



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA
Sistema de Universidad Abierta y Educación a Distancia

Manuscrito Recepcional
Programa de Profundización en Psicología Clínica

Duelo por la Muerte de un Hijo: un estudio de caso

Estudio de caso único no probabilístico
intencional descriptivo

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A:

Mercedes Alejandra Navarro Huerta

Director: Lic. Marco Antonio Flores Mondragón

Vocal: Dra. Argelia Gómez Avila

Secretaria: Mtra. Lizbeth Escobedo Pedraza



Los Reyes Iztacala Tlalnepantla, Estado de México, a 6 de diciembre de 2019



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.

Índice

RESUMEN	3
ABSTRAC.....	4
INTRODUCCIÓN	4
ANTECEDENTES	5
<i>Prevalencia</i>	11
<i>Etiología</i>	12
<i>Estudios previos</i>	12
MARCO TEÓRICO	16
<i>Teoría psicoanalítica</i>	19
<i>Teoría de la vinculación</i>	19
<i>Perspectiva de creencias nucleares</i>	20
<i>Teoría cognitiva del estrés</i>	21
<i>Modelos de afrontamiento</i>	22
MODELOS ESPECÍFICOS DE DUELO.....	23
<i>Modelo dinámico de fases y tareas</i>	23
<i>Modelo del Proceso Dual de Afrontamiento de Stroebe y Schut (1999)</i>	24
<i>La teoría de la vinculación de Bowlby</i>	24
<i>El crecimiento postraumático</i>	24
<i>Modelo Integrativo de Afrontamiento</i>	25
<i>La Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT)</i>	25
<i>La terapia cognitiva basada en el mindfulness</i>	26
JUSTIFICACIÓN.....	26
MÉTODO	28
a) Escenario.....	28
b) Nombre del caso	28
c) Identificación del paciente	29
d) Análisis del motivo de la consulta	29
e) Historia del problema	30
f) Consideraciones éticas	32
g) Análisis funcional y descripción de las conductas problema	32
h) Establecimiento de las metas del tratamiento.....	32
i) Objetivos terapéuticos.....	32
j) Selección del tratamiento más adecuado	33
j) Selección y aplicación de las técnicas de evaluación y resultados obtenidos antes del tratamiento.....	34
k) Tratamiento	35
Desarrollo del tratamiento	36
l) Evaluación de la eficacia del tratamiento.....	36
m) Seguimiento (especificar si se realizó y en qué periodos)	38
n) Observaciones.....	38
CONCLUSIONES	38
REFERENCIAS	42
ANEXOS.....	45
<i>Anexo 1. Entrevista (Nadeau)</i>	45
<i>Anexo 2. Ejercicio de mindfulness/ Observación del flujo de la experiencia privada</i>	47
<i>Anexo 3. Ejercicio ¿Qué dijo la mente? ¿Qué observaste tú?</i>	48
<i>Anexo 4. Consentimiento informado</i>	49

Duelo por la muerte de un hijo: un estudio de caso

El temor a la muerte, señores, no es más que pensar que uno es sabio cuando no lo es; quien teme a la muerte se imagina conocer algo que no conoce. Nadie puede decir que la muerte no resulte ser una de las mayores bendiciones para un ser humano; y sin embargo, los hombres la temen como si supieran que es el mayor de los males.

Sócrates

Resumen

El objetivo del presente estudio fue comprender la interiorización de la experiencia de pérdida y de duelo materno, se recurrió al estudio de caso único con duración de 25 sesiones. Se utilizó un acompañamiento de tipo comprensivo y de escucha, directivo y prescriptivo. El trabajo terapéutico se basó en el Modelo Integrativo Relacional, en combinación con la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) y Mindfulness como terapia de tercera generación. La articulación de las estrategias terapéuticas cumplió el cometido de redundar y fortalecer el proceso de interiorización, elaboración y de manejo del duelo durante el proceso de intervención. Actualmente la paciente se encuentra en la fase de Conexión-Integración, la que ha dado cabida a la incorporación y conciencia de pérdida y ausencia de un hijo. Se pone en evidencia que una intervención inmediata y temprana una vez sucedida la pérdida, permite identificar y reconocer la adaptación a una realidad en su propia comprensión en tiempo y espacio. La paciente continúa en la fase de Crecimiento y Transformación, por lo tanto el caso aún continúa en resolución.

Palabras clave: Pérdida, Duelo, Maternal, Terapia Psicológica.

Abstrac

The aim of this survey was understand the inside experience of loss and maternal grief, the single case study with duration of 25 sessions was used. A comprehensive and listening, directive and prescriptive accompaniment were used. The therapeutic strategies were based on the Relational Integrative Model, in combination with Acceptance and Commitment Therapy (ACT) and Mindfulness as a third generation therapy. The joint of therapeutic strategies race the task of strengthening the inside processes, elaboration and management of grief during the intervention processes. Currently, the patient is in the Connection-Integrative phase, which has allowed her incorporate and do awareness of loss and absence of a child. It is evident that an immediately and early intervention, once the loss has occurred, allows us to identify and recognize the adaptation to her own reality understanding in time and space. The patient continues in the Grow and Transformation phase, therefore the case is still going on resolution.

Keywords: Loss, Grief, Maternal, Psychological Therapy

Introducción

El duelo es un fenómeno que atañe a todas las personas que sufren algún tipo de pérdida, se comprende a partir de la necesidad humana por relacionarse y vincularse con otros; los vínculos van construyendo lazos sociales que se quebrantan ante la muerte, generando estados afectivos de gran intensidad (Cabodevilla, 2007). Ahora bien, el duelo por la muerte de un hijo es un evento que genera profunda tristeza, el dolor que experimentan los padres es indescriptible, es una soledad que sobrepasa al ser humano. Duele el pasado, el presente y especialmente el futuro. Como negación de la vida, la muerte es algo que nos impacta directamente, por la simple razón que representa el final de la existencia. La modernidad ha excluido la muerte como esa característica esencial al hombre, por tanto, la muerte viene cargada de mucha angustia, con dificultades en la manera de aceptarla y de manejar el duelo. Además de que es un gran misterio que muchos científicos han tratado de explicar y aún hay muchas preguntas sin respuesta. Es una expresión compleja que implica el hecho biológico, matices sociales y

religiosos. Son diversas las maneras como se ha vivido la experiencia de muerte y duelo. Como fenómeno la muerte se convierte en un catalizador para la construcción de marcos culturales de significados que unen a los miembros de las sociedades a través de generaciones. Por su parte, la resolución del duelo está influenciada por la cultura, las manifestaciones en los rituales y las costumbres brindan un sentido de rutina y normalidad, que ayuda a estructurar el momento que rodea a la muerte, además de indicar el rol de las personas para este momento. Malishev (2003), expone que existen múltiples formas de vivenciar e interpretar la muerte y de concebir la vida, desde perspectivas filosóficas, espirituales, y científicas como lo es la psicología clínica. De tal forma que el proceso de duelo, se convierte en un importante reto que exige a la psicología herramientas eficaces para su comprensión y elaboración.

En el presente trabajo se pretende realizar un acercamiento a las diferentes teorías que sustentan los modelos de atención al duelo, entre las que destaca la eficacia de la teoría cognitivo basada en Mindfulness, la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT), y el Modelo Integrativo de Afrontamiento aplicados en un caso de duelo por la pérdida de un hijo.

Antecedentes

Si bien es cierto que en toda la historia de la humanidad la sociedad ha querido comprender el fenómeno de la muerte de distintas formas en busca de un significado, llegado ese momento sólo somos espectadores, pues la muerte es una experiencia intransferible, las personas mueren por diferentes enfermedades, en diferentes circunstancias y ámbitos culturales, con diferentes niveles de conciencia y diferentes percepciones de lo que es la muerte. La relación que cada uno establece con la muerte se forja en un plano más íntimo, a través de la conciencia personal, matizada por la época, las creencias y los acontecimientos, de modo que cada cual vuelve la vista a estos elementos para buscar un sentido a su propia muerte (Hernández, A., 2006). La muerte según Bacci (2010, p.1), “es un concepto construido cultural y socialmente”. Esto hace referencia a la existencia del duelo y el luto en las diferentes culturas, lo que permite que las personas puedan elaborar

su propia muerte, y también la de los demás miembros de la sociedad. De acuerdo con Cabodevilla (2007), el modo de comprender el proceso de duelo está ligado a las formas en que se maneja la muerte en la cultura a la cual se pertenece, adaptándose a sus cambios constantes.

Culturalmente las actitudes y comportamientos del hombre ante la muerte son aprendidos de la sociedad; dichas costumbres han variado a través de las épocas, a veces la muerte es vista como un hecho natural e inevitable, otras como un enemigo al que hay que conquistar. En consecuencia, la cultura moldea nuestras experiencias de pérdida y los rituales que la rodean. En este sentido, se han creado complejos sistemas simbólicos llamados ritos funerarios en la búsqueda de la trascendencia para la persona y la sociedad, los cuales constituyen un hecho con profunda significación que define la naturaleza de una organización dada con importantes funciones psicológicas, sociológicas y simbólicas para sus miembros. De acuerdo con Hernández (2006), las funciones sociológicas de los rituales funerarios tienen que ver con los lazos de solidaridad establecidos con los deudos del difunto y sus allegados, los que permiten estrechar lazos de fraternidad y apoyo. Las funciones simbólicas, son la escenificación del mito con un rito; se supone que si se lleva a cabo de la manera correcta, y de acuerdo con la creencia de quien los practica, se puede lograr la trascendencia de una vida terrena a una vida divina, promover el descanso del alma del fallecido, facilitar la reencarnación del difunto y como función psicológica mitigar el dolor de los deudos. En conclusión, el culto que se le rinde a la muerte refleja las tradiciones, creencias y costumbres funerarias que han demarcado el desarrollo de la humanidad. Encinas, G. (2009), refiere que gran parte de lo que se conoce de las culturas más antiguas como la egipcia, la china, la mesoamericana, la inca, la maya, etc. se debe al estudio de los muertos, ya que el ser humano ha ido dejando evidencias de sus ritos mortuorios, técnicas de enterramientos y ofrendas. Los primeros indicios arqueológicos de sepultura y sus rituales se encuentran en Europa y Asia, los cuales son del periodo paleolítico medio, en donde el hombre de Neanderthal, considerado el primer ser humano, desarrolló una vida espiritual con una creencia del más allá, como lo demuestra su práctica de enterrar a los muertos; en sus sepulturas se hallaron objetos que hacen

suponer su creencia en una supervivencia en la cual necesitaban alimentos y utensilios. La actitud del hombre de esta época refleja la conciencia de la muerte y la necesidad de crear una ritualización propia de nuestra especie. Vale la pena decir que el duelo tiene una dimensión espiritual que permite a los dolientes abrir su corazón a la esperanza de un reencuentro, lo que es una dimensión fundamental para la elaboración del duelo. Con el tiempo, y durante la Edad Media, la muerte se convirtió en una experiencia meditativa de introspección, en la que la vida era la preparación para la eternidad. Actualmente se sigue considerando como una intervención deliberada de Dios, dramatizada en el momento de la agonía, en la que se libraré una lucha entre ángeles y demonios para disputarse el alma del que va a morir. Entre las investigaciones realizadas sobre el modo en que el hombre ha manejado el tema de la muerte en las diferentes épocas, destaca la de Ariés (2011), este autor hace un recorrido desde el siglo VI hasta el siglo XII; época a la que denomina como muerte domada o domesticada, pues la muerte de las personas se producía en la casa, en su cama, junto a su familia, y el moribundo podía disponer de los preparativos de su funeral, además de que hacía saber a la familia su última voluntad. Las ceremonias que se realizaban eran públicas, donde el moribundo recibía en su lecho tanto a amigos, como a familiares, todo basado en la aceptación de la muerte. En efecto, dichas costumbres permitían a las personas más allegadas al fallecido atravesar todo un proceso de duelo en el cual se manifestaban todos los mecanismos de defensa, hasta llegar a la aceptación de este acontecimiento. En el siglo XII hasta finales del siglo XVI, comienza la preocupación por la propia muerte debido a la dominación de las concepciones religiosas que referían que al morir habría que enfrentar un juicio final. Al llegar el siglo XVII, con esta misma influencia se intenta redimir de los pecados y de las tentaciones terrenales al hombre, dando paso a lo religioso con las ceremonias y los rituales, donde el que muere ya no se expone en el seno familiar, sino que se realizan rituales y ceremonias fuera de casa debido a la descomposición del cuerpo. Posteriormente, en el siglo XVIII durante el Romanticismo, la visión de la muerte era dramática, se exaltaban las pasiones violentas y emociones desbordadas, aparecieron escenas de dolor frente a la muerte del ser amado. La muerte deja de asociarse solamente al ámbito religioso,

para convertirse en un asunto médico. Para el siglo XIX, los avances de la medicina sobre la salud y la enfermedad, permiten curar enfermedades que antes destruían poblaciones enteras, en consecuencia entra la regulación médica sobre la vida y la muerte, originándose el modelo médico hegemónico de la sociedad occidental (Bacci, 2010, p.3). Los cambios que trajo ésta época, modificaron la relación con la muerte. No obstante, a finales de este siglo, lo más común era que las personas muriesen en sus hogares, teniendo con ello la oportunidad de contemplar la muerte como algo natural. Después de las dos guerras mundiales, la muerte fue confinada a los hospitales e instituciones de salud con el afán de ocultarla, así el enfermo moría alejado de su familia y de su entorno. Los rituales se cargan de emotividad, llanto y dolor, se generan conflictos que no permiten aceptar la muerte por parte de los deudos. Para el siglo XX, la muerte comienza a ser ocultada, se rechaza, quitando al moribundo el lugar que había tenido en siglos anteriores, donde sabía de su muerte y se preparaba para su fin, y si la muerte llegaba sin previo aviso, se consideraba un mal augurio. En los rituales se dejó de involucrar a la colectividad y a la familia dando lugar a una vida mucho más individual, en la que predomina el silencio, en donde es mejor que las personas que van a morir no lo sepan y se les oculte el desenlace (Loarche, G., y Paiva, B., 2015).

