibilidad psicológica (Anexo 1). Para la flexibilidad psicológica, los cuatro procesos de la izquierda del modelo (atención flexible al momento presente, aceptación, defusión, yo como contexto) representan los procesos de consciencia y aceptación, mientras que los cuatro de la derecha (atención flexible al momento presente, valores, compromiso con la acción, yo como contexto) son los de compromiso, cambio de conducta o activación

conductual, y los seis procesos en conjunto comprenden una flexibilidad psicológica y un funcionamiento adaptativo en el ser humano (Hayes, Strosahl y Wilson, 2015). Cuando uno o más de los seis procesos se ve ausente hay probabilidad de presentar rigidez psicológica ante la problemática y otros contextos en la vida de la persona. Lo que busca la ACT es obtener en el paciente una mayor flexibilidad psicológica ante la vivencia de problemáticas o eventos en los que anteriormente presentaba evitación experiencial y una vez finalizada la psicoterapia mantenga un contacto más pleno y consciente con el momento presente.

El procedimiento para intervenir no tiene un orden definido o la obligación de abarcar los seis procesos (valores, compromiso con la acción, yo como contexto, defusión, aceptación, atención flexible al momento presente) sino que en virtud de las necesidades de cada paciente se trabajará en los procesos. Para la intervención de la ACT Hayes, Strosahl y Wilson (2015) detallan como trabajar siguiendo los seis aspectos del modelo para conseguir una mayor flexibilidad psicológica:

- **Defusión:** Ante la problemática de apego excesivo a los contenidos de la actividad mental (fusión), la terapia insta a enseñar al paciente a ver sus eventos privados (pensamientos, emociones, recuerdos, sensaciones) como lo que realmente son y no de lo que ha aprendido o le han dicho que son. Al proceso de debilitar el dominio funcional de las respuestas basadas en reglas literales o evaluativas, se le llama defusión y se trabaja con los procesos verbales y cognitivos que se han ido aprendiendo.
- **Aceptación:** Para la evitación experiencial se instruye al paciente que, en lugar de eliminar, controlar o huir de aquellos contenidos mentales no deseados, se les "haga un espacio". Además de contemplar esas vivencias y experiencias desde actitud diferente como auto curiosidad y autocompasión (aceptación), aceptando concentrarse en lo emocional de la experiencia.
- **Yo como contexto:** Cuando se trata del proceso de apego al yo concepto que consiste en un apego desmedido por la identificación de la propia historia, la terapia propone al paciente a desarrollar una conexión más estrecha con el self como aspecto de la vivencia del 'yo-aquí-ahora'. El

paciente fungirá como observador y explorador de sus propios pensamientos y sentimientos de manera defusionada y aceptante.

- **Atención flexible al momento presente:** Se busca establecer un proceso de atención flexible que le permita al paciente ubicarse en su momento presente en lugar de situarse en un pasado o futuro que le angustie.
- **Valores:** Cuando hay desconexión o quebrantación de valores personales, la terapia ayuda a que el paciente decida conscientemente sus valores y que los vincule con las cualidades positivas del presente, las cuales estarán relacionadas con la problemática.
- **Compromiso con la acción:** Si el paciente se ve en la situación de inactividad porque no se siente capaz y/o eficaz, o de igual manera presenta evitación persistente o presenta actos impulsivos. Lo que plantea la terapia en este proceso es que el paciente relacione determinadas acciones con sus propios valores personales y organizar patrones de acción que sean más efectivas de acuerdo con sus valores. Esto es el compromiso a la acción ya que no se le imponen pautas generales a seguir, sino que la misma persona conforme lo que valora implementará sus acciones.

Al no haber un protocolo estandarizado de etapas sino de las necesidades del paciente ha habido autores que han desarrollado el trabajo de la ACT proporcionando pequeñas variantes en el proceso de trabajo para facilitar la orientación del objetivo de la ACT, pero que tienen el mismo fin. Algunos de ellos son Ruíz, Díaz y Villalobos (2012) aunque proponen el mismo objetivo de los procesos del hexaflex, ellos trabajan con siete procesos:

- **Desesperanza creativa:** Se pretende que la persona llegue a un *insight* de lo que ha tenido que atravesar en su problemática, que pueda percibir la ineficacia y falta de resultados positivos ante sus insistentes intentos de solucionar el problema. Además, identifique que esos intentos en lugar de ser una solución pertenecen como parte del problema y debe contemplar otras opciones. Es muy importante brindar una correcta orientación para que el paciente no confunda sentirse culpable, parte del problema o que su

persona no tenga solución, sino que sea capaz de reconocer la importancia del intento o estrategia.

- **Orientación hacia los valores:** Se orienta a esclarecer las metas en base a los valores del paciente y que pueda cambiar las relaciones entre sentir-pensar-actuar que le dificulten o alejen de esas metas. Se le pide que indique lo que es importante en su vida, así como razones y motivaciones que llevan sus acciones, para que sea consciente de qué forma repercute cada aspecto en su vida.
- **Abordar que el control es el problema:** Ayudar al paciente a identificar por sí mismo que el intento de control puede ser el problema, ilustrando su actual situación sin progresar y que por el contrario la problemática ha empeorado. Funciona poner experiencias privadas que servirán como una exposición *in vivo*.
- **La aceptación:** El paciente podrá abrirse a la experiencia de pensamientos, sentimientos, emociones y sensaciones sin intentar evitarlos. Habrá consciencia y aceptación de las experiencias privadas como realmente son y no como la gente dice que es, de forma que en algún momento habrá una habituación o extinción de la evitación.
- **Defusión cognitiva:** Habrá una modificación de su uso normal del lenguaje y cogniciones, dando como resultado una ampliación de las funciones de pensamientos. Verá las experiencias privadas como lo que son; pensamientos como pensamientos, emociones como emociones y así con cada una. Este proceso da mayor paso al de aceptación al cambiar estas consideraciones que tiene de sí mismo.
- **El yo como contexto:** Se sitúa la construcción del yo como persona de forma verbal para deshacerse de aquello que lo limita, es decir, los contenidos verbales que consideraba como su única identidad personal. Esto permitirá que busque un sentido de identidad más allá de lo que concebía.
- **Acción comprometida:** Es el establecimiento de metas con aceptación a aquellos aspectos trabajados en la psicoterapia y el mantenimiento de

compromiso con la conducta, no por instrucción sino por las conclusiones y decisiones a las que haya llegado el paciente.

Para poner en marcha el trabajo de los procesos del modelo de flexibilidad psicológica debe realizarse el análisis funcional que según Cruz, Reyes y Corona (2017) se realiza acorde los principios de la psicoterapia analítica funcional (FAP) en la cual la evaluación se centra en la identificación y definición de las Conductas Clínicamente Relevantes (CCRs). Las CCRs son las conductas observables y eventos privados del paciente que presenta en las sesiones, pero también en su vida cotidiana y que el terapeuta podrá reforzar de manera positiva o negativa. Debe realizarse una entrevista clínica para una recopilación de información como datos sociodemográficos, motivo de consulta, historia médica, historia de vida relevante, listado de problemáticas, factores que mantienen las problemáticas, fortalezas del paciente para trabajar, expectativas y objetivos de la terapia (Ruíz, Díaz y Villalobos, 2012). Además, que para facilitar la identificación de las CCRs puede emplearse una evaluación psicométrica de la problemática central (duelo, ansiedad, depresión, etc). Las CCRs se dividen en tres tipos que Valero y Ferro (2015) mencionan se verán distribuidas a lo largo del proceso de la terapia:

- **CCRs1:** Las conductas problemáticas que se manifiestan en sesión y que son las que se tratan de disminuir. En su mayoría son conductas de escape y evitación, por lo que se mantienen bajo control de estímulos aversivos. Por ejemplo, evitar hablar del fallecido, evadir tema, no querer expresar emociones y sentimientos, o por el contrario, hablar mucho del fallecido por temor a olvidarlo, no creer merecer seguir o disfrutar de su vida.
- **CCRs2:** Las mejoras del paciente que se desarrollan durante la sesión, son cualquier comportamiento que signifique un afrontamiento de algo que estaba evitando. Por ejemplo, si el paciente inicialmente se rehusaba a expresar su tristeza ante su pérdida ahora en terapia dejó fluir y se permitió llorar.
- **CCRs3:** Interpretaciones del paciente sobre su propia conducta y lo que cree que ocasiona. Son las verbalizaciones de su comportamiento y de estímulos

reforzadores, discriminativos y elicidores asociados a este. Es muy importante la consideración de estas CCRs porque es una descripción personal que se conecta a lo que le ocurre en sus contextos fuera y dentro de la terapia.

La ACT es una buena aproximación clínica global debido a esa flexibilidad en su forma de trabajo para diversas poblaciones, contextos culturales, problemas y tipos de terapeutas, además que la duración del tratamiento también se adapta con la posibilidad de terapias breves de cuatro sesiones hasta tratamientos más extenso de hasta decenas de sesiones (Wilson y Luciano, 2014). De igual manera es una psicoterapia que puede compaginar con otros tipos de terapia de tercera generación y procedimientos que pueden facilitar los procesos de compromiso y una activación conductual.

#### **4.3.2 Métodos clínicos y otras herramientas**

El trabajo de procesos del modelo de flexibilidad psicológica puede desarrollarse ventajosamente con la ayuda de metodologías o elementos clínicos. Winston y Luciano (2014) mencionan que en la práctica de ACT se usan modalidades lingüísticas como las metáforas, las paradojas y los ejercicios experienciales los cuales no son de naturaleza 'literal' para evitar caer en las mismas reglas verbales que ocasionaron la problemática del paciente y se busca que su atención se fije en la experiencia de sus actos reduciendo su tendencia a querer razonar todo.

Las metáforas son fórmulas verbales que establecen un contexto verbal en el que se valida la sabiduría de las contingencias expuestas o de la propia experiencia (conductas) del paciente sobre el razonamiento como medida de control de la evitación, permitiendo evaluar desde otra perspectiva su problemática. La incorporación de las metáforas en la terapia debe ser premeditado considerando que sean funcionales para cuestionar la racionalidad que ocasiona la evitación y validar la sabiduría que brindan las contingencias personalmente experimentadas.

Las paradojas son formulaciones verbales que ayudan a identificar las contradicciones de las características literales y funcionales de las reglas de la

evitación. Estas ayudan al paciente que las construcciones verbales pueden no servir para solucionar sus problemas porque son situaciones no controlables, y cuando se trata de hacerlo tiene como resultado una paradoja, es decir, su problemática actual es una paradoja por como la ha manejado.

Los ejercicios experienciales son técnicas para establecer contacto con la experiencia del *yo como contexto* y desde esta establecer contacto con los eventos privados que más se dificultan enfrentar. El objetivo de estos ejercicios es generar las condiciones para que el paciente logre experimentar sus eventos privados como son y observe la manera en que los procesos verbales actúan. Se sugiere que los ejercicios se lleven a cabo cuando durante la sesión se presenten los eventos y de esta manera realizar una experiencia en vivo. Los ejercicios experienciales permitirán que el paciente los experimente sus eventos privados en un contexto seguro y controlado, que aprenda como son estos eventos en su persona y mejore el autoconocimiento, además de la comprensión que la vivencia (actos) es más funcional que tratar de argumentar, razonar o reflexionar sobre los eventos privados.

Una herramienta clínica ampliamente utilizada en la ACT que ayuda a facilitar la aceptación y consciencia es la práctica de Mindfulness. Se trata de trabajar y fortalecer una atención flexible, fluida y voluntaria al presente y permite reflexionar sobre el pasado y futuro, pero orientando siempre la atención al ahora. Hayes (2020) expone la atención como si fuera una linterna la cual en el entrenamiento del mindfulness se busca afinar, ensanchar y dirigir la luz a donde resulte más funcional. Una de las prácticas más utilizadas y tradicionales es el seguimiento en la respiración con el fin de aprender a enfocar la atención conforme cada respiración. Sin embargo, Hayes explica que más allá de los procedimientos clásicos del Mindfulness como el mencionado de la respiración, para la ACT no trabaja con técnicas tradicionales debido a la falta de bases objetivas y sugiere ejercicios que permitan detectar el enganchamiento de pensamientos y cómo estos pueden desviar la atención del presente. El mindfulness en la ACT funciona para trabajar los cuatro procesos de la izquierda del modelo de flexibilidad psicológica (atención flexible al momento presente, aceptación, defusión, yo como contexto) y sus

técnicas pueden usarse a la par que la implementación de metáforas para complementar su objetivo. Los ejercicios mindfulness son para que el paciente trabaje en sesión como observador en sus acontecimientos y pueda centrar lo que le está ocurriendo, entre estos ejercicios se encuentra: Observar las reacciones a pensamientos y/o emociones, cultivar la autocompasión y la acción comprometida.

Ahora bien, para conceptualizar el caso, Schoendorff y Bolduc (2014) explican la matrix, la cual sirve como metodología gráfica que más allá de basarse en los procesos del hexaflex, fomenta una flexibilidad psicológica apoyándose en la TRM y otros principios del comportamiento. La matrix es un punto de vista contextual funcional en la que es posible identificar la experiencia interna tanto aversiva (sufrimiento) como apetitosa (valores), pero también las conductas que se hacen en sus diferentes contextos. Lo que el paciente hace con la matrix es identificar si ante su problemática sus eventos privados se orientan a evitar el sufrimiento o acercarse hacia sus valores. Su tarea será distinguir entre las acciones comprometidas que permiten alcanzar lo que es importante en su vida y las que lo alejan del sufrimiento, pero también a distinguir entre la conducta evitativa y las acciones valoradas. Para el psicólogo la matrix es funcional para la identificación de las CCR1 y CCR2, permitiendo promover en el paciente las CCR3. La matrix es una herramienta muy flexible que se adapta y aunque no se basa en el hexaflex, los procesos que trabaja pueden relacionarse con el modelo:

1. Conexión o estar aquí ahora.
2. Expansión y compasión, o apertura.
3. Defusión y desenganche, o ver tu pensar.
4. Observarse a sí mismo y toma de perspectiva, o ver la gran imagen.
5. Valores, o saber lo que importa.
6. Acción comprometida, o hacer lo que se necesite.

#### **4.4 Intervención en el duelo con ACT**

La intervención para tratar el duelo comúnmente se relaciona con pérdidas relacionales, pero en realidad puede trabajarse con los diferentes tipos de pérdidas

que se han mencionado en capítulos anteriores. La ayuda ante la pérdida de un ser querido puede empezar desde la consejería en centros de salud, hospitales, asociaciones, en terapia, etc. Generalmente lo que más puede causar dolor, son las cosas que más se valoran en la vida. En ocasiones puede resultar difícil determinar si se requiere ayuda profesional para una problemática, en el caso de duelo puede complicarse más, además que la cultura y los aprendizajes sociales pueden fungir como factores en la toma de decisión. Es importante tomar en cuenta que no es obligatorio seguir estrictamente una serie de aspectos para determinar si es necesario acudir con un psicólogo o psiquiatra, ya que la naturaleza y factores implicados en cada duelo serán diferentes en cada persona. No debe generalizarse cada caso, aunque Gómez (2004) menciona no perder de vista las situaciones dentro del duelo que puedan desarrollar aislamiento social, depresión prolongada, suicidio, entre otras que perjudiquen al doliente o personas cercanas a este. Por lo que expone un listado hecho por Fauré de las situaciones que cualquier persona puede tener para requerir ayuda profesional ante una pérdida:

1. Necesidad de solicitar ayuda sin importar el grado de la problemática.
2. Cuando el individuo es consciente por sí mismo o a través de otros, que el proceso de duelo no es 'normal' debido a presentar síntomas muy agudos y prolongados.
3. Bloqueo ante proceso de duelo prolongado y el doliente se sienta incapaz de continuar por su cuenta.
4. Estancamiento de emoción (culpa, depresión, ira, etc).
5. Cambio en la percepción del entorno y vida, vistos como catastróficos o negativos, así como comportamientos autodestructivos y erráticos (adicciones).
6. Presencia de problemas de salud física y/o mental.
7. Ausencia de red de apoyo en su duelo.
8. Impresión de atravesar depresión.
9. Antecedentes de depresión, cuadros de ansiedad u otros problemas emocionales que puedan detonarse.
10. Presencia de ideas suicidas o comportamientos autodestructivos.

