



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN PSICOLOGÍA
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA
RESIDENCIA EN MEDICINA CONDUCTUAL

TALLER EN LÍNEA PARA PREVENIR EL DUELO COMPLICADO
EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS

TESIS
QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE
MAESTRA EN PSICOLOGÍA

PRESENTA:
LIC. BRENDA YADIRA GONZÁLEZ LÓPEZ

TUTORA PRINCIPAL:
MTRA. MAETZIN ITZEL ORDAZ CARRILLO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA

MIEMBROS DEL COMITÉ
DRA. MARIA CRISTINA BRAVO GONZÁLEZ
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA
DRA. JENNIFER LIRA MANDUJANO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA
DRA. ROCIO TRON ÁLVAREZ
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA
DRA. MARICELA OSORIO GUZMÁN
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA

LOS REYES IZTACALA, TLALNEPANTLA, ESTADO DE MÉXICO, JUNIO 2023



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Agradecimientos

El presente escrito representa la materialización de un sueño que tuve desde la licenciatura, cursar la Residencia en Medicina Conductual ha sido un logro para mí, pese a las circunstancias bajo las cuales ocurrió, la pandemia de la COVID-19 cambió lo que había planeado, pero me permitió tener otros aprendizajes e identificar este tema de trabajo.

En primer lugar, quiero agradecer a Dios por permitir llegar a este momento, ha guiado mi camino para tomar las mejores decisiones y me ha dado la fortaleza para seguir cuando he estado a punto de rendirme *“fe plena tanto en Dios como en la ciencia”*

Gracias a la Universidad Nacional Autónoma de México y en especial a la Facultad de Estudios Superiores Iztacala por la formación académica que me ha brindado, pero sobre todo por inculcarme a estar comprometida con mi hermosa profesión.

También quiero agradecer al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACyT) por la beca número 1084467 que me brindó durante mis estudios de posgrado.

Mtra. Maetzin Ordaz, mi tutora académica, gracias por tu apoyo y orientación antes y durante la maestría, por siempre confiar en mis capacidades y decisiones, pero también por las risas en cada tutoría.

Dra. Cristina Bravo, mi eterno agradecimiento porque desde que me acerqué con mis sueños e inquietudes en la licenciatura me has apoyado, has confiado en mí y no me has dejado conformarme para ser mejor cada día.

Dr. Roberto Miguel, gracias por todo el conocimiento compartido y la supervisión académica, promoviste un ambiente que me hizo crecer profesionalmente.

De manera personal Mae, Cris y Tito, los admiro demasiado, gracias por estar en mi vida son mis mentores y mis amigos, los quiero mucho.

Dra. Jennifer Lira, Dra. Rocío Tron y Dra. Maricela Osorio, agradezco su apoyo en la revisión de mi trabajo ya que con su experiencia fue posible tener un proyecto de calidad.

Gracias a todos mis profesores de la Residencia por lo que compartieron conmigo, pero en especial gracias a mis compañeros porque ustedes hicieron esta experiencia inolvidable, son mis colegas y mis amigos, confío plenamente en ustedes.

Igualmente extendiendo mi gratitud a la Facultad de Estudios Superiores Aragón, el Mtro. Felipe de Jesús, la Lic. Berenice Cano y la Lic. Brenda Méndez por la oportunidad laboral que me han brindado y el apoyo a lo largo de mis estudios de maestría. Específicamente Bren, Raque y Angy gracias por ser mis colegas y amigas, aprendo mucho de ustedes.

También tengo un agradecimiento especial a mi mamá y papá por creer en mi capacidad de cumplir todo lo que me propongo, por hacerme una mujer independiente, fuerte y valiente, y a mi hermana gracias por tus palabras de aliento en mis momentos de estudio, tu admiración y tu amor, son mi motor en esta vida.

Gracias a mis abuelitos porque su amor, confianza y consejos me han ayudado a esforzarme por ser una mejor persona, gracias al resto de la familia González y López porque me han brindado su apoyo, pero sobre todo gracias Tía Olga, Tía Estela, Padrino Roberto y Papá Raúl, este trabajo lo realice en su memoria para ayudar a otros a vivir este proceso inevitable.

Gracias familia Ruiz Ruiz por su cariño, confianza y respeto, pero sobre todo Erick gracias por ser mi compañero en este proceso, por confiar en mí, por motivarme, por no dejarme rendir, por siempre apoyar mis sueños y por amarme, eres parte fundamental.

Finalmente, pero no por eso menos importantes agradezco a mis amigas Angy, Fer, e Ivonne porque me han apoyado en todo momento, las amo mucho.

“La única forma de hacer un gran trabajo es amar lo que haces”

Índice

Resumen.....	6
Introducción.....	7
1. Protocolo de intervención: Taller en línea para prevenir el duelo complicado en estudiantes universitarios.....	10
1.1 El duelo en psicología.....	10
1.1.1 Antecedentes.....	10
1.1.2 Fundamentos del Modelo Integrativo de Factores de Riesgo.....	21
1.2. El duelo, un proceso de afrontamiento.....	28
1.2.1 Modelo integrativo de factores de riesgo.....	28
1.3. Prevención del duelo complicado.....	48
1.3.1 Intervención psicológica.....	50
1.4 Planteamiento del problema.....	57
1.4.1 Justificación.....	57
1.4.2 Objetivos.....	63
1.4.3 Hipótesis.....	63
1.4.4 Pregunta de investigación.....	63
1.4.5 Variables.....	64
1.5 Método.....	65
1.5.1 Participantes.....	65
1.5.2 Diseño.....	66
1.5.3 Instrumentos.....	67
1.5.4 Procedimiento.....	70
1.6 Análisis de resultados.....	72
1.6.1 Factores de riesgo.....	74

1.6.2 Cuestionario de Afrontamiento del Estrés (CAE)	77
1.6.3 Inventario de Duelo Complicado.....	85
1.7 Discusión y conclusión.....	88
2. Reporte de Experiencia Profesional.....	97
2.1 Breve contextualización de la Medicina conductual a nivel mundial y en México.....	97
2.2 Condición de la pandemia por la COVID-19.....	103
2.3 Atención Psicológica de Primera Orientación Y Ayuda.....	106
2.3.1 Características del programa.	106
2.3.2 Ubicación del terapeuta en el programa.	108
2.3.3 Actividades desarrolladas en la estrategia.....	108
2.3.4 Actividades en la estrategia.....	109
2.3.5 Actividades académicas.....	110
2.4 Productividad de pacientes atendidos.	111
2.5 Otras actividades no programadas.....	120
2.6 Aprendizajes obtenidos.	121
2.7 Competencias profesionales alcanzadas.....	124
2.8 Evaluación del programa.....	125
2.9 Conclusiones y sugerencias.....	125
Referencias.....	128
Anexos	153

Resumen.

Este escrito se divide en dos partes, en la primera se describe una investigación sobre el duelo, que es un proceso de oscilación entre el afrontamiento orientado a la pérdida y la restauración, que puede derivar en un duelo complicado dependiendo de la interacción de los factores de riesgo, relacionados con la población y su contexto, en este caso universitarios, y del uso de las de las Estrategias de Afrontamiento Centradas en la Emoción (EACE) y las Centradas en el Problema (EACP), las cuales se relacionan con el duelo complicado, cuando hay un uso excesivo de las EACE y un déficit en las EACP; el afrontamiento es el elemento más susceptible a ser modificado con intervenciones breves cognitivo conductuales tanto presenciales como en línea, por ello el objetivo de este estudio fue evaluar la eficacia de un taller en línea que fomenta las EACP para prevenir el duelo complicado en estudiantes universitarios. Se trabajaron cinco módulos con 13 participantes, seleccionados a través de un muestreo no probabilístico y un diseño pre-experimental con medidas pretest-postest, se aplicó el Cuestionario de Afrontamiento del Estrés (CAE) y el Inventario de Duelo Complicado (IDC), con los cuales se identificaron cambios significativos en el uso de las EACP y en la probabilidad de desarrollar un duelo complicado por lo cual el taller se considera exitoso para prevenir el duelo complicado por medio de técnicas de la TCC; y en la segunda parte se desarrolla el reporte de experiencia profesional de la Residencia en Medicina Conductual.

Palabras clave: duelo, prevención, universitarios, afrontamiento, cognitivo-conductual.

Abstract.

This paper is divided into two parts. The first describes an investigation on grief, which is a process of oscillation between loss-oriented coping and restoration-oriented coping, which can lead to complicated grief depending on the interaction of risk factors, related to the population and its context, in this case university students, and the use of Emotion-Focused Coping Strategies (EFC) and Problem-Focused Coping Strategies (PFC), which are related to grief complicated, when there is an excessive use of EFC and a deficit in the use of the PFC; coping is the element most likely to be modified with brief cognitive behavioral interventions, both face-to-face and online. Therefore the objective of this study was to evaluate the effectiveness of an online workshop that promotes the PFC to prevent complicated grief in university students. Five modules were worked with 13 participants, selected through non-probabilistic sampling and a pre-experimental design with pretest-posttest measures, the Stress Coping Questionnaire (SCQ) and the Complicated Grief Inventory (CGI) were applied, with for which significant changes were identified in the use of the PFC and in the probability of developing complicated grief, for which the workshop is considered successful in preventing complicated grief through CBT techniques; and in the second part, the report of professional experience of the Residency in Behavioral Medicine is developed.

Key words: grief, prevention, students, coping, cognitive-behavioral.

Introducción.

La muerte es una situación sumamente estresante que desencadena un proceso de duelo, es una experiencia que ha estado presente en los seres humanos desde el inicio de su existencia, son muchas las ciencias y pseudociencias que se han encontrado interesadas en el tema, por lo cual la palabra duelo no pertenece a una teoría, sino a una experiencia de vida que ha sido interés de estudio (Smud, 2016).

Existen diferentes explicaciones para el duelo, algunas de las más conocidas son por fases o etapas, las cuales establecen que una persona en duelo debe atravesar por diferentes momentos para llegar a la aceptación de la realidad, sin embargo, en investigaciones como la de Rico (2017) se ha mostrado que el proceso de duelo no se da de esta manera y que esta visión es reduccionista.

El duelo es un proceso complejo y personalizado, por lo cual su explicación debe estar basada en un modelo que tenga esta flexibilidad y que cuente con evidencia científica, como el Modelo Integrativo de Factores de Riesgo que se formó a partir del Modelo transaccional de estrés y afrontamiento de Lazarus y Folkman (1984) y el Modelo de Procesamiento Dual de Stroebe y Schut (1999).

De acuerdo con el Modelo Integrativo de Factores de Riesgo (Stroebe et al., 2006) el duelo es un factor estresante orientado a la pérdida, que implica todo lo relacionado con la muerte del ser querido y orientado a la restauración, que son aquellas actividades por medio de las cuales el doliente se adapta a la vida sin su ser querido, en donde dependiendo de los factores de riesgo que se presenten el doliente realiza una evaluación de la situación, sus recursos y su estilo de afrontamiento, lo cual dará como resultado un duelo adaptativo o complicado.

Los factores de riesgo tienen un papel fundamental, el modelo ya integra algunos, sin embargo, se hace la aclaración que existen más dependiendo del contexto y la población de interés, que en este caso son los estudiantes universitarios, quienes de acuerdo con Balk et al. (2010), Doka (2021), Lipp y O'Brien (2020), Stikkelbroek et al. (2016), entre otros, este grupo, por la etapa de desarrollo en la que se encuentra cuenta con factores de riesgo relacionados con el género, el tipo de muerte, trastornos psicológicos, consumo de sustancias, tipo de apoyo social, nivel socioeconómico, relación con la persona fallecida, rituales de despedida y el contexto universitario.

Estos factores de riesgo intervienen en el proceso de duelo, sin embargo, en muchas ocasiones estos no se pueden cambiar, por lo cual la atención se centra en el afrontamiento que tenga el doliente de la situación ya que de este dependerá que se tenga un duelo adaptativo o complicado, además de que es un elemento susceptible a modificarse por medio de intervenciones breves dirigidas a las estrategias de afrontamiento (Lazarus & Folkman, 1984; Stroebe & Schut, 1999).

Las estrategias de afrontamiento, mencionan Folkman et al. (1986), son herramientas que se utilizan ante una situación estresante, existen dos, las estrategias de afrontamiento centradas en la emoción y las estrategias de afrontamiento centradas en el problema.