Aunque no existe una forma correcta de atravesar el duelo, los ritos funerarios en cualquier época y cultura son para preservar la memoria de los muertos a lo largo del tiempo. Los rituales de luto de una cultura pueden parecer extraños para otra, de hecho puede resultar difícil saber cómo ser delicado con una persona en duelo de otro origen cultural. Por ejemplo, en los pueblos de la América prehispánica se concebía la muerte como parte del proceso de un ciclo constante expresado en sus mitos y leyendas, siendo el punto central de la inmortalidad. En México, según Padrón (2016) el culto a la muerte existe desde hace tres mil años, en aquel entonces los pobladores de lo que hoy es la República Mexicana concebían a la muerte como algo necesario y que le ocurre a todos los seres en la naturaleza, como son la noche y el día, la época de secas y lluvias eran el equivalente a la vida y la muerte. Comenzaron a representar la vida y la muerte en figuras humanas descarnadas por la mitad, simbolizando la dualidad de lo vivo y lo muerto, lo que

llevamos dentro y fuera, la luna y el sol. Se puede decir que fue el inicio del culto a la muerte que se extiende por todos los rincones del México antiguo en diferentes culturas como los mayas, zapotecos, mixtecos, totonacas y otras más. Basado en documentos en náhuatl, Johansson (2012) describe como las viudas de los guerreros muertos salían con las mantas de sus maridos a los hombros, los ceñidores y bragueros rodeados al cuello con los cabellos sueltos, y al son de los cantos mortuorios, unas daban palmadas inclinadas hacia la tierra para llorar amargamente, y otras danzaban inclinadas hacia atrás; en este contexto, el pulque ayudaba a obnubilar la mente y a drenar el dolor hacía la dimensión somática del ser. Los mayas asociaron la muerte con el inframundo, el caos, la oscuridad y la destrucción, mientras que la vida se vinculaba al cielo, al orden, la luz, el sol, la creación y la racionalidad. Creían en la inmortalidad del espíritu, y las ceremonias mortuorias ayudaban a la persona en el último gran cambio de su vida. El destino en el más allá dependía de la manera en que había sido la muerte y no de la conducta moral en la existencia corpórea. El profundo interés que tuvieron por la muerte se refleja en los códices, esculturas, motivos ornamentales, esqueletos, cráneos, huesos humanos. Rendían culto a sus muertos ofreciendo mazorcas, flores y encendían copal para aromatizar el ambiente, posteriormente depositaban las cenizas en una figura de barro. Así pues, en cada cultura la muerte está asociada con diferentes rituales para ayudar a las personas en el proceso de duelo. La mezcla entre costumbres españolas e indígenas dio origen a lo que actualmente se conoce como día de muertos. Para los mexicanos, la muerte es una expresión de identidad, este imaginario de la muerte ha cambiado de lo sagrado en los tiempos antiguos a la fusión de las distintas doctrinas con lo festivo del presente; sin embargo, no se puede afirmar que el mexicano se ría de la muerte, más bien es un proceso dual que da cabida a la ironía y a un proceso de duelo muy particular que tiene sus pros y sus contras. En esta tradición el mexicano se ríe de la muerte para no llorar de la vida, de sí mismo y de su destino final que es la muerte. Las calaveras tienen un carácter fraterno y se pueden dirigir a amigos destacando sus virtudes, son una tradición de la celebración del día de muertos, que se arraigó con gran éxito a finales del siglo XIX junto con la representación literaria de Don Juan Tenorio, de

José Zorrilla, que representa la visión picaresca de la vida mexicana, en la que se permite pecar y arrepentirse en el último instante de la vida para conseguir el perdón divino, es una crítica social a los personajes de mayor reputación de cada época. De hecho, la celebración de muertos no tiene un carácter homogéneo, sino que se va transformando y adaptando según el pueblo indígena o grupo social que la realice, sin embargo, todas ellas convergen en representar la bienvenida y despedida de las ánimas, la colocación de ofrendas para los muertos, el arreglo de las tumbas, la velación en el cementerio y la celebración de oficios religiosos (Zarauz, 2016). La realidad es que la muerte no está olvidada, paralelamente a todas estas costumbres se acentúa un miedo irracional a morir por los fenómenos que vive el mexicano en la actualidad: delincuencia, catástrofes naturales, brotes epidemiológicos y conductas que tienden a la autodestrucción. Vemos su presencia en los medios de comunicación de diferentes maneras. La cultura de la muerte puede llegar a viciarse al ir más allá del respeto y del cuidado del cadáver, por la manera de procesar el duelo, hasta el extremo de llevar a una desvinculación completa del acto fúnebre y no necesitar la mediación del cadáver. Se trivializa con la intención de quitarle lo trágico como una falsa sensación de inmortalidad. En palabras de Patlán (2010), la consecuencia de estas formas de visualizar a la muerte pueden obstaculizar la aceptación en el momento que se pierde a un ser querido, por tener la creencia vehemente de que aún no ha muerto, y por consecuencia, prolongar el proceso de duelo. Esto se refleja en la nula superación de algunos sentimientos negativos derivados del mismo proceso, como son la negación, la ira y la tristeza, postergando así la fase de resolución y aceptación. La muerte y el duelo siguen siendo tema de estudio en las diferentes áreas científicas. La vida después de la vida, es el fundamento de la mayoría de las religiones, incluso de las sociedades modernas y más avanzadas tecnológicamente. Ariés (2011) refiere que la hipermodernidad ha excluido la muerte, por tanto, ahora viene cargada de mucha angustia y origina que se presenten dificultades en la forma de manejarla, tanto en la aceptación de la propia muerte como en la de los seres queridos, llegando a la negación. Esta exclusión de la muerte, trasladó al moribundo hacia la institución hospitalaria, donde a base de tratamientos médicos y cuidados paliativos

se trata de evitar la muerte para prolongar la vida, si es posible. El hecho es que como sociedad, la fobia a la muerte nos impide prepararnos para cuando llegue el momento final, porque lo único irónico es ver a la muerte como una posibilidad real, pero hacemos todo por evitar pensarla, por el pánico que nos causa. Las expresiones públicas de dolor por parte de los deudos no son bien vistas, por lo que se transita el duelo en solitario y se vuelve un proceso doloroso. Al respecto, Bacci (2010) plantea la necesidad de las personas que inician el duelo, de recurrir a la asistencia médica y psicológica para lidiar con dicho proceso.

Prevalencia

Según un informe de la OMS, más de 3000 adolescentes entre 10 y 19 años mueren cada día. Totalizando 1.2 millones de muertes al año, por causas en gran medida prevenibles. En 2015, más de dos tercios de estas muertes ocurrieron en países de bajos y medianos ingresos en África y el sudoeste asiático. Las lesiones causadas por el tránsito, las infecciones de las vías respiratorias inferiores y el suicidio, son las principales causas de muerte entre los adolescentes (OMS, 2017).

En México la muerte de personas antes de los 40 años de edad, probablemente se deba a una lesión más que a una enfermedad. Las lesiones accidentales constituyen una de las primeras causas de muerte entre la población joven de México. El término accidente ya no se considera como algo que sucede de manera fortuita y fuera de control que se presenta de manera súbita e imprevisible, para definirse como lesión no intencional. En este nuevo concepto subyace la característica de ser un evento previsible y prevenible; lo que es preocupante por sus repercusiones que rebasan el ámbito de la salud y calidad de vida de los individuos, ya que representan una carga importante en la morbilidad y mortalidad para los sistemas de salud de México (CONACYT, 2014).

El INEGI (Agosto, 2017) reportó que de acuerdo con las estadísticas de defunciones, se registraron 80,400 defunciones por causas externas, las ocasionadas por presunto accidente representaron el 45% (36 215). Sin embargo

este estudio de mortalidad para el año 2017 requiere la consideración de las defunciones ocurridas. El denominador de la tasa corresponde a las proyecciones de población 2016-2050 de CONAPO. En 2015, reporta que murieron 34 mil 060 adolescentes y jóvenes entre 15 y 29 años de edad, lo que representa 5.2% de las muertes totales. De las cuales el 15.8% se debe a causas externas. Se consideran causas externas aquellas que derivado de una lesión originan la muerte. Se componen esencialmente de homicidios, suicidios y accidentes.

Etiología

La muerte es un acontecimiento universal, presente en la evolución histórica y al mismo tiempo es única, personal e ineludible (Suárez, A.M. 2016). Es una fuente primordial de angustia, sobre todo cuando se relaciona con la muerte de un ser querido, más aún por la muerte de un hijo, pero también puede ser una oportunidad de crecimiento. Los padres no están preparados para contradecir la ley natural según la cual un hijo entierra a sus progenitores y no los progenitores a su hijo. Es por ello que las ideas en relación a la muerte y la vida, son conceptos que se van elaborando y reelaborando a lo largo del ciclo vital. Es un evento que cambia los principios habituales de la experiencia humana. Se observa la propia existencia y sus afectos con otra mirada, se trata de rescatar los pequeños momentos y ratos agradables que construyen nuestro caminar y que se han ido diluyendo en el devenir apresurado o en las dificultades cotidianas.

Estudios previos

En Estados Unidos, Brice (1991), realizó un estudio sobre la fenomenología del dolor materno, el autor concluye que la característica esencial de dicho dolor es ser una experiencia conflictiva, ambigua y paradójica. La madre experimenta un dolor intenso y profundamente desorientador, ya que la ley natural “supone” que los hijos no deberían morir antes que los padres. Esto coloca a la madre en una paradoja dolorosa y estresante, puesto que deben lidiar con el dolor y su necesidad inherente de vivir sus vidas de la manera más plena posible.

Roitman, Armus y Swarc (2002), señalan que el duelo por muerte de un hijo es un duelo diferente con características específicas, y un después en la vida de los progenitores. Constituye un acontecimiento insoslayable, en el que surgen sentimientos de culpa, la duración del proceso es más prolongada, “dolor puntual” (p.4) como aquel dolor intenso que aparece frente al recuerdo del hijo que ya no está, y el carácter de insustituible que toma el objeto. No obstante, los autores señalan que la muerte de un hijo no tiene diferencias con respecto al dolor en relación a otros duelos.

Díaz y Rolla (2006) investigaron los procesos de elaboración de duelos en madres que han perdido hijos de manera inesperada. Las autoras encontraron elementos comunes entre los diferentes procesos de duelo, a saber: sentimientos de culpa al sentir que no cumplieron con su principal función como protectoras, el hijo es idealizado a través del discurso donde encuentra consuelo, y la imperiosa necesidad de compartir su dolorosa experiencia con semejantes, puesto que la pérdida de un hijo hiere su propio narcisismo.

García (2010), investigó lo que significa para los padres perder un hijo. El autor concluye que el duelo se manifiesta con un desorden muy evidente cargado de preguntas y un discurso en ocasiones incoherente y desorganizado, en el que hay ideas recurrentes sobre el acontecimiento con una sensación de vacío que se experimenta a nivel físico, psicológico y social (p.328). Asimismo, menciona que existen diferencias en la manera de elaborar el duelo por parte de los padres y madres; en este sentido, las madres hablan con frecuencia, reflexionan y lloran más en comparación con los padres, quienes se mantienen en silencio y orientados a eliminar la nostalgia. Al respecto Revelant (2012), menciona que la diferencia en vivir la experiencia del duelo, se debe a que los padres tenían una relación distinta con su hijo y a sus diferentes estilos de afrontamiento. La misma autora define que el duelo de una madre que perdió a su hijo de manera abrupta, retrasa la elaboración del proceso de duelo, que constituye otra característica, que puede deberse a lo inimaginable, impensable y antinatural de este tipo de pérdidas. Al respecto, señala

que las madres describen el dolor que ocasiona la muerte de un hijo, como un dolor desgarrador que oprime el pecho, un dolor intenso que siempre estará presente y deberán aprender a convivir con él.