11. Agudización de conductas adictivas (alcohol, drogas, sexo, entre otras) y el descuido de la salud.

Si el doliente decide acudir por ayuda psicológica y se compromete consigo mismo a buscar una solución a aquello que le causa dolor, el proceso de la intervención es un acuerdo mutuo entre el paciente y el psicólogo. En la psicoterapia para lograr el objetivo general que ambas partes proponen para trabajar es importante nunca dejar de prestar atención a las necesidades del doliente además disponer de elementos en el asesoramiento general de duelo pueden servirle al profesional para trabajar. Walrond-Skinner (2013) enlista estos elementos para trabajar en distintos momentos del duelo:

1. Asesorar al doliente en la toma de decisiones inmediatas (asistir al funeral, ver cadáver, etc) que a largo plazo puedan impactar en la elaboración del duelo.
2. Durante las primeras etapas del duelo facilitar la catarsis de sentimientos y ayudar a comprender la función de estos fomentando asimismo la aceptación del proceso de duelo ante la pérdida.
3. Tolerar los sentimientos cuando son expresados y cuando sean muy intensos explicar la normalidad de ellos en el proceso.
4. Permitir libres expresiones de pérdida, ira, tristeza y culpa.
5. Ayudar a recuperar recuerdos realistas del difunto y usarlas para eliminar la imagen idealizada o desilusionada que podría haberse formado.
6. Ayudar a aceptar cambios que vengan acompañados con la pérdida como de roles, situación social y autoimagen.
7. Motivar a considerar la posibilidad de entablar nuevas relaciones o la búsqueda de un sitio con personas que hayan vivido experiencias similares.

Las intervenciones para tratar el duelo buscan aminorar el impacto del sufrimiento ante la pérdida pero pueden no tomar en cuenta las características individuales de cada caso, pero si se trabaja con la ACT se tiene una adaptación tanto al doliente como a sus contextos y se empieza a trabajar desde el terapéutico. Para realizar la intervención bajo esta terapia debe considerarse las implicaciones que el paciente presenta al haberse adaptado y fusionados a reglas verbales propuestas por su

entorno social y cultural. En terapia se identificará que sus procesos verbales-cognitivos se han hecho estrechos y mayormente en caso de una pérdida relacional la persona persiste en analizar y trata de entender su pérdida en una constante búsqueda de una razón, teniendo como resultado el evitar ese dolor y vacío que lo rodea. Al fallecer una persona significativa es común tratar de alejarse de emociones, sentimientos, recuerdos y todo aquello que genera dolor centrando la realidad de que esa persona ya no se encuentra. En el duelo la evitación puede hacer que el doliente no acepte su realidad buscando la manera de mantener una conexión con el fallecido al presentar conductas como hablar constantemente de la persona, guardar objetos que lo recuerden o tratar de comunicarse de alguna forma. Para la intervención debe realizarse la entrevista clínica y evaluación en caso de ser necesario la aplicación de algún instrumento psicométrico. Esto nos permitirá determinar las CCRs y al organizarlas se puede desarrollar el análisis funcional para poder conocer las bases que se necesita en el tratamiento para los procesos del modelo de flexibilidad psicológica se necesiten trabajar.

Una metodología para el duelo en la ACT es propuesta por Cruz, Reyes y Corona (2017) para trabajar con los procesos del hexaflex haciendo uso de la matrix para la identificación de las CCRs y partir en sus sesiones haciendo el uso de mindfulness y metáforas. Los autores establecen el orden de los procesos en desesperanza creativa, defusión cognitiva, valores, acción comprometida y yo como contexto. Proponen especialmente la práctica de mindfulness para que el paciente pueda fungir de observador en su respiración, en el flujo de la experiencia privada, para enfrentar la experiencia de pérdida, de sus emociones y poder visualizar valores perdidos en su vivencia de duelo y finalmente como observador de su persona, lo que lo trajo a terapia y de lo que podría volver a hacerlo caer. El uso de metáforas para la búsqueda de alternativas, entender términos (fusión, valores, compromiso) que lo lleven a identificar los suyos en su problemática y finalmente para repasar el camino que ha recorrido y lo que le falta, así como lo que sigue después de la terapia. Los autores de igual manera mencionan la ejecución de ejercicios experienciales para la identificación de estrategias de control del paciente y motivación a la búsqueda por su cuenta de una activación y aprender llevar a cabo

lo aprendido en terapia a sus demás contextos. Para concluir con la intervención realizaron una la sesión de seguimiento para aplicar un instrumento en caso de haber aplicado al inicio de la intervención y la última retroalimentación necesaria. Hay diversas maneras de realizar una intervención ante el duelo basándose en la ACT y que diversos psicólogos han tratado de adaptar no solo al contexto de una terapia, sino de grupos y contextos en los que es más difícil acceder a una. La ACT es funcional para adaptarse a muchas situaciones y adversidades que al ser humano se le presentan. En intervención la manera de proceder es extensa considerando siempre el caso en específico y las problemáticas que ha generado la evitación al sufrimiento de su pérdida en sus diferentes contextos para poder iniciar el trabajo desde el terapéutico.

#### **4.4.1 Labor y responsabilidad del psicólogo clínico ante el duelo**

La intervención clínica en general representa para el psicólogo la necesidad de realizar un compromiso de reevaluación personal y profesional ante los encuentros clínicos que van aconteciendo, especialmente cuando se trabaja con muerte y duelo (Shapiro, 2013). Es fundamental considerar la propia relación que se tiene con la muerte, los valores personales y el sistema de creencias respecto a la muerte, el duelo y luto. Es el momento en que entra la responsabilidad para el psicólogo clínico dentro del cuidado de sus pacientes, es decir, el conocer sus propios límites al momento de estar intervenir en cualquier problemática. Wogrin (2013) explica que el profesional puede hacerse a sí mismo preguntas para determinar si la intervención puede llevarla a cabo sin algún problema que pueda entorpecer o empeorar la situación del paciente. El preguntarse por las pérdidas significativas que ha atravesado y cómo se ha reaccionado a ellas, cuestionarse sobre los aprendizajes de muerte y duelo de su propia experiencia y de las creencias espirituales o religiosas, también las opiniones personales que se tiene de las reacciones en el duelo y de las personas que necesitan la ayuda para hacerle frente. Cuando el clínico tenga presente su relación con estas experiencias, debe igualmente ser consciente de las habilidades y competencias necesarias que posee para intervenir ante muerte, duelo y pérdida. Wogrin (2013) engloba en tres áreas

las habilidades y características que debe poseer un profesional de la salud que trabaje con casos de muerte y duelo:

- **Habilidades y actitudes interpersonales:** Escuchar a los pacientes, familias y miembros del equipo de salud, así como comprender y saber manejar las reacciones ante las enfermedades. El profesional debe saber dar malas noticias, tener empatía, proveer información y guiar en pronósticos y opciones, compartir toma de decisiones y solución de problemas. Debe desarrollar empatía y sensibilidad a las diferencias religiosas, étnicas y otras, así como en sí persona identificar sus propios sentimientos y ansiedades hacia la muerte.
- **Principios éticos y profesionales:** Hacer el bien y evitar hacer daño, respeto y determinación a preferencias del paciente y familiares, aprendiendo a identificar cuando haya conflictos de interés a nivel personal u organizacional. El profesional debe aprender a equilibrar los objetivos y principios, siendo en algunos casos un modelo de habilidad clínica, integridad y compasión.
- **Habilidades organizacionales:** Desarrollar y sostener un efectivo equipo de trabajo, entendiendo las reglas y procedimientos para planes de salud, hospitales y otros. Aprender cómo proteger a pacientes de reglas o procedimientos que puedan dañarlos emocional o físicamente, hacer uso de recursos de apoyo como consultas de cuidados paliativos o comunidades que den la asistencia.

La relación terapéutica conlleva muchas responsabilidades y tratándose de la intervención bajo la ACT se hace más grande su labor para garantizar una terapia adecuada a cada persona y caso. La mayoría de las reacciones y acciones que tenga el psicólogo serán las que funcionen para modelar los procesos de flexibilidad psicológica del paciente, como fue mencionado a lo largo del capítulo, el primer contexto desde el que se trabaja es el terapéutico (Hayes, 2020). El psicólogo se verá con la tarea crear un ambiente terapéutico que facilite la observación, búsqueda y en muchas ocasiones el tener que provocar las CRR. El trabajo de la ACT busca que el contexto de la misma terapia funcione para el objetivo y que en

lugar de ser un lugar despersonalizado en el que la persona acude por ayuda, lo perciba como parte de su contexto.

El terapeuta ACT así como el paciente puede caer en las trampas verbales no solo en terapia sino en su vida personal, su labor está basada en lo que predica, es decir, la ACT le ayuda a identificar esto. Finalmente es muy relevante el establecimiento de la relación terapéutica, la cual es un componente para el éxito de la terapia y resultados positivos del paciente. Hayes, Strosahl y Wilson (2015) explican que así como cualquier relación social, la relación terapéutica se destaca por tener sus particularidades y el psicólogo ACT puede mediarla a través del modelo de flexibilidad psicológica. La manera en que se realiza es determinar el proceso del modelo en que el paciente se le dificulte y trabajar su flexibilidad o rigidez para poder estrechar los lazos terapéuticos. El tener una sólida relación terapéutica permitirá a lo largo de las sesiones que el paciente se sienta cómodo en ese contexto y que los métodos utilizados sean más abiertamente aceptados para moldear una mayor flexibilidad.

En este último capítulo se contempla el papel de la psicoterapia en general y para casos de pérdida y duelo. En el modelo conductual hay una división de generaciones en terapias, la de tercera generación es la más reciente la cual tiene un enfoque contextual y funcional. Entre estas terapias se encuentra la terapia de aceptación y compromiso que se plantea que el individuo acepte los eventos privados que ha evitado y se comprometa a una activación guiado por aquello que valora. Para la intervención en duelo la terapia es bastante funcional debido a que puede acoplarse a las características de cada persona y sus diferentes contextos. El psicólogo ACT se ve con la tarea de establecer un contexto y relación terapéutica para que los objetivos de la terapia sean alcanzados.

## **5. PROPUESTA DE INTERVENCIÓN**

### **5.1 Planteamiento del tema y justificación**

El tema de VIH se ve involucrado con el de sexualidad y en conjunto implican un estigma social adquirido por las interacciones verbales que se tienen a diario de acuerdo con el contexto social y cultural. Los aprendizajes sociales y las creencias

adquiridas a lo largo de la vida pueden fungir como factor que influye en la asimilación de noticias como una enfermedad o la orientación sexual de una persona cercana a la que se concebía de determinada manera rompiendo con ideales y expectativas. Lo que conlleva la realización de un duelo y cuando se trata de alguien tan cercano como un hijo puede dificultar la realización del proceso de cada duelo, especialmente cuando éste fallece.

La atención tanatológica se brinda a los pacientes en su proceso de enfermedad hasta el final, pero después del fallecimiento de éstos, los sobrevivientes (familia, amigos, conocidos y personas cercanas al paciente) tienden a quedar desprotegidos. Ante una enfermedad los padres y madres suelen centrar su completa atención a las necesidades de su hijo enfermo, cubrir lo necesario posterior a la muerte, así como requerimientos sociales, dando como resultado el descuido de su salud física y mental (Méndez, 2019). Paralelamente la atención psicológica ante el VIH/SIDA se dirige mayormente a poblaciones en riesgo para promover la prevención y a pacientes portadores del virus para tratar la adherencia del tratamiento antirretroviral, desfocalizando la atención de las personas que conviven con el VIH de sus seres cercanos.

De modo que es relevante atender a estos grupos que quedan vulnerables, planteando una intervención adecuada y bien ubicada en el sector de salud para lograr canalizar a padres y madres de familia que se encuentren en la situación de duelo ante el previo conocimiento de la sexualidad del hijo, de éste poseer una enfermedad tan estigmatizada como el VIH y la posterior muerte asociada a ésta. Para el tipo de intervención que integre temas delicados para algunas personas y que busque un mejor acercamiento al paciente, las terapias de tercera generación son funcionales debido a que comparten la adaptabilidad de la problemática de manera contextual y la función del contenido de los eventos privados.

Las tres terapias más visibles entre la nueva generación son: Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT), Terapia Analítico Funcional (FAP) y Terapia Dialéctica Conductual (DBT). Entre diferentes estudios, cada terapia demuestra tener mayor eficacia sobre determinados casos y poblaciones (Hayes, Masuda, Bissett, Luom y

Guerrero, 2004). La FAP trabaja pendiente de la función y moldeamiento de las conductas, tratando problemas más complejos, crónicos y existenciales. En la DBT se centra especialmente para casos de Trastorno Límite de la Personalidad en donde hay pensamientos, conductas y emociones dicotómicas, aunque también donde hay desregulación emocional como en el consumo de sustancias y problemas alimenticios. Por otro lado, en el uso de la ACT hay una mayor flexibilidad y adaptabilidad tanto en el procedimiento de la intervención como en la población a la que se aplique.

La ACT busca la aceptación de eventos privados que acontecen en la vida, incluyendo en los que hay dolor, y asimismo busca una orientación para una vida significativa. En específico, la ACT puede ser idónea para casos de VIH, sexualidad, estigma y especialmente para duelo siendo que el modelo de ésta terapia es paralelo al del procesamiento dual de duelo en donde puede darse aceptación o evitación (Neimeyer, 2012). La ACT ha trabajado con duelo, VIH y sexualidad por separado en distintas poblaciones. En casos de VIH se ha trabajado la terapia para mejorar la adherencia del TARV en pacientes (Santamaría y Uribe, 2017), para trabajar la depresión y el estigma vívido (Faezipour, Ghanbaripناه, Seyedalinaghi, Hajiabdolbagh y Voltarelli, 2018; Suyanti, Keliat y Daulima, 2018). Para la sexualidad se ha trabajado en el estigma interno y externo que afecta la vida de los individuos por su orientación sexual (Yadavaia & Hayes, 2012). En duelo se ha trabajado con cuidadores paliativos (Davis, Deane, Lyons, Barclay & Bourne, 2020) y se ha demostrado la compatibilidad de la terapia con pacientes en cuidados paliativos (Davis, Deane, Lyons & Barclay, 2017). El uso de la ACT para trabajar en estos temas ha dado lugar en varios países, siendo México uno en el ha sido más escaso el trabajo dentro del campo. Cabe destacar que hasta el momento no se ha hecho algún estudio o intervención que agrupe duelo, sexualidad y VIH.