Ninguna estrategia es mejor que otra, se analiza su funcionalidad, sin embargo, se ha identificado que las personas que utilizan con mayor frecuencia las estrategias centradas en la emoción tienen mayor riesgo de desarrollar un duelo complicado, aunado a ello se sabe que los estudiantes universitarios en situaciones estresantes también utilizan esta estrategia con mayor frecuencia, así que en ellos el riesgo de un duelo complicado aumenta (Berra et al., 2014; Osorno et al., 2010).

Con base en lo anterior, el objetivo general del presente estudio fue evaluar la eficacia de un taller en línea que fomenta las estrategias de afrontamiento centradas en el problema para prevenir el duelo complicado en estudiantes universitarios; para ello se utilizó el Modelo Integrativo de Factores de Riesgo propuesto por Stroebe et al. (2006), en el cual se establece que en un proceso de duelo el afrontamiento es el elemento susceptible al cambio por medio de intervenciones breves.

Las técnicas de la terapia cognitivo conductual cuentan con la evidencia científica para realizar las modificaciones esperadas (Alavi et al., 2018) y para conseguirlas el estudio se realizó en cinco fases, primero se hizo el diseño de la intervención, después se promocionó el taller para atraer a los participantes, los cuales fueron evaluados antes de la intervención, posteriormente se trabajó con ellos una semana utilizando materiales digitales y se concluyó el proceso con la evaluación final.

Toda la información de la investigación se encuentra en el primer apartado de esta tesis y debido a que en la Residencia en Medicina Conductual se realizaron múltiples actividades, se desarrolló un segundo apartado en el que se expone el reporte de experiencia profesional de la estrategia de Atención Psicológica de Primera Orientación Y Ayuda (APPOYA) de CAOPE FES Iztacala en la cual se desarrollaron nuevas habilidades y conocimientos para la actividad profesional.

1. Protocolo de intervención: Taller en línea para prevenir el duelo complicado en estudiantes universitarios.

1.1 El duelo en psicología.

1.1.1 Antecedentes.

La Real Academia Española (2002) menciona que la palabra duelo proviene del latín *dolus* que significa dolor, la cual se relaciona con el verbo *dolere* que hace referencia a dolor, sufrimiento y pena ante una pérdida significativa.

Worden et al. (2013) y Fonegra de Jaramillo (2001) mencionan que en inglés al proceso que se produce después de una pérdida se le llama “*mourning*” y la experiencia personal de la pérdida que implica las emociones alrededor de ello se le dice “*grief*”, sin embargo, en castellano ambas situaciones se sintetizan en la palabra “duelo”, por lo cual esta palabra no pertenece a una ciencia en específico o a una perspectiva teórica, es una palabra que expresa un acontecimiento que experimentan los seres vivos después de la muerte de un ser querido.

La muerte es una situación que ha existido desde que se tiene registrado el primer ser humano en el mundo, sin embargo, la forma de morir y como experimentar un duelo no ha sido la misma a lo largo de la historia, empero, las ideas que se encuentran alrededor de la muerte de una persona se basan en un sistema de creencias favorecido por el contexto o la sociedad en la cual ocurra (Pacheco, 2003; Smud, 2016).

Son diferentes los rituales que cada cultura ha llevado a cabo ante la muerte, sin embargo, de acuerdo con Aguilar (2010) tienen una característica en común, y esta es la creencia de una vida después de la muerte a partir de la existencia de un alma que se encuentra en el interior de las personas, en donde los ritos fúnebres son un medio para facilitar el arribo a esos lugares; pero también desde sus inicios estas acciones han servido para facilitar la adaptación de los vivos a la nueva realidad.

De acuerdo con Smud (2016) desde la época prehistórica el hombre le ha dado atención a la muerte, considerando la forma en la cual debe tratarse un cuerpo, el destino del cuerpo y los rituales funerarios.

Para conocer más al respecto, a continuación, se abordarán algunas de las costumbres que existen en diferentes culturas alrededor del mundo.

Hace aproximadamente 4000 años en Babilonia, los rituales fúnebres se caracterizaban por llanto intenso, rasgado de vestiduras, golpes de cabeza y pecho, heridas en el rostro por arañazos y se arrancaban el pelo de la cabeza y barba, también se presentaban sacrificios de animales y humanos (Oviedo et al., 2009).

En el antiguo Egipto, consideraban que las personas estaban formadas de cuatro partes: cuerpo, espíritu, espíritu divino y segunda alma; cuando las personas morían el espíritu dejaba temporalmente el cuerpo para reencarnar en un ave pero después regresaba a su cuerpo, así que éste debía mantenerse intacto ya que si no lo encontraba la parte espiritual divina se extinguía; esta idea hacía que la conservación de los cadáveres y las ceremonias de embalsamiento fueran muy complejas para cumplir este objetivo (Aguilar, 2010).

Sobre Grecia y Roma comentan Oviedo et al. (2009) que los funerales eran considerados un acto sagrado, por lo cual, si no se realizaban se condenaba al alma a errar sin descanso.

En India, expresa Pacheco (2003), las cosas no eran muy diferentes, se mantenía la creencia de la existencia de un alma o espíritu que quedaba después de la muerte, por lo que a los fallecidos se les quebraba el cráneo antes de incinerarlos para que el espíritu saliera por la sutura sagital.

Para la edad media se reportaba que los ritos funerarios eran acompañados por familiares y amigos, lo cual permitió ver la importancia del apoyo social desde ese momento, ya que era común visualizar intensas manifestaciones de desesperación (Aguilar, 2010).

Posteriormente, en los siglos XVI, XVII y XVIII Oviedo et al. (2009) comentaban que se evitaban las manifestaciones de dolor y como una forma de afrontamiento se buscaba rápidamente sustituir al difunto por otro ser.

En el caso de México, Gómez-Gutiérrez (2011) señala que en el siglo XVI la muerte se consideraba necesaria para que hubiera un equilibrio entre el mundo y el universo, por ello se realizaban prácticas como los sacrificios, esto cambió en la conquista de los españoles, cuando se impusieron creencias y tradiciones basadas en la religión cristiana, muchas de las cuales se mantuvieron hasta la actualidad ya que han ayudado a aquellas personas que han perdido a un ser querido a adaptarse a su nueva vida.

Después en el siglo XIX y XX la muerte se convirtió en una situación familiar, fue común la fotografía mortuoria como un recuerdo del ser querido, iniciaron los servicios tanatológicos y los sistemas funerarios (Oviedo et al., 2009).

En el siglo XXI los ritos funerarios ya se han modificado debido a que estos se realizan con base en las creencias de cada familia o grupo social al que se pertenece, pero sobre todo cambiaron como consecuencia de la pandemia por la COVID-19, características que serán abordadas más adelante.

Considerando la importancia del tema de la muerte y el proceso de duelo en la vida de los seres humanos, era de esperarse que diversas ciencias y pseudociencias se interesaran en el tema, sin embargo, el estudio del duelo se ha asociado más con disciplinas relacionadas con la salud, como puede ser la psiquiatría pero principalmente la psicología, en donde se ha estudiado el

duelo ante diferentes situaciones como pérdidas económicas, laborales, de pareja y la muerte, pero independientemente del área en la cual se sufra la pérdida, se sabe que todas son distintas y conllevan su propio proceso de duelo, para fines de esta investigación se abordará el duelo por la muerte de un ser querido (Bastidas-Martínez & Zambrano-Santos, 2020; García et al., 2021).

El duelo ha existido desde la aparición del ser humano, pero fue hasta la primera mitad del S.XX que se comenzó a estudiar de manera especializada por psiquiatras, quienes, por medio de la observación clínica y datos de sus pacientes, sugirieron los términos de duelo normal o patológico (Cruz et al., 2017; Malkinson, 2001).

Desde la perspectiva médica el duelo es una situación que se continúa estudiando y diagnosticando, por lo cual la Asociación Americana de Psicología lo ha incluido en diferentes ediciones de su Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM).

En el DSM-I (Asociación Americana de Psicología, 1952) no había ninguna clasificación relacionada con el duelo; en el DSM-II (Asociación Americana de Psicología, 1968) no se le dedicaba un apartado en específico al duelo, pero en el apartado VIII Perturbaciones situacionales transitorias, en el punto 307 se encontraban las reacciones de adaptación ante situaciones difíciles en las diferentes etapas de la vida, en donde se consideraba la muerte de un ser querido como una experiencias a la cual había que adaptarse.

Posteriormente en el *Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales* (3a ed; DSM-III) de la Asociación Americana de Psicología (1980), en la clasificación V Códigos para condiciones no atribuibles a un trastorno mental que son foco de atención o tratamiento, aparecía el código V62.82 Duelo sin complicaciones, y esta fue la primera edición en la cual el duelo tuvo su propia clasificación, pero además se seguía considerado una situación estresante que requería adaptación, así se retomaba en el apartado 309 Reacciones que requieren adaptarse.

En el DSM-IV (Asociación Americana de Psicología, 1995) el duelo se encontraba en el apartado de Problemas adicionales que pueden ser objeto de atención clínica con el código Z63.4 Duelo, en donde se especificaba que los síntomas no se debían confundir con un trastorno depresivo mayor y para ello era necesario considerar que el duelo se caracterizaba por sentimientos de culpa e inutilidad, pensamientos de muerte, preocupación, deterioro funcional, enlentecimiento psicomotor y experiencias alucinatorias de escuchar o ver a la persona fallecida.

Finalmente, en el *Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales* (5a ed.; DSM-5; Asociación Americana de Psicología, 2014) en la sección de Otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica, en Problemas de relación con el grupo primario de apoyo, está el código V62.82 Duelo no complicado, en donde también se remarca la importancia de no confundir la sintomatología con un episodio depresivo mayor y para ello se debe considerar que en el duelo hay sentimientos de culpa, vacío y pérdida, disforia que disminuye de intensidad en días o semanas, episodios de emociones agradables, pensamientos de muerte y recuerdos del difunto, y no hay problemas de autoestima en la mayoría de los casos.

Dentro de este mismo manual, en la sección de afecciones que necesitan más estudio, se encuentra el Trastorno de Duelo Complejo Persistente, el cual se puede diagnosticar solo si han transcurrido al menos 12 meses de la pérdida y la sintomatología característica se mantiene, en este caso el tiempo es importante ya que se llega a utilizar para diferenciar entre un duelo normal y uno persistente o complicado (Tur et al., 2021).

Por otro lado, en la *Clasificación Internacional y Estadística de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud* (CIE) el cual surgió en 1900, en sus primeras cinco ediciones solo incluyó alteraciones con causas orgánicas y fue hasta 1948 que se agregaron las enfermedades mentales (Del Barrio Gándara, 2009).

Pero el duelo apareció 30 años después en la *Clasificación Internacional y Estadística de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud* (9a ed.; CIE-9-MC) de la Organización Mundial de la Salud (1978) en el apartado V62.8 Otro estrés psicológico o físico, no clasificado bajo otros conceptos, en el código V62.82 Duelo, no complicado.

Para la décima edición del CIE (10a ed.; CIE-10; Organización Mundial de la Salud, 1992) utiliza el código Z63.4 para el duelo normal y el epígrafe de los trastornos de adaptación F.43 para el duelo patológico, además en el apartado de trastornos de adaptación, se agregan las reacciones por duelo, como un factor estresante que genera cambios emocionales que interfieren en las relaciones sociales y en el diagnóstico de amnesia disociativa e hiperfagia asociada con otras alteraciones psicológicas, así que se habla del duelo como un suceso traumático y angustiante, que podían originar problemas de salud.

Ahora bien, desde una perspectiva psicológica también se han desarrollado diferentes modelos para explicar el proceso de duelo, algunos se presentan a continuación.

Jonson (2000), comparte que el duelo en psicología fue estudiado por primera vez por Sigmund Freud en 1917 quien consideraba que el duelo es un proceso doloroso y complejo que no concluye con felicidad, que involucra la personalidad del individuo y abarca de forma consciente o inconsciente todas las funciones del “yo”, sus actitudes, defensas y la relación con los demás.

Freud elaboró la primera teoría de duelo en su escrito “Duelo y Melancolía”, en ella afirmaba que el sufrimiento de la persona ante la muerte de un ser querido se debía a su apego interno con ella, por lo cual, el objetivo del duelo era separar los sentimientos y terminar con el apego, para que el yo quedara liberado y disponible para generar apego con otra persona (Oviedo et al., 2009).