De acuerdo con O'Connor, N. (2012), la muerte de una persona significativa, es de las pérdidas más importantes que se pueden experimentar. Toda pérdida va acompañada de su propio dolor manifestado por diferentes expresiones de duelo, representadas en nuestras relaciones, en la vida social y cultural, por consiguiente en el lenguaje y el cerebro humano, como procesos adaptativos de la persona. Ya sea para protegerse de ella, comunicarla o poder evitar el futuro. Por tanto, el duelo, el luto y los sentimientos provocados por este, tienen su raíz social y biológica matizada por las vivencias, expresiones y términos específicos (Tizón, J.L., 2004).

Para Echeburúa (2004) el duelo es el conjunto de reacciones físicas, emocionales y sociales producidas por la pérdida afectiva al morir un ser querido. Se puede oscilar de un sentimiento transitorio de tristeza hasta una desolación completa, que en los casos más graves puede durar años, incluso toda la vida. La intensidad de las emociones, la duración del proceso y la resolución o no del mismo va a depender de múltiples factores como son el vínculo y valoración de las amenazas que supone la pérdida, los recursos propios, ambientales y de apoyo psicosocial que posea la persona para afrontarla. De modo que la evolución del proceso, aún cuando pueda seguir en muchos casos pautas más o menos previsibles, será siempre idiosincrático y personal.

Acinas (2012) menciona que las muertes súbitas inesperadas e inoportunas, son algunos de los factores de vulnerabilidad para padecer un duelo patológico o complicado. De acuerdo con De Miguel y López (2007) la muerte súbita de un hijo, es un predictor de duelo patológico, razón por la cual es importante recibir una intervención temprana para evitar un posible duelo no resuelto. Dada la vulnerabilidad de las circunstancias, se torna en una experiencia mucho más compleja, que en algunos casos impide sobreponerse al intenso dolor, y reorganizar

la vida a pesar del tiempo transcurrido hasta llegar a desarrollar problemas de salud y psicológicos como la depresión, ansiedad, en ocasiones abuso de alcohol y en casos extremos desórdenes psiquiátricos (Payás, 2010). En consecuencia el duelo después de la muerte de un hijo es un tipo de duelo “especial”, más prolongado y una de las pérdidas con la que es más difícil lidiar. Como es sabido no existe nominación alguna para quien ha sobrevivido a un hijo. La escritora colombiana Bella Ventura, alude a un término de invención propia “Alma mocha”, para describir la condición humana de un ser que pierde a su hijo. Es un acontecimiento ineludible que marca un antes y un después en la vida de los padres. La muerte de un hijo produce una infranqueable ruptura de la idea de inmortalidad del yo y de la continuidad generacional. La extensión de este duelo está en relación con el componente narcisista que representa el hijo, además de las diferencias con otro tipo de duelos. No se puede aceptar la paternidad como algo efímero, y asumir la destitución de ser padre de ese hijo. Es una pérdida que sacude esta identificación, manifestada con angustias de desintegración que deja un vacío enorme en los padres. Sin embargo, es un duelo que no impide vivir, ni es constante, y su intensidad disminuye con el tiempo con la particularidad de que cuando el recuerdo surge, rápidamente se vuelve más doloroso y para algunos se puede llegar a complicar dañando seriamente su salud e integridad como persona que sufre.

El punto más espinoso del sistema narcisista, es la inmortalidad de yo que la fuerza de la realidad asedia duramente, ha ganado seguridad refugiándose en el niño. El conmovedor amor parental, tan infantil en el fondo, no es otra cosa que el narcisismo redivivo de los padres, que en su transmutación al amor del objeto revela inequívoca su prístina naturaleza (Freud, 1914, p.88).

Marco Teórico

El duelo ha sido tema de interés en la literatura científica desde hace varias décadas, describiendo cuadros físicos con somatizaciones, infecciones, diferentes enfermedades y mayor riesgo de muerte, como sintomatología asociada a duelos difíciles (Genovre, 2004). Las personas afectadas acuden con mayor frecuencia al médico de atención primaria para ser derivadas al servicio de salud mental, y presentan tanto mayor consumo de medicación, como índice de hospitalización y bajas laborales (López, Ela, Bartolome, Gómez y García-García, 2001). Cuando estos síntomas de malestar psicológico derivan en una incapacidad para las relaciones y para la vida, se habla de un duelo complicado o patológico (Payàs, 2010, p. 20).

La palabra “duelo” viene del latín “dolus” que significa dolor y de “duellum” que significa reto o desafío. El duelo se describe como un proceso psicológico que se produce por una pérdida significativa. Es una experiencia emocional humana universal, única y dolorosa, que puede delimitarse en el tiempo, presenta una evolución previsiblemente favorable y requiere la necesidad de adaptación a la nueva situación. Su expresión incluye reacciones que acompañan a trastornos físicos, mentales o emocionales. En concreto pensamientos, sentimientos y conductas que son importantes considerar para atender un proceso psíquico (Barreto, De la Torre, y Pérez-Marín, 2012, p.356). Según Horowitz el duelo puede suponer una regresión intensa en donde la persona se percibe a sí misma como inadecuada, inútil, infantil o personalmente en quiebra (Horowitz, Siegel, Holen, Bonano, Milbrath, Stinson, 1997).

El duelo es un proceso dinámico y multidimensional, altera la percepción y la relación con el mundo externo relacionado con la pérdida; hay un cambio en la convivencia compartida y relacionada con los objetos del muerto, se va modificando con el tiempo a través de diferentes etapas. De acuerdo con Pérez Cuesta y Nicuesa (1999), el duelo es el proceso de asimilar una pérdida. Este proceso de duelo supone una reacción adaptativa ante la muerte de un ser querido, que obliga a la persona afectada a rehacer su vida desde una perspectiva diferente. Los recursos desplegados para superar el duelo constituyen un reflejo del instinto de

supervivencia para hacer frente a las dificultades de la vida. Sin embargo, cada ser humano reacciona de manera diferente ante una pérdida. Por lo que Bonanno y Kaltman (2001), afirman que siempre será diferente cada proceso de duelo (Echeburúa, Herrán, 2007).

Cuando al pasar el tiempo, las personas no logran redirigir su camino sin la persona fallecida, evitan la expresión de los sentimientos y los pensamientos que generan ansiedad de separación, amargura, quejas o sentimientos de culpa por lo ocurrido y relacionado con la muerte, es cuando pueden aparecer las complicaciones del duelo (Romero, 2013. p.382).

En el DSM IV el duelo por la muerte de un ser querido, no era diagnosticada trastorno depresivo mayor si los síntomas depresivos duraban menos de dos meses (Sarmiento, J (1995), esta exclusión se ha eliminado en el DSM V, primero para eliminar la idea de que el duelo solo dura dos meses, cuando la mayor parte de los profesionales reconoce que la duración suele ser de 1 a 2 años. Segundo, porque se reconoce que el duelo es un estresor psicosocial grave que puede precipitar un episodio depresivo mayor en un individuo vulnerable, por lo general poco tiempo después de la pérdida. La Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE)-10 emplea el código Z63.4 para referirse al duelo por la desaparición o fallecimiento de un miembro de la familia, menciona que los problemas relacionados con el grupo de apoyo y las relaciones familiares son los factores que influyen en el estado de salud y en el contacto con servicios de salud. En los Trastornos de Adaptación citados como (F43.2) se incluyen las reacciones de duelo de cualquier duración que se consideren anormales por sus manifestaciones o contenidos (Díaz, C. J., 2011).

El Trastorno de duelo complejo persistente, incluido en el DSM V. 309.80 (F43.8), se caracteriza por la pena intensa y persistente, y por reacciones de luto; se relaciona con traumas y factores de estrés específico. Esta categoría se aplica a presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno relacionado con traumas y factores de estrés que causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento, pero que no cumplen todos los criterios de ninguno de los trastornos de la categoría diagnóstica de los trastornos relacionados con traumas y

factores de estrés. Sin embargo, la comunidad científica se resiste a adoptar el término de Trastorno de duelo complicado persistente, debido a la falta de evidencia empírica que demuestre la validez de los criterios que lo definen, además de que la heterogeneidad de este constructo no coincide con los avances obtenidos en lo que conforma un duelo disfuncional (Boelen y Prigerson en Cruz, Reyes y Corona, 2017). El duelo sigue enmarcado dentro del código V62.82, como aquellos problemas adicionales que pueden ser objeto de atención clínica no atribuible a trastorno mental, que a su vez podría ocasionar síntomas similares a la depresión mayor, estrés postraumático, insomnio y anorexia; la evolución crónica implica grandes padecimientos y gastos sanitarios (Romero, 2013).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) incluye en la 11ª edición de la CIE-11 el trastorno por duelo prolongado en la categoría de trastornos asociados con el estrés (OMS, 2018). La CIE-11 define el trastorno por duelo prolongado como una perturbación en la cual, después de la muerte de la pareja, un progenitor, un hijo u otra persona cercana al doliente, se produce una respuesta de duelo persistente y generalizada, caracterizada por anhelo o preocupación persistente por el fallecido, acompañada de intenso dolor emocional (por ejemplo, culpa, tristeza, negación, ira, dificultad para aceptar la muerte, sensación de haber perdido una parte de sí mismo, incapacidad para experimentar un estado de ánimo positivo, entumecimiento emocional, dificultad para participar en cualquier tipo de actividades sociales o de otro índole). La respuesta de duelo ha persistido durante un periodo de tiempo anormalmente largo después de la pérdida (más de 6 meses como mínimo) y claramente excede las normas sociales, culturales o religiosas esperadas en el contexto del doliente. Las reacciones de duelo que han persistido durante periodos más largos dentro de un periodo normativo de duelo dado el contexto cultural y religioso de la persona, son considerados respuestas normales de duelos y no se les asigna un diagnóstico. La perturbación causa un deterioro significativo en el funcionamiento personal, familiar, educativo, social, ocupacional u otras áreas importantes (OMS, 2018).

Teoría psicoanalítica

Los estudios sobre el duelo parten de las aportaciones psicoanalíticas y en su evolución han incorporado numerosos aspectos. Freud (1917), considera que el duelo es cualquier proceso que implique la retirada gradual de la energía emocional del objeto amado perdido, lo que genera en la persona una experiencia de pérdida y reconfiguración de su realidad, cuya experiencia de dolor es proporcional a la importancia asignada al objeto. Para Freud (1967), los fenómenos fundamentales del duelo serían: a) un profundo y doloroso abatimiento, b) la retirada del interés por el mundo externo, c) la pérdida de la capacidad de amar, y d) la inhibición de toda actividad. La teoría psicoanalítica sobre el duelo, además de considerar la recuperación de la relación con el otro, incluye un tratamiento de reestructuración interna que tiene que ver con la pérdida de una parte de uno mismo. En consecuencia, no sólo se pierde la fuente de satisfacción de nuestras necesidades de seguridad o de afecto, sino también se estremece nuestro mundo interno de significados, pensamientos y esperanzas creados en sus aspectos nucleares a partir de la relación con esa persona significativa. El trabajo de duelo es completado cuando el individuo ha liberado emocionalmente la energía, siendo capaz de sentirse atraído por nuevas relaciones y poder así sustituir el objeto amado.

Teoría de la vinculación

Aporta tres grandes ideas elaboradas por Bowlby (1920): la protesta emocional, las reacciones emocionales y los estilos de vinculación. Sin la relación con los otros no hay capacidad de dar significado a la experiencia interna. En otra teoría explicativa del duelo, formulada por John Bowlby (1979-1988), integró conceptos analíticos y etológicos. Consideró el duelo como la extensión de una respuesta general a la separación. Aunque al inicio sus ideas enfatizaron el papel protector de un adulto, usualmente la madre para el niño de edad de dependencia, posteriormente amplió su teoría para incluir el mantenimiento de relaciones de refuerzo mutuo en la vida adulta. Según Bowlby, el duelo es una forma de ansiedad de separación en la edad adulta ante la ruptura irreversible de un vínculo. Para este autor el duelo en sujetos sanos, con frecuencia dura más del tiempo establecido y

muchas respuestas consideradas patológicas eran comunes en ellos. El modelo de funcionamiento interno que el niño ha construido y almacenado durante su desarrollo en la infancia, define la manera en que, como adulto, se percibirá a sí mismo y a los demás. De modo que condicionará su capacidad de relacionarse y de vincularse. La teoría de la vinculación relaciona las manifestaciones de duelo patológico con las experiencias infantiles del sujeto y con el patrón de vinculación con los padres. Para Bowlby la respuesta psicológica ante la separación está programada en una serie ordenada de reacciones fisiológicas. Propone cuatro fases del duelo a) aturdimiento, b) añoranza, búsqueda y enfado, c) desorganización y desesperanza y d) reorganización (Payàs, 2010). Mary Ainsworth, alumna de John Bowlby, describió cuatro modelos de vinculación, el estilo de vinculación segura, tiene un cuidador presente; estilo de vinculación insegura-ansiosa, en la que el cuidador no está presente física y emocionalmente, es inconsistente; estilo de vinculación insegura-evitativa, es el caso de padres deprimidos; estilo inseguro-desorganizado, se sugiere que las figuras parentales de estos niños han sufrido traumas (Main y Hesse, 1990). Los estilos de vinculación insegura-ansiosa se podían asociar a duelos crónicos, los estilos inseguro-evitativo podían derivar en duelos inhibidos o postergados. John Bowlby (1993), sugirió que los estilos de vinculación insegura-ansiosa se podían asociar a formas de duelo crónico, ofreciendo así un marco para la conceptualización del duelo complicado.