Ahora bien, la intervención grupal basada en la ACT ha evidenciado no influir de manera negativa en el aumento de la flexibilidad psicológica en los participantes (Masuda, Hayes, Lillis, Bunting, Herbst & Fletcher, 2009). En el caso de grupos de madres la implementación de la terapia ha mostrado ese aumento de flexibilidad

psicológica y asimismo la disminución de síntomas en evitación experiencial (Gharashi, Moheb & Abdi, 2019). No obstante, los estudios de intervención en formato grupal de la ACT son escasos.

Tomando en cuenta la efectividad de la ACT ante diferentes casos y formatos, así como el poco trabajo con duelo, VIH y sexualidad, es relevante la implementación de un taller que permita incorporar los objetivos del modelo de la ACT y de la misma manera de las problemáticas expuestas.

## **5.2 Preguntas de investigación y planteamiento del problema**

¿Qué impacto tiene la implementación de la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) en un taller grupal en padres/madres de familia que hayan vivido una pérdida asociada al VIH/SIDA de un hijo?

¿El taller basado en la ACT permitirá una mayor flexibilidad psicológica ante experiencias de duelo?

## **5.3 Objetivos**

### **General**

Generar una propuesta de intervención que contemple el desarrollo de un taller basado en la ACT dirigido a padres y madres en duelo.

### **Específicos**

- Desarrollar un taller que abarque los procesos del hexaflex en vivencias de duelo por sexualidad, enfermedad por VIH/SIDA y muerte en un hijo.
- Planificar sesiones que paralelamente contemplen aspectos psicoeducativos y actividades para trabajar en una mayor flexibilidad psicológica.
- Preparar materiales que complementen y faciliten la comprensión de la información vista en el taller.

## **5.4 Hipótesis**

Tomando en cuenta que el taller se basa en la ACT, la hipótesis dentro de la terapia se realiza contemplando los problemas actuales del paciente funcionalmente para reformularse en el contexto del modelo de flexibilidad psicológica (Hayes, Strosahl

y Wilson, 2015). Al partir de las vivencias de evitación y fusión en el duelo, asimismo trabajando con los procesos de defusión cognitiva, aceptación, yo como contexto, atención flexible, valores y acción comprometida implementados en las sesiones, se pretende que cada participante logre aumentar una mayor asimilación de sus duelos y aumento de flexibilidad psicológica en diferente medida.

## **5.5 Descripción del taller**

El taller llamado “Las pérdidas de un padre y una madre” se constituye de ocho sesiones de aproximadamente 90 minutos, una vez por semana. Las actividades realizadas dentro del taller buscan una participación dinámica del grupo y que el avance a una flexibilidad psicológica se adecue dentro de las posibilidades de cada participante.

### **5.5.1 Participantes**

El grupo estará conformado de entre 4-12 personas. El criterio de inclusión para participar en el taller será:

- Ser padre o madre que haya tenido una pérdida de un hijo homosexual debido a una enfermedad o infección oportunista del VIH/SIDA entre los últimos seis meses.

El criterio de exclusión será:

- Individuos con antecedentes o presencia de trastornos psicóticos, abuso de sustancias o demencia.

### **5.5.2 Facilitadores**

El taller será efectuado por un psicólogo que tenga los conocimientos en los temas de duelo, VIH, relación de padres e hijos, así como el manejo de la Terapia de Aceptación y Compromiso. El psicólogo deberá fungir las tareas de llevar a cabo las actividades y exposiciones, emprender del control grupal y proporcionar reglas, materiales e instrucciones para cada actividad. Puede hacerlo un solo psicólogo o en un equipo, en el que uno fungirá el papel del terapeuta titular y el segundo será el de apoyo.

### **5.5.3 Escenario**

El taller se llevará a cabo en un aula bien iluminada con puerta que permita privar los sonidos exteriores. La acomodación de las bancas será semicircular apuntando al psicólogo y pizarrón, de manera que los participantes puedan verse entre ellos.

### **5.5.4 Instrumentos / Evaluación**

Para valorar el impacto del taller en la primera y última sesión se aplicarán los siguientes instrumentos. Para conocer la aceptación de experiencia de pérdida se utilizará el *Acceptance and Action Questionnaire-II* (AAQ-II) en su versión más reciente, adaptado a población mexicana realizada por Patrón (2010) se conforma de 10 ítems en escala tipo Likert y permite medir la evitación experiencial o contrariamente la flexibilidad psicológica. Es un cuestionario autoaplicable que permite evaluar el grado en que el individuo, ante sus eventos privados que se asocian al dolor, puede aceptarlos y mantener metas y valores, orientando su comportamiento a éstas. Altos puntajes indican presencia de evitación experiencial, mientras que bajos puntajes apuntan a una mayor flexibilidad psicológica. El uso del cuestionario puede ser utilizado semanal o quincenalmente y no es necesario buscar una puntuación perfecta, sino es una medida que permite llevar un seguimiento en los cambios a lo largo de la vida (Hayes, 2019).

Para conocer el estado y orientación de vida antes y después del taller, se utilizará Valued Living Questionnaire (VLQ) es un instrumento que busca conocer la concordancia que tiene el individuo entre lo que presuntamente considera valorado de su vida y las actividades reales que lleva a cabo de acuerdo a sus valores (Wilson, Sandoz, Kitchens & Roberts, 2010). Se divide en dos partes, en la versión en español por Nieto (2012) la primera parte llamada "Importancia" se conforma de 10 ítems en escala tipo Likert en la cual se puntúa la importancia de cada área en la vida. En la segunda parte, o bien, "Consistencia" se conforma de 10 ítems en escala tipo Likert y busca identificar la consistencia que hay con cada área valorada de su vida durante la última semana.

La utilización del hexaflex como instrumentos

### **5.5.5 Contenido temático**

1. Presentación y Preevaluación
2. El duelo, el enfrentamiento y las estrategias de resolución
3. Duelo no autorizado y la percepción de mi hijo
4. Roles sociales
5. Los juicios y el yo observador
6. Valores y el camino sobre ellos
7. Los compromisos con significado
8. Post evaluación y cierre

## 5.6 Cartas descriptivas

<b>SESIÓN 1 Presentación y Preevaluación</b>		
<b>Duración:</b> 85 minutos	<b>Objetivos</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Presentación e introducción informativa del taller.</li> <li>• Establecimiento de rapport.</li> <li>• Aplicación de instrumentos</li> </ul>	
<b>Actividad</b>	<b>Descripción</b>	<b>Materiales</b>
<b><i>Presentación (10 minutos)</i></b>	El psicólogo se presentará con el grupo y en ayuda de la <i>Infografía del taller</i> (Anexo 3) se explicará brevemente el taller y su función. Se les solicitará escribir su nombre en los gafetes que se les brinde.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pizarrón</li> <li>• Plumones</li> <li>• Infografía del taller</li> <li>• Gafetes en blanco</li> </ul>
<b><i>Establecimiento de reglas y acuerdos (10 minutos)</i></b>	Se explicarán las reglas del taller (asistencia, horarios, etc) y el establecimiento de acuerdos para mantener la convivencia. Se pedirá a cada participante aportar un acuerdo o regla grupal.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pizarrón</li> <li>• Plumones</li> </ul>
<b><i>Teléfono descompuesto (25 minutos)</i></b>	Se les solicitará a los participantes que cada uno mencione su ocupación, color y comida favorita. Posteriormente por turnos comenzará un teléfono descompuesto en el que dirán sus tres elementos, memorizarán el de sus compañeros y los irán repitiendo sucesivamente hasta que uno falle. Se harán tres repeticiones.	
<b><i>Preevaluación (30 minutos)</i></b>	Se repartirá el formato de los instrumentos y se explicará al grupo las instrucciones de cada uno, así como de la confidencialidad de sus datos. Se les indicará su tiempo disponible y la finalidad de los	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Acceptance and Action Questionnaire-II (AAQ-II) adaptado a población mexicana</li> </ul>

	cuestionarios en que serán útiles para conocerse mejor y a su progreso.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Valued Living Questionnaire (VLQ) adaptado a español</li> </ul>
<b>Cierre de sesión (10 minutos)</b>	Se pedirá la participación voluntaria para expresar las expectativas y compromiso que tienen del taller. El facilitador reforzará las participaciones al resaltar la importancia de obtener ayuda en la experiencia de duelo. Se remarcará nuevamente la confidencialidad del taller y la mención de la próxima sesión brindando un calendario.	

<b>SESIÓN 2 El duelo, el enfrentamiento y las estrategias de resolución</b>		
<b>Duración:</b> 95 minutos	<b>Objetivos</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Descripción del ciclo de duelo.</li> <li>Analizar maneras de enfrentar el dolor e identificar la ineficacia de estrategias de control y evitación.</li> <li>Comprensión que no toda problemática necesita una resolución.</li> </ul>	
<b>Actividad</b>	<b>Descripción</b>	<b>Materiales</b>
<b>Ciclo de duelo (10 minutos)</b>	Se brindará la <i>Hoja del ciclo del duelo</i> (Anexo 4) y se hará una breve descripción del duelo en la enfermedad, del ciclo no estructurado del duelo en donde se atraviesan las etapas manteniéndose, regresando o avanzando entre una y otra sin un orden. Si surge alguna duda se contesta sin extenderse en lo teórico.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pizarrón</li> <li>Plumones</li> <li>Hoja del ciclo de duelo</li> </ul>

<p><b><i>¿Cómo me siento? (25 minutos)</i></b></p>	<p>Se iniciará un diálogo abierto impulsando la participación de todos los integrantes comenzando por comentar lo mejor y peor que les haya pasado en la semana sin importar el contexto en que haya sucedido, el psicólogo será el primero en participar. Se seguirá preguntando lo que cada uno ha tenido que atravesar desde el fallecimiento de su hijo, los obstáculos que le han impedido avanzar y lo que ha hecho hasta el momento para poder solucionarlo.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pizarrón</li> <li>• Plumones</li> </ul>
<p><b><i>Retroalimentación diálogo (20 minutos)</i></b></p>	<p>Para retroalimentar lo comentado en el diálogo anterior, el psicólogo validará las experiencias expuestas y en conjunto del grupo se realizará una lista de estrategias que han hecho para no sentirse tristes, enojados, vacíos o con dolor desde el fallecimiento. Cuando la lista esté escrita en el pizarrón, se pedirá que a partir de la lista o de sus propias estrategias no mencionadas, evalúen la eficacia de estas a corto y largo plazo. Se aclarará que algunas estrategias pueden funcionar en determinadas situaciones y sobre todo a corto plazo, sin embargo, la meta es atravesar el duelo a largo plazo y querer mantenerse en constante control puede representar un efecto contrario ocasionando más dolor, tristeza, ira, etc. Por lo tanto, se explicará que no quiere decir que no hay solución, sino que hay que aprender a contemplar otro tipo de perspectiva.</p>	

<p><b>Control y Soluciones (25 minutos)</b></p>	<p>Se indicará mantenerse atentos a la escucha y se llevarán a cabo tres ejercicios breves: <i>Metáfora del polígrafo</i> (Anexo 5), <i>Ejercicio de los elefantes rosas y saborear limón</i> (Anexo 5). De manera que puedan relacionarse los ejercicios con la experiencia propia, se llevará a cabo la analogía de <i>La regla de 95-5 por 100</i> (Anexo 5).</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Metáfora del polígrafo</li> <li>• Ejercicio de los elefantes rosas y saborear limón</li> <li>• <i>La regla de 95-5 por 100</i></li> </ul>
<p><b>Retroalimentación y cierre (15 minutos)</b></p>	<p>Se alentará a reflexionar y participar voluntariamente con el cuestionamiento «Si no deben ser resueltos mis pensamientos y lo que siento, ¿qué camino o perspectiva debo tomar?» Para finalizar, se les preguntará si a lo largo de la sesión surgieron nuevas metas o expectativas del taller.</p>	

<p><b>SESIÓN 3 Duelo no autorizado y la percepción de mi hijo</b></p>		
<p><b>Duración:</b> 95 minutos</p>	<p><b>Objetivos</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Contemplar nueva manera de concebir a su hijo.</li> <li>• Aprender el papel del duelo no autorizado en su experiencia.</li> <li>• Permitir una apertura a sentir lo reprimido.</li> </ul>	
<p><b>Actividad</b></p>	<p><b>Descripción</b></p>	<p><b>Materiales</b></p>
<p><b>Recapitulación (10 minutos)</b></p>	<p>Se pedirá al grupo que recuerde lo realizado en la sesión anterior y si en el transcurso de la semana reflexionaron acerca de sus estrategias de control. Se permitirá la participación de quien lo desee.</p>	
<p><b>Parejas (20 minutos)</b></p>	<p>Se presentará la <i>Hoja de parejas</i> (Anexo 6). Se indicará que marquen la <i>carita</i> (feliz, triste, enojada,</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hoja de parejas</li> </ul>

	<p>con una muñeca) de lo sienten al observar cada imagen y después se les pedirá que comenten su selección de <i>caritas</i>.</p> <p>A partir de esto se hará una pequeña exposición de la manera en que la sexualidad y una enfermedad tan controversial como el VIH en los hijos, puede representar un proceso de duelo para los padres. Se hablará del duelo no autorizado, el impacto de este y la posibilidad de vivir más de un tipo de duelo.</p>	
<p><b>Diálogo (25 minutos)</b></p>	<p>Se abrirá un nuevo diálogo entre el grupo en el que tendrán que describir las emociones y/o pensamientos atravesados al conocer la sexualidad y diagnóstico de su hijo, y si con la anterior explicación creen haber estado o encontrarse ahora en duelo debido a ello.</p> <p>Se validarán las experiencias comentadas incentivando a quienes se abran y motivando a quienes se les dificulte. Se pretende que al observar que hay más de una persona viviendo por situaciones similares, los llevará a empezar a comprender que aquello que sintieron y sienten ahora, es válido.</p>	
<p><b>La casa y los muebles (20 minutos)</b></p>	<p>Se usará de la metáfora <i>La casa y los muebles</i> (Anexo 7), explicando que en la actividad pueden usar su imaginación. Se pedirá acomodarse cómodamente en sus asientos y escuchar atentamente.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La casa y los muebles</li> </ul>

<b>Cierre (10 minutos)</b>	<p>Se instará a reflexionar la relación con sus hijos fallecidos, si tienen otros y si a lo largo de la sesión se sintieron incómodos con los temas mencionados. Se explicará que aceptar el duelo por sexualidad, por VIH o por su fallecimiento es un momento que no llega de un día para otro, pero lo más importante es comenzar a hacerlo, incentivando su presencia en el taller.</p> <p>Para finalizar, se solicitará que a lo largo de la semana observen su propia casa e identifiquen los principales muebles que tiene.</p>	
----------------------------	--	--

<b>SESIÓN 4 Roles sociales</b>		
<b>Duración:</b> 95 minutos	<p><b>Objetivos</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Reconocer los roles que ha desempeñado socialmente como madre, padre y doliente.</li> <li>• Contemplar su persona más allá de los roles establecidos.</li> <li>• Identificar que las experiencias internas las atraviesa todo ser humano y no lo representa como persona.</li> </ul>	
Actividad	Descripción	Materiales
<b>Recapitulación (10 minutos)</b>	Se pedirá al grupo que recuerde lo que han logrado sentir en las primeras sesiones.	
<b>Roles (25 minutos)</b>	Se expondrá brevemente la <i>Lista de los factores en el duelo</i> (Anexo 8) haciendo énfasis que la lista no determina todos los casos poniendo de ejemplo el factor de sexo y la manera en que se aprende culturalmente los roles de hombre y mujer.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lista de los factores en el duelo</li> <li>• Pizarrón</li> <li>• Plumones</li> </ul>