Además, Freud pensaba que la aceptación de la muerte implicaba admitir el hecho físico de la muerte pero la negación a que este momento sea el final, ya que consideraba la existencia de una o varias almas como consecuencia de los recuerdos de los seres queridos, sin embargo, también cuestionaba por qué la existencia de los espíritus de los muertos era una creencia humana frecuente y estas se consideraban tan dañina que se tenían que realizar rituales de pureza, una creencia que existe hasta la fecha (Pacheco, 2003).

De acuerdo con Garriga i Setó (2004) esta perspectiva Freudiana se ha cuestionado con evidencia clínica y empírica, ya que los mismos analistas han admitido que la forma en la cual se lleva a cabo el duelo de sus pacientes, no coincide con la descripción de esta teoría.

Mencionan Chaurand et al. (2010) que después de la aportación que realizó Freud, la psicología evolucionó, sin que el tema de duelo tuviera protagonismo, aunque algunos autores han hecho propuestas de dicho proceso.

En 1944 Lindemann describió las siguientes fases como parte del duelo inmediato: problemas somáticos, preocupaciones relacionadas con el fallecido, culpa, reacciones hostiles y pérdida de patrones de conducta (Jonson, 2000).

Entre 1969 y 1970 comparten Oviedo et al. (2009), que Kubler-Ross después de hablar con más de 500 pacientes en etapa terminal, describió cinco etapas cuando se aproxima la muerte, las cuales se dan en el orden estipulado, no tienen la misma duración y se puede regresar a una etapa reiniciando el proceso:

1. Negación: aquí probablemente las personas sientan culpa por no sentir nada, se presenta un estado de entumecimiento e incredulidad.

2. Enojo o ira: esta emoción se expresa a otras personas o puede estar de manera interna en forma de depresión, se llega a culpabilizar a otros para evitar el dolor, hay aflicciones y desesperación por tener que aceptar que la vida continúa.
3. Negociación: es un proceso mental que permite ganar tiempo, antes de aceptar la verdad de la situación y retrasa la responsabilidad que se necesita para liberar emocionalmente las pérdidas.
4. Depresión: es un enojo dirigido hacia dentro de la persona, se presentan sentimientos de desamparo, falta de esperanza e impotencia.
5. Aceptación: se presenta cuando después de la pérdida el doliente puede vivir en el presente, sin adherirse al pasado.

Esta es una propuesta muy popular entre la población, sin embargo, se ha criticado porque existe evidencia de que los dolientes no tienen por qué atravesar estas etapas, no existe una secuencia entre ellas, además de que minimiza las respuestas y consecuencias del proceso de duelo, esto de acuerdo con Rico (2017).

Alrededor de 1980 Bowlby (2014), basado en su teoría del apego, realizó una clasificación por fases para ordenar y explicar el proceso de duelo:

1. Fase de entumecimiento o shock: dura algunas horas y hasta una semana, se caracteriza por aturdimiento, negación, cólera, la no aceptación y ansiedad intensa, las personas pueden recaer varias veces en esta fase.
2. Fase de anhelo y búsqueda: dura varios meses y con frecuencia hasta años es un periodo de intensa añoranza y búsqueda de la persona que murió, esto debido al apego con la persona fallecida, así que habrá ansiedad inevitablemente.

3. Fase de desorganización y desesperanza: sin especificar cuánto tiempo pasa después de la pérdida, se impone la realidad, por lo cual se intensifican los sentimientos de desesperanza y soledad, pero el doliente acepta finalmente la muerte, por lo cual entra en un proceso de depresión y apatía.
4. Fase de reorganización: inicia después de aproximadamente un año de la pérdida en donde el deudo ha aceptado la nueva situación, comienza a redefinirse a sí mismo y su contexto, para ello renuncia a la esperanza de recuperar a la persona perdida y se va reincorporando a su vida.

Una propuesta similar a la anterior es la de Vargas (2003), quien considera que hay diferentes factores que influyen en la reacción del duelo, como la personalidad del deudo, el tipo de vínculo afectivo entre ellos, el tipo de muerte, los antecedentes personales y las características del entorno, y con base en ello menciona que las fases que se presentan son:

- Fase de impacto o impasibilidad: su duración es de horas, hasta una semana después de la pérdida, se caracteriza por una incapacidad para experimentar emociones ante situaciones del contexto que por su naturaleza deberían generar una respuesta, hay una liberación intensa de emociones principalmente de ansiedad, no hay consciencia de lo sucedido y hay conductas que se consideran semiautomáticas, pero son los rituales tras el fallecimiento los que facilitan la resolución de esta fase.
- Fase de repliegue o depresión: tiene una duración de semanas o meses, inicia con sintomatología depresiva, seguida de irritación y aislamiento, en este momento los dolientes se encuentran solos, atendiendo las demandas del entorno para reincorporarse a sus actividades cotidianas.

- Fase de recuperación: se da después de seis meses a un año, en este periodo se retoman las actividades cotidianas, los dolientes comienzan a establecer nuevos lazos afectivos y se da el primer aniversario luctuoso, lo cual genera una intensificación emocional que dura algunos días pero que marca el final del duelo.

Sin embargo, Worden et al. (2013) no está de acuerdo con los modelos antes descritos, ya que considera que el problema con utilizar un enfoque de etapas o fases en el proceso de duelo es que las personas no atraviesan las etapas en serie.

Además, de manera general ninguno de los modelos por fases o etapas brinda una clara definición del proceso de duelo, presentan deficiencias para ser comprobados empíricamente y podría entenderse que el doliente tiene un rol pasivo, ya que únicamente debe centrarse en el dolor y esperar que con el tiempo sus respuestas ante la pérdida cambien o desaparezcan, lo anterior no es así, ya que se necesitan modificar otras variables involucradas en dicho proceso (Cruz et al., 2017; Malkinson, 2001).

En 2013 Worden et al. considerando los anteriores argumentos, propuso que era mejor utilizar el concepto de tareas para entender lo que ocurre durante el duelo, pensaba que era más acorde debido a que implicaba que la persona en duelo fuera activa y pudiera hacer algo por su recuperación, las cuatro tareas que propone son:

1. Aceptar la realidad de la pérdida: implica aceptar que la persona está muerta, por lo cual no volverá, se asume que el reencuentro es imposible, esta aceptación lleva tiempo dependiendo de cada persona, pero los rituales funerarios ayudan a encaminar a las personas a esta aceptación.
2. Trabajar las emociones y el dolor de la pérdida: se requiere reconocer y cambiar el dolor emocional y conductual porque si no, este se puede presentar mediante algunos síntomas

o conductas disfuncionales, si la tarea no se cumple por sí sola se requiere iniciar un proceso terapéutico.

3. Adaptarse a un medio en el que el fallecido está ausente: esta adaptación depende de la relación que tenía cada individuo con quien falleció, así como los roles que desempeñaba, ya que los dolientes tienen que asumir estas nuevas responsabilidades que les permite desarrollar nuevas habilidades.
4. Recolocar emocionalmente al fallecido y seguir viviendo: no se trata de renunciar a la persona fallecida, el objetivo es ayudar al doliente a que en su nueva vida le dé un lugar a la persona que falleció, un lugar que permita al doliente continuar viviendo de manera eficaz.

Este modelo teórico del duelo muestra que existen alternativas a las corrientes teóricas clásicas que planteaban fases o etapas, y se comenzó a vislumbrar la necesidad de que el doliente tenga un papel activo durante su proceso de duelo y que no solo tenga que esperar a que el tiempo pase para sentirse mejor (Oviedo et al., 2009).

Es necesario destacar que si bien cada ciencia y/o autor plantea una explicación al proceso de duelo, cada vez es más claro que la palabra como tal duelo remite a la pérdida de un ser amado, por lo cual al ser una experiencia de los seres vivos ha sido de interés de estudio para muchos (Yoffe, 2002).

Con base en lo descrito el duelo no se puede reducir únicamente a etapas o fases, al ser un proceso complejo y personalizado se encuentran involucradas diferentes variables en cada persona, las cuales se requieren tomar en cuenta no solo para explicar qué pasa, sino para la intervención psicológica cuando sea necesario, dicha información la aporta el Modelo Integrativo

de Factores de Riesgo de Stroebe et al. (2006) en el cual se basa esta investigación y que se desarrollará en los siguientes apartados.

1.1.2 Fundamentos del Modelo Integrativo de Factores de Riesgo.

A partir de las limitaciones que se han identificado en la forma de explicar el proceso de duelo y de actuar ante él durante la historia, es que se han desarrollado otras explicaciones más flexibles que permiten considerar las características de cada doliente, como lo hace el Modelo Integrativo de Factores de Riesgo, desarrollado a partir del Modelo de Procesamiento Dual de Stroebe y Schut (1999) y el Modelo Transaccional de Estrés de Lazarus y Folkman (1984), los cuales se requieren conocer de manera general previamente para profundizar en el modelo de interés, por ello se describen a continuación.

1.1.2.1 Modelo de Procesamiento Dual para Afrontar el Duelo. Este modelo fue creado por Stroebe y Schut en 1999, para describir la forma en que se acepta la pérdida de una persona cercana, proporcionando un marco de referencia para comprender el duelo complicado, la diferencia del duelo entre sexos, los procesos intra e interpersonales, así como el duelo de acuerdo con el contexto social y cultural, en un principio el modelo fue desarrollado para comprender cómo lidiar con la pérdida de una pareja, pero por sus características se volvió potencialmente aplicable a otros tipos de duelo (Stroebe & Schut, 1999).

Stroebe y Schut establecieron en el Modelo de Procesamiento Dual (DPM) que el duelo es un proceso de oscilación entre dos tipos de afrontamiento, el afrontamiento orientado a la pérdida y el afrontamiento orientado a la restauración, en donde el individuo elige ignorar o concentrarse en uno, lo cual puede ayudar a adaptarse o a generar un duelo complicado (Lister et al., 2008; Stroebe & Schut, 1999; Stroebe & Schut, 2020) y estos dos componentes del duelo se distinguen por las siguientes características:

- a) Afrontamiento orientado a la pérdida: implica el trabajo de duelo, concentra aspectos relacionados con la muerte como expresión de emociones, añoranza, recuerdos, deseos, pensamientos rumiativos y evitación a los cambios asociados con la restauración.
- b) Afrontamiento orientado a la restauración: incluye las consecuencias secundarias del duelo, actividades mediante las cuales se comienza a construir la nueva vida sin el fallecido, como aprender y desarrollar nuevos roles, realizar cambios psicosociales, reconstruir creencias nucleares sobre uno mismo después de la pérdida, entre otros.

El DPM no es estático, los autores han buscado mejorarlo con los nuevos hallazgos, como ocurrió en 2001 cuando agregaron la reevaluación del afecto positivo y negativo que indica que las personas que están viviendo una pérdida oscilan entre una evaluación positiva y negativa sobre los dos tipos de afrontamiento; en 2015 se integraron factores estresantes y de afrontamiento a nivel familiar y se le dio el nombre de Modelo de Procesamiento Dual Revisado (DMP-R) y es muy probable que haya modificaciones, ya que los autores están estudiando el duelo bajo el contexto de la pandemia por la COVID-19 (Fiore, 2019).

Este modelo se ha probado en diferentes estudios, un ejemplo de ello es el de Richardson (2006) en el cual en un grupo de viudos de adultos mayores se identificó que las circunstancias del duelo, el tipo de muerte y si las personas se enfocan en el afrontamiento orientado a la pérdida o a la restauración, influye en la adaptación a la nueva vida y en el desarrollo o no de un duelo complicado, información que se utilizó para brindar consejería en esta población para poder equilibrar sus actividades.

Otro estudio fue el de Drenth et al. (2010), se realizó una integración del modelo con el enfoque centrado en tareas y técnicas de intervención de distintos enfoques terapéuticos, para proponer el Modelo de Intervención de Duelo Complicado que sirve como guía para los

trabajadores sociales que apoyan la adaptación de algunos dolientes, ya que el duelo complicado afecta el funcionamiento social del individuo, lo cual permite ver la flexibilidad del modelo para abordar el tema.