Perspectiva de creencias nucleares

La desarrolló Ronie Janoff-Bulman (como se citó en Payàs, 2010), esta autora describe que ante las posibles vivencias traumáticas, es crucial que la persona tenga la capacidad de otorgar significado a su experiencia de vida. Diferentes expertos en el tema, señalan la necesidad de una reconstrucción cognitiva, como el elemento más importante del proceso de recuperación del duelo. Así mismo, Parkes (1971, 1988) nombra transiciones psicosociales a la afectación de las creencias nucleares como resultado de la muerte de un ser querido. De acuerdo con Neymeyer (2000), la adaptación a la pérdida traumática, incluye un proceso de confrontación y exploración de las preocupaciones que permite construir nuevos

significados sobre la muerte de un ser querido. Si el doliente no puede explorar y articular de manera continua la reconstrucción de la historia de la relación con la persona fallecida, se habla de un proceso maladaptativo. El mismo autor, resalta la influencia que ejercen los factores personales, familiares y culturales en la reconstrucción. Siendo lo más importante, la manera activa en que se lleva el proceso de duelo.

Teoría cognitiva del estrés

Muchas de las respuestas que los dolientes expresan, especialmente en el momento posterior a la muerte, son similares a las respuestas de estrés postraumático, esto no quiere decir que sea un duelo complicado. Sin embargo, algunos autores establecen un paralelismo entre el síndrome de estrés postraumático y las respuestas ante situaciones de duelo, especialmente duelos patológicos. Se denomina trauma a los acontecimientos que amenazan la integridad psicológica o física de la persona que los vive, y responde de manera intensa de temor, ansiedad y desesperanza. El síndrome de estrés postraumático se acompaña por sentimientos de irritabilidad, pesadillas, imágenes invasivas que aparecen en la conciencia y provocan intensa angustia, predisposición a responder ante causas menores de manera reactiva de alarma, tristeza, irrealidad y sensaciones de extrañeza (Payàs, 2010).

Para poder formular un modelo de afrontamiento de situaciones traumáticas, Horowitz toma conceptos de la teoría cognitiva del estrés y le añade el control emocional. Pudiendo extender su propuesta a situaciones de duelo, como la muerte de un ser querido. Este acontecimiento llega en forma de mala noticia y la información debe ser procesada neurológicamente en el cerebro de la persona, pero a la vez es discordante con el esquema mental preexistente. Esta discrepancia entre el mapa cognitivo preexistente y la interpretación del evento, estimula emociones difíciles que pueden estar relacionadas con experiencias pasadas conscientes o inconsciente de la persona, entre estas el miedo, la culpa, la tristeza o la rabia. Según el autor, las emociones activan la atención hacia el problema para reconciliar dichas discrepancias (Horowitz, Znoj y Stinson, 1996). De esta manera, aporta el

modelo bifásico de afrontamiento y la categorización de los mecanismos de defensa. Al respecto, Horowitz sugiere que la persona desarrolla mecanismos de defensa que le ayudan a controlar las emociones y procesar la información. Clasifica los mecanismos de defensa en a) mecanismos de inhibición del contenido, b) mecanismos de inhibición del tópico, c) alteración de los esquemas personales (Payàs, 2010).

Modelos de afrontamiento

El repertorio de actuaciones o pensamientos que las personas emplean ante las demandas externas o internas estresantes se conoce como afrontamientos. Los modelos teóricos ayudan a entender la evolución del proceso del duelo al considerar la valoración que la persona afectada hace del evento y su capacidad de respuesta. En 1986 Lazarus y Folkman, sugieren que la capacidad de afrontamiento depende de factores personales y situacionales, que actúan como mediadores ante el trauma, son procesos activos que cambian constantemente e influyen en la manera de elaborar el duelo. Por su parte Rudolf, Moss y Shaefer (1986) distinguen varios tipos de respuestas de afrontamiento a) encaminadas a la valoración o cognitivas, b) encaminadas a la resolución de problemas o conductuales y c) centradas en las emociones. De acuerdo con Folkman en 2001, los afrontamientos no se dan de manera tan secuenciada en la realidad, por lo que sugiere que la dinámica cambiante de estos sigue un orden y unas relaciones causa-efecto que podrían ser medibles. Así mismo, añadió el efecto positivo de las emociones en los procesos de afrontamiento, debido a que durante la valoración de los procesos se renuevan los esfuerzos para manejar la situación estresante al focalizarse en recuerdos positivos de la persona fallecida (Payàs, 2010).

La psicoterapia de duelo puede ser un medio eficaz de ayuda al doliente aún cuando no sea un duelo complicado o patológico, ya que los diferentes escenarios en los que se suscita la muerte pueden generar duelos distorsionados o problemáticos que no siempre se detectan fácilmente (Payàs, 2010). Una intervención terapéutica puede ser cualquier tratamiento basado en la relación de al

menos dos personas, en la que una realiza algún tipo de acción discursiva sobre la otra. Fundamentada en una teoría científica sobre el funcionamiento y cambio psicológico de las personas, con una serie de técnicas que promuevan una mejora en las condiciones que generaron el motivo de consulta del paciente (Benito, 2008). Son varios los modelos que describen la eficacia y estabilidad de los cambios que se logran en psicoterapia, todos pueden ser igual de eficaces. De acuerdo con Worden, la psicoterapia se debe aplicar en los casos que a) el duelo se manifiesta como un duelo prolongado, b) el duelo se manifieste con algún síntoma somático o conductual enmascarado, y c) el duelo se manifiesta con una reacción exagerada.

Vale la pena decir que el duelo es un proceso, no un estado, la situación y manifestaciones de la persona que lo atraviesa cambian a lo largo del mismo. Se trata de un proceso en el que la persona está activamente implicada, realizando una serie de tareas necesarias para lograr esa adaptación, no es un cuadro en el que la persona sufra pasivamente. Actualmente existe una tendencia a la integración de diferentes modelos o técnicas que permiten la resolución de problemas. De las diferentes teorías expuestas anteriormente es preciso destacar los principales postulados sobre los procesos o etapas que se experimentan al momento de vivenciar una pérdida.

Modelos específicos de duelo

Modelo dinámico de fases y tareas

Se basa en la perspectiva psicoanalista de Sigmund Freud (1948, 1953) sobre la necesidad de realizar un trabajo psíquico en el que se confrontan pensamientos y sentimientos relacionados con la pérdida para desvincularse del fallecido. Bowlby (1986) define una secuencia de estadios. Horowitz (1986) quien relaciona las fases con la respuesta de estrés al trauma. Kübler-Ross (2003) postuló las fases de adaptación a la enfermedad en la etapa final de la vida y por consiguiente al duelo, estas etapas no siguen el orden descrito y no necesariamente se experimenta cada una de ellas: menciona la negación, rabia, negociación, depresión y aceptación. Hoy en día el modelo dinámico de duelo más conocido es el de William Worden (1997), quien asocia las fases con tareas: (a) aceptar la realidad de la pérdida, (b)

trabajar las emociones y el dolor de la pérdida, (c) adaptarse a un medio en el que el ser querido está ausente y (d) recolocar emocionalmente al fallecido y seguir viviendo (Payàs, 2010).

Modelo del Proceso Dual de Afrontamiento de Stroebe y Schut (1999)

Según este modelo, se dan dos tipos de afrontamiento en el proceso: 1) Orientados hacia el proceso de elaboración de la muerte, se centra en confrontar la experiencia y expresar la emoción, lo que facilita la recolocación del difunto. 2) Orientados a la restauración, incluyen, tanto estrategias encaminadas a manejar los estresores directos como consecuencia del duelo, como el cambio de identidad, aprender nuevos roles, o modificar las creencias nucleares. La oscilación entre ambos estilos es lo que determina un buen proceso.

La teoría de la vinculación de Bowlby

Describe una secuencia de estadios que se generan tras la pérdida de un vínculo afectivo relacionados con la respuesta de apego: 1) fase de aturdimiento, el individuo está aturdido, incapaz de aceptar lo ocurrido y con episodios de gran activación emocional. 2) fase de añoranza o búsqueda, en la que se intenta recuperar el objeto perdido a través de percepciones, comportamientos, recuerdos, hay llanto e ira. 3) fase de desorganización y desesperación y 4) la fase de reorganización en mayor o menor grado (Payàs, 2010).

El crecimiento postraumático

En ocasiones se produce tras una enfermedad, fallecimiento o catástrofe. Son modificaciones en uno mismo, en las relaciones interpersonales o en la espiritualidad y la filosofía de vida, derivados en cambios positivos, más allá del nivel de funcionamiento dependiendo de los factores de la personalidad. Recientemente han surgido otros modelos teóricos del duelo, que pueden verse como una alternativa o como producto de la evolución de la corriente teórica clásica. El modelo integrativo relacional de Payàs (2010), y la Terapia de Aceptación y Compromiso.

Modelo Integrativo de Afrontamiento

En este modelo Payàs (2010), unifica criterios y explica las diferentes maneras en que las personas afrontan el duelo. Asienta que la flexibilidad es necesaria para integrar las diferencias de cada individuo. En cada etapa del duelo aparecen unas necesidades que marcan una serie de objetivos o tareas. Las tareas a conseguir son:

1. Fase de aturdimiento y choque / Manejar los aspectos más traumáticos de la pérdida.
2. Fase de evitación negación / Disolver progresivamente las estrategias protectoras de distorsión-evitación para ir aumentando la tolerancia al dolor.
3. Fase de conexión e integración / Realizar los trabajos de duelo asociados a los aspectos relacionales de la pérdida.
4. Fase de crecimiento y transformación / Cambian creencias y aparecen nuevos esquemas mentales que incorporan el significado emocional de la pérdida. Se reconstruye la vida, se produce un crecimiento postraumático.

La Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT)

Es una de las terapias de tercera generación sensibles al contexto y a las funciones de los fenómenos psicológicos. Emplea procesos de aceptación y conciencia, así como el compromiso y procesos de cambio conductual para facilitar la flexibilidad psicológica. Dicha flexibilidad psicológica permite la aceptación del sufrimiento psicológico tal cual es, haciendo posible aprender de él y cambiar el centro de atención hacia los comportamientos que realzan y dan sentido a la vida (Hayes et al., 2009). Esta terapia ha sido validada en términos científicos para una gran cantidad de trastornos psicológicos y es consistente con el Modelo de Procesamiento Dual del Duelo (Strobe y Schut, 1999; Romanoff, 2012) por lo que esta indicada para aplicarse en pacientes con duelo complicado. Desde esta perspectiva, el sufrimiento humano es una consecuencia de la fusión con las instrucciones mentales que animan a la supresión, el control o la eliminación de vivencias que resultan angustiosas; sin embargo, tener pensamientos y

sentimientos tanto agradables como desagradables es psicológicamente saludable (Hayes et al., 1999, como se citó en Cruz, Reyes y Corona, 2017, p.8).

La terapia cognitiva basada en el mindfulness

El *mindfulness*, la atención plena o el “darse cuenta” gestáltico es un elemento común de las terapias de 3ª generación. Es congruente con la máxima de la TCC de que lo que importa es el momento presente, puesto que ni el pasado ni el futuro puede ser objeto de intervención, modificación o experimentación. Se pretende que el paciente esté en el mundo, en el momento en el que se encuentran las oportunidades de interacción con él. De qué sirve estar con alguien y en lugar de atender, sentir lo que acontece, estar pensando en qué haré mañana o cómo piensa que me ve. Sustraerse de la realidad para centrarse en lo simbólico e interpretativo, reduce la oportunidad de sentir, actuar y modificar el entorno. Conlleva, además, el propósito de centrarse en las actividades que uno se propone, tal y cómo sucedan. Esta apertura a la experimentación, no evitando o huyendo del malestar (aburrimiento, molestias, angustia, etc.), es una ocasión para que la exposición desactive los aspectos aversivos, en lugar de fortalecerlos mediante la huida. Por otro lado, como también se ha señalado, se recupera la sensibilidad a las contingencias que moldean la conducta, frente a la rigidez de los estereotipos y reglas en que se encuentra limitada la persona (Vallejo, P.M., 2010).