	<p>Se formarán parejas de hombre y mujer, se les dará la instrucción de comentar brevemente con su pareja las características para identificar a una persona triste. A continuación, se le pedirá a cada pareja que, de lo anteriormente comentado, cada uno explicará o si lo desea actuará tres características de un hombre o mujer triste. Si el participante es mujer, actuará como un hombre triste y si es hombre viceversa.</p> <p>Finalmente, el facilitador alentará la reflexión de que, sin importar ser hombres, mujeres, negros, blancos, de cualquier forma o color, no es necesario seguir reglas para permitirse sentir emociones y sentimientos.</p>	
<p><b>Práctica mindfulness sensaciones (20 minutos)</b></p>	<p>Se hará la práctica <i>Mindfulness: Notar sensaciones y tolerar impulso</i> (Anexo 9) en la que habrá una exposición a determinada problemática permitiéndoles experimentar emociones o sentimientos dentro del contexto terapéutico.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mindfulness: Notar sensaciones y tolerar impulso</li> </ul>
<p><b>Retroalimentación de mindfulness (10 minutos)</b></p>	<p>Se aclarará que todo lo que lograron sentir en la actividad anterior son experiencias que llegan a reprimirse para evitar el dolor, pero reprimirlas o evitarlas no conducen a la solución.</p> <p>Se pedirá que levante la mano quien, en algún momento, por esas experiencias “malas” a lo largo de su vida se han sentido avergonzados, temerosos o enojados. Después, se explicará que observarse</p>	

	desde fuera, es decir, desde otra perspectiva puede funcionar para solucionar distintas problemáticas externas e internas.	
<b>Metáfora Los fantasmas de la casa (15 minutos)</b>	Se explicará que el ejercicio siguiente se relaciona con el de <i>La casa y los muebles</i> , preguntando si a lo largo de la semana pudieron observar su propia casa. En caso de que lo hayan hecho, se reforzará su trabajo para enfocar su atención en sí mismos. Se dará inicio al ejercicio <i>Los fantasmas de la casa</i> (Anexo 10) indicando colocarse en una posición cómoda con la posibilidad de cerrar los ojos.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La casa y los muebles</li> </ul>
<b>Retroalimentación y cierre (15 minutos)</b>	Se pedirá la participación para indicar lo que creen son los fantasmas de su casa, la manera en que se han reaccionado ante ellos y lo experimentado con la reflexión de la metáfora. El facilitador podrá motivar la participación mencionando propios miedos o algunas experiencias (ej. arañas, alturas, miedo al público, etc). Para finalizar, se felicitará al grupo por comenzar a permitir en su propia medida sentir y se recordará que pueden prestar atención a sus sensaciones en su cuerpo como en la segunda sesión.	

### SESIÓN 5 Los juicios y el yo observador

<b>Duración:</b> 95 minutos	<b>Objetivos</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Conocer el papel de los juicios en su persona.</li> <li>• Concebir su persona más allá de la pérdida y de sus experiencias internas.</li> </ul>
-----------------------------	---

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Trabajar en su yo observador.</li> </ul>	
<b>Actividad</b>	<b>Descripción</b>	<b>Materiales</b>
<b><i>Recapitulación (10 minutos)</i></b>	Se pedirá al grupo que recuerde lo que han podido experimentar en las primeras sesiones y se recordará a los participantes que la finalidad de cada actividad del taller es relacionarse entre sí para poder comenzar el camino a la aceptación de su pérdida.	
<b><i>¿Quién soy? (30 minutos)</i></b>	Se explicará que la sesión pretende que los participantes se enfoquen después de mucho tiempo en ellos mismo y se iniciará la actividad de <i>Soy/No soy</i> (Anexo 11).	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Soy/No soy</li> <li>• Pizarrón</li> <li>• Plumones</li> <li>• Papel</li> <li>• Lápiz</li> </ul>
<b><i>Aprender a observar (30 minutos)</i></b>	Se comentará que se mantenga presente lo reflexionado en la actividad anterior para iniciar con la de <i>El yo observador</i> explicando que les permitirá conocerse a sí mismos fuera de los juicios exteriores e interiores.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• El yo observador</li> </ul>
<b><i>Yo no soy mi experiencia (10 minutos)</i></b>	Se hará el ejercicio de <i>La diferencia entre la conciencia y el contenido de la conciencia</i> (Anexo 12), indicando que se pongan en una cómoda posición con la posibilidad de cerrar los ojos o fijarlos en un punto.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La diferencia entre conciencia y el contenido de la conciencia</li> </ul>
<b><i>Retroalimentación y cierre (15 minutos)</i></b>	Se pedirá participación voluntaria para compartir su experiencia en la sesión contestando a las	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pizarrón</li> <li>• Plumones</li> </ul>

	<p>preguntas de «¿Qué sentí a lo largo de las actividades?» «¿Cambió en algo la percepción de mí mismo/a?».</p> <p>Finalmente se alentará llevar a la práctica la observación de sus experiencias fuera del taller. Se darán ideas de donde pueden hacerlo, para comenzar en lugares tranquilos y cómodos para cada uno.</p>	
--	--	--

<b>SESIÓN 6 Valores y el camino sobre ellos</b>		
<b>Duración:</b> 95 minutos	<b>Objetivos</b>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conocer en su persona lo que se cree y valora en la vida.</li> <li>• Identificar valores y creencias desplazadas en el proceso de duelo.</li> <li>• Orientar camino de vida de acuerdo con valores.</li> </ul>	
<b>Actividad</b>	<b>Descripción</b>	<b>Materiales</b>
<b><i>Recapitulación (5 minutos)</i></b>	Se comentará brevemente la temática vista hasta el momento: duelo, problemáticas, roles y el <i>yo observador</i> , abriendo el panorama de la dirección que desean para sus vidas y se abrirá la siguiente actividad.	
<b><i>¿Qué quiero para mi vida? (15 minutos)</i></b>	Se describirá que los valores son todo lo importante en la vida de una persona y en cada individuo cambia. El facilitador brindará ejemplos, comentando valores de su propia persona. Se proporcionará la hoja de <i>Lista de áreas valiosas</i> (Anexo 13) de manera que los participantes se den una idea de los ámbitos que le gustaría avanzar, mejorar o retomar. Se dará instrucción que se	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lista de áreas valiosas</li> <li>• Lápiz</li> </ul>

	<p>seleccione tres áreas de la lista y se les asigne un puntaje del 1 al 3. Se les dará unos minutos y cuando terminen, se les explicará que probablemente esas son los ámbitos en su vida en los que pueden trabajar y mejorar debido a que es lo más importante.</p>	
<p><b>Metáfora del huerto (15 minutos)</b></p>	<p>Para relacionar los valores que se vislumbraron en la actividad anterior, se utilizará <i>Metáforas de huerto</i> (Anexo 14) para conocer más de su relación con ellos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Metáforas de huerto</li> </ul>
<p><b>Valores y sociedad (15 minutos)</b></p>	<p>Se le dará la indicación de escuchar atentamente para un ejercicio y no es necesario cerrar los ojos. Se iniciará con la actividad <i>Tengo un secreto</i> (Anexo 15). Al finalizar, se explicará la relación que tienen los valores con la opinión de los demás y por lo tanto con los roles que desempeñamos. Tomando como ejemplo los roles de hombre y mujer, se relacionarán los valores expuestos por el grupo en la actividad de lo que se espera que haga un hombre o mujer al estar triste.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tengo un secreto</li> </ul>
<p><b>Dolor convertido a propósito (20 minutos)</b></p>	<p>Se instruirá que en la lista de áreas valiosas se observe las tres áreas relevantes seleccionadas y se enfoquen reflexionen si desde su pérdida viven en equilibrio con sus valores, es decir, que su vida este direccionada de acuerdo con esas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lista de áreas valiosas</li> <li>• Papel</li> <li>• Lápiz</li> </ul>

	<p>Se pedirá hacer el intento por identificar pensamientos, emociones, recuerdos, impulsos o sensaciones que actúen como barreras a vivir como lo desearían en esas áreas relevantes. Se dará unos minutos para escribirlas en la hoja. A continuación de las barreras escritas, se pedirá que reflexionen si cada una tiene un propósito al causar dolor y preguntarse qué es lo que no debería importarles para que deje de doler. Se explicará que no es necesario que el dolor desaparezca para continuar, sino tomarlo como pieza para continuar viviendo.</p> <p>Se indicará escribir por cada barrera identificada, la afirmación siguiente: «Si en [situación], [sentimiento, pensamiento, recuerdo, sensación x], recordaré que eso significa lo importante que [valor] es para mí». Por ejemplo «Si en este taller me invade una gran tristeza debido a una actividad, recordaré que eso significa que reconozco mi pérdida y estoy en busca de enderezar mi camino al estar en el taller».</p>	
<p><b><i>Metáfora El punto en el horizonte y las olas (15 minutos)</i></b></p>	<p>Para encaminar una dirección en la vida se trabajará con la <i>Metáfora El punto en el horizonte y las olas</i> (Anexo 16). Al finalizar, se explicará que cada persona, en uno o varios momentos de su vida, pierde el rumbo que desea por las problemáticas presentadas o por alguna otra</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• El punto en el horizonte y las olas</li> </ul>

	circunstancia. Se aclarará la importancia de cuestionarse sobre su propio rumbo y que la manera de orientarlo es con la identificación de los valores, así como la reflexión de lo que se busca a largo plazo.	
<b>Cierre (10 minutos)</b>	Se agradecerá trabajo y honestidad en el grupo al trabajar con un tema muy personal como sus valores. Se pedirá la participación para expresar lo experimentado al conocer y comenzar a conectar con sus valores. Para terminar, se motivará a continuar trabajando en su <i>yo observador</i> y en el encaminamiento de todo lo que es importante en sus vidas que se encuentran al salir del taller.	

<b>SESIÓN 7 Los compromisos con significado</b>		
<b>Duración:</b> 85 minutos	<b>Objetivos</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Comenzar a realizar cambios relacionados a la evitación experiencial.</li> <li>• Realizar un compromiso individual orientado en valores.</li> <li>• Acordar un compromiso grupal.</li> </ul>	
<b>Actividad</b>	<b>Descripción</b>	<b>Materiales</b>
<b>Recapitulación (15 minutos)</b>	Se dará un breve resumen de lo visto en las dos últimas sesiones, con la finalidad que el grupo opine acerca de observar sus experiencias fuera de juicios y el reenfoque de valores. Se comunicará que al finalizar la sesión presente cada uno de los participantes se irá a casa con dos	

	<p>compromisos. Se explicará que se ha recorrido un largo camino no solo dentro del taller sino en sus vidas y personas, por lo tanto, será momento para realizar un compromiso. Sin embargo, realizarlo no significa comprometerse con un resultado fijo y específico. Se aclarará que los compromisos que harán serán para realizar acciones empezando por las más pequeñas y hay la posibilidad de romperlo en ocasiones, pero el objetivo volverlo a retomarlos y mantenerlo hasta donde sean capaces, incentivando ya haber realizado uno al estar presentes.</p>	
<p><b>Metas (20 minutos)</b></p>	<p>Se brindará la <i>Lista de metas</i> (Anexo 17) explicando que para realizar un compromiso es importante determinar y tener una meta. Por lo tanto, se indicará que de acuerdo a las tres áreas de valores relevantes seleccionadas en la sesión anterior, reflexionen de acuerdo a ellos para establecer una o más metas que deseen a corto y largo plazo. Se brindará un par de minutos. Se pedirá que a quien desee compartir ambas metas lo haga y se enfatizará prestar mucha atención a quienes participen.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lista de metas</li> <li>• Lista de áreas valiosas</li> <li>• Lápiz</li> </ul>
<p><b>Pequeños cambios y rutinas (20 minutos)</b></p>	<p>Se expondrá que al conocer valores y metas individuales, es posible encaminarse a dar los pasos en su camino. Los primeros pasos no significan grandes cambios de un día a otro sino el</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pequeños cambios y la inclusión de nuevos hábitos</li> <li>• Lista de metas</li> </ul>

	<p>compromiso de comenzar a hacerlo con pequeños pasos. Se empleará el ejercicio de <i>Pequeños cambios y la inclusión de nuevos hábitos en rutinas consolidadas</i> (Anexo 18).</p> <p>Posteriormente se indicará que escriban en la parte inferior de la hoja de metas, el compromiso que querrán mantener con ellos mismos cuando tomando en cuenta sus valores, metas y acción.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lápiz</li> <li>• Pequeños cambios y la inclusión de nuevos hábitos en rutinas consolidadas</li> </ul>
<p><b>Compromiso grupal (20 minutos)</b></p>	<p>Se informará que el segundo compromiso que realizarán no lo harán solos y pedirá recordar las metas a largo y corto plazo comentadas anteriormente por miembros del grupo. Se explicará que cada uno, incluyendo el mismo facilitador, tiene distintas metas y aunque pueden parecerse, cada uno le dará la dirección completamente diferente.</p> <p>Se resaltaré el hecho de que el grupo comparte una situación de duelo y pérdida, pero igualmente habrán avanzado, compartido experiencias y sensaciones. Se indicará que debido a ello se encuentra la posibilidad de realizar en grupo un compromiso que los motive a corto y largo plazo después de finalizar el taller.</p> <p>Se motivará la participación completa del grupo para que den opiniones, sugerencias o ideas, invitándolos a levantarse y escribir en el pizarrón.</p> <p>Se instruirá que para orientarse pueden basarse en sus propios compromisos y conjuntarlo en uno. Se</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pizarrón</li> <li>• Plumones</li> </ul>

	brindará algunos minutos y se dejará trabajar solo al grupo sin participación del facilitador.	
<b>Cierre (10 minutos)</b>	Se agradecerá la participación grupal y se felicitará por el camino recorrido. Una vez más se alentará a continuar trabajando en el enfoque de sus acciones orientadas por sus valores y metas.	