En el estudio de Fasse y Zech (2015) se investigaron las experiencias subjetivas de viudos y se analizaron con base en los componentes del modelo y se pudo identificar que en la mayoría su experiencia de duelo se ajustaba al modelo puesto que se pueden orientar a la pérdida y restauración, pero también hay casos que no se ajustan a lo establecido en el DPM.

En congruencia con lo mencionado por los autores sobre la posibilidad de utilizar este modelo en otras poblaciones, Aslanzadeh (2017) habla del DPM en los estudiantes universitarios en donde se representa el proceso de duelo que viven, ya que hay oscilación entre abordar sus sentimientos, pensamientos y emociones relacionados con la pérdida, y la atención a otras áreas importantes de su vida como la escuela y el trabajo. Así que el DPM es un modelo prometedor para abordar con base en evidencia científica las implicaciones de un proceso de duelo en prácticamente cualquier población de interés.

De acuerdo con Fiore (2019), el DPM fue creado a partir de las aportaciones y limitaciones del Síndrome de Respuesta al Estrés, el Modelo de Dos Vías de Duelo, el Modelo de Transiciones Psicosociales, el Modelo de Duelo Incremental y el Modelo Transaccional de Estrés y Afrontamiento, por lo cual se requiere conocer sus postulados y principales características, cabe aclarar que como el Modelo Transaccional de Estrés y Afrontamiento es parte del modelo de interés, se profundizará en él en el siguiente apartado.

1.1.2.1.1 Síndrome de Respuesta al Estrés. Este primer modelo fue creado por Horowitz en 1986, él propuso el término de Síndrome de Respuesta al Estrés para englobar un grupo de trastornos relacionados con el estrés que se presentan después de situaciones difíciles en la vida

como el duelo, se caracteriza por ideas y sentimientos intrusivos, negación de la situación y un bloqueo emocional, por lo cual la identificación temprana del síndrome puede garantizar un tratamiento exitoso (González, 1994).

Menciona Martín-Montolú et al. (2001) que el objetivo de esta propuesta es que sea posible concluir el abordaje del significado de la situación estresante para así desarrollar una respuesta adaptativa y esta meta se habrá conseguido si la persona es capaz de decidir si piensa o no en el acontecimiento ya que su presencia ya no genera angustia.

Dadas las características de las situaciones estresantes o acontecimientos traumáticos que se presentan, los autores también propusieron una terapia dinámica con sus propias técnicas, que busca ayudar a los pacientes a recuperar sus niveles de funcionalidad previos al suceso estresante que se experimentó, si esta terapia es de interés para el lector se invita a revisar literatura al respecto para profundizar en el tema (Martín-Montolú et al., 2001).

1.1.2.1.2 Modelo de Dos Vías de Duelo. Otro de los modelos que forman parte del DPM es el Modelo de Dos Vías de Duelo desarrollado por Rubín (1981), quien considera que la respuesta al duelo depende del vínculo afectivo del doliente con el difunto y el cambio de personalidad del doliente.

Rubín (1985) menciona que se requiere restablecer el funcionamiento homeostático intrapsíquico, conductual e interpersonal del doliente así que para ello se da el proceso de duelo, sin embargo, hace la aclaración de que no necesariamente será el funcionamiento que había previo a la pérdida, pero si uno que ayude al doliente a continuar con su vida, este autor continuaba con la idea del duelo por etapas, así que postuló que el duelo se daba de la siguiente forma:

- a) Duelo agudo: es la primera etapa con una duración de uno a tres meses, aparece como una primera reacción a la pérdida e implica cambios en el comportamiento ya que el doliente necesita aceptar la realidad para comenzar a soltar el vínculo afectivo con el difunto.
- b) Periodo de duelo: es la segunda etapa, que lleva de uno a dos años porque se da un proceso moderado de desapego y por ende cambios en el funcionamiento de la personalidad, si bien al principio ambos procesos continúan unidos, al final de este proceso comienzan a separarse.
- c) Periodo posterior al duelo: es la etapa final, como tal no tiene un tiempo establecido, pero aquí el proceso de apego llega a su fin y se estabilizan los cambios de personalidad provocados por la pérdida, es decir, se consigue la homeostasis en el individuo y se puede identificar los efectos de la pérdida.

Por tanto, de acuerdo con este modelo, el duelo estará resuelto si hay un funcionamiento afectivo y conductual, pero sobre todo si hay una relación adaptativa del doliente con el difunto, lo cual implica que los recuerdos o pensamientos relacionados con la persona que falleció ya no generan una alteración en el funcionamiento (Rubín, 1985).

1.1.2.1.3 Modelo de Transiciones Psicosociales. Este modelo que también es parte del DPM fue creado por Parkes en 1993, el cual tiene como premisa que a lo largo de la vida hay diferentes situaciones ante las cuales se presentan duelos y que a esto se le llama transiciones o crisis psicosociales, por lo cual estas tendrán variaciones de acuerdo con los diferentes grupos de edad (Bermejo, 2010).

Menciona Morer et al. (2017) que, en cada transición se pierde algo, por lo cual se vivirá un duelo, en el que se ponen en marcha los siguientes procesos:

- a) Procesos de aislamiento, ausencia temporal de la sensibilidad y disociación en el duelo.
- b) Procesos de retirada de la atención y la actividad sobre lo perdido y todo aquello que lo puede recordar (represión en el duelo).
- c) Procesos que mantienen la creencia y el sentimiento de que la pérdida es reversible (negación en el duelo).
- d) Procesos para el reconocimiento de la pérdida, su importancia y los vínculos con lo perdido (reparación del duelo).

Estos procesos oscilan y se mezclan de acuerdo con el momento y la causa del duelo, sin embargo, el autor hace la aclaración que las pérdidas por muerte siempre son las más complicadas (Bermejo, 2010).

1.1.2.1.4 Modelo de Duelo Incremental. Este penúltimo modelo fue creado por Cook y Oltjenbrun's en 1998 y lo que se sabe de acuerdo con Stroebe y Schut (1999) es que con él se buscaba explicar cómo a partir de un deceso se puede desencadenar muchos más, específicamente ante el fallecimiento de un ser querido se comienzan a presentar problemáticas que generan más pérdidas, por ende más procesos de duelo, situación que magnifica el dolor en las personas potenciando la complicación del mismo, por lo cual se requiere atender cada una de estas problemáticas para evitar que sigan incrementando.

Estos cuatro modelos señalan la necesidad de adaptarse a la muerte de un ser querido, sin embargo, descuidan otros factores o estresores que influyen en el proceso de duelo para que se realice dicha adaptación, por lo cual el DPM retomó algunos elementos para hacer su propuesta (Stroebe y Schut, 1999).

1.1.2.1.5 Modelo transaccional de estrés y afrontamiento. En el presente modelo el estrés y el afrontamiento son considerados variables transaccionales debido a que la persona y el entorno se encuentran en una relación bidireccional dinámica recíproca, en donde se realiza un proceso a través del cual la persona evalúa cognitivamente el posible daño del evento estresante y sus recursos para afrontarlo (Folkman et al., 1986).

El afrontamiento se refiere a los esfuerzos cognitivos y conductuales de la persona que permiten regular a las situaciones evaluadas como excedentes o desbordantes, está determinado tanto por la situación como por la persona, para ello se utilizan ciertas estrategias que pueden ser adaptativas si reducen el estrés y promueven la salud a largo plazo o desadaptativas cuando reducen el estrés a corto plazo provocando un efecto nocivo en la salud a largo plazo (Folkman & Tedlie, 2004; Rodríguez et al., 2016).

Las estrategias que proponen Folkman et al. (1986) son dos, las centradas en la emoción y las centradas en el problema, entre las cuales existe una relación importante que pueden facilitar o impedir la aparición de la otra, no hay estrategias buenas o malas, depende del uso que se les den y las consecuencias que por ende tengan dado que es un proceso individual.

Al igual que el DPM el uso de estas estrategias se han estudiado ante diversas problemáticas y a través de los años han sufrido algunas modificaciones, pero también esta explicación de la reacción de una persona ante una situación altamente estresante se ha combinado con la explicación de otros procesos como el duelo, proponiendo nuevos modelos como es el Modelo Integrativo de Factores de Riesgo de Stroebe et al. (2006) para mejorar la comprensión de las diferencias individuales en el ajuste al duelo y para tener un análisis de los factores que contribuyen al resultado del mismo, dicho modelo se expone en el siguiente apartado.

1.2. El duelo, un proceso de afrontamiento.

1.2.1 Modelo integrativo de factores de riesgo.

El Modelo integrativo de factores de riesgo se basa en el Modelo Transaccional de Estrés y Afrontamiento de Lazarus y Folkman de 1984 y el DPM de Stroebe y Schut de 1999, de los cuales se describieron sus generalidades en el apartado anterior.

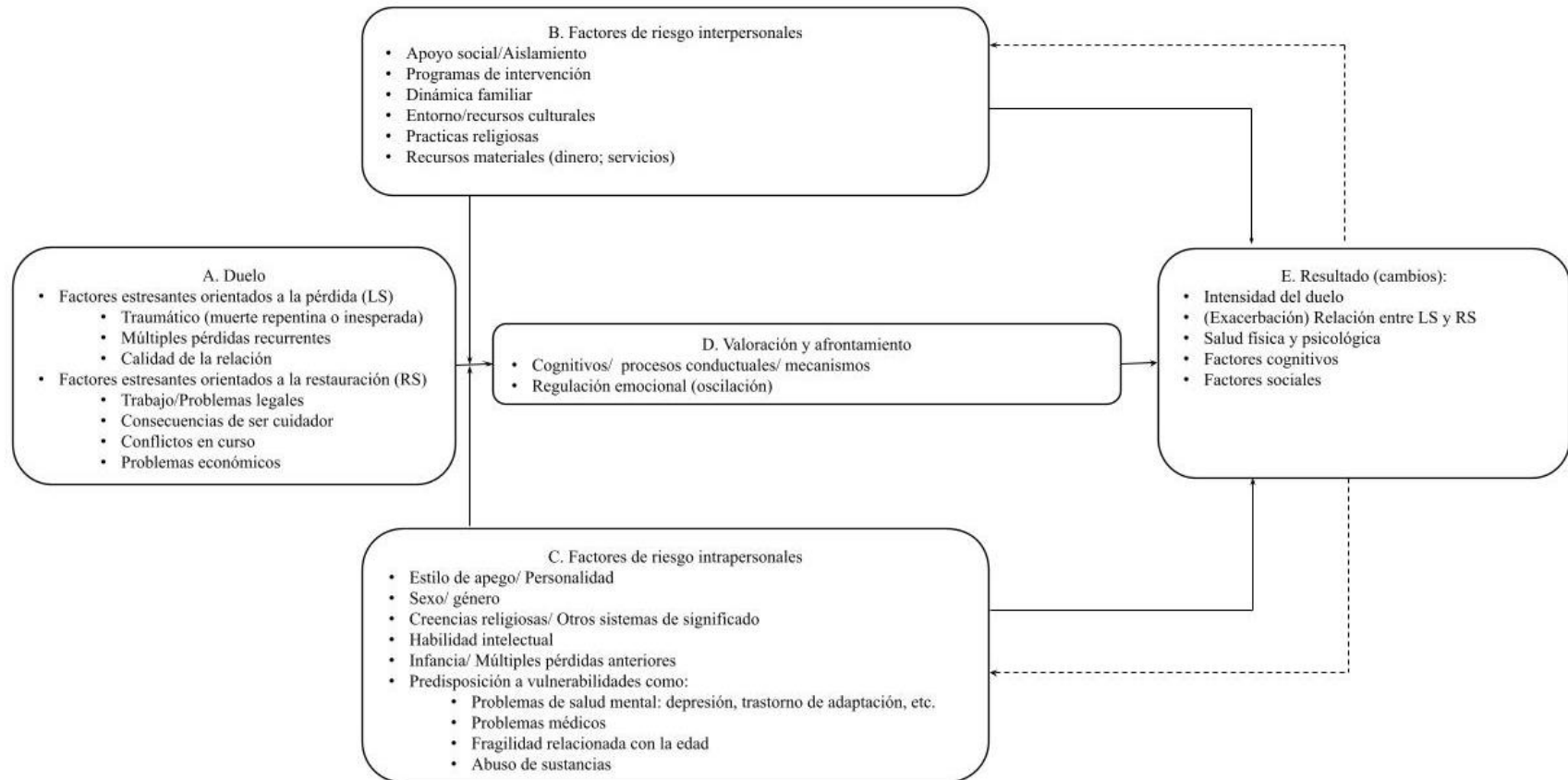
Estos modelos son compatibles, la razón es que el DPM es un modelo cognitivo que se basa en los fundamentos del Modelo Transaccional de Estrés y Afrontamiento, especifica las principales tareas de adaptación y describe cómo debiera ser un afrontamiento adaptativo a partir de la oscilación entre el afrontamiento orientado a la pérdida y el afrontamiento orientado a la restauración, para lo cual es fundamental el uso de las estrategias de afrontamiento centradas en la emoción y centradas en el problema (Folkman & Tedlie, 2004).