Justificación

Desde su nacimiento, el ser humano como ser social se encuentra en permanente contacto con otros seres humanos, con los que forma lazos afectivos que serán muy importantes durante su vida. Por consiguiente, la pérdida de un ser querido, como es la muerte de un hijo, puede ser muy difícil de aceptar para quien la sufre y más aún cuando ocurre de manera abrupta, donde las circunstancias que la rodean son imprevistas y penosas. Son experiencias que se dan de forma incontrolable, razón por la cual puede llevar a que este hecho sea vivenciado como traumático (Loarche, G., y Paiva, B., 2015). De hecho no existe nominación alguna para quien ha sobrevivido a un hijo. Es un duelo que se caracteriza por ser más

prolongado en relación con otros duelos, en el que se pone en juego el componente estructural narcisista. De entrada, este tipo de duelo supone para la madre un conflicto con la visión biológica de la vida, ya que se altera el orden natural de nacer, crecer, reproducirse y morir. La muerte a edades tempranas entre 0 y 19 años de edad, lleva a cuestionar las creencias personales y culturales aprendidas a través del tiempo. La muerte se presenta como el fin de todo, concepto impregnado de gran tristeza. Para la madre, el dolor por la pérdida de un hijo es indescriptible, es una soledad que sobrepasa al ser humano. Hay que destacar que las muertes inesperadas dejan secuelas en cada una de las personas que conforman la familia. Dichas consecuencias se manifiestan de diferentes maneras, entre las que están sensaciones de vacío y sentimientos de culpa. A la vez, se deben manejar todas las costumbres sociales, culturales y personales alrededor de la situación vivida, lo cual se agrava en ocasiones por los conflictos preexistentes de la pareja y, por las diversas formas de la pena. En consecuencia, la muerte de un ser querido es uno de los momentos más difíciles y complejos que tiene que afrontar la familia del doliente, en específico la madre. Razón por la cual, se embarca en la búsqueda de una respuesta a la muerte de su hijo, además de la necesidad de mitigar el dolor de esa realidad y retomar la vida, busca en algunos casos, una alternativa psicoterapéutica para avanzar en el proceso de duelo y aceptación. Como ya se hizo mención, las muertes inesperadas generan gran conmoción para los familiares que les sobreviven, ya que no hay tiempo de advertencia para comprender la magnitud de la pérdida. De hecho, la pérdida de un hijo, es un evento traumático del que un 20% de los padres no llegan a superarlo (Bosquet, Campos, Hueso, Pérez, Hernández, Arcos y Cruz, 2010, p.65). Por lo expuesto anteriormente, y a pesar de que existe un número considerable de estudios científicos alrededor del duelo por la pérdida de un hijo, se espera que a través del presente trabajo, surjan más investigaciones sustentadas en métodos cualitativos que tomen en cuenta el contexto socio-cultural en el que viven los dolientes, al mismo tiempo que se propicie el tratamiento y apoyo para la madre, puesto que la asistencia psicológica temprana ante la pérdida de tal magnitud, es un factor facilitador en la elaboración del duelo.

Como clínicos nos enfrentamos a una ardua tarea para abordar y realizar buenos tratamientos del duelo. Dentro de la problemática del duelo, y siguiendo lo que se ha descrito como duelo “diferente”, en este trabajo nos centramos en el duelo que sucede a la muerte de un hijo de manera inesperada. A partir del tratamiento de un paciente en tal circunstancia de vida, empleando el Modelo Integrativo de Afrontamiento, la Terapia de Aceptación y Compromiso y Mindfulness. El objetivo general fue atender las características peculiares del duelo materno, bajo circunstancias específicas con una intervención psicológica temprana que propiciara un proceso de duelo con menor tiempo de adaptación a su nueva realidad. Los objetivos específicos se centraron en conocer qué pasó con la identidad de la madre y cómo influyó el contexto sociocultural en la resolución positiva de dicho duelo.

Método

Estudio de caso único no probabilístico intencional descriptivo. Este permite obtener datos descriptivos a partir de las propias palabras de la persona investigada (Quecedo y Castaño, 2002). Considerando que el duelo por muerte es un tema de gran impacto emocional, la riqueza de los resultados va a radicar en la profundidad que se logre en las entrevistas.

a) Escenario

El programa de intervención se llevó a cabo en el consultorio médico perteneciente a Centro Tanatológico Renacer, ubicado en calle Yum-Kax 5 Sm326 en el Municipio de Benito Juárez, Cancún. El consultorio cuenta con muy buena iluminación natural, además de luz artificial, aire acondicionado, el espacio es adecuado dentro de un ambiente controlado para realizar la intervención y la aplicación de las diferentes técnicas, las cuales se basan en los modelos específicos para atención al duelo y de acuerdo al programa que se diseñó.

b) Nombre del caso

Duelo por la muerte de un hijo: un estudio de caso

c) Identificación del paciente

La paciente es una mujer de 46 años, casada, le sobreviven dos hijas, es profesionalista, su familia extensa está conformada por 2 mujeres y un hombre, ella es la primogénita, son muy unidos. Cuenta con una amplia red social de apoyo. Atiende un negocio propio además de cubrir todas las actividades de su rol como esposa, mamá y ama de casa. Actualmente participa en un apostolado dentro de la religión católica.

d) Análisis del motivo de la consulta

La paciente acude a consulta demandando atención para la resolución del duelo por la muerte accidental de su hijo, ha tratado de salir adelante, pero es algo que la rebasa, se siente desesperada y perdida. No tolera a su esposo y por otro lado no quiere afectar a sus hijas. Al momento de este estudio, la paciente revive una y otra vez lo sucedido en un intento de encontrar respuestas, esta conducta la mantiene agotada. Refleja gran sufrimiento, ansiedad y pensamientos e interrogantes que la atormentan sin descanso. El espacio que ocupaba su hijo lo conserva momificado. Está experimentando un gran vacío, al perder los sueños y las esperanzas que tenía depositados en su hijo. La paciente está tratando de sobrevivir al trauma de las circunstancias de la muerte, presenta una realidad distorsionada de la vivencia, con una identidad fragmentada, en donde resaltan sus necesidades inconscientes, sus defensas y fantasías relacionadas a los hechos. Presenta una dificultad para dar sentido a lo que ocurrió, con gran confusión, además de sentimientos de inadecuación. Los síntomas emocionales que están presentes son: embotamiento afectivo, incapacidad para mantener una relación con los otros miembros de la familia, rechazo de la realidad, rabia, sentimientos de tristeza profunda, pesar, fatiga, impotencia, pesimismo y enfado provenientes de la sensación de no haber podido evitar la muerte de su hijo. En el plano somático: la paciente señala dificultad para conciliar el sueño, pérdida de apetito, cansancio generalizado y dolor de articulaciones. A nivel conductual: es importante señalar una disminución de la actividad, búsqueda de la soledad y dificultad para concentrarse en su actividad laboral.

e) Historia del problema

La paciente solicitó asesoramiento psicológico siete semanas después de la muerte de su hijo. Es la primera vez que recibe un tratamiento psicológico. En esta sesión expresó cómo ocurrieron los hechos. Manifiesta sentir una tristeza profunda, con episodios de llanto, así mismo refiere sentir un nudo en la garganta al hablar de su hijo. Él estaba por terminar la educación secundaria; su proyecto era cursar la preparatoria en una escuela fuera de su localidad, lo que implicaba que él tendría que dejar el hogar, por tanto lo estaban entrenando para valerse por sí mismo (arreglar su ropa, preparar sus alimentos, ser independiente), esto genera en la madre un autoreproche constante, por no ofrecerle la atención de costumbre. A ella le estaba costando mucho trabajo aceptar que su hijo se fuera a otra ciudad. Una mañana recibió la noticia de que su hijo tuvo un accidente, “está lastimado y vamos camino al hospital”, ella se encontraba con su esposo y su mamá en ese momento. Al llegar al hospital, vio a su hijo intubado y conectado a varios aparatos. El doctor a cargo le indicó que no debía tocar a su hijo, ni hablarle porque lo inquietaría, le habían inducido un coma. Desde ese momento se aferró a Dios pidiendo “lo salvará”. Finalmente después de dos días, en el momento que ella y su esposo estaban en la sala de espera, su hijo murió. Horas antes una doctora le dijo que tocará a su hijo y que le hablara, pero ella no se atrevió “no quería echar a perder el tratamiento”, acción que se reprocha. Después siguieron los rituales que dicta la religión católica, misa de cuerpo presente, más 9 rosarios en su casa con las cenizas presentes. Después de este periodo depositaron las cenizas en un nicho de la iglesia. Continuó celebrando un rosario todos los lunes, hasta completar 7 semanas, con la creencia de que “siete semanas tarda su alma en llegar a Dios”. Aunque, se cuestiona sobre qué Dios permite que un niño que empieza a vivir muera, continúa asistiendo a la misa dominical. En su casa colocó un altar con la fotografía de su hijo y flores, frente al cual se sienta a llorar. La relación con su esposo era buena, pero a raíz de la muerte de su hijo, es distante, siente mucho enojo contra de él. Por su parte, el esposo no habla, mantiene un silencio total. Sus hijas no le generan ningún interés. La mayor es casada, y a raíz de la muerte de su hermano, se mudó junto con su esposo a casa de la paciente para acompañarla. La menor, ha tratado

de no molestar con su dolor, aunque la ve muy dolida, ya que su hermano era su compañero de actividades de escuela, su guía; ella es 11 meses menor. Las primeras semanas la paciente no quería salir de su casa, únicamente a los servicios religiosos posteriores a la cremación. Tampoco ir a trabajar, ahora ha empezado a ir a su trabajo por periodos cortos, pero no se puede concentrar. Se siente cansada y sus músculos no le responden. La mayor parte de los días de la semana despierta con fuertes dolores en las articulaciones, piensa que se deba a que no puede conciliar el sueño, cada que cierra sus ojos es un repaso de todo lo sucedido. Tiene la sensación de un vacío en el estómago, boca seca y opresión en el pecho a menudo, no obstante, considera tener buena salud, solamente tiene un nódulo tiroideo bajo control. No está comiendo bien. Cuando sale a la calle se desorienta fácilmente. Siente enojo ante la impotencia de no haber podido evitar la muerte, expresa que su hijo andaba delicado de salud, y por un momento pensó llevarlo con un especialista ese día, pero prefirió que cumpliera con su compromiso escolar. Se siente muy culpable, no sabe si tomó las decisiones adecuadas referentes a la elección de la institución de salud y a la atención que se le brindó a su hijo; ya que su esposo, siempre la deja tomar las acciones que ella considera necesarias. También, siente culpa por no hacerle caso a su intuición, porque el día del accidente tuvo el impulso de sacar a su hijo de la escuela para terminar de llenar el formato de la institución foránea en la que cursaría la preparatoria y no lo hizo. La inunda un gran sentimiento de soledad, mantiene la habitación de su hijo cerrada, sólo entró una vez para buscar alguna señal que le pudiera aclarar que estaba viviendo su hijo en esos días, buscó desesperadamente, sin encontrar nada, sólo alguna que otra conversación con sus amigos, en donde su hijo les aconsejaba, “era un niño muy maduro y consciente”, además algunas fotos que él conservaba de su familia. En la sala de televisión mantiene el vaso que usó su hijo por última vez, nadie se atreve a moverlo. Hace referencia a eventos aislados en los que al parecer las cosas se mueven de lugar dentro de su casa, y toda su familia, cree que es su hijo que está con ellos, haciendo travesuras.

f) Consideraciones éticas

El duelo es un proceso de transformación profunda que incluye una serie de tareas que se deben identificar y facilitar. Aparte de expresar el dolor emocional es necesario explorar el significado profundo de la relación perdida. El respeto por la persona a la que se dirige el tratamiento, se refiere a respetar lo relatado, en donde no se admitirán juicios valorativos y se garantiza el uso confidencial de la información brindada, permitiendo a la persona investigada, su libre expresión y libertad de desertar en cualquier momento del tratamiento si así lo desea (Anexo 4). El aspecto ético se ha cuidado durante todo el proceso terapéutico, tanto por las características propias de la profesión como también por lo delicado del tema tratado. En este sentido, las preguntas se han abordado con el mayor tacto posible, atendiendo los temas que surgen de manera natural, brindando el tiempo necesario, respetando las pausas y los silencios de la paciente.

g) Análisis funcional y descripción de las conductas problema

En la exploración psicológica se encontró que el desencadenante inicial de la crisis fue la muerte accidental de su segundo hijo, único varón, factor considerado como estímulo condicionado situacional para un duelo mal adaptativo. No tiene antecedentes personales, ni factores de riesgo que puedan condicionar la experiencia del duelo. Sin embargo, las circunstancias del evento, la creencia de que los padres deben morir antes que los hijos, el pensamiento de que pudo evitar la muerte con el sentimiento de culpa, cumplen la función de estímulos condicionados que aumentan el sufrimiento.

h) Establecimiento de las metas del tratamiento

El abordaje terapéutico en un primero momento fue la elaboración de los elementos traumáticos, trabajar las emociones y reestructurar la vida de la paciente.

i) Objetivos terapéuticos

Brindar un espacio en el que se permite expresar todas sus fantasías, sentimientos o necesidades por muy molestos o irracionales que sean.