<b>SESIÓN 8 Post evaluación y cierre</b>		
<b>Duración:</b> 85 minutos	<b>Objetivos</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Relacionar cada contenido del taller.</li> <li>• Aplicación de instrumentos.</li> <li>• Realización de cierre y despedida de taller.</li> </ul>	
<b>Actividad</b>	<b>Descripción</b>	<b>Materiales</b>
<b>Recapitulación de taller (20 minutos)</b>	Se expondrá un breve resumen de la temática vista en el taller. Se pedirá la participación ante dudas de algún tema o particularidad.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pizarrón</li> <li>• Plumones</li> </ul>
<b>Diálogo de cierre (25 minutos)</b>	<p>Se abrirá un diálogo grupal en el que se pedirá comentar los principales pensamientos, sensaciones, emociones y sentimientos que experimentaron dentro y fuera en el transcurso de taller.</p> <p>Se pedirá su opinión y narrar las vivencias de los ejercicios que creen haberles ayudado más o consideran más importantes.</p> <p>Para concluir el diálogo se solicitará la opinión del trabajo y actividades del taller.</p>	

<p><b>Postevaluación (30 minutos)</b></p>	<p>Se repartirá el formato de los instrumentos y se explicará al grupo las instrucciones de cada uno, recordando la confidencialidad de sus datos. Se indicará el tiempo disponible y que las respuestas reflejarán un progreso individual a lo largo de las sesiones.</p> <p>Se aclarará el uso de los instrumentos no como un examen sino como una herramienta para identificar pequeños cambios que pudieron surgir a lo largo del taller.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Acceptance and Action Questionnaire-II (AAQ-II) adaptado a población mexicana</li> <li>• Valued Living Questionnaire (VLQ) adaptado a español</li> </ul>
<p><b>Despedida (10 minutos)</b></p>	<p>Se hará una reflexión grupal de la importancia de brindar atención a el duelo y la manera en que impacta en la vida cotidiana. Se pedirá la participación para dar ideas de cómo creen que sería un buen método para canalizar casos similares a los suyos.</p> <p>Finalmente se agradecerá la participación grupal e individual dando énfasis en mantener lo aprendido del taller como una herramienta experiencial.</p>	

## **CONCLUSIONES**

El presente trabajo se estructura iniciando con un fundamento teórico del VIH, duelo y la Terapia de Aceptación y Compromiso. El objetivo fue proponer un taller basado en la ACT en el que las experiencias de duelo por la sexualidad, portabilidad del VIH y muerte de un hijo, sean asimiladas. El empleo de la ACT permite adaptar el procedimiento de las sesiones tomando en cuenta que las reacciones de cada individuo ante experiencias complicadas, en especial en el duelo, se manifiestan de distinta manera y magnitud. Esta terapia efectúa una confrontación con las experiencias internas reprimidas después de una pérdida y a lo largo del duelo. Trabajar en distintas sesiones con los procesos del modelo de flexibilidad psicológica permite orientar la conducta del paciente conforme lo que considera importante en su vida sin estancarse y realizando una acción comprometida.

La propuesta del taller busca una alternativa de intervención grupal que cubra los diferentes procesos del modelo para alcanzar una mayor flexibilidad psicológica. El taller está pensado de manera que los participantes logren identificar que los intentos de evitar las experiencias internas durante su duelo no conllevan a una solución e incluso para ciertas situaciones no es necesario una, sino obtener un reenfoque contextual de la situación y vivencia, así como conocer los valores y metas para así encontrar un camino de vida direccionado por ellos. Dentro de la propuesta del taller, se ve envuelto el papel de los roles sociales con el fin de reflexionar sobre su persona, la sexualidad de sus hijos y el significado que tienen el VIH de manera personal. El tema de muerte y duelo se encuentran implícitamente en todas las sesiones debido a que son las experiencias más recientes después de la pérdida. La primera mitad del taller se orienta a la identificación de problemáticas y experiencias internas reprimidas. Entretanto, la segunda parte se enfoca en el doliente, en donde se permite sentir las experiencias internas, observar la problemática de manera contextual y de reenfocar su camino de vida de acuerdo con valores y metas realizando un compromiso grupal e individual.

La ejecución de cada sesión permitirá un avance progresivo y dentro de una misma será posible trabajar más de un proceso del modelo. Es importante resaltar que si

un participante presenta deficiencia en uno de los procesos, el trabajo no busca que todo el grupo tenga un avance parejo sino que cada uno se adapte al propio. De la misma manera, para quienes presenten superación en alguno de los procesos, la sesión permitirá reforzarlo sin que se perciba tediosa. Además, el trabajo en grupo se establece como un contexto seguro que motive la aceptación de las vivencias y los integrantes se sientan cómodos de participar con otras personas que atraviesan experiencias similares.

Las limitaciones del presente trabajo fue la barrera de contacto con familiares que hayan tenido una reciente pérdida relacional de un paciente de VIH y fuera homosexual, dando como resultado que el trabajo se presente como propuesta. No obstante, es relevante destacar que la población es existente y requiere la atención a causa de que dentro del ámbito sanitario y las organizaciones no lucrativas no se tiene contemplada la atención para cuando el paciente fallece.

Por lo tanto, se sugiere para el ámbito sanitario y las organizaciones no lucrativas enfocadas en el VIH, la consideración de la población de padres en duelo y el accionamiento estratégico de una atención secundaria de la salud para canalizarlos a los diferentes tipos de intervención enfocadas a la problemática del paciente, en este caso, el taller para padres en duelo por sus hijos. La atención puede desempeñarse como psicoterapia individual, talleres, cursos, exposiciones, grupos de apoyo, etc. El accionamiento de la atención debe comenzar con una difusión informativa dentro de las organizaciones y del ámbito hospitalario, tales como salas de espera, trabajo social, pasillos y demás puntos clave para el mayor alcance de la población. Finalmente, la contemplación de nuevas terapias poco usadas como la ACT en las que su trabajo es adaptable y efectiva para muchas problemáticas que permiten al psicólogo clínico ampliar su labor.

## Bibliografía

- Aguirrebengoa, K. (2005). Enfermedades asociadas a la infección VIH. En Ibarra, O. y Ortega, L. (Eds.), *Jornadas de actualización en el tratamiento del paciente con VIH* (pp. 93-128). Recuperado de: [https://www.sefh.es/bibliotecavirtual/4\\_AF\\_VIH\\_2004/Libro\\_completo\\_4\\_seminario\\_2004.pdf](https://www.sefh.es/bibliotecavirtual/4_AF_VIH_2004/Libro_completo_4_seminario_2004.pdf)
- Anderson, J.R. (2016). Comparative thanatology. *Current Biology Magazine*, 26(13), 553-556. doi:10.1016/j.cub.2015.11.010
- Antúnez, I. (2012). *Psicoterapia cognitivo-conductual: De la primera a la tercera generación* (Tesina de licenciatura). Facultad de Estudios Superiores Iztacala, México.
- Asociación Americana de Psiquiatría (2013). *Manual de diagnóstico y estadística de trastornos mentales (5a ed.)*. Ciudad de México: Editorial Médica Panamericana.
- Avert (2017). *Origin of HIV & AIDS*. Recuperado de : [www.avert.org/professionals/history-hiv-aids/origin](http://www.avert.org/professionals/history-hiv-aids/origin)
- Azpeitia, M. (2008). Historiografía de la “Historia de la muerte”. *Studia Historica, Historia Medieval*, 26, 113-132. Recuperado de: [https://revistas.usal.es/index.php/Studia\\_H\\_Historia\\_Medieval/article/view/1235](https://revistas.usal.es/index.php/Studia_H_Historia_Medieval/article/view/1235)
- Barraca, J. (2009) Habilidades Clínicas en la Terapia Conductual de Tercera Generación. *Clínica y Salud*, 2(20), 109-117. González, D.F., Barreto, A.P. & Salamanca, Y. (2017). Terapia Cognitiva: Antecedentes, teoría y metodología. *Revista Iberoamericana de Psicología*, 10(2), 99-107. <https://doi.org/10.33881/2027-1786.rip.10211>
- Batalla, P. (2016). *El duelo vivido por los padres en el tránsito de la diversidad de género de sus hijos/as* (Trabajo Final de Grado). Universidad de la República, Uruguay.
- Bayes, R. (1998). Psicología del sufrimiento y de la muerte. *Anuario de Psicología*, 29(4), 5-17.

- Boza, R. (2016). Orígenes del VIH. *Revista Clínica de la Escuela de Medicina UCR*, 6(4), 48-60. doi:10.15517/RC\_UCR-HSJD.V6I4.26927
- Castro, M.C. (2007) *Tanatología. La Familia Ante La Enfermedad Y La Muerte*. Ciudad de México: Trillas.
- Castro, C. (2013): *Tanatología: La inteligencia emocional y el proceso de duelo (2a. ed)*. Ciudad de México: Trillas.
- Cátedra de Enfermedades Infecciosas (2016). *Manual de Práctica Clínica. Pautas para el diagnóstico y tratamiento de las infecciones oportunistas en pacientes con VIH*. Montevideo: Universidad de la República Uruguay.
- Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH y el SIDA (2014). *Guía de manejo antirretroviral de las personas con VIH (6ta ed)*. Ciudad de México: Secretaría de Salud.
- Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH y el SIDA (2019). Día internacional de la lucha contra la homofobia, lesbofobia, transfobia y bifobia. *Boletín de atención integral a personas con VIH*, (5)2, 1-21.
- Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH y el SIDA (2019). *Vigilancia Epidemiológica de casos de VIH/SIDA en México Registro Nacional de Casos de SIDA*. Recuperado de:  
[www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/513720/RN\\_D\\_a\\_Mundial\\_sida\\_2019.pdf](http://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/513720/RN_D_a_Mundial_sida_2019.pdf)
- Chavarría, A.M. (2011). *Términos básicos de la Tanatología* (Tesina de licenciatura). Asociación Mexicana de Tanatología A.C., México.
- Chávez, M.A. (2017). *Tu hijo, tu espejo*. Ciudad de México: Penguin Random House Grupo Editorial.
- Comisión Nacional de los Derechos Humanos (2019). *Glosario de términos relacionados con el VIH y los derechos humanos*. Ciudad de México: Comisión Nacional de los Derechos Humanos.
- Corey, G. (2009). *Theory and Practice of Counseling and Psychotherapy Eighth Edition*. California: Thomson Brooks/Cole.

- Corless, I., Germino, B.B, & Pittman, M.A. (Ed.). (2003). *Dying, Death, and Bereavement : A Challenge for Living (2nd ed)*. Nueva York: Springer Publishing Company.
- Coronado, R., Espejel, J.A., González, Olazagasti, M. & Ruíz, M.A. (2015). *El duelo* (Tesina de licenciatura). Asociación Mexicana de Tanatología A.C., México.
- Corr, C.A. y Corr, D.M. (2013). Historical and Contemporary Perspectives on Loss, Grief, and Mourning. En Meagher, D.K. & Balk, D.E. (Ed.), *Handbook of Thanatology: The Essential Body of Knowledge for the Study of Death, Dying, and Bereavement (2nd ed)*. Nueva York: Routledge.
- Cruz, J., Reyes, M. y Corona, Z. (2017). *Duelo. Tratamiento basado en la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT)*. Ciudad de México: Manual Moderno.
- Davis, E.L., Deane, F.P., Lyons, G. & Barclay, G.D. (2017). Is Higher Acceptance Associated With Less Anticipatory Grief Among Patients in Palliative Care? *Journal of pain and symptom management*, 54(1), 120-125. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2017.03.012>
- Davis E.L., Deane, F.P, Lyons, G.C.B., Barclay, G.D. & Bourne, J. (2020). Feasibility randomised controlled trial of a self-help acceptance and commitment therapy intervention for grief and psychological distress in carers of palliative care patients. *Journal of Health Psychology*, 25(3), 322-339. doi:10.1177/1359105317715091
- Dirección General de Epidemiología (2012). Manual de procedimientos estandarizados para la vigilancia epidemiológica del VIH-SIDA. Ciudad de México: Secretaría de Salud.
- Domínguez, P.I. (2014). *Resiliencia y tanatología* (Tesina Licenciatura). Asociación Mexicana de Tanatología A.C., México.
- Estupinyà, P. (2013). *S=EX2 La ciencia del sexo*. Madrid: Debate.
- Faezipour, M, Ghanbaripناه, A., Seyedalínaghi, S., Hajiabdolbaghi, M. & Voltarelli, F. (2018). Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy

- on Reducing Depression among People Living with HIV/AIDS. *Journal of International Translational Medicine*, 6(3), 125-129. doi:10.11910/2227-6394.2018.06.03.04
- Feixas, G. & Miró, M.T. (1993). *Aproximaciones a la psicoterapia*. Barcelona: Paidós.
- Frausto, L., Medina, I.V. y González, C.L. (2014). Manual de Tanatología: Intervención psicológica para pacientes con Discapacidad Crónica Degenerativa. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 17(2), 552-566.
- Fundación Chile Unido (2002). El rol del Padre y su influencia en los Hijos. *Corriente de Opinión*, (64), 1-5.
- Gala, F.J., Lupiani, M., Raja, R., Guillén, C., González, J.M., Villaverde, C. y Alba I. (2002). Actitudes psicológicas ante la muerte y el duelo. *Cuadernos de Medicina Forense*, (30) 39-50.
- García, T. (2017). *No hay niño malo: Doce mitos sobre la infancia*. Barcelona: Paidós.
- Gayol, S. (2013). Senderos de una historia social, cultural y política de la muerte. *Anuario del Centro de Estudios Históricos "Prof. Carlos S.A Segreti"*, 13(1), 77-92.
- Gerardo, C. I. (2017). *Manejo del duelo en padres con hijos diagnosticados con Trastorno del Espectro Autista: Propuesta de intervención* (Tesina de licenciatura). Facultad de Estudios Superiores Iztacala, México.
- Gharashi, K., Moheb, N. & Abdi, R. (2019). The effects of the acceptance and commitment therapy on the experiential avoidance and intolerance of uncertainty of mothers with hearing-impaired children. *Auditory and Vestibular Research*, 28(4), 256-264. <https://doi.org/10.18502/avr.v28i2.866>
- Goldbeter, E. (2003). *El duelo imposible: las familias y la presencia de los ausentes*. Barcelona: Herder.

- Gómez, M. (2004). *El duelo y el luto*. Ciudad de México: Manual Moderno.
- Grecco, E.H. (2010). *Muertes inesperadas. Manual de autoayuda para los que quedamos vivos*. Ciudad de México: Ediciones Continente.
- Grupo de Estudio del SIDA-SEIMC y Sociedad Española Interdisciplinaria del SIDA (2017). *Documento informativo sobre la infección por el vih*. Recuperado de: [www.seisida.es/wp-content/uploads/2017/05/documento\\_informativo\\_sobre\\_infeccion\\_vih\\_profesionales.pdf](http://www.seisida.es/wp-content/uploads/2017/05/documento_informativo_sobre_infeccion_vih_profesionales.pdf)
- Grupo de Trabajo sobre Tratamientos del VIH (2016). *Transmisión Sexual del VIH. Guía para entender las pruebas de detección y el riesgo en las prácticas sexuales*. Barcelona: GTT.
- Hayes, S. (2013). *Sal de tu mente, entra en tu vida*. Bilbao: Desclée De Brouwer.
- Hayes, S. (2019). *The Acceptance and Action Questionnaire (AAQ-2)*. Recuperado de: <https://stevenchayes.com/my-flexibility-scores/>
- Hayes, S. (2020). *Una mente liberada: La guía esencial de la terapia de aceptación y compromiso (ACT)*. Barcelona: Paidós.
- Hayes, S.C, Masuda, A., Bissett, R., Luoma, J. & Guerrero, F. (2004). DBT, FAP, and ACT: How empirically oriented are the new behavior therapy technologies? *Behavior Therapy*, 35 (1), 35-54. [https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(04\)80003-0](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(04)80003-0)
- Hayes, S., Strosahl, K. & Wilson, K.G. (2015). *Terapia de aceptación y compromiso. Proceso y práctica del cambio consciente (Mindfulness)*. Bilbao: Desclée De Brouwer.
- Hernández, F. (2006). El significado de la muerte. *Revista Digital Universitaria*, 8(7), 1-7.
- Instituto Mexicano del Seguro Social (2017). *Tratamiento antirretroviral del paciente adulto con infección por VIH*. Ciudad de México: Instituto Mexicano del Seguro Social.
- InfoSIDA (2018). *Glosario de infoSIDA. Términos relacionados con el VIH/SIDA*. Washington: InfoSIDA.