Antes de continuar con más detalles del modelo para evitar posibles confusiones, hay que clarificar que de acuerdo con Stroebe y Schut (2010) tanto el afrontamiento orientado a la pérdida como el orientado a la restauración son componentes del proceso de duelo y por otro lado, las estrategias de afrontamiento centradas en la emoción y en el problema son las herramientas por medio de las cuales se llevará a cabo la oscilación entre el afrontamiento orientado a la pérdida y el orientado a la restauración.

De acuerdo con el Modelo Integrativo de Factores de Riesgo (ver Figura 1) el duelo por muerte es un factor estresante orientado a la pérdida y a la restauración (categoría A) que puede tener diferentes resultados (categoría E) dependiendo de la acción conjunta de los factores de riesgo y recursos inter e intrapersonales (categorías B y C) que influyen en la evaluación que haga la persona de la situación, de sus recursos y de sus estilos de afrontamiento (categoría D); a continuación se explicarán a detalle cada una de estas categorías (Stroebe et al., 2006).

Figura 1

Modelo Integrativo de Factores de Riesgo



Nota. Adaptado de “The prediction of bereavement outcome: Development of an integrative risk factor framework”, de M. S. Stroebe, S. Folkman, R. O. Hansson & H. Schut, 2006, *Ciencias sociales y medicina*, 63(9), p. 2440-2451.

(<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2006.06.012>).

1.2.1.1 Naturaleza del factor estresante. La *Categoría A*, es la primera del modelo, está dirigida a la naturaleza del factor estresante, que en este caso es la muerte de un ser querido así como el posterior proceso de duelo, en donde se debe distinguir entre los factores estresantes del afrontamiento orientados a la pérdida y el orientado a la restauración, ambas son fuente de malestar involucradas en el proceso de afrontamiento, puesto que una persona no sólo lidia con el dolor por la pérdida, también con otras situaciones de su vida diaria (Yi Yi, 2015).

En el afrontamiento orientado a la pérdida, van a presentarse algunos factores estresantes relacionados con la muerte, como las circunstancias bajo las cuales ocurrió, el tipo de relación y la calidad de esta, recuerdos, deseos y añoranzas (Stroebe & Schut, 2020).

En cambio, en el afrontamiento orientado a la restauración los estresores se pueden relacionar con problemas laborales, legales, económicos, nuevos roles familiares o sociales, así como por la realización de actividades importantes, que podrían estar en curso e influir en la organización de la nueva vida (Stroebe & Schut, 1999).

Por tanto, cada elemento del DPM va a tener sus propias características con las cuales los dolientes van a estar lidiando durante su proceso, no hay características definitivas, se debe identificar en cada caso cómo está compuesto el afrontamiento orientado a la pérdida y el afrontamiento orientado a la restauración, para tomarlo en cuenta durante la intervención.

1.2.1.2 Factores de riesgo del Modelo Integrativo de Factores de Riesgo. De acuerdo con Lazarus y Folkman (1984) el individuo evalúa el significado personal del duelo de acuerdo con sus valores, metas, expectativas y las relaciones entre la situación y los recursos con los que cuenta para afrontarlo.

Los recursos con los que se cuenta o no son características personales y del contexto que aumentan o disminuyen la probabilidad de que ocurra un duelo complicado, a esto se le conoce

como factores de riesgo y factores protectores respectivamente, es importante aclarar que por cuestiones de simplicidad en el Modelo Integrativo de Factores de Riesgo se utiliza únicamente la etiqueta de factores de riesgo, pero en ellos se han considerado también los factores protectores (Stroebe & Schut, 2001).

Específicamente en este modelo, de acuerdo con Stroebe et al. (2006), los factores de riesgo se van a clasificar en dos categorías la B y la C, en el modelo los autores mencionan algunos, pero hacen la aclaración que puede haber más dependiendo de la población y del momento que se esté viviendo.

La Categoría B implica los factores de riesgo interpersonales, que se originan en el contexto social, como el apoyo social inadecuado, aislamiento, carencia de programas de intervención para personas con alto riesgo de duelo complicado, dinámica familiar conflictivo, falta de recursos culturales, así como materiales y las prácticas religiosas. *La Categoría C*, son los factores de riesgo intrapersonales, como la personalidad, factores sociodemográficos como el género, características de la edad, abuso de sustancias, trastornos psicológicos, problemas médicos, creencias religiosas, habilidades intelectuales y múltiples pérdidas anteriores (Stroebe et al., 2006).

Pero estos no son los únicos factores que pueden estar presentes en un proceso de duelo, ya que los autores hacen la aclaración que hay más dependiendo de la población de interés y el contexto que se esté viviendo, por lo cual dados los intereses de la presente investigación también se abordarán factores de riesgo que han sido identificados por otros autores en el duelo, factores de riesgo en estudiantes universitarios que son la población de interés y factores de riesgo por la pandemia de la COVID-19 que es parte fundamental del contexto actual.

1.2.1.3 Factores de riesgo en población general en duelo. Además de lo mencionado por el Modelo Integrativo de Factores de Riesgo se ha identificado que existen diferentes factores de riesgo asociados con el desarrollo de un proceso de duelo complicado independientemente de la población de interés.

Desde estudios como el de Stroebe et al. (1988) pasando por el de Wagner y Maercker (2008) hasta estudios como el de Parro-Jiménez et al. (2021) se sabe que los factores de riesgo que pueden llevar a una persona a duelo complicado son el género, la edad, el nivel educativo, nivel socioeconómico, relación con el fallecido, tipo de muerte, la presencia de trastornos psicológicos y el apoyo social, sin embargo, la presencia de estos y otros factores no es determinante, ya que existen desacuerdos entre su influencia en este proceso.

En el caso del sexo, de acuerdo con el estudio de Estevan et al. (2016) se encontró que las mujeres corren mayor riesgo de desarrollar un proceso de duelo complicado que los hombres, esto debido a los roles de género, pero en otros estudios como el de Masferrer et al. (2017) no se encontró una relación significativa entre ambas variables ya que a pesar de estos roles ambos podrían desarrollar un duelo complicado.

Respecto a la relación de la edad del doliente y el duelo complicado mencionan Masferrer et al. (2017) que no existe una relación estadísticamente significativa, pero Estevan et al. (2016) comentan que, si hay una relación inversa entre la edad de la persona que falleció y las características del duelo complicado, ya que a mayor edad la muerte es más esperada que en personas más jóvenes, así que hay una menor probabilidad de desarrollar un duelo complicado.

Esto último puede ser relevante porque dependiendo si la muerte fue de forma esperada o inesperada será la duración e intensidad del duelo, cuando es esperada una parte del duelo ya se

ha realizado, pero cuando es inesperada el shock y la incredulidad pueden durar mucho tiempo, existiendo así un mayor riesgo de sufrir un duelo complicado (Floréz, 2009).

Con relación al nivel educativo, Masferrer et al. (2017) demostraron que la educación básica, específicamente las personas de educación secundaria fueron menos propensas a desarrollar un duelo complicado, por el contrario, Estevan et al. (2016) mencionan que no existe ninguna relación del nivel educativo del doliente con el desarrollo de un proceso de duelo complicado.

Otro factor de riesgo es el nivel socioeconómico que de acuerdo con Romero y Cruzado (2016) existe una relación entre una baja situación económica y la presencia del duelo complicado, con lo cual Estevan et al. (2016) concuerdan, pero agregan que también se debe considerar el desempleo, ser ama de casa o jubilado.

La relación con el fallecido también influye, principalmente si la persona que murió era parte de la familia nuclear, ya que se sabe que ante la pérdida de la pareja o hijos el 30% tiene mayor riesgo de desarrollar un duelo complicado (Fernández-Alcántara et al., 2016; Masferrer et al., 2017; Neimeyer, 2019), sin embargo, en el estudio de Estevan et al. (2016) se niega esta relación.

Ahora bien, de acuerdo con Masferrer et al. (2017) y Neimeyer (2019) el tipo de muerte que se viva también es un factor de riesgo, ya que se ha visto que cuando la muerte es violenta y/o intencional hay una probabilidad del 50% de desarrollar un proceso de duelo complicado.

Las muertes violentas son aquellas que suceden por un homicidio, suicidio o accidente; y este tipo de muertes en muchas ocasiones se percibe como prevenible, por lo cual puede presentarse culpa en los dolientes, cogniciones sobre lo que pudo ser y además se perciben actitudes sociales que pueden dificultar la adaptación (Heeke et al., 2017).

En cambio, la muerte intencional hace referencia a las muertes por suicidio, mencionan Wagner et al. (2020) que este tipo de pérdidas dejan un gran impacto en los padres, hijos, hermanos, amigos o sobrevivientes, de hecho, se estima que por cada persona que fallece bajo estas circunstancias se ven afectadas entre 45 y 60 personas aproximadamente, además de que existe un riesgo del 18.1% de desarrollar un duelo complicado.

Lo anterior no es nuevo ya que la Organización Mundial de la Salud (OMS) desde 1989 ha especificado que las personas que viven un duelo por suicidio son consideradas un grupo con alto riesgo a cometer el mismo acto, por lo cual se sugiere la atención oportuna a estas personas.

De acuerdo con Battle et al. (2013) y Estevan et al. (2016) la presencia de trastornos psicológicos como ansiedad generalizada, episodios de depresión mayor y una percepción baja de apoyo social antes de la muerte del ser querido se relacionan de forma significativa con el proceso de duelo complicado, sin embargo, Romero y Cruzado (2016) no concuerdan con lo mismo.

Finalmente, sobre el apoyo social, en el metaanálisis de Parro-Jiménez et al. (2021) y en el estudio de Heeke et al. (2017) se identificó que su ausencia implica un factor de riesgo y la satisfacción que se tenga con él un factor protector ante el desarrollo de un proceso de duelo complicado.

Lo anterior confirma lo mencionado por Stroebe et al. (2006) y Neimeyer (2019) sobre cómo los factores de riesgo varían, por lo cual es necesario analizar el conjunto de estos en el individuo o grupo de interés para determinar cómo influyen en el proceso en el que se encuentra y no de manera independiente, por ello a continuación se explican los factores que específicamente influyen en la comunidad estudiantil.

1.2.1.4 Factores de riesgo en estudiantes universitarios. Los factores de riesgo mencionados hasta el momento se han identificado en poblaciones con diferentes características, entre ellos los adolescentes y/o adultos jóvenes que son personas entre 18 y 29 años; sin embargo, hay un grupo más específico que cuenta con características que incrementan la probabilidad de desarrollar un duelo complicado, este se refiere a los estudiantes universitarios y sus factores de riesgo se describen a continuación (Dirección General de Planeación, Programación y Estadística Educativa, 2019; Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI], 2016).

Etapas de desarrollo, es un factor que influye porque hay constantes cambios considerados críticos debido a que influyen en el aprendizaje de diversas habilidades y recursos de afrontamiento, los cuales si no se desarrollan funcionalmente cuando se presenta una situación estresante como la muerte de un ser querido, puede ser difícil la adaptación (Balk et al., 2010).

Por su parte Archer (2005) menciona que ser jóvenes los hace más vulnerables que los adultos a desarrollar un duelo complicado debido a que las causas de muerte cambian con el tiempo, en los adultos son más crónicas, predecibles y menos traumáticas, mientras que en los jóvenes son más inesperadas y traumáticas.

La relación con el fallecido, también es importante ya que en este periodo de edad la muerte de los padres o hermanos se considera difícil de superar y solo de este tipo de pérdida existe una prevalencia del 1% al 5% en esta población, lo cual quizá aumentó durante la pandemia de COVID-19 ya que muchos universitarios perdieron a sus padres (Doka, 2021; Stikkelbroek et al., 2016; Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud, 2021).