Posibilitar la integración de las experiencias disociadas para dar sentido a la experiencia, atendiendo las distintas fases que configuran la dinámica del proceso terapéutico.

j) Selección del tratamiento más adecuado

Modelo Integrativo Relacional.

Como técnica base para atender las necesidades fundamentales de la persona en duelo. Como su nombre lo dice, es un modelo orientado a potenciar el procesamiento integrado de la experiencia de pérdida en los elementos de trauma o estrés, en sus respuestas de afrontamiento, en los aspectos propios de la relación de pérdida y en la tarea de reconstrucción. Al integrar las distintas dimensiones del self (física, pensamiento, cognición, impulsos), posibilita el desarrollo de nuevos significados sin necesidad de disociar y disgregar, ni establecer defensas. El trabajo terapéutico se define de acuerdo a los temas que surgen de manera natural, aportando comprensión al ritmo de evolución del doliente evitando intervenciones a destiempo que provoquen iatrogenia.

Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT).

Se eligió emplear este modelo porque es consistente con el modelo de Procesamiento Dual del Duelo de Strobe y Schut (1999), con la finalidad de trabajar el trauma y el doliente contacte directamente con la experiencia, distinguiendo que la experiencia y su mente son dos cosas diferentes. Lo que se llama defusión cognitiva.

Mindfulness.

Encaminado a la aceptación de la experiencia. La atención plena permite enfocarse en el momento presente junto con los pensamientos y sentimientos que contiene, de tal forma que se logran una flexibilidad psicológica que permita la aceptación del sufrimiento emocional, además de cambiar el centro de atención hacia los comportamientos que dan sentido a la vida.

j) Selección y aplicación de las técnicas de evaluación y resultados obtenidos antes del tratamiento.

Dentro de la investigación, se utilizaron diferentes técnicas para recopilar la información y resultados: entrevistas semiestructurada, observación directa, juicio clínico, historia de vida. La información se integró en el análisis funcional como herramienta de evaluación. Mediante la Entrevista Nadeau (Anexo 1) se formularon algunas preguntas orientadas a puntos cruciales de la pérdida que permiten mediante la observación de la respuesta y el juicio clínico identificar tanto factores de riesgo, como la etapa en la que se encuentra la paciente. Cabe hacer notar, que este cuestionario no se aplicó de manera rígida, sino con flexibilidad desde la comprensión empática respetando las defensas de la paciente a lo largo de las sesiones.

Los resultados obtenidos de la entrevista inicial en donde se exploraron los significados de la historia desde el accidente del hijo y sus antecedentes, mostraron en la paciente gran desgaste emocional en la búsqueda de un significado coherente a lo acontecido. La ausencia le dejó una sensación de vacío tanto físico como psicológico, fue un hijo que le llevo mucho tiempo concebir, añora verle y al mismo tiempo evita entrar a su habitación “nunca más compartiremos un espacio”, revisa constantemente los planes futuros que tenía respecto al hijo, frecuentemente siente una gran soledad, desesperanza extrema, en algunos momentos tiene la sensación de presencia del difunto, expresa fuertes sentimientos de culpa en la que predominan la reparación, la pena y la preocupación por el otro, dificultad para conciliar el sueño, dolor en las articulaciones al despertar, falta de apetito, enojo racional generalizado, además de gran dificultad para llevar las tareas cotidianas. La crisis de significado que presenta la paciente, es natural ante este tipo de pérdida. Se hizo evidente que la paciente a pesar de que en ese momento se encontraba devastada y con su identidad fragmentada, posee una estructura sólida y las herramientas necesarias para enfrentar el proceso de duelo. En consecuencia, la psicoterapia se dirigió hacia un proceso de reajuste en todas las áreas de su vida, en el cual la narrativa fue uno de los recursos primordiales para el logro de un nuevo significado de su identidad.

k) Tratamiento (desarrollo)

El tratamiento constó de 25 sesiones durante un año. Es importante recalcar que el proceso de duelo no es lineal, de acuerdo con Payàs (2010), es como un bucle en el que el paciente recorre las diferentes fases una y otra vez hasta llegar a la resolución del duelo. Tras 7 semanas del fallecimiento la paciente asiste a consulta, en esta fase de Aturdimiento y Choque las circunstancias particulares de la muerte tienen mucho peso, ella se encuentra oscilando entre la incredulidad y la confusión con muestras de una aflicción intensa al recordar lo sucedido, por lo que fue prioridad elaborar los aspectos inherentes al trauma. El objetivo terapéutico es proveer una relación segura de validación y normalización. Se facilitó la identificación y expresión emocional de los recuerdos dolorosos mediante una escucha activa, se ayudó a conectar con los temas que iban emergiendo, respetando su forma de vivirlo, a la vez que se llevó a la paciente a explorarlos a detalle sin necesidad de disociarlos. Durante la indagación se invitó a la paciente a observar su experiencia, promoviendo la atención al cuerpo y a las sensaciones corporales que le permitieran empezar a manejar sus estrategias de evitación-confrontación con menos intensidad, y aumentar de forma gradual su margen de tolerancia al revivir el pasado. En este momento fue más importante controlar el exceso de sintomatología traumática que elaborar las circunstancias de la muerte. Es un trabajo que se realizó en varias ocasiones para dar voz a los aspectos disociados e integrarlos a la experiencia. Aunado al tratamiento Integrativo Relacional, se realizó un ejercicio de Mindfulness “observación del flujo de la experiencia privada”, que realizaría en casa todos los días ayudada con un audio que se le proporcionó.

En la octava y novena sesión de tratamiento trabajó la defusión cognitiva con el método de la terapia ACT. Con la fotografía en su mano debió observar el flujo de la experiencia frente al recuerdo del fallecido. Se dejó de tarea realizar la misma dinámica durante la semana llevando un registro de cada práctica (Anexo 3).

En la segunda Fase de Evitación y Negación, la paciente presentó un periodo en el cual se sentía agotada por la hiperactividad que mantenía para protegerse del dolor, este tiempo fue necesario, y se consideró como una respuesta adaptativa.

Por tanto, el objetivo terapéutico fue disolver de forma gradual esos afrontamientos evitativos, pero siempre en sintonía con esa necesidad, sin confrontar, facilitando el acceso a sus recuerdos dolorosos. La paciente había aumentado la ventana de tolerancia y pudo expresar sus emociones dolorosas ligadas a su sentimiento de culpa. Se señaló la ambivalencia entre sentirse culpable y no ser culpable con la finalidad de que la paciente validará ambas. De tal manera que se facilitó la expresión interpersonal y afectiva que permitió revivir la escena de una forma distinta para avanzar de la culpa hacia la aceptación, entendiendo que sentirse culpable se relaciona con su rol de buena madre y protectora.

En la Fase de Conexión-integración, ahora la paciente presenta mayor capacidad para tolerar el dolor, dejó atrás la fase de los ¿por qué?, ya no es tan importante externar los detalles del incidente, fue el momento de favorecer el contacto con la realidad de la ausencia sin reprimir las emociones, y así poner en palabras el futuro no vivido, y a otros aspectos de la relación perdida como objetivo terapéutico. En la medida que la paciente fue confrontando los diferentes recuerdos traumáticos del evento con nuevos recursos emocionales y cognitivos fue experimentando menos dolor, culpa e impotencia que fueron disminuyendo progresivamente al integrar nuevos elementos a lo largo de varias sesiones para reconstruir una imagen de sí misma menos fragmentada.

Al cabo de año decidió realizar varios rituales que van dando nuevo significado a su experiencia de pérdida. De esta manera se está trabajando sobre la expresión plena de la tristeza, añoranza y aflicción; en un proceso integrado abajo-arriba o emoción-cognición. Se continuará trabajando temas como el perdón y el agradecimiento a medida que vayan emergiendo en el contexto terapéutico.

Desarrollo del tratamiento

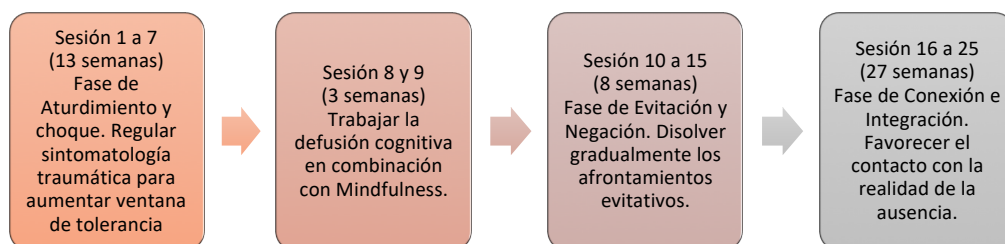
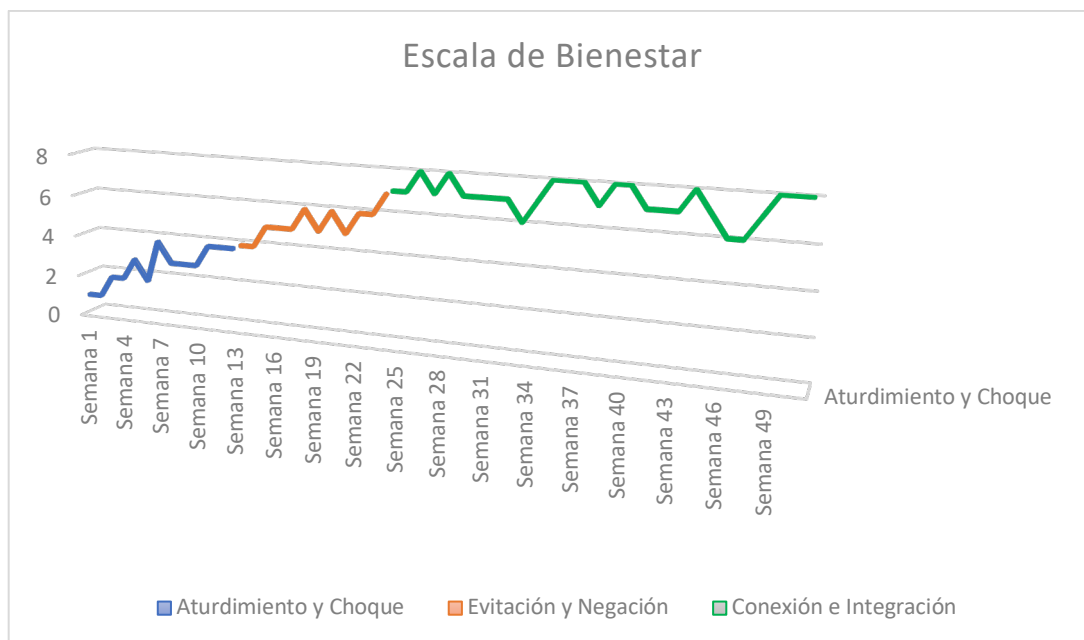


Figura 1. Línea de tiempo. Muestras el número de sesiones, intervención terapéuticas y semanas transcurridas durante todo el proceso.

I) Evaluación de la eficacia del tratamiento

La respuesta adaptativa de la paciente y la manera que ha ido integrando la pérdida, se evaluaron de manera cualitativa utilizando una escala de bienestar en la que ha evolucionado al nivel 8, con leves disminuciones en algunos puntos que coinciden con fechas significativas, o la exploración por primera vez de lugares compartidos con el fallecido. Los resultados permiten valorar la eficacia del tratamiento hasta este punto (Gráfica 1). Además de considerar el significado que ha otorgado a la pérdida en diferentes aspectos que incluyen: no cuestionar más los ¿por qué?, su concepto de Dios cambió, tiene la esperanza de un reencuentro con su hijo fallecido, puede entrar a la recámara de su hijo, valora más la relación con sus hijas, está trabajando en la relación con su esposo, inició un grupo de ayuda mutua para padres que han perdido hijos, se puede concentrar en su trabajo profesional, a recuperado su ciclo de sueño. Sin embargo, es importante continuar con un trabajo que le permita integrar lo aprendido en su vida, e identificar los cambios que la han transformado.