- InfoSIDA (2019). *Hoja Informativa: Visión General de la infección por el VIH. Pruebas de detección del VIH*. Recuperado de: [www.infosida.nih.gov/understanding-hiv-aids/fact-sheets/19/47/pruebas-de-deteccion-del-vih](http://www.infosida.nih.gov/understanding-hiv-aids/fact-sheets/19/47/pruebas-de-deteccion-del-vih)
- Jiménez, A. & Romero, M. (2014): "Salir del clóset" en la Ciudad de México. *Salud Mental*, 37(5), 391-397. doi:10.17711/SM.0185-3325.2014.046
- Katz, S., Rosari, M & Tsappis, M. (2016) Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Youth and Family Acceptance. *Pediatric Clinics of North America*, 63(6), 1011-1025. doi: 10.1016/j.pcl.2016.07.005
- Kübler-Ross, E. y Kessler (2006). *Sobre el duelo y el dolor*. Barcelona: Luciérnaga.
- López, M. (2018). *Diversidad sexual y derechos humanos*. Ciudad de México: Comisión Nacional de los Derechos Humanos.
- Maartens, M., Celum, C. & Lewin, S.R. (2014). HIV infection: epidemiology, pathogenesis, treatment and prevention. *Lancet*, (384), 258-271. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)60164-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)60164-1)
- Maioli, V. (2006). *Padres e hijos: La relación que nos constituye*. Madrid: Encuentro.
- Margulis, L. & Sagan, D. (1998). *¿Qué es el sexo?* Madrid: Tusquets Editores.
- Masuda, A., Hayes, S. C., Lillis, J., Bunting, K., Herbst, S.A. & Fletcher, L.B. (2009). The Relation between Psychological Flexibility and Mental Health Stigma in Acceptance and Commitment Therapy: A Preliminary Process Investigation. *Behavior and Social Issues*, 18, 25-40. <https://doi.org/10.5210/bsi.v18i1.2525>
- Melker, S. (2015). The case for starting sex education in kindergarten. *PBS*. Recuperado de: <https://www.pbs.org/newshour/health/spring-fever>
- Méndez, J.A. (2019). *¿Quién cuida al cuidador primario?* Trabajo presentado en XVII Jornada sobre VIH-SIDA de La Casa de la Sal A.C, México.

- Meza, E., García, S., Torres, A., Castillo, L., Sauri, S. y Martínez B. (2008). El proceso de duelo. Un mecanismo humano para el manejo de las pérdidas emocionales. *Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas*, 13(1), 28-31.
- Minuchin, S. (2004). *Familias y Terapia Familiar*. Ciudad de México: Editorial Gedisa.
- Neimeyer, R. A. (2000). *Aprender de la pérdida. Una guía para afrontar el duelo*. Barcelona: Paidós.
- Neimeyer, R.A. (2012). *Techniques of Grief Therapy: Creative Practices for Counseling the Bereaved*. New York: Routledge.
- Nomen, L. (2016). *50 técnicas psicoterapéuticas*. Madrid: Pirámide.
- Nieto, L. (2012). *Estudio exploratorio de los valores en una muestra de personas con esquizofrenia* (Trabajo fin de máster) Universidad de Almería, España.
- Obando, L.C & Parrado, F.E. (2015). Aproximaciones conductuales de primera, segunda y tercera generación frente a un caso de ludopatía. *Revista Iberoamericana de Psicología: Ciencia y Tecnología*, 8(1), 51-61.  
<https://doi.org/10.33881/2027-1786.rip.8105>
- Oliver, A. (2019). *El duelo en el proceso psicológico que enfrentan los padres que han perdido a un hijo durante el periodo gestacional y que participan en el grupo de ayuda mutua para padres en el duelo en la Fundación Karime, Ángel de Coatzacoalcos* (Tesis de licenciatura). Facultad de Psicología, Universidad de Sotavento A.C., México.
- Organización Mundial de la Salud (2016). *Estrategia Mundial del Sector de la Salud Contra el VIH 2016-2021. Hacia el fin del SIDA*. Recuperado de: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250574/WHO-HIV-2016.05-spa.pdf?sequence=1>
- Organización Mundial de la Salud (2017). *Preguntas y respuestas sobre el VIH/SIDA*. Recuperado de: [www.who.int/features/qa/71/es/](http://www.who.int/features/qa/71/es/)

- Organización Mundial de la Salud (2019). *Infecciones de transmisión sexual*. Recuperado de: [www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-\(stis\)](http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-(stis))
- Organización Mundial de la Salud (2019). VIH/SIDA. Datos y cifras. Recuperado de: [www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/hiv-aids](http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/hiv-aids)
- Organización Panamericana de la Salud (2004). Transmisión del VIH a través de la lactancia. Revisión de los conocimientos actuales. Francia: Organización Panamericana de la Salud.
- Pascual, A.M. & Santamaría J.L. (2009). Proceso de duelo en familiares y cuidadores. *Revista Española de Geriátria y Gerontología*, 44(2), 48-54. doi:10.1016/j.regg.2009.05.012
- Patrón, F. (2010). LA EVITACIÓN EXPERIENCIAL Y SU MEDICIÓN POR MEDIO DEL AAQ-II. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 15(1), 5-19.
- Payás, A. (2010). *Las tareas del duelo. Psicoterapia de duelo desde un modelo integrativo-relacional*. Barcelona: Paidós.
- Piscitelli, A. (2006). *Sexualidad, estigma y derechos humanos: desafíos para el acceso a la salud en América Latina*. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia.
- Prieto, V. (2018): *La pérdida de un ser querido: Estrategias para el duelo. Sentirte mejor no es olvidar*. Madrid: La esfera de los libros.
- Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (2019). Monitoreo Global del Sida 2019. Recuperado de: <https://www.unaids.org/es/resources/documents/2018/Global-AIDS-Monitoring>
- Ramiro, M. A. & Ramírez, P. (2015): *Informe "VIH y privacidad"*. Recuperado de: [https://www.cesida.org/wp-content/uploads/2013/09/ClinicaLegal\\_Informe\\_VIH\\_Y\\_PRIVACIDAD-.pdf](https://www.cesida.org/wp-content/uploads/2013/09/ClinicaLegal_Informe_VIH_Y_PRIVACIDAD-.pdf)

- Roccatagliata, S. (2000). *Un hijo no puede morir. La experiencia de seguir viviendo*. Santiago de Chile: Grijalbo.
- Ruiz, M., Díaz, M. & Villalobos, A. (2012). *Manual de Técnicas de Intervención Cognitivo Conductual*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Sánchez, E. (2019). *Estrategias psicológicas para enfrentar el duelo de la pérdida de un hijo, recién nacido desde el enfoque humanista* (Tesis de licenciatura). Universidad Tecnológica Iberoamericana, México.
- Santamaría, C. y Uribe, A. (2017). Adherencia al tratamiento en pacientes VIH+ y terapia de aceptación y compromiso (ACT). *Revista de Investigaciones*, 10(2), 89-101. doi: 10.33304/revinv.v10n2-2017008
- Schmidt, L. (2004). La muerte: una visión interdisciplinaria de un acto humano. En Baumeister, A. & Guardia, C.G. (Eds.), *Estudios de Derecho Privado*, (pp.337-384). Caracas: Universidad Católica Andrés.
- Schoendorff, B. & Bolduc, MF. (2014). You, Me, and the Matrix: A Guide to Relationship-Oriented ACT. En Polk, K.L. & Schoendorff, B. (Eds.), *The ACT Matrix: A New Approach to Building Psychological Flexibility Across Settings & Populations*. California: New Harbinger Publications.
- Shapiro, E. R. (2013). Culture and Socialization in Assessment and Intervention. En En Meagher, D.K. & Balk, D.E. (Eds.), *Handbook of Thanatology: The Essential Body of Knowledge for the Study of Death, Dying, and Bereavement (2nd ed)*. Nueva York: Routledge.
- Solomon, A. (2012). *Lejos del árbol: Historias de padres e hijos que han aprendido a quererse*. Madrid: Debate.
- Tang, J.W. & Chan, P.K.S. (2007). Virology of human immunodeficiency virus. En Lee, S., Wu, J.C. & Wong, K. (Eds.), *HIV Manual*. Recuperado de: <https://www.aids.gov.hk/pdf/g190htm/contentindex.htm>

- Suyanti, T.S., Keliat, B.A. & Daulima, N.H.C. (2018). Effect of logo-therapy, acceptance, commitment therapy, family psychoeducation on self-stigma, and depression on housewives living with HIV/AIDS. *Enfermería Clínica*, 28, 98-101. doi: 10.1016/S1130-8621(18)30046-9
- Tobkes, J. & Davidson, W. (2016). *Why Some Parents Experience a Child's Coming Out as a Loss*. Recuperado de:  
[www.psychologytoday.com/us/blog/when-your-child-is-gay/201612/why-some-parents-experience-childs-coming-out-loss](http://www.psychologytoday.com/us/blog/when-your-child-is-gay/201612/why-some-parents-experience-childs-coming-out-loss)
- Tortosa, F. & Civera, C. (2006). *Historia de la Psicología*. Madrid: McGraw-Hill.
- Tortosa, J.M. (2011). *Conceptos básicos de patología forense*. Indiana: Palibrio.
- Valero, L. & Ferro, R. (2015). *Psicoterapia Analítica Funcional: El análisis funcional en la sesión clínica*. Madrid: Editorial Síntesis.
- Vargas, A. & Coria, K. (2017). *Estrés postraumático. Tratamiento basado en la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT)*. Ciudad de México: Manual Moderno.
- Vedia, V. (2016). Duelo patológico. Factores de riesgo y protección. *Revista digital de Medicina Psicosomática y Psicoterapia*, 6(2), 12-34.
- Villegas, C. (2014). Visión integral de la relación entre la infección por VIH y el cáncer. *Revista de la Facultad de Medicina*, 1(51), 13-28.
- Walrond-Skinner, S. (2013). *Dictionary of Psychotherapy*. Nueva York: Routledge.
- Wilson, K. G., Sandoz, E. K., Kitchens J. & Roberts, M. (2010). The Valued Living Questionnaire: Defining and Measuring Valued Action within a Behavioral Framework. *The Psychological Record*, 60(2), 249-272.  
doi:10.1007/BF03395706
- Wilson, K.G. & Luciano, M.C. (2014). *Terapia de aceptación y compromiso (ACT). Un tratamiento orientado a los valores*. Madrid: Pirámide.
- Wogrin, C. (2013). Professional Issues and Thanatology. En Meagher, D.K. & Balk, D.E. (Ed.), *Handbook of Thanatology: The Essential Body of Knowledge for*

*the Study of Death, Dying, and Bereavement (2nd ed)*. Nueva York:  
Routledge.

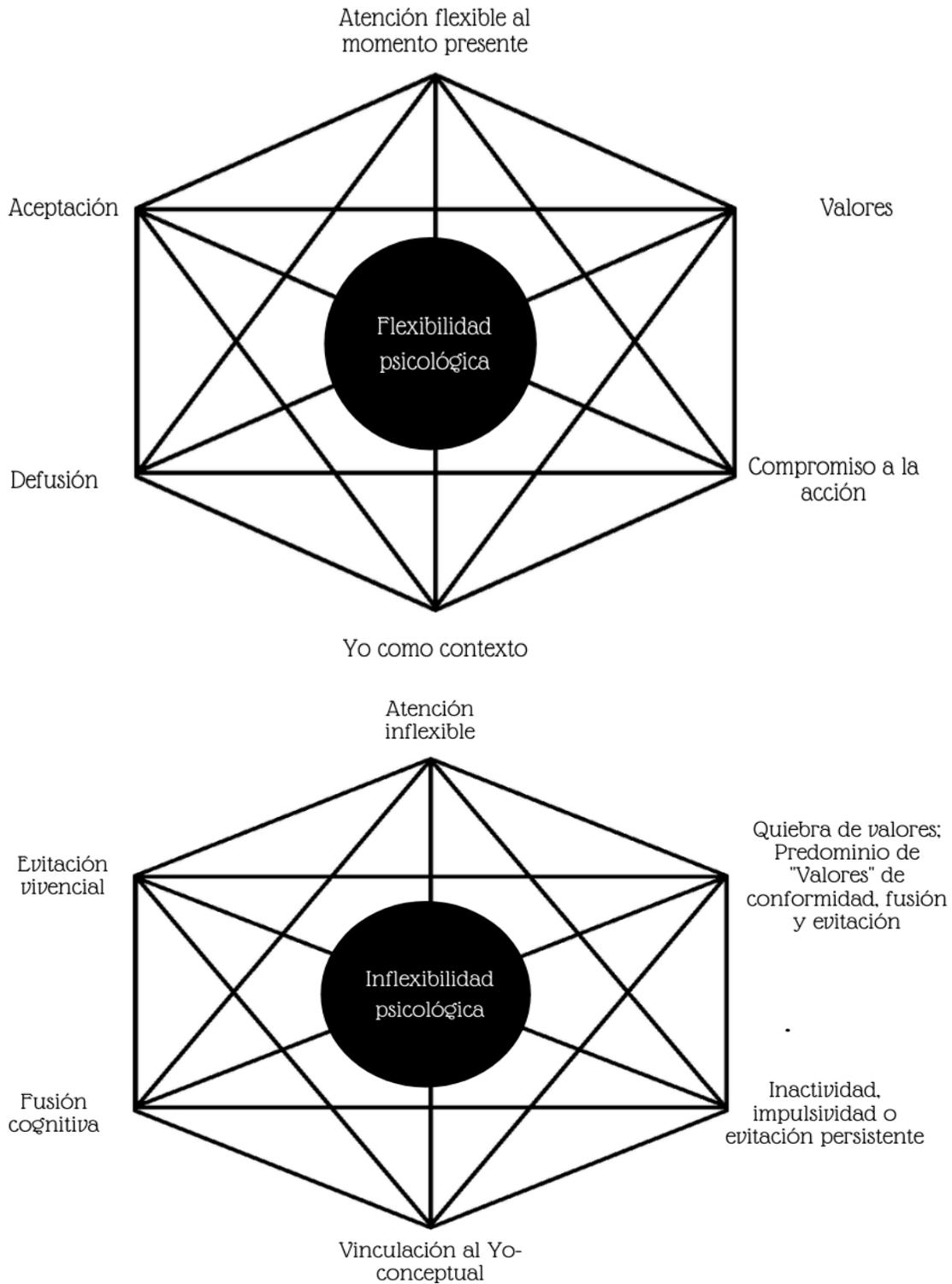
Yadavaia, J.E. & Hayes, S.C. (2012). Acceptance and Commitment Therapy for  
Self-Stigma Around Sexual Orientation: A Multiple Baseline Evaluation.  
*Cognitive and Behavioral Practice*, 19(4), 545-559.  
doi:10.1016/j.cbpra.2011.09.002

Yates, A.J. (1970). La definición de Terapia Conductual. *Revista Latinoamericana  
de Psicología*, 2(2), 113-122.