De acuerdo con Silvén (2018) la muerte intencional o por suicidio de un ser querido, es una variable a considerar en esta población, ya que vivir esta situación aumenta la probabilidad

de desarrollar problemas sociales y psicológicos, así como intentos suicidas ante una situación difícil.

El apoyo social, en los universitarios se ha visto que tiene una relación positiva con el bienestar físico, psicológico y académico, además de una relación negativa con la depresión e ideación suicida, así que funge como un factor de riesgo o un factor protector en un proceso de duelo (Cousins et al., 2015; Lipp & O'Brien, 2020).

Otro factor de riesgo es la existencia de un limitado recurso humano para atender el duelo dentro y fuera de las instituciones universitarias, ya que dentro de las universidades son muy pocos los programas dirigidos a este tema, pero además la universidad no es un contexto que propicie la recuperación de una pérdida, ya que hay distanciamiento físico con la familia y amigos, los compañeros pueden tener poca experiencia con el tema y están más orientados a divertirse y pasarla bien, lo cual provoca que la persona se aísle (Battle et al., 2013).

Cabanach et al. (2016) comparten que en la etapa universitaria hay estresores académicos que dificultan los procesos de adaptación de otras situaciones difíciles como puede ser la muerte de un ser querido y lo dividen en tres grupos:

- 1) Procesos de evaluación, porque condiciona el acceso a recursos formativos y oportunidades laborales que se buscan en esta etapa.
- 2) Sobrecarga de trabajo, debido a que existe una alta exigencia académica en cada una de las materias que se tienen que cubrir provocando afectaciones en el autocuidado.
- 3) Condiciones del proceso de enseñanza-aprendizaje, como pueden ser las relaciones sociales con los profesores y compañeros, los planes de estudio, horarios, recursos como libros, internet, entre otras cosas.

Sin embargo, Silvén (2018) no concuerda con ello, señala que a pesar de las dificultades que se pueden presentar, la universidad puede ser un contexto adecuado para obtener apoyo durante un proceso de duelo, ya que la población pasa mucho tiempo ahí y desarrollan confianza con las personas que los rodean.

De manera externa a la institución educativa, el riesgo se mantiene ya que en México hay muy pocos psicólogos que con base en la evidencia científica planeen procesos terapéuticos dirigidos al duelo, de hecho, se estima que solo hay doce psicólogos por cada cien mil habitantes, de los cuales solo 1.4 están capacitados para el trabajo clínico y de estos solo algunos (se desconoce la cantidad exacta) están capacitados para abordar temas de duelo, sin contar que el acceso a servicios privados es limitado para los estudiantes por los costos que implica (Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión de la Ciudad de México, 2017).

Así que en los universitarios hay características muy particulares que los ponen en riesgo si no reciben la atención adecuada, aunado a ello la situación de salud mundial ha complicado la adaptación, ya que con la pandemia de COVID-19 se identificó la influencia de nuevos factores de riesgo.

1.2.1.5 Factores de riesgo por COVID-19. Tomando en cuenta las recomendaciones de los autores para que el Modelo integrativo de factores de riesgo sea adecuado a la investigación que se planea, se deben considerar los factores de riesgo de la población y del contexto que surgieron por la pandemia de la COVID-19.

Desde finales del 2019 el mundo vivió la pandemia por COVID-19, en la cual el duelo fue una de las causas de mayor demanda de atención psicológica, en donde si bien antes de esta emergencia sanitaria se sabía que entre un 10% y un 15% de personas presentarían un duelo

complicado, con lo ocurrido la estimación aumentó, al menos igual a la cantidad de personas que murieron por COVID-19 (Currier et al., 2010; OMS, 2020a; Shimshon et al., 2016).

De acuerdo con el INEGI (2021), en el 2020 a nivel mundial y en México, las primeras causas de muerte fueron las enfermedades del corazón, la COVID-19 y la diabetes mellitus, en ese orden; específicamente en México en ese año hubo 1,086,743 muertes, lo cual implicó 338,959 muertes más que el año anterior y del total más de 100,000 fueron a causa del virus SARS-CoV-2.

Para el 2021 (Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud, 2021; INEGI, 2022) las primeras causas de muerte fueron las mismas pero en diferente orden, en primer lugar la COVID-19, después las enfermedades del corazón y finalmente la diabetes mellitus, lo cual muestra el impacto de esta nueva enfermedad en la población ya que de manera general en este año en México se contabilizaron 1,122,249 defunciones, de las cuales más de 200,000 fueron por COVID-19, lo cual implica una amplia cantidad de personas que vivieron un proceso de duelo con factores de riesgo.

Finalmente, para el 2022 la cantidad de personas que fallecieron en total aún no se reporta, pero de acuerdo con el INEGI (2022) cada año se ha dado un incremento de aproximadamente el 3% y tan solo la Dirección General de Epidemiología (2022) reportó que por COVID-19 en ese año se rebasaron las 300,000 defunciones.

Por lo anterior, durante la pandemia por COVID-19 el duelo complicado se convirtió en un problema de salud pública en todo el mundo además de las restricciones que se implementaron y el limitado acceso que se dio a programas de salud mental (Tur et al., 2021).

Ante esta situación algunos de los factores de riesgo que se han identificado son el tipo de muerte sobre todo la inesperada, la falta de acceso para ver al familiar antes de su muerte, la

inhibición del proceso culturalmente establecido para despedirse del difunto, la falta de apoyo social, el aislamiento, problemas en las relaciones familiares, la presencia de trastornos psicológicos y reacciones de duelo agudas en los primeros meses (Doka, 2021; Harrop et al., 2020; Lee & Neimeyer, 2020).

Hasta el momento estos fueron los factores de riesgo identificados en una persona que vive un proceso de duelo por COVID-19, algunos coinciden con el Modelo Integrativo de Factores de Riesgo, con los reportados para población general y con los estudiantes universitarios, pero otros no, y probablemente estos se modifiquen con los cambios que se vayan presentando respecto al tema, por ejemplo, ahora que la población ya está vacunada se han retomado los rituales de despedida con amigos y familiares, pero la pandemia continúa, por ello es importante seguir haciendo estudios al respecto.

Son diferentes los factores de riesgo que pueden llevar a una persona a desarrollar un duelo complicado, sin embargo, a pesar de la información con la que se cuenta existen pocas intervenciones dirigidas a esta problemática.

1.2.1.6 Evaluación y afrontamiento. Continuando con la explicación de las características del Modelo Integrativo de Factores de Riesgo, la *Categoría D* que hace referencia a la evaluación y afrontamiento, es en este apartado en donde se abordan más detalles del Modelo Transaccional de Estrés y Afrontamiento; la evaluación se realiza sobre los factores involucrados en la categoría A, B y C, y se hace una evaluación primaria para darle un significado personal al evento y una evaluación secundaria para analizar los recursos y opciones de afrontamiento que se tienen, tal como lo plantean Folkman et al. (1986).

El afrontamiento son los esfuerzos cognitivos y conductuales que permiten regular la adaptación a la pérdida a pesar de la presencia de los factores estresantes y de riesgo que se han

evaluado como excedentes a los recursos del doliente, dado que es una situación que está fuera de su control y lo único que se puede modificar es cómo se enfrenta el proceso (Cousins et al., 2015).

Así que, el afrontamiento es fundamental en el modelo, es uno de los pocos elementos que influyen en los resultados del duelo que es susceptible de modificar por medio de intervenciones breves dirigidas a las estrategias de afrontamiento (Lazarus & Folkman, 1984; Stroebe & Schut, 1999).

De acuerdo con Folkman et al. (1986), las estrategias de afrontamiento son una serie de herramientas que se emplean en una situación estresante, estas se dividen en dos, las estrategias de afrontamiento centradas en la emoción y las estrategias de afrontamiento centradas en el problema.

Cabe aclarar, que no hay estrategias mejores que otras, lo que se debe hacer es analizar la funcionalidad, ya que su uso puede ser adaptativo o desadaptativo, se considera adaptativo cuando la persona se ve favorecida por su implementación ya que disminuyen los problemas y mejora el estado emocional, y será desadaptativo si se generan más problemas e incrementa el malestar emocional, llegando así a un posible duelo complicado (Folkman & Tedlie, 2004; Lazarus & Folkman, 1984).

A continuación, se describen los dos estilos de afrontamiento con las estrategias básicas que se emplean en una situación estresante.

La primera clasificación son las estrategias centradas en la emoción, son aquellas acciones que ayudan a regular las respuestas emocionales angustiantes a las que el problema da lugar, estas son más utilizadas cuando en la evaluación se concluye que no se puede hacer nada para cambiar la condición amenazante, como en el caso de la muerte y está formada por cuatro

estrategias que son: la expresión emocional abierta, la evitación, la autofocalización negativa y la religión (Contreras-Torres et al., 2009; Sandín & Chorot, 2003).

La expresión emocional abierta, de acuerdo con Gantiva et al. (2010) implica la expresión impulsiva de la emoción, dirigida hacia uno mismo, los demás o algún objeto, ante lo cual puede presentarse una expresión del mal humor con los demás, insultar, ser hostil, agredir e irritarse, para disminuir la intensidad de la emoción que se tiene por la situación estresante que se está viviendo.

La siguiente estrategia es la evitación, que consiste en evadir emociones, cogniciones y conductas, utilizando diversos recursos que permitan ocultarlos o inhibirlos, con mayor frecuencia se busca evitar aquellas valoradas por el individuo como negativas, ya sea por las consecuencias o las creencias respecto a una desaprobación social (Librán, 2002).

Otra estrategia centrada en la emoción es la autofocalización negativa, de acuerdo con Espinosa et al. (2009) y Contreras et al. (2007) se caracteriza por una percepción negativa de sí mismo, culpa, indefensión e incapacidad para resolver la situación estresante y creencias de que las cosas suelen salir mal, por ende, las personas llegan a depender de los demás ante una problemática, lo cual puede aumentar la intensidad del malestar interfiriendo con la adaptación del doliente a su nueva vida.

La última estrategia de este grupo es la religión, que de acuerdo con Contreras-Torres et al. (2009) alude a la participación en ritos religiosos y la búsqueda de ayuda espiritual, ante la percepción de la pérdida de control.

La fe es la parte cognitiva que participa en las emociones y conductas de los dolientes, como el rezo y la oración, estrategias que ayudan a tolerar el problema y a generar soluciones,

por lo cual es importante considerar esta estrategia promueve o limitar la reevaluación de la experiencia de la vida y la muerte (Matthews & Marwit, 2006).

Aunado a lo anterior Lord y Gramling (2012) solo recomiendan tener cuidado ya que, así como su uso puede ser adaptativo al promover la formulación de creencias positivas, también puede ser desadaptativo si las personas se sienten abandonadas, castigadas por Dios y no sienten el apoyo de su iglesia o comunidad, lo cual puede generar mayores complicaciones en el proceso.

Ahora bien, la segunda clasificación son las estrategias centradas en el problema, que hace referencia a aquellas conductas orientadas a modificar el problema, el individuo se enfoca en esta estrategia cuando la condición amenazante es susceptible a cambios, esta estrategia está formada por la reevaluación positiva, la focalización en la solución del problema y la búsqueda de apoyo social (Contreras-Torres et al., 2009; Sandín & Chorot, 2003).

La reevaluación positiva, implica cualquier esfuerzo realizado para reinterpretar un evento estresante positivamente, es decir hay un replanteamiento cognitivo de la situación para identificar los beneficios de la misma (Harvey et al., 2021).

En el duelo, los aspectos positivos o beneficios son los aprendizajes que se pueden obtener para afrontar la situación de una forma menos dañina o amenazante, ya que es muy común que por el anhelo, los recuerdos y el afecto, se presenten diferentes pensamientos dirigidos a la búsqueda de explicaciones, sin embargo, hay pérdidas que no la tienen y eso puede dificultar la regulación de las respuestas, por ello las cogniciones del doliente deben ayudar a que continúe con su vida sin la persona fallecida (Folkman, 2001; Stroebe & Schut, 2020).

De acuerdo con Gillies y Neimeyer (2006) en el duelo hay un proceso continuo de reconstrucción de la situación en donde es necesario identificar los aprendizajes que van a influir

en la adaptación a la nueva vida sin el fallecido lo cual se verá reflejado en las conductas, emociones, reacciones fisiológicas y relaciones sociales del doliente.