Gráfica 1. Muestra la adaptación emocional en una escala del 1 al 10, en donde el 0 representa menor bienestar y el 10 mayor bienestar. A las 51 semanas de tratamiento la paciente ha evolucionado al nivel 8, con leves disminuciones en algunos puntos que coinciden con fechas significativas, o la exploración por primera vez de lugares compartidos con el fallecido.

m) Seguimiento (especificar si se realizó y en qué periodos)

Se seguirá trabajando en temas como el perdón y el agradecimiento a medida que surjan de manera natural en el contexto terapéutico, atendiendo sesiones mensuales con el objetivo de promover nuevos significados y cambios en la vida del doliente hasta lograr la Fase de Crecimiento y Transformación. El terapeuta no puede imponer el crecimiento postraumático, solo fomentar las tareas correspondientes a esta fase hasta que surja de manera espontánea la transformación como resultado del trabajo de reelaboración que se ha llevado a cabo en compañía del profesional.

n) Observaciones

Las intervenciones preventivas secundarias se dirigen a aquellas personas que presentan algún factor de riesgo que pueda indicar la posibilidad de complicaciones en su proceso de duelo. Por lo común las muertes violentas son repentinas y tienen mayor probabilidad de provocar complicaciones en el duelo, las personas apegadas al fallecido están vulnerables, experimentan ansiedad, pensamientos de remordimiento, miedo y venganza. Además, los fenómenos de la pérdida, de la pena y del duelo atraviesan por múltiples significados construidos desde un universo simbólico, sobre los cuales se conforma nuestra adaptación a la muerte y a la pérdida de manera única, con gran influencia de la cultura en la manera de lidiar con la muerte y entenderla. Por tanto, la expresión y duración del duelo también depende del grupo cultural. Durante el proceso de duelo las personas atraviesan por momentos específicos y complejos de múltiples factores que se deben considerar para decidir las prioridades que guían el plan de intervención siguiendo el modelo de necesidades y tareas.

Conclusiones

A modo de conclusión, es importante destacar que en el transcurso de la vida se experimentan diferentes situaciones de pérdida que llevan implícito un duelo como respuesta natural del ser humano. Es evidente que la muerte y los procesos de duelo varían en función de los discursos dominantes de cada cultura y de la forma

particular en que responde cada individuo. El duelo es un proceso individual, idiosincrásico, privado que se elabora independientemente de los demás y al margen de las actividades cotidianas. La mayoría de las personas que han vivido un duelo importante en sus vidas, son capaces de sobrevivir y adaptarse a la nueva situación, consiguiendo rehacerse a pesar del intenso sufrimiento sin la ayuda psicológica especializada. Sin embargo, y considerando las aportaciones de Payàs (2010) al tema, hay un porcentaje de personas afectadas, para las cuales la experiencia es mucho más compleja, lo que les impide reorganizar su vida a pesar del tiempo transcurrido y acaban con problemas de salud y psicológicos como depresión, ansiedad, a veces consumo de alcohol y en casos extremos pueden llegar a desarrollar desórdenes psiquiátricos. El duelo requiere de un tiempo necesario para ser elaborado y, el modo de vivenciarlo dependerá de cada persona en particular, de sus características personales, el ambiente que le rodea, relaciones familiares, y de manera significativa el vínculo establecido con lo perdido. Echeburúa (2004) describe que en el caso de la muerte por un hijo, el desafío de reconstruir una nueva realidad es sumamente estresante, ya que se debe lidiar con los cambios que se presentan tanto a nivel personal, como en la estructura familiar, obligando a los integrantes de la misma a recuperarse y pensarse como una familia con un integrante menos. Los padres no están preparados para perder un hijo, por lo que este tipo de pérdida de acuerdo con Tizón (2004), puede volverse más compleja cuando el hijo fallecido no había alcanzado su independencia, al generar sentimientos de culpa por sentirse responsables de la situación que desencadenó la pérdida, se confrontan con la creencia de invulnerabilidad y control sobre la vida. A pesar de que los dos han perdido a un hijo, la madre vive el duelo de manera diferente por el vínculo establecido desde la concepción del fallecido. Ambos autores mencionan que hay diferentes maneras de llevar a cabo el proceso de duelo por la pérdida de un hijo. Algunos padres no pueden reconocer la necesidad de buscar apoyo y ayuda, dificultando así la reinserción en su vida cotidiana, y otros sienten la necesidad de buscar el apoyo profesional que les guíe en la elaboración del duelo. No obstante, hay padres que no requieren ayuda y pueden elaborar solos la situación de pérdida, consiguiendo reconstruirse de manera diferente a la vida sin

necesidad de negar lo sucedido. Lo más importante es que la madre pueda comprender y reconocer, que a pesar de que la muerte de un hijo es un hecho muy doloroso y difícil, requiere la elaboración del proceso para lograr una evolución favorable; trabajar las emociones y el dolor mientras se transita por distintas etapas para lograr un crecimiento y una transformación: aceptar la realidad, adaptarse a un medio en el que el fallecido ya no está, recolocar emocionalmente al hijo fallecido. Al mismo tiempo debe expresar las emociones negativas respecto a lo acontecido y compartir la experiencia de dolor con personas sensibles, abiertas y disponibles que la puedan sostener en los momentos de mayor dolor, en particular personas que apoyen y faciliten los momentos de conexión profunda con el dolor que permita integrar la experiencia de duelo de forma natural. Hasta llegar a un estado en el que pueda pensar en el hijo fallecido sin dolor, culpa o resentimiento, sin sentirse agobiada por el recuerdo, que le permita continuar con su vida encaminada hacia nuevos proyectos y metas futuras. En otras palabras, que el proceso sea un camino de transformación que lleve a construir una nueva identidad con cambios personales positivos. En este sentido la intervención psicológica temprana ante un duelo por la muerte inesperada de un hijo, facilitará adaptarse a la nueva situación y a descubrir el sentido de la vida, mediante una psicoterapia especializada dentro de un espacio de seguridad en donde la persona en duelo pueda construirse a si misma, respetando su ritmo, sus necesidades y sus defensas. En particular el Modelo Integrativo Relacional, está centrado en la relación terapéutica en un contexto de confianza que facilita la atención a las necesidades fundamentales de la persona en duelo, es muy puntual en el uso de estrategias concretas que favorecen la conexión con la vivencia de la pérdida de acuerdo al momento específico que presenta el paciente al momento de la consulta, evitando el sufrimiento innecesario.

Es aconsejable que todos los profesionales de salud mental hicieran una valoración rutinaria a sus paciente considerando las manifestaciones emocionales, cognitivas y conductuales que son naturales de un duelo ante pérdidas significativas, para así diferenciar entre la posibilidad de un duelo complicado y la sintomatología manifiesta que estos presentan al solicitar consulta, para evitar que

el problema real quede sepultado al ser tratado inadecuadamente. Hay que hacer notar, que es muy importante comprender que las personas reaccionan de distintas maneras ante la misma situación de pérdida, en la que influyen su entorno, las experiencias personales, familiares, estilo de afrontamiento y superación, además del tipo de vínculo que se perdió. Se reconoce que hay mucho que trabajar en cuanto a la cultura de la muerte y en el cómo colaborar en un proceso de duelo de manera profesional empática, indagatoria, en sintonía con el doliente, y a la vez implicada con intervenciones ajustadas a las necesidades específicas y al proceso que cambia momento a momento. En síntesis, brindar una adecuada atención al duelo con responsabilidad y respeto.

El continuar con la vida y reinsertarse socialmente, no depende únicamente de realizar o no una terapia, también influye la experiencia y las habilidades adquiridas a lo largo de la vida para enfrentar situaciones extremas, tanto personales, familiares y con el entorno.

Finalmente y como reflexión del presente trabajo, se puede apoyar la hipótesis inicial, que afirma que al recibir una psicoterapia especializada temprana, la madre que pierde un hijo de manera inesperada puede transitar un proceso de duelo sano y reconstruir su sentido de identidad de manera satisfactoria aún con el gran sufrimiento que lleva implícito, ya que se favorece el uso de estrategias de afrontamiento ante tal circunstancia. La muerte supone una acción de construcción y reconstrucción, un remodelamiento de las acciones y una nueva dirección que genere una respuesta activa que involucra las áreas emocional, psicológica, conductual, intelectual, social y espiritual para conectar con la cotidianidad de la vida, al mismo tiempo que se redefine la propia narrativa y la red de influencia familiar y social.

Referencias

- Acinas, P. (2012). Duelo en situaciones especiales: suicidio, desaparecidos, muerte traumática. *Rev Dig Med Psicosomát*, 2, 1-17.
- Bacci, P. (2010). La muerte y el duelo en la hipermodernidad. *Querencia Revista de Psicoanálisis*, 13. Instituto de psicología Clínica. Recuperado de: http://www.querencia.psico.edu.uy/revista_nro13/pilar_bacci.htm
- Barreto, P., De la Torre, O. Y Pérez-Marín, M. (2012). Detección de duelo complicado. *Psicooncología*, 9 (2-3), 355-368. DOI: 10.5209/rew_PSIC.2013.v9.n2-3.40902
- Benito, E. (2008). Las psicoterapias. *Revista Psiencia*, 1(9), pp. 1-9. ISSN: 2250-5490
- Bosquet, L., Campos, C., Hueso, C., Pérez, N., Hernández, A., Arcos, L. & Cruz, F. (2010). Vivencias y experiencias de duelo en madres tras un proceso de enfermedad oncológica de sus hijos. Sociedad Española de Cuidados Paliativos. Publicado por Elsevier España, S.L. Recuperado de: <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-paliativa-337-linkresolver-vivencias-experiencias-duelo-madres-tras-S1134248X11000152>
- Bowlby, J. (1920). *Vínculos afectivos: Formación, desarrollo y pérdida*. Madrid: Morata. ISBN: 84-7112-309-6
- Brice, C.W. (1991). What forever means: an empirical existential-phenomenological investigation of maternal mourning. *Journal of Phenomenological Psychology*, 22, pp. 16-38
- Cabodevilla, I. (2007). Las pérdidas y sus duelos. *Anales Sis San Navarra*, 30(3), pp. 163-176. Recuperado de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272007000600012
- CONACYT (2014). Los accidentes como problema de salud pública en México. Hajar, M. M. (Eds.). México: Intersistemas. ISBN 978-443-468-2
- Cruz, G.J., Reyes, O. M., Corona, Ch. Z. (2017). *Duelo. Tratamiento basado en la terapia de aceptación y compromiso (ACT)*, p. 17. México: Manual Moderno.
- Díaz Curiel, J. (2011). Estudio de variables asociadas a la psicoterapia grupal en los procesos de duelo patológico. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 31(1), 93-107.
- Díaz, L. & Rolla, E. (2006). Los procesos de elaboración del duelo en madres, pertenecientes a la corporación Renacer, que han perdido de manera abrupta a uno de sus hijos. (Tesis de grado). Universidad Académica de Humanismo Cristiano, Santiago de Chile. Recuperado de: <http://bibliotecadigital.academia.cl/bitstream/handle/123456789/2978/77%20-%202091.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- De Miguel Sánchez, C., & Romero, A. L. (2007). *Atención al duelo*.

- Echeburúa, E. (2004). *Superar un trauma: el tratamiento de las víctimas de sucesos violentos*. Madrid: Pirámide.
- Echeburúa, E., Herrán, B.A. (2007). ¿Cuándo el duelo es patológico y cómo hay que tratarlo? *Análisis y Modificación de Conducta*, 33(137), 31-50.
- Encinas, G.M.R. (2009). Estudio antropológico del comportamiento ante la muerte: humanidad e inhumanidad. *CAURIENSIA*, 4, pp. 293-328. ISSN: 1886-4945
- Freud, S. (1914): Introducción del narcisismo. J. Strachey (Eds.), A. Freud (Eds.), A. Strachey (Eds.) & A. Tyson (Eds.). *Sigmund Freud obras completas*. Tomo XIV (pp.71-98). Buenos Aires: Amorrortu Editores S.A.
- Freud, S. (1915): De guerra y muerte. Temas de actualidad. J. Strachey (Eds.), A. Freud (Eds.), A. Strachey (Eds.) & A. Tyson (Eds.). *Sigmund Freud obras completas*. Tomo XIV (pp.273-302). Buenos Aires, Amorrortu Editores S.A.
- Freud, S. (1917). Duelo y Melancolía. J. Strachey (Eds.), A. Freud (Eds.), A. Strachey (Eds.) & A. Tyson (Eds.). *Sigmund Freud Obras Completas*. Tomo XIV (pp. 235-256). Buenos Aires: Amorrortu Editores S.A.
- García, A. (2010). El significado de perder un hijo: la construcción discursiva del duelo de padres y madres. (Tesis de doctoral). Universidad de la Laguna, España.
- Hernández, A.F. (Agosto, 2006). El significado de la muerte. *Revista Digital Universitaria*, 7(8), pp. 1-7. ISSN: 1067-6079.
- Horowitz, M. J., Znoj, H., y Stinton, C. (1996). *Defensive control processes: use of theory in research, formulation, and therapy of stress response syndromes*. *Handbook of Coping*, pp.532-553. New York: Wiley.
- Horowitz, M. J., Siegel, B., Holen, A., Bonano, G.A., Milbrath, C., Stinson, C.H.(1997). Diagnostic criteria for complicated grief disorder. *The American Journal of Psychiatry*, 154 (7), pp. 904-910.
- Johansson, K.P. (2012). La muerte en la cosmovisión náhuatl prehispánica. Consideraciones heurísticas y epistemológicas. *Estudios de Cultura Náhuatl*, 43, pp. 47-93. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4568338>
- INEGI (Octubre, 2018). Características de las defunciones registradas en México durante 2017. (Informe No. 525/18. México: Instituto Nacional de Estadística y Geografía.
- Kübler-Ross, E. (2003). *Sobre la muerte y los moribundos*. México: DeBolsillo
- Lazarus, R. S. Y Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Madrid: Mr Ediciones.
- Loarche, G. Y Paiva, B.P. (2015). *Duelo en padres que perdieron un hijo (Tesis de maestría inédita)*. Universidad de la República Uruguay. Uruguay.