# Anexos

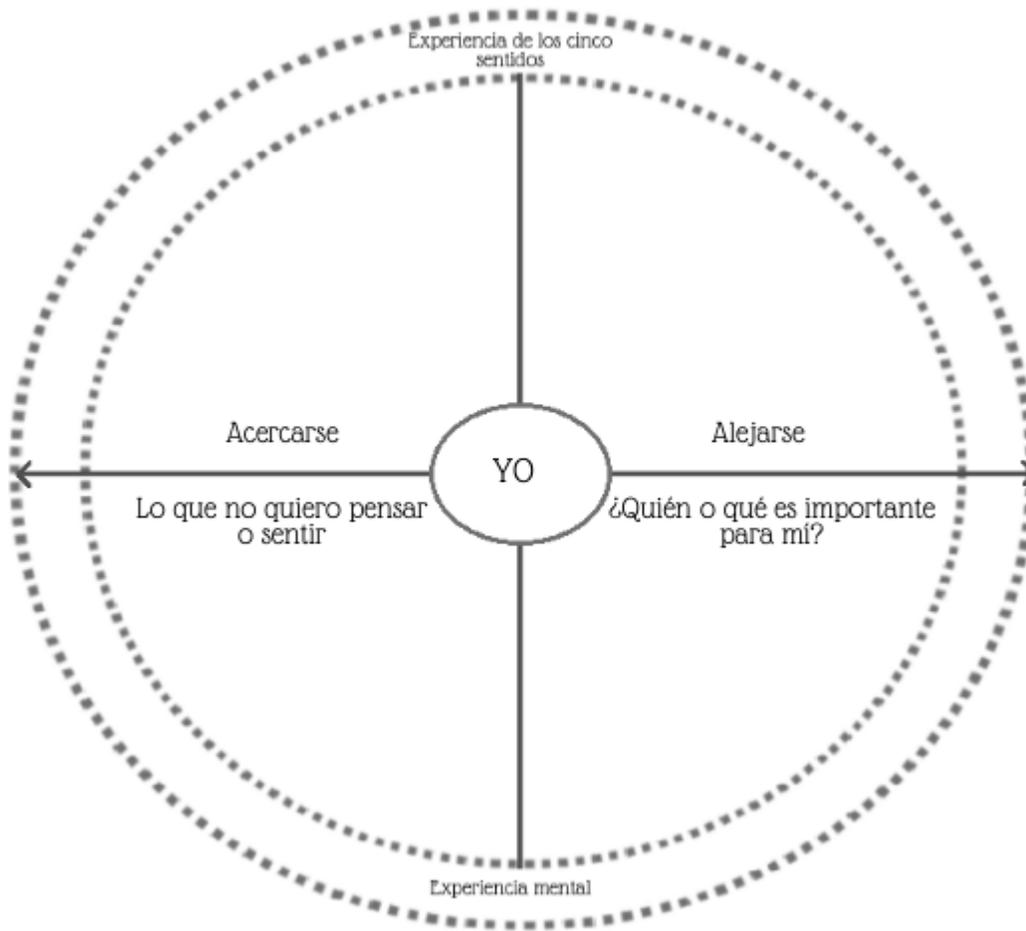
## Anexo 1

### Modelo de Flexibilidad e Inflexibilidad Psicológica (Hayes, Strosahl y Wilson, 2015)



## Anexo 2

La Matrix (Schoendorff y Bolduc, 2014)



## Anexo 3

### Infografía del taller

# TALLER "LA PÉRDIDAS DE UN PADRE Y UNA MADRE"

Mis vivencias son válidas

## ¿QUE ES EL DUELO?

Reacción natural ante algún tipo de pérdida que implica un período y estado de ajuste. Período que implica una serie de estados y momentos característicos

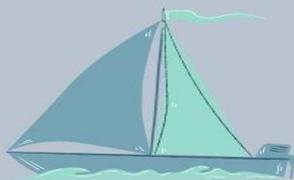


## ¿QUÉ ES LA PÉRDIDA?

Vivencia de separación de objetos, ideales, percepciones o de una persona. Pérdida relacional es la pérdida de una persona significativa debido a circunstancias mayores o por muerte.

## ¿DE QUE TRATA EL TALLER?

- El duelo, el enfrentamiento y las estrategias de resolución
- Duelo no autorizado y la percepción de mi hijo
- Roles sociales
- Los juicios y el yo observador
- Valores y el camino sobre ellos
- Los compromisos con significado



## ¿CUAL ES EL OBJETIVO?

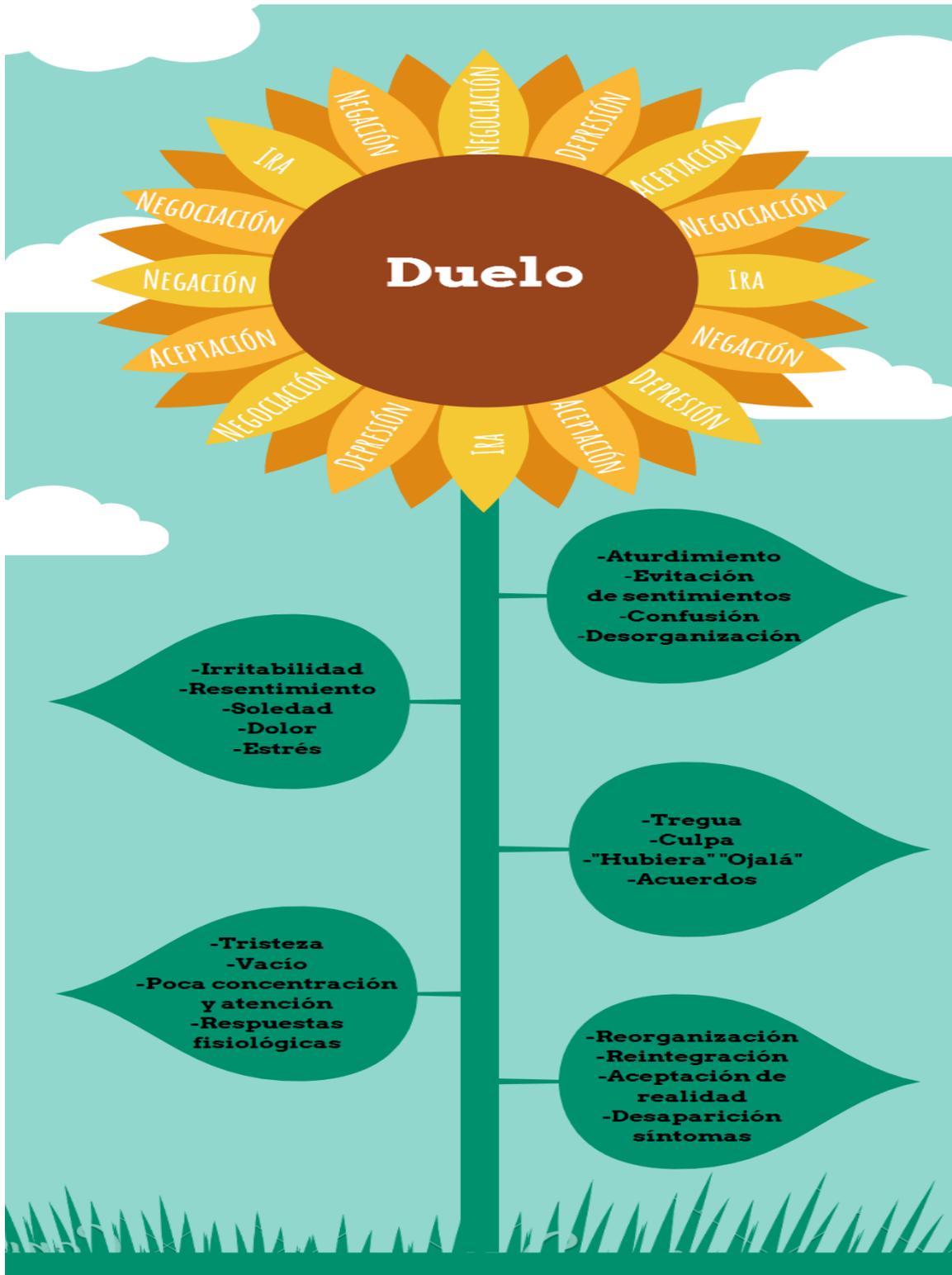
Conocer el ciclo del duelo en las diferentes vivencias que he pasado y ayudarme a identificar experiencias reprimidas que hayan dificultado mi proceso. Además de determinar el rumbo en mi camino de vida.

"ES MUY IMPORTANTE QUE HAGAS LO QUE DE VERDAD TE IMPORTE, SOLO ASÍ PODRÁS BENDECIR LA VIDA CUANDO LA MUERTE ESTÉ CERCA."

- ELISABETH KUBLER ROSS

## Anexo 4

### Hoja del ciclo del duelo



## Anexo 5

*Metáfora del polígrafo* , *Ejercicio de los elefantes rosas* , *Saborear limón* , *La regla de 95-5 por 100* de Wilson y Luciano (2014).

### **Metáfora del polígrafo**

**Psicólogo:** “Supongamos que serán conectados a un polígrafo, el cual es un aparato que me permitirá detectar en la pantalla si están experimentando la más mínima cantidad de ansiedad. Entonces imaginemos que al estar conectados doy la siguiente indicación: Bajo ninguna circunstancia deben ponerse ansiosos. Si lo hacen podré detectar al instante”. Entonces supongamos que para estar seguros que estén motivados en seguir la indicación, yo comenzaré a desenfundar mi pistola y les apuntaré, sin dudar en disparar a quien yo detecte en la pantalla que presente ansiedad. ¿Cuánto tiempo creen que aguantarían?”

### **Ejercicio de los elefantes rosas**

**Psicólogo:** “La metáfora anterior nos dejó algo nerviosos, por lo tanto hablemos del hecho que cuando intentamos no pensar en algo, resulta muy difícil o casi imposible. Por ejemplo, les pido de la manera más atenta que no piensen en elefantes rosas, es en serio no piensen en elefantes rosa. ¿Lo están haciendo? ¿Verdad que no?”

### **Saborear limón**

**Psicólogo:** “Los pensamientos presentan este tipo de resistencia al control, si tuviéramos una pistola apuntando pensando en no tener ansiedad, el primer pensamiento será la ansiedad y se presentará en el exterior. Lo mismo con los elefantes rosas. Ahora intentemos un último ejercicio.”

“Nuevamente les pido de la manera más atenta que no piensen en limones. No piensen en el olor de un limón y no piensen en la textura de la piel del limón, ni en

lo que sentirían si lo tomaran en sus manos. Mucho menos piensen en el sabor que sentirían si mordieran un limón. ¿Han sido capaces de seguir mis instrucciones?”

### *La regla de 95-5 por 100*

**Psicólogo:** “Los ejercicios anteriores pudimos observar que por más que se nos indicará y quisiéramos, no logramos controlarlos. Reflexionemos ahora sobre nuestra pérdida, de nuestro duelo, de todos los pensamientos y sentimientos que surgieron desde entonces. Anteriormente escribimos nuestras estrategias que hemos hecho para evitar todo eso y el nivel de eficacia. Sin embargo, al reprimir, evitar o en este taller hemos visto que no hay solución cuando se quiere controlar algo como el pensamiento del sabor de un limón o de un sentimiento como la tristeza. Por lo tanto eso nos puede llevar a la conclusión que el problema somos nosotros mismos por no tener solución. Sin embargo, más bien podría ser que no tiene que ver con nosotros sino con lo que estamos intentando”.

“Hasta el momento hemos trabajado mucho de acuerdo a tres cosas: 1) que los pensamientos y recuerdos deben ser eliminados para poder vivir bien, 2) que si lo intentamos mucho, o de la manera correcta, podremos eliminarlos, 3) que al no lograrlo, hay algo malo con nosotros. Sin embargo, estemos atentos a una regla de 95-5 por 100. El 95% de las veces cuando algo no funciona, no queremos tenerlo o no nos gusta, lo cambiamos o solucionamos. Por ejemplo el color de una pared, nuestra ropa, la tienda a donde compro etc. Pero existe una área en nuestra vida en la que esto no aplica, es el área de los pensamientos y emociones. Si no queremos tenerlo, de todos modos lo tendremos. ¿Qué significa esto? No todo es un problema que debe ser resuelto. Por lo tanto, de acuerdo a todo esto ¿a qué se han acoplado más? ¿hemos tratado de solucionar todo desde la pérdida?”

## Anexo 6

### *Hoja de Parejas*





## Anexo 7

*La casa y los muebles* adaptado de Vargas y Coria (2017)

### **La casa y los muebles**

**Psicólogo:** “Vislumbremos en nuestra cabeza la imagen de nuestro hijo y supongamos que él es una casa grande, que aún podía hacerse más amplia. La casa está llena de muebles y cada uno representa una característica de él: su comida favorita, su sexualidad, sus pasatiempos, el VIH, sus emociones, el ser hijo, hermano, amigo, etc. Cada uno de estos muebles puede ser esencial en la casa, pero en realidad solo son una parte de ella y si uno de los muebles llegara a romperse o desaparecer, al no ser la totalidad de la casa, seguiría intacta. Cada uno de nosotros somos como una casa, en la que no nos define un mueble o rasgo. Nuestro hijo tenía muchos muebles de los cuales podíamos amar algunos y otros nos disgustaban, pero seguíamos amando esa casa”.

## Anexo 8

*Lista de los factores en el duelo (Gómez, 2004).*

<b><i>Factores en el duelo</i></b>
1. Edad persona fallecida.
2. Edad y sexo de doliente
3. Duración de enfermedad y agonía
4. Carácter de muerte
5. Aspecto del cadáver
6. Relación con persona fallecida.
7. Grado de parentesco
8. Grado de dependencia
9. Personalidad de doliente
10. Soporte social
11. Presencia de otras experiencias de duelo
12. Factores culturales.
13. Carácter y estilo de vida del fallecido

## Anexo 9

*Mindfulness: Notar sensaciones y tolerar impulso* adaptado de Vargas y Coria (2017)

### **Notar sensaciones y tolerar impulso**

**Psicólogo:** "Nos pondremos en una posición cómoda con la espalda recta en nuestros asientos y si lo deseamos cerramos los ojos, de lo contrario, podemos fijar la vista al frente".

"Fijemos nuestra atención a la temperatura de nuestra nariz y lo que sentimos a través de ella, el aire frío entra y llena nuestros pulmones, mientras que al salir el aire es tibio".

"Tomamos consciencia de nuestro cuerpo completo, su peso, su temperatura".

"Pensemos en un recuerdo significativo de una situación o experiencia que haya sido negativa y hayamos sentido impotencia. Enfocamos la imagen como si estuviéramos observando desde arriba".

"Prestamos atención si hay alguna emoción o sentimiento al presenciarlo, permitimos sentirlo".

"Sigamos en la imagen del recuerdo, si las emociones y sentimientos que surgieron nos distrajeran, volvemos a enfocarnos. Enfocamos todo junto, el recuerdo y lo que estamos sintiendo".

"Pero entonces nos damos cuenta de que solo somos observadores de lejos y ya no estamos ahí, solo es un recuerdo. Pero es algo que puede despertarnos muchas cosas y poco a poco comienza desvanecerse la imagen de ese recuerdo. Ahora empezamos a vislumbrar otro lugar. Hemos logrado sentir y siento mi cuerpo, siento mi alrededor y sus sonidos y sus olores. Me encuentro en otro lugar".

"Si la imagen sigue ahí, se irá desvaneciendo con cada sonido externo a mi cuerpo y vuelvo a ser consciente de mi respiración (esperamos unos momentos)." "Si tenemos cerrados los ojos comienzo a abrirlos lentamente y si los tengo abiertos solo parpadeo un poco para incorporarse".