Hay que considerar que no es sencillo identificar los aprendizajes que se pueden tener en una situación tan estresante como la muerte de un ser querido y este proceso puede llevar meses o años, por ello para poder realizar una evaluación positiva de la situación se recomienda promover la realización de actividades para que las personas desarrollen nuevas metas u objetivos de vida, así como clarificar la percepción de control que tiene el doliente sobre su vida (Neimeyer & Anderson, 2002).

La siguiente estrategia es la focalizada en la solución del problema, que consiste en las acciones que llevan al individuo a realizar un análisis de las causas del problema, la planeación y ejecución de un plan de acción para afrontar la situación (Sierra & Julio, 2010).

Finalmente, la estrategia de búsqueda de apoyo social consiste en identificar amigos, familiares u otras personas que pueden brindar apoyo de distinta índole para afrontar la situación estresante (Logan et al., 2017).

Se sabe que el apoyo social se requiere en situaciones difíciles como el duelo, debido a que interfiere en la evaluación que hace el individuo de la situación y del futuro sin el fallecido, lo cual repercute en las respuestas que tenga el doliente ante esta situación (Stroebe et al., 2005).

Por lo anterior, en esta estrategia mencionan Lipp y O'Brien (2020), se debe contemplar que el doliente requiere reconocer la necesidad de apoyo y la persona que brinda el apoyo debe ser capaz de proporcionarlo y la acción de apoyo que se realice sea percibida como útil por el doliente.

Además, de que también es posible obtener apoyo de los profesionales en el tema, para contar con información adecuada sobre el problema y utilizar estrategias basadas en evidencia para enfrentarlo (Ganitiva, 2010).

En resumen, existen diferentes estrategias de afrontamiento que su uso depende de la naturaleza del estresor, que en este caso es el duelo, en donde en un primer momento se sabe que las estrategias que se utilizan son las centradas en la emoción debido a que la muerte es una situación que no se puede cambiar o controlar (Stroebe et al., 2006).

Sin embargo, para tener un duelo adaptativo se recomienda utilizar también las estrategias de afrontamiento centradas en el problema, ya que si se enfoca en un solo afrontamiento muy probablemente se va a generar un proceso de duelo complicado (Stroebe & Schut, 1999).

Esta situación ocurre en diferentes poblaciones en duelo, entre ellos los adolescentes mexicanos y estudiantes universitarios, en quienes también se ha visto que cuando se enfrentan a una situación altamente estresante es más probable que en un primer momento utilicen estrategias de afrontamiento centradas en la emoción (Berra et al., 2014; Osorno et al., 2010).

Lo anterior es importante ya que en esta población se ha identificado que el afrontamiento centrado en la emoción puede ser un factor de riesgo que se relaciona de manera positiva con problemas de salud, afecto negativo, depresión y con la gravedad del trastorno de estrés postraumático (Cousins et al., 2015; Parro-Jiménez et al., 2021).

En relación a esto, Ornelas (2016) refiere que ante un duelo en jóvenes es necesario promover las estrategias de afrontamiento centradas en el problema, que son deficientes y que los podrían llevar a desarrollar un duelo complicado.

Dado que los universitarios en riesgo de tener un duelo complicado se centran en el uso de sus estrategias de afrontamiento centradas en la emoción, se busca desarrollar intervenciones dirigidas a fomentar las estrategias de afrontamiento centradas en el problema para que durante el transcurso de su proceso de duelo utilicen ambas de forma conveniente y así tengan un duelo adaptativo, lo cual puede enseñarse a través de intervenciones cognitivo conductuales (Folkman & Tedlie, 2004).

1.2.1.7 Resultados del proceso de duelo. Para terminar con la explicación de las categorías que integran el Modelo Integrativo de Factores de Riesgo se debe describir la *Categoría E*, que son los resultados de las categorías anteriores, es decir el proceso de duelo (Stroebe et al., 2006).

Los resultados que se pueden obtener se dividen en dos grandes grupos, en duelo adaptativo y duelo complicado, con todo lo que cada uno de estos implica, ya que la muerte es una situación muy estresante que favorece la aparición de síntomas emocionales, cognitivos, conductuales y fisiológicos desagradables (Lundorff et al., 2017; Parro-Jiménez et al., 2021).

Hay que tener claras las diferencias y características de cada uno de los procesos de duelo, sobre todo para una intervención psicológica, por ello en los siguientes párrafos se muestra la información más relevante de cada una.

1.2.1.7.1 Duelo adaptativo. Pacheco (2003) y Vargas (2003) afirman que el proceso de duelo inicia inmediatamente después de la muerte de un ser querido como una respuesta universal ante una pérdida, en donde la mayoría tendrá una respuesta normal que no implica un trastorno psicológico.

Las reacciones esperadas de un duelo implican alteraciones en el sueño, llanto, pérdida o aumento de peso, dificultades de concentración, ira, tristeza, irritabilidad, sensación de vacío en

el estómago, opresión en el pecho y garganta, boca seca, dificultad para respirar, falta de energía y recuerdos constantes de la persona que falleció (Fitzpatrick, 2007; Flórez, 2009).

Al respecto, Vargas (2003) y Soto-Rubio et al. (2019) mencionan que el duelo adaptativo está limitado a un periodo que varía de persona en persona, usualmente durante los primeros seis meses se presenten respuestas agudas como dolor, culpa, ira, sufrimiento, pérdida del sueño, cambios en el apetito y peso, pérdida de confianza, pensamientos de inferioridad y pensamientos de muerte, pero hay una disminución gradual de los mismos con el paso del tiempo, lo cual refleja la adaptación a la nueva vida.

1.2.1.7.2 Duelo complicado. Se describe como un inadecuado ajuste al duelo, ya que hay respuestas intensas por más de seis meses, que no solo se mantienen, sino que aumentan con el tiempo generando un deterioro en el individuo (Soto-Rubio et al., 2019).

Este tipo de duelo se caracteriza por síntomas cognitivos, conductuales y emocionales muy intensos que generan un deterioro funcional por más de seis meses, como pueden ser síntomas de ansiedad, sensación de dolor y tristeza profunda, percepción de que la vida no tiene sentido, sensación de confusión sobre la identidad del doliente y/o su rol en la nueva vida sin el fallecido, así como cuestionamientos sobre la vida y la muerte (García et al., 2021; Heeke et al., 2017).

Adicional a lo anterior, Estevan et al. (2016) y Fernández-Alcántara et al. (2016) mencionan que el duelo complicado también se caracteriza por anhelar a la persona fallecida, dificultad para aceptar la pérdida y la presencia de emociones como la ira, pena y culpabilidad por el fallecimiento.

Se ha identificado que a nivel mundial existe una prevalencia de 9.8% de desarrollar duelo complicado, por lo cual se espera que una de cada diez personas mayores de 18 años

desarrolle un proceso de duelo complicado (Lundorff et al., 2017), sin embargo, esta cifra puede ser mayor ya que en estudios como el de Fernández-Alcántara (2016) y García et al. (2021) se había identificado que entre un 10% y un 15% de las personas que experimentaron la muerte de un ser querido desarrollaban duelo complicado, aunque por el contexto de la pandemia por COVID-19 se prevé que esta cifra aumentó.

En México, hasta el momento no se ha identificado específicamente la prevalencia de desarrollar duelo complicado, sin embargo, Santillán (2020) menciona que aproximadamente un 70% de la población mexicana cuenta con las habilidades para continuar con su vida después de un evento traumático y que el 30% restante puede llegar a desarrollar problemas en su adaptación

Tomando como referencia lo anterior es necesario prestar atención a los estudiantes universitarios ya que se sabe que entre el 40% y 70% de ellos experimentan la muerte de un amigo cercano o familia durante su estancia académica y de estos entre un 22% a un 30% están en el primer año del proceso de duelo, lo cual puede generar mayores consecuencias (Cousins et al., 2015; Lipp & O'Brien, 2020).

Algunas de las consecuencias del duelo complicado de acuerdo con Bastidas-Martínez y Zambrano-Santos (2020) y Neimeyer (2019) pueden ser un deterioro o limitación en el funcionamiento social, laboral o familiar del individuo durante un año o más desde la pérdida, se pueden presentar también alucinaciones relacionadas a que la persona fallecida sigue en nuestra vida, autoreproches, irritabilidad constante, aislamiento social, descuido personal, trastornos del sueño y desesperanza.

Particularmente en los jóvenes en duelo complicado se han identificado respuestas agudas, alteraciones en el sueño, ira, irritabilidad, algunos problemas de conducta y baja

autoestima, lo cual es de preocupación principalmente para los padres y profesores (Stikkelbroek et al., 2016).

Además de lo anterior, mencionan Monroy y Amador (2018) y Estevan et al. (2016), que también se pueden presentar síntomas de depresión, ansiedad, baja autoestima, abuso de sustancias, desarrollo de trastornos psicopatológicos y suicidio.

Así que, aumenta el riesgo de sufrir trastornos de salud física y mental, lo cual de acuerdo con Parro-Jiménez et al. (2021) genera un incremento en el uso de recursos sanitarios y por ende un problema de salud pública, así que es necesario atenderlos oportunamente, pero trabajar la prevención sería lo adecuado.

1.3. Prevención del duelo complicado.

En conjunto con los modelos teóricos que se han interesado por explicar el duelo, se han desarrollado intervenciones dirigidas a prevenir el duelo complicado para aliviar el sufrimiento del doliente y evitar un deterioro funcional sobre todo en los estudiantes universitarios, que se han identificado con factores de riesgo que incrementan la probabilidad de obtener este resultado y que las consecuencias de ello pueden ser afectaciones en su desarrollo académico y personal.

Menciona Gómez (2019) que el duelo como tal no se puede prevenir, es una experiencia que surge a partir de la muerte de un ser querido, pero el duelo complicado si es posible, para ello se tienen dos opciones:

- 1) Antes del fallecimiento, se inicia la intervención con los familiares, promoviendo conductas de autocuidado.
- 2) Después del fallecimiento, se trabaja la adaptación a la situación en personas que presentan factores de riesgo de duelo complicado o que solicitan ayuda, ya que consideran no contar con las habilidades para afrontar la situación.

La presente investigación se dirigió a la prevención del duelo complicado después del fallecimiento de la persona, de acuerdo con Schut et al. (2001) este tipo de intervenciones se clasifican en tres categorías:

- 1) Prevención primaria: son aquellas intervenciones que están dirigidas a toda la población que se encuentren en duelo.
- 2) Prevención secundaria: serán las intervenciones que se enfoquen a grupos con alto riesgo para desarrollar un duelo complicado.
- 3) Prevención terciaria: son aquellas intervenciones que se dirigen a grupos de personas que podrían ya estar en un proceso de duelo complicado, debido a que su sintomatología es exacerbada y por ende en su mayoría ya son intervenciones psicoterapéuticas.

De acuerdo con esta clasificación, la investigación que se realizó fue en un nivel de prevención secundaria.

La prevención cobra importancia debido a que mencionan Buitrago et al. (2018) es que existen padecimientos que pueden ser incapacitantes y/o generar mayores problemas psicológicos como es el caso del duelo complicado, por ello recomienda realizar lo siguiente:

1. Promoción de la salud mental y la prevención primaria de los trastornos.
2. La detección e intervención precoz.
3. La atención integral y continua de los pacientes.

De acuerdo con Yi Yi (2015) y Ornelas (2006) una intervención dirigida a la prevención del duelo complicado se puede realizar dentro de los primeros seis meses de la pérdida, ya que a partir de las tres semanas se puede hacer un pronóstico con base en los factores de riesgo sobre si existirá o no un problema con el proceso de duelo.

Se recomienda respetar al menos las tres semanas ya que como mencionan Limonero et al. (2009) al evaluar el duelo los primeros días tras el fallecimiento se pueden obtener falsos resultados debido a que cuanto más reciente es el evento mayor es la intensidad de los síntomas y las diferencias entre la presencia del duelo adaptativo o complicado sobresalen aproximadamente hasta después de seis meses de la pérdida, por ello el tiempo es un factor necesario a considerar en las intervenciones.

Lo anterior concuerda con lo comentado por Litz et al. (2014) de que al involucrarse en la prevención del duelo complicado se requiere evaluar cuidadosamente a la población ya que una intervención temprana inadecuada podría interferir con el ajuste que por sí solo podría tener el individuo con las habilidades que ya cuenta, esto dado que la mayoría de los dolientes se adaptarán a la situación y resultaría contraproducente.