- López, M., Ela, M., Bartolomé, N., Gómez, J. Y García-García, J.A. (Abril, 2001). Is the use of the health care system increased by grief. *Congreso de la Asociación Europea de Cuidados Paliativos*. Palermo, Milán.
- Main, M. y Hesse, E. (1990). Parent's unresolved traumatic experiences are related to infant disorganized attachment status. *Attachment in preschool years*, pp. 161-185. Chicago: University of Chicago Press.
- Málishév, M. (Marzo, 2003). El sentido de la muerte. *Revista Ciencia Ergo Sum*, 10 (1). Universidad Autónoma del Estado de México. Recuperado el <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=10410106>
- Martínez, C.P. (2006). El método de estudio de caso: estrategia metodológica de la investigación científica. *Pensamiento y Gestión*, 20, pp. 165-193. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/646/64602005.pdf>
- Neimeyer, R. (2000). Searching for the meaning of meaning: grief therapy and the process of reconstruction. *Death Studies*. 24, pp.541-58.
- O'Connor, N. (2012). *Manejo de la pérdida. Déjalos ir con amor: la aceptación del duelo* (pp.147-156). México: trillas
- OMS (2017). Estrategia global para la salud de las mujeres, los niños y los adolescentes. Conferencia Mundial de la Salud del Adolescente: Desatando el poder de una generación. Recuperado de: <https://www.who.int/news-room/detail/16-05-2017-more-than-1-2-million-adolescents-die-every-year-nearly-all-preventable>
- Padrón, H.M. (2016). Fiestas del ciclo agrícola del maíz: la herencia mesoamericana. En Florescano, E., Santana Rocha, B. (Eds.). *La fiesta mexicana*. Tomo II (pp. 141-156). México: Secretaria de Cultura.
- Parkes, C. M. (1971). Psycho-social transitions: a field for study. *Social Science E Medicine*, 5, pp.101-115.
- Parkes, C. M. (1996). *Bereavement: studies of grief in adult life*. London: Penguin Books.
- Patlán, L. (Octubre, 2010). Qué significa la muerte para el mexicano. Reseña Digital, recuperado de: http://www.resenadigital.com/?dir=noticias&id_seccion=12&id_noticia=991
- Payàs, P.A. (2010). *Las tareas del duelo. Psicoterapia de duelos desde un modelo integrativo-relacional*. México: Paidós.
- Revelant, Y. (2012). *El duelo en madres por la pérdida repentina de un hijo varón. (Tesis de maestría inédita)* Universidad abierta Interamericana.
- Roitman, A., Armus, M. & Swarc, M. (2002). El duelo por la muerte de un hijo. *Revista Internacional de Psicoanálisis Aperturas*, 12.

- Romero, V. (2013). Tratamiento del duelo: exploración y perspectivas. *Psicooncología*, 10 (2-3), pp. 377-392.
- Suárez, A.M. (2016). Muerte, pérdida y duelo: exploraciones para el trabajo social. Respuestas transdisciplinarias en una sociedad global. *Aportaciones desde el Trabajo Social*. Logroño: Universidad de La Rioja.
- Sarmiento, J (1995). *DSM IV Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Recuperado de <http://www.mdp.edu.ar/psicologia/psico/cendoc/archivos/Dsm-IV.Castellano.1995.pdf>
- Stroebe, M. y Schut, H. (1999). The dual process model of coping with bereavement. *Death Studies*, 23, pp. 197-224. DOI:[10.1080/074811899201046](https://doi.org/10.1080/074811899201046)
- Tizón, J.L. (2004). Pérdida, pena, duelo. *Vivencias, investigación y asistencia*, pp. 41-51. Barcelona: Paidós.
- Vallejo, P.M. (2010). Terapia de conducta de tercera generación. *Clínica Contemporánea*, 1(1), pp.49-54.
- Ventura, B. (1993): *Alma Mocha*, Colombia: Editorial Oveja Negra.
- Worden, J. W.(1997). *El tratamiento del duelo*. Barcelona: Paidós.
- Zarauz, L. H., (2016) La fiesta de los muertos. En Florescano, E.,Santana Rocha, B. (Eds.). *La fiesta mexicana*. Tomo II (pp. 246-253). México: Secretaria de Cultura.

Anexos

Anexo 1. Entrevista (Nadeau)

1. ¿Cómo murió XX? En el tiempo en que duró la enfermedad, ¿cuidó a la persona enferma? ¿Cuánto tiempo?
2. ¿Cómo te enteraste de la muerte de x? ¿estuviste presente cuando murió? ¿viste o tocaste el cuerpo de la persona fallecida?
3. ¿Qué tipo de ceremonias tuvieron lugar?

4. ¿Has hablado de la muerte de x con alguien? ¿qué recuerdas más de aquellas charlas? ¿cómo reaccionó tu red de apoyo social? ¿qué formas de ayuda te resultaron mejores y cuáles no tanto?
5. ¿Qué tipo de relación tenáis?
6. ¿Hay alguna cosa que sientas haya quedado inacabada entre tú y x cuando éste murió?
7. ¿Hubo alguna forma en la que le dijeras “adiós”?
8. ¿Dónde crees que está ahora? ¿qué piensas de la vida después de la muerte?
9. ¿De qué manera piensas ahora sobre la muerte de x? Cuando miras dentro de ti,
 - a. ¿cómo das sentido a la muerte de x, si es que puedes darle alguno?
10. ¿Por qué crees que murió?
11. ¿Qué creencias mantienes alrededor de su muerte? ¿de dónde vienen estas creencias?
12. ¿Hablas con otras personas de tu familia sobre la muerte de x? ¿lo ves de igual manera que ellos o de manera distinta? ¿qué creen ellos, comparado con lo que tú crees? (creencias, visiones vida/muerte, significados, interpretaciones) ¿quién de tu familia piensa lo más próximo a ti respecto a la muerte de x? ¿quién se distancia más por lo que respecta a sus creencias en este tema?
13. ¿Qué hay sobre la muerte de x o tu reacción a la misma que no compartirías con los demás o con algunos de los miembros de tu familia? ¿qué te guardarías para ti?
14. A pesar de que no hables con el resto de tus familiares sobre la muerte de x, ¿crees que sostenéis las mismas creencias? ¿qué crees que compartís? ¿qué no? ¿con quién?
15. ¿Tienes la sensación de la presencia de x, de que todavía está contigo? ¿hablas con x?
16. ¿Hay algún aspecto entre tus creencias que te esté impidiendo seguir viviendo con la pérdida de x? ¿alguna que te esté ayudando?
17. ¿La forma en que piensas sobre la muerte de x ha cambiado a lo largo del tiempo?
 - a. ¿puedes decir cómo? ¿qué pensabas al principio? ¿cómo es eso ahora con el paso del tiempo?
18. ¿Te gustaría cambiar la forma en que piensas sobre la muerte de x? Si la respuesta es afirmativa, ¿Por qué sería mejor cambiar tu forma de dar sentido a esa muerte?
 - a. ¿en qué sentido?

19. ¿Qué otras pérdidas significativas has experimentado durante tu vida? ¿quién o qué, cómo, cuándo? ¿cómo reaccionaste? (igual o distinto que la pérdida que te trae hoy aquí)
20. ¿Hay algunas “lecciones vitales” que hayas sacado como conclusión de la muerte de x? ¿has cambiado? ¿de qué manera?
21. Respecto a las pertenencias de x, ¿qué significado tienen para ti? ¿qué te has quedado tú como recuerdo de x?
22. ¿Cómo te sientes ahora después de haber compartido conmigo todos estos aspectos tan personales y dolorosos? (...)

Anexo 2. Ejercicio de mindfulness/ Observación del flujo de la experiencia privada

Se busca que el paciente logre darse cuenta de sus experiencias privadas, y que cuando éstas resultan desagradables no intente luchar contra ellas o alejarlas, sino simplemente tome una postura de observador de las mismas.

Me gustaría comenzar con un ejercicio. Quiero que cierres tus ojos y te centres en ti mismo. Mírate en esta habitación, mírate sentado en el sillón. Nota la posición de tus brazos, de tus piernas, de tus pies y de tus manos. Nota tu cuerpo haciendo presión en el sillón, nota los músculos de tu cara, y los músculos alrededor de tus ojos cerrados. Nota tu respiración, cómo el aire entra y sale por tu nariz, nota los músculos de tu vientre al respirar y el ritmo de tu respiración sin alterarlo, sólo pon atención a lo que ocurre (**dar un minuto**).

No hagas sino observar lo que venga. Observa las sensaciones que se dan ahora mismo en tu cuerpo. Date cuenta de los pensamientos que vienen como si los vieras reflejados en una pantalla de cine. Nota cómo surgen y cómo se van, no agarres nada y no empujes nada, déjalos estar como vienen y déjalos ir cuando se vayan. Ahora, aprecia tu estado de ánimo, nóvalo y no hagas nada por empujarlo o por retenerlo, sólo nóvalo (**dar un minuto**).

Ahora, nota tu mente juiciosa, analítica, crítica, nota lo que dice sin más, quizá te diga que lo estás haciendo mal o bien, nóvalo simplemente; tu trabajo aquí y ahora es sólo darte cuenta de lo que venga. Permítete a ti mismo vivenciar tus sensaciones y pensamientos en este momento.

Si tienes pensamientos o sensaciones que no te gustan, no intentes alejarlos, empujarlos o atraerlos. Si notas que no aprecias nada y que no te viene ningún pensamiento, identifica ese pensamiento y esa sensación de no notar nada.

Simplemente adopta la posición de estar abierto a cualquier sensación y pensamiento que te venga en este preciso momento. Trata a lo que venga gentilmente con cariño, sin pasión, como si se tratara de observar abiertamente el cielo desde la ladera de una montaña. Quédate por unos momentos vivenciando lo que venga (**esperar uno o dos minutos**). Ahora, vuelve a darte cuenta de tu posición en esta habitación, de tu posición en el sillón, de los músculos alrededor de tus ojos, y cuando estés listo, abre los ojos.

Por favor saca la fotografía de _____, tómalala con una mano colócala frente a ti. Quiero que mires la fotografía que tienes frente a ti (**dar uno o dos minutos**). No hagas sino observar lo que venga. Observa las sensaciones que se dan ahora mismo en tu cuerpo. Recuerda lo que estabas haciendo hace unos minutos con los ojos cerrados. Date cuenta de los pensamientos que vienen. Nota cómo surgen y cómo se van; no agarres nada y no empujes nada, déjalos estar como vienen y déjalos ir cuando se vayan. Ahora, aprecia tu estado de ánimo, nóvalo y no hagas nada por empujarlo o por retenerlo, sólo nóvalo. Permítete a ti mismo vivenciar tus sensaciones y pensamientos en este momento (**dar dos minutos**).

Si tienes pensamientos o sensaciones que no te gustan, no intentes alejarlos, empujarlos o atraerlos. Si notas que no aprecias nada y que no te viene ningún pensamiento, nota ese pensamiento y esa sensación de no notar nada. Simplemente adopta la posición de estar abierto a cualquier sensación y pensamiento que te venga en este preciso momento. Trata a lo que venga con gentileza, con cariño, sin pasión, como si se tratara de observar abiertamente el cielo desde la ladera de una montaña (**dar un minuto**). Ya puedes guardar la foto, o dejarla sobre la mesa, como tú quieras.

Tomado de: cruz, G.J., Reyes, O.M., Corona, Ch.Z. (2017). Duelo. Tratamiento basado en la terapia de aceptación y compromiso (ACT), p. 21. México: Manual Moderno.

Anexo 3. Ejercicio ¿Qué dijo la mente? ¿Qué observaste tú?

Observa nuevamente la fotografía, tal como hiciste en sesión, y mientras lo haces distingue entre lo que dijo tu mente y lo que observaste tú. Anótalo en la columna que corresponda.	
¿Qué dijo la mente?	¿Qué observaste tú?

Reproducido con permiso de CRUZ/REYES/CORONA: Duelo, tratamiento basado en la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT), 1ª/ED. D.R. © 2017 Cortesía de Editorial El Manual Moderno, S.A. de C.V.

Anexo 4. Consentimiento informado

Ciudad, _____ a ____ de _____ de 2019

Bajo la presente acepto participar voluntariamente en un proceso terapéutico encaminado a la elaboración de duelo después de haber recibido la información suficiente sobre la intervención que se llevará a cabo. Se me ha informado que tengo derecho a cambiar mi decisión en cualquier momento del proceso. Me comprometo a proporcionar la información completa y veraz, en el entendido de que todos los datos proporcionados son de carácter confidencial.

Por este medio doy mi consentimiento libre, consciente e informado para participar en un programa de intervención terapéutica.

Nombre y firma