## Anexo 10

*Los fantasmas de la casa* adaptado de Vargas y Coria (2017)

### **Los fantasmas de la casa**

**Psicólogo:** “Recordemos que antes contemplamos la casa de nuestro hijo pero hoy vamos a ver la nuestra. Supongamos que somos una casa, pero no cualquier casa, sino la de nuestros sueños, tal cual siempre la hemos soñado por dentro y fuera (esperamos unos segundos), ¿qué habría ahí? ¿es grande o pequeña? ¿por qué está eso ahí? La hemos conseguido con gran esfuerzo y de todo lo que hemos vivido, es prácticamente perfecta. Pero un día dentro de la casa me doy cuenta que hay algo. ¡La casa está embrujada y llena de fantasmas que son aterradores! Hay miedo, enojo y desesperación de no saber qué hacer. No es justo. Esa casa es mía y ¿por qué tendría que abandonarla? Esos fantasmas no pertenecen aquí. ¡Oh! Pero un día uno de ellos nos propone un trato en el que ellos van a desaparecer de nuestra casa y ya no ocasionarnos terror, con la condición de que nos quedaremos encerrados, solos y no saldremos ya nunca de la casa”.

“Aceptamos para ya no tener miedo y nos sentimos bien de estar a salvo. Pasa el tiempo y comienza a faltar la comida, los productos necesarios tanto para la casa como para mi persona. No he podido disfrutar de mi comida favorita, del lugar a donde siempre me gustaba salir, de mi familia y amigos, este lugar está muy solitario. Creo que nos ha pasado a todos, ¿no? Queremos dejar de sentir miedo o alguna emoción negativa y sin darnos cuenta nos privamos de lo que nos gusta o nos alejamos de las personas importantes”.

“¿Entonces saldríamos? Estos fantasmas nos aterran, pero decidimos ir a la puerta para salir y nos detienen. No solo dan miedo sino que ahora hay más emociones negativas por el encierro, justo como cuando en nuestra vida cotidiana queremos intentar algo totalmente nuevo. Salimos y nos damos cuenta que en realidad los fantasmas no pueden hacernos daño, nunca en realidad pudieron hacerlo, pero no van a desaparecer. ¿Que elegimos? ¿Hacer de nuevo el trato para que desaparezcan los fantasmas y vivir encierro total, o vivir con miedo pero

tener cosas valiosas e importantes para nosotros? ¿Tendríamos contentos a los fantasmas?”

## Anexo 11

Soy/No soy adaptado de Hayes (2020)

### Soy/No soy

**Psicólogo:** “A continuación verán tres frases incompletas en el pizarrón. Escribanlas en un papel y terminen las dos primeras con una sola palabra que represente alguno de sus atributos psicológicos positivos. No usen atributos meramente descriptivos (por ejemplo, «soy alto»). Usen términos que apunten a las cualidades personales que más valoran de ustedes mismos. Reserven la última para justamente lo contrario. Terminenla con una palabra que apunte a un atributo personal que teman tener o que sepan que tienen y les parezca negativo”.

1. Soy...
2. Soy...
3. Soy...

**Psicólogo:** “Empezaremos revisando las dos respuestas «positivas». Respondan a estas preguntas: ¿es así siempre?, ¿en todas partes?, ¿con todo el mundo?, ¿sin excepción? ¡Mentira!”

“Veamos ahora qué sucede con la última. ¿Es absolutamente cierta, en todas las circunstancias? ¿Diría lo mismo alguien que pudiera observarnos las veinticuatro horas del día los siete días de la semana?”

“Ahora, otra pregunta: ¿cuántas de estas afirmaciones podría transformar en una comparación con otras personas? Pruebe a hacerlo con las tres. Si, por ejemplo, ha escrito «Soy inteligente» o «Soy amable», vea si asocia esas frases a la idea de que es más inteligente o más amable (o más tonto, etcétera) que al menos otra persona. Esto es más que su historia personal. Es su historia personal en comparación con la de los demás. ¡Claro que nos sentimos solos en el interior de nuestro propio ego!”

“El principio de la solución radica en tomar conciencia de la fusión con estas afirmaciones. Empezando por la primera y continuando con las otras dos, cambien el punto final de cada una por una coma y añadan estas dos palabras: o no. Por ejemplo: «Soy inteligente, o no».”

“Ahora vuelvan a leer poco a poco cada una de las frases. Observen qué sucede. No tengan prisa. Si detectan que los pensamientos negativos empiezan a inundarles la mente durante el ejercicio, díganse: «Estoy teniendo el pensamiento de que...».”

“Es posible que perciba que algo se abre ligeramente, como si en la habitación hubiera entrado una bocanada de aire fresco. Quizá les parezca que ahora disponen de más opciones acerca de qué pensar sobre sí mismos. No se enganchen a esa sensación que irá y vendrá. Tampoco discutan consigo mismos sobre qué versión es la más exacta. El proceso mental que cultivamos aquí consiste en recordarnos que podemos negarnos a aceptar una versión u otra de la historia. Abrimos la mente a posibilidades nuevas. Fíjense en si experimentan esa sensación de apertura tanto con las afirmaciones «positivas» como con la negativa.”

“Ahora vuelvan a la primera afirmación y tachen todo lo que ha escrito después de «Soy». ¿Quién sería usted sin ese contenido? Reflexionen la respuesta detenidamente. Ahora hagan lo mismo con las otras dos frases. ¿Cómo se sentiría si pudiera soltar ese contenido?”

“Este proceso nos lleva a la pregunta siguiente: ¿quién sería usted sin todas sus historias y todas sus defensas?, ¿a quién o qué intenta proteger? Si se despertarán un día y vieran que todas las frases de este tipo son eso, frases que quedan abiertas con ese «[...] o no», ¿usted seguiría siendo usted? Si su mente acaba de responder «¡Claro que no!», deténganse un momento y observen quién está observando su mente. ¿No es usted mismo el que observa esa reacción mental? ¿No es usted el que observa un «yo» más profundo?”

“Como acto final de este ejercicio, rodeen con un círculo la palabra que aparece tres veces (soy) y reflexionen. ¿Y si ese yo más profundo que buscamos estuviera más cerca de esa palabra aislada? Cuando elaboramos la historia de nuestra vida, perdemos de vista esta potente alternativa: limitarnos a ser.”

“Este ejercicio consta de un paso más, que nos ayuda a ser más conscientes de cuándo tendemos a caer bajo el hechizo de nuestras historias personales.”

“Además de estar distorsionadas, las historias basadas en el ego también tienden a ser demasiado generales. En la vida cotidiana, nos centramos en distintos aspectos de nuestra historia personal de acuerdo a las circunstancias. Por ejemplo, cuando estamos en casa con nuestros seres queridos, podemos centrarnos en la visión de nosotros mismos siendo cariñosos. Cuando estamos en el trabajo, quizá nos centramos en los pensamientos acerca de nuestra ineptitud. Ser conscientes de cómo cambia nuestra historia personal en función del contexto puede ayudarnos a mantener la conexión con nuestro yo trascendente y, por lo tanto, con nuestra habilidad para elegir entre las distintas posibilidades de cómo seremos.”

“Así que ahora, transformaremos y reescribiremos las afirmaciones «Soy...». Para empezar, en lugar de «Soy», escriba «Me siento» o «Pienso». Por ejemplo, si antes ha escrito «Soy afectuoso», cámbielo por «Siento que soy afectuoso». Si antes ha escrito «Soy inteligente», cámbielo por «Pienso que soy inteligente».”

“A continuación, enriquezca cada una de las frases describiendo en qué situaciones se siente o piensa acerca de sí mismo de esa manera, e incluya qué papel ha desempeñado su conducta. Use esta estructura: «Cuando [situación] y yo [su conducta], entonces [lo que piensa o siente]». Por ejemplo: «Cuando mi mujer se muestra en desacuerdo conmigo y me tomo en serio su punto de vista, siento que soy afectuoso» o «Cuando tengo muchas cosas que hacer y reservo tiempo para cuidar de mí mismo, pienso que soy inteligente». También puede describir situaciones en las que no se ha sentido afectuoso o inteligente. Por ejemplo: «Cuando tengo mucho trabajo que hacer y desatiendo a mi hijo de doce años, no siento que sea demasiado afectuoso».”

“Esta forma de describirnos a nosotros mismos es mucho más útil, porque nos orienta acerca de cuándo y cómo no nos comportamos en línea con nuestras auténticas aspiraciones en relación con nosotros mismos. Practique este ejercicio siempre que se descubra juzgándose (positiva o negativamente). Así será cada vez más consciente de que los juicios lo invitan a fusionarse con las reglas sociales que se nos van enseñando”.

## Anexo 12

*La diferencia entre la conciencia y el contenido de la conciencia* adaptado de Hayes (2020)

### **La diferencia entre la conciencia y el contenido de la conciencia**

**Psicólogo:** “Vamos a respirar una o dos veces, observe quién está percibiendo esa sensación y tomaremos nota mental de la experiencia. Sea lo que sea en lo que fijemos nuestra mente (un objeto externo o una sensación, pensamiento, emoción, recuerdo...internos), identifícalo con claridad. Vamos a contemplar la experiencia de tres maneras.”

“Primero: «Soy consciente de la pérdida de mi hijo y de mi lucha».”

“Luego: «Yo no soy la pérdida de mi hijo».”

“Por último: «Soy el recipiente de la conciencia de la pérdida de mi hijo. Mi conciencia contiene recuerdos de él y contiene los sentimientos que han surgido».

“De nuevo: «No soy la tristeza, ira, el vacío y dolor, mi conciencia es el contenedor de todo eso».”

### **Anexo 13**

Lista de áreas en la que los participantes pueden orientarse a reconocer lo que quieren en su vida (Hayes, 2013).

<b>Áreas valiosas</b>
1. Matrimonio / Pareja/ relaciones íntimas
2. Hijos
3. Relaciones familiares (distintas de las de la familia nuclear)
4. Amigos / relaciones sociales
5. Carrera / empleo
6. Educación / formación / crecimiento personal / desarrollo
7. Ocio / diversión
8. Espiritualidad
9. Ciudadanía
10. Salud / bienestar

## Anexo 14

*Metáforas de huerto* de Wilson y Luciano (2014)

### **Metáforas de huerto**

**Psicólogo:** “Vamos a imaginar que tenemos un huerto para plantar. Ya hemos preparado la tierra, las semillas y estamos esperando a que broten los frutos. En la espera, nos damos cuenta que al otro lado de la calle hay un lugar que parece mejor para plantar y decide que es mejor arrancar los vegetales que han crecido en el suyo para plantar otro huerto cruzando la calle. Los valores son como los huertos, puedes cultivar cosas rápidamente pero otras requieren más tiempo dedicación.”

“Por lo tanto la cuestión es ¿Quiero alimentarme solo de lechugas o quiero hacerlo de algo más completo como papas, zanahorias y otros? En ocasiones es mejor trabajar en el huerto que ya tenemos en lugar de arrancar los frutos que tenemos una y otra vez. Si nos quedamos en nuestro huerto podremos darnos cuenta de sus imperfecciones como que hay una plaga que no deja crecer correctamente, que las plantas que necesitan sombra no les llega o que el agua queda a una larga distancia. Puede parecer que algunas plantas tarden demasiado en brotar o que la que cuido con mucho esmero, se marchita. Nuestra mente nos dice que deberíamos tener otro lugar mejor para plantar, que nunca habrá brotes o que no vale la pena continuar.”

“La cuestión es, ¿podemos continuar regando, cuidar y plantar, aún con estos pensamientos y sentimientos? Es decir, pensemos en los jardines más hermosos y grandes que conozcan o puedan imaginar. El trabajo de esos jardines probablemente tomó un gran tiempo e incluso de la ayuda de más de una persona pero se hizo con cariño, esfuerzo y persistencia de todos. Además que el trabajo durante el año será diferente, algunos meses serán más duros o fáciles que otros. Nuestros valores y la dirección que pueden tomar requiere de cultivarlos, conocerlos y cuando florezcan, darles el mejor uso”.

## Anexo 15

*Tengo un secreto* adaptado de Hayes (2020)

### *Tengo un secreto*

**Psicólogo:** “Supongamos que hay algo que nos gusta hacer mucho y eso permite ayudar a otras personas que conocemos. Entonces nos llega la oportunidad de hacerlo más frecuentemente pero con la condición de que esas personas no van a saber que la acción fue hecha por mí, ellos se beneficiarán sin saber quien lo hizo. ¿Seguirías haciendo esto que te gusta ayudando a las personas que conoces aunque no sepan que fue gracias a tí o seguirías haciéndolo con menor frecuencia y que ellos sepan de tu ayuda?”

## Anexo 16

*Metáfora El punto en el horizonte y las olas* de Wilson y Luciano (2014)

### **Metáfora El punto en el horizonte y las olas**

**Psicólogo:** “Supongamos que la dirección de nuestras vidas es como estar en el mar nadando hacia un punto de la playa. Cada brazada que damos tiene una dirección pero el mar está picado y las brazadas pueden desviarse por las olas. Nos damos cuenta que perdemos de vista el lugar de playa a donde queríamos ir. Sin embargo, si nadamos fijando la vista a nuestro objetivo de la playa y tomando en cuenta el oleaje sin que nos dirija, podremos encaminarnos sin perder nuestro camino”.

## Anexo 17

### Lista de metas

<u>Metas</u>		
VALOR 1	VALOR 2	VALOR 3
<b>Metas a largo plazo</b>		
<b>Metas a corto plazo</b>		

## Anexo 18

*Pequeños cambios y la inclusión de nuevos hábitos en rutinas consolidadas*  
adaptado de Hayes (2020)

### **Pequeños cambios y la inclusión de nuevos hábitos en rutinas consolidadas**

**Psicólogo:** “A veces sin percatarnos caemos en algunos hábitos que nos llevan a una rutina. En diferentes ámbitos de nuestra vida pueden aparecer esos hábitos que claramente no cambian de un día a otro pero pueden entorpecer el camino a nuestras metas de corto y largo plazo. La cuestión es ¿los pequeños cambios pueden llevarme a cumplir mis metas y objetivos de vida? Claro que sí pueden.”

“Contemplemos estos cambios sencillos y rápidos que pueden realizarse incluso hoy mismo. Observen sus dos hojas en las que tienen seleccionados sus valores y metas personales. Ya tienen el mapa y la brújula para orientarse, ahora se trata de comenzar a moverse hacia el objetivo. ¿Pero cuáles son esos cambios?”

“Pongamos un ejemplo. Entre mis metas a corto plazo tengo sentirme en paz conmigo y mis seres queridos. Mientras que en mis valores relevantes se encuentra familia y amistad. Por lo tanto, me doy cuenta que desde mi pérdida y duelo he dejado de convivir plenamente con mi familia. Si me guío por mis valores y metas, mis acciones pueden comenzar hoy mismo abrazando a alguien en casa, hacer una llamada para salir a comer o idear un plan para pasar tiempo con ellos.”

Es importante comprender que hay excepciones a estas reglas. No podremos saltar un barranco en dos pequeños saltos. Es lo mismo cuando alguien quiere dejar el cigarro, comienza fumarse un cigarro menos en el día hasta que en algún momento deja su vicio. O si quiero adelgazar y en me como 3 chocolates diarios puedo cambiar mi hábito a comer 1 chocolate y un plátano que es más saludable. Lo importante es comenzar a avanzar con estos pequeños cambios en acciones y hábitos que en diferentes niveles nos llevarán al progreso”.