Para prevenir el duelo complicado, el Modelo Integrativo de Factores de Riesgo es apropiado, ya que fue creado para predecir el resultado del duelo a partir del análisis de la interacción de sus componentes, entre los cuales están las estrategias de afrontamiento que se puede modificar para obtener como resultado un duelo adaptativo, así que se considera esta una nueva propuesta ya que hasta el momento no se han identificado intervenciones dirigidas a prevenir el duelo complicado con base en este modelo (Stroebe et al., 2006).

1.3.1 Intervención psicológica.

El Modelo Integrativo de factores de riesgo no propone algún tipo de intervención ni tiene técnicas propias, por ello la intervención que aquí se reporta se realizó con base en la información ya expuesta y la evidencia que existe de la terapia y las técnicas cognitivo conductuales usadas para fomentar las estrategias de afrontamiento centradas en el problema.

La Terapia Cognitivo Conductual (TCC) es una de las terapias psicológicas con mayor evidencia científica sobre la eficacia de sus técnicas para modificar factores emocionales, cognitivos y conductuales que se presentan ante la muerte de un ser querido, además tiene la ventaja de que sus intervenciones son efectivas de manera presencial y en línea, incluso algunas investigaciones prueban mayor eficacia del trabajo en línea cuando hay una retroalimentación constante por parte de los terapeutas (Alavi et al., 2018; Currier et al., 2010; Wagner et al., 2020).

De acuerdo con Alavi et al. (2018), Alavi y Hirji (2020) y Wagner et al. (2020) las intervenciones en línea en una sociedad digitalizada pueden tener diferentes ventajas, como superar las barreras de la modalidad en vivo ampliando el acceso, conexión más rápida, disminución de obstáculos geográficos, ahorro de recursos, se puede adaptar a diferentes herramientas tecnológicas, hay mayor difusión de los tratamientos, ayuda a terminar con los estigmas culturales que puede tener la persona para acudir ya que se puede cuidar el anonimato, se puede dar una atención personalizada y se ha comprobado mayor adherencia.

Lamentablemente en México, existe una brecha digital en el uso de las Tecnologías de la Información y Comunicación (TIC) ya que no todas las personas cuentan con estos beneficios, entre ellas los estudiantes, esto debido a la falta de infraestructura en algunas zonas geográficas, por la carencia de dispositivos móviles y por falta de conocimiento sobre su uso, sin embargo, en una intervención presencial no hay diferencia, es más el acceso puede estar más restringido (Gómez y Martínez, 2022).

Específicamente la atención en línea para temas relacionados con el duelo se considera eficaz ya que se ha dirigido a diferentes poblaciones y ayuda a que los dolientes obtengan apoyo

psicológico profesional de manera oportuna, ya que es más fácil superar la vergüenza y el miedo inicial además de las ventajas ya mencionadas (Wagner et al., 2020).

Evidencia de la efectividad de las intervenciones en línea para prevenir el duelo complicado es la de Wagner y Maercker (2008), realizada en Alemania para personas con factores de riesgo por muerte inesperada, para lo cual diseñaron sesiones asincrónicas para tres semanas con siete módulos en donde se incluyó contenido relacionado con el proceso de la muerte y de la persona fallecida, actividades sociales e higiene de sueño, reestructuración cognitiva, comunicación, afrontamiento y relación con el difunto; a partir de lo cual se obtuvo una disminución significativa de los síntomas de duelo complicado, principalmente los relacionados con la depresión.

Otra investigación cognitivo conductual exitosa es la de Litz et al. (2014) en donde realizaron una prueba piloto en línea en cuidadores de pacientes con cáncer que recién fallecieron, en seis semanas se trabajaron cinco módulos con un total de 18 sesiones, en donde se abordaron temas como: manejo del estrés, habilidades de afrontamiento, activación conductual, relaciones sociales, se generaron objetivos y planificaron recaídas a largo plazo, con lo cual se mostró la posibilidad de reducir las dificultades relacionadas con el duelo y los beneficios se mantuvieron en el tiempo entre seis semanas y tres meses después de la intervención.

Estudios más actuales como el de Tur et al. (2021), se basan en el DPM y considerando el contexto por la pandemia de COVID-19, realizaron una investigación enfocada en adultos con trastorno de duelo prolongado, para comparar una intervención en línea con una presencial, fueron ocho módulos con seguimiento a tres y doce meses, se desarrolló la motivación al cambio, psicoeducación, activación conductual, exposición, estrategias de mindfulness,

integración y restauración de la pérdida, reevaluación cognitiva y prevención de recaídas, con lo cual se confirmó la viabilidad de la terapia cognitivo conductual y este modelo para modificar el proceso de adaptación en el duelo y se expuso la necesidad de generar intervenciones dirigidas a la prevención del duelo en idioma español.

Muchas de las intervenciones mencionadas y otras que se han realizado, mantienen un formato asincrónico, es decir, que cada participante debe gestionar su conocimiento debido a que no hay una interacción continua con el terapeuta, hay una retroalimentación constante pero no un trabajo en vivo.

Mientras que intervenciones como las de Wagner et al. (2020) se consideran novedosas ya que implica un seminario web por videoconferencias, para proporcionar interacción simultánea entre el terapeuta y los participantes en un grupo, lo cual es conveniente puesto que se ha visto que en las intervenciones grupales de duelo pueden proporcionar elementos terapéuticos relevantes como la normalización de algunas emociones, unión del grupo y aprendizaje interpersonal.

Con estas investigaciones se puede ver el uso y la eficacia de diferentes herramientas cognitivo conductuales para una intervención enfocada en la prevención del duelo complicado, por tanto, en la situación actual es la mejor opción para intervenir de manera inmediata, pero también en el futuro.

Doka (2021) recomienda que las intervenciones que se realicen estén enfocadas en prevenir el desarrollo de un duelo complicado, entrenar estrategias de afrontamiento centradas en el problema, alertar a la población sobre las señales y los peligros de las complicaciones de duelo y atender el duelo complicado.

La presente investigación tuvo el objetivo de prevenir el desarrollo de un duelo complicado, para ello se fomentarán las estrategias de afrontamiento centradas en el problema que son la reevaluación positiva, focalización en la solución de problemas y búsqueda de apoyo social, en este orden de acuerdo con lo recomendado por Gavino (2006) ya que es necesario modificar los pensamientos irracionales de la situación para que el participante decida comenzar a solucionar sus problemas y mejore sus relaciones sociales y familiares.

De acuerdo con Meichenbaum (1987), las habilidades de afrontamiento que se enseñan y cómo se enseñan varían de acuerdo con la población y el objetivo de la intervención, para el caso de las estrategias centradas en el problema se utilizan técnicas conductuales como la recogida de información, solución de problemas, entrenamiento en comunicación, habilidades sociales, control del tiempo y cambios en el estilo de vida, pero también técnicas cognitivas como la reestructuración o técnicas dirigidas al diálogo interno, pero antes de implementarlas es importante tomar en cuenta que habrá casos en donde las personas ya cuentan con ciertas estrategias que solo habrá que consolidar y otros en donde sí se tengan que entrenar explícitamente.

La información aquí presentada implica una revisión breve de las principales herramientas de intervención que pueden utilizarse en este tipo de problemáticas.

En la intervención que se realizó se inició con psicoeducación debido a que Montiel-Castillo (2019) menciona que esta técnica ayuda a promover el afrontamiento ante situaciones altamente estresantes, desde un enfoque preventivo.

Además, se partió de la necesidad clínica de brindar al paciente herramientas basadas en evidencia científica que le permitieran entender e identificar con mayor claridad la situación que se presentó que es el duelo por la muerte de un ser querido y todos los factores involucrados para

posteriormente modificar de forma más eficaz las estrategias de afrontamiento (Bulacio et al., 2004; Montiel-Castillo & Guerra-Morales, 2015).

Para poder conseguir ese objetivo Rascón et al. (2011) mencionan que es necesario diseñar intervenciones de manera teórica, pero también práctica, para aumentar la adherencia a la intervención, se reduce el sentimiento de incapacidad, angustia, miedo y se promueve el cambio de los estigmas que puede haber alrededor.

Para la implementación de la psicoeducación también se requieren evaluar factores sociodemográficos, el conocimiento previo sobre el tema, la comprensión del paciente y retroalimentar los aprendizajes obtenidos, así como lo recomienda Gavino (2006).

Posteriormente se trabajará la estrategia de la reevaluación positiva que de acuerdo con García et al. (2021) en el duelo hay evidencia de que las cogniciones pueden determinar y mantener un proceso de duelo complicado, por ello son importantes los pensamientos que se tengan de lo que ocurre con la muerte y de lo que podría ocurrir con la persona tras la pérdida, y su modificación para desarrollar un proceso de duelo adaptativo.

Para esta estrategia se pueden utilizar técnicas o ejercicios de la Terapia Cognitiva de Beck o de la Terapia Racional Emotiva Conductual (TREC) de Ellis, en este caso se retomaron algunos ejercicios de la TREC debido a que esta tiene como objetivo identificar los pensamientos irracionales y modificarlos para conseguir que el participante reinterprete su pérdida para adaptarse a su nueva vida sin el fallecido, así como los problemas derivados de la misma (Bados & García, 2010; Meichenbaum, 1987).

En esta técnica la interpretación y forma de analizar los pensamientos es fundamental, ya que se pueden presentar pensamientos racionales o irracionales que promueven o limitan que el individuo consiga sus objetivos y que pueden o no contar con evidencia empírica; esta aclaración

es relevante en el duelo dado que con frecuencia se presentan pensamientos que no cuentan con evidencia empírica pero que les pueden funcionar a los individuos en la estrategia de reevaluación positiva (Ellis & Grieger, 1990).

Por lo anterior, para las actividades planteadas se consideró el procedimiento de la reestructuración cognitiva recomendado por Bados y García (2010) y Ellis y Grieger (1990) que implica explicar algunos fundamentos del modelo de la TREC, identificar los elementos del modelo en el participante, prepararlo para el debate, debatir las cogniciones y entrenarlo para que se cuestione y modificar sus cogniciones.

Después de realizar la reevaluación positiva fue pertinente continuar con la focalización en la solución de problemas (Gavino, 2006) para ello se realizó un entrenamiento en solución de problemas el cual tuvo dos objetivos:

1. Poner a disposición diversas alternativas de respuesta para enfrentar la situación problemática.
2. Aumentar la probabilidad de que el paciente elija la alternativa más eficaz para su situación; además fue útil para prevenir problemas y fomentar su autonomía.

Esta técnica resulta útil en el desarrollo de las estrategias de afrontamiento en el duelo ya que ayuda a que los participantes puedan solucionar problemas secundarios derivados de la muerte de su ser querido, como pueden ser los problemas académicos, laborales, económicos, alimenticios o de sueño (Doka, 2021; Lee & Neimeyer, 2020).

De acuerdo con Gavino (2006) y con Ruíz et al. (2012) en su uso se debe considerar orientar y sensibilizar a los participantes acerca de los problemas, definir y formular los problemas, generar soluciones alternativas, identificar y evaluar las consecuencias para tomar decisiones y ejecutar la solución para evaluarla.

Para fomentar la estrategia de búsqueda de apoyo social, Hernández et al. (2019) recomiendan utilizar la psicoeducación, entrenamiento en solución de problemas y realizar un entrenamiento en habilidades sociales y asertividad, con estas últimas se complementa la intervención, pero considerando que de acuerdo con González y Landero (2007) para buscar apoyo social es necesario que el sujeto se exprese de una manera asertiva, se decidió entrenar a los participantes solo en habilidades de comunicación asertiva utilizando la técnica DEPA, en la cual se contemplan elementos verbales y no verbales de la comunicación.

Dada la importancia de identificar factores de riesgo en la población universitaria, fue necesario solicitar a los participantes datos sociodemográficos como la edad, el género, educación, empleo, relación con la persona fallecida y el tiempo transcurrido desde la pérdida, así como determinar sus estrategias de afrontamiento y evaluar el tipo de duelo presentado (complicado o adaptativo); investigaciones como las de Litz et al. (2014), Parro-Jiménez et al. (2021), Estevan et al. (2016), Masferrer et al. (2017), García et al. (2021) entre otros, han expuesto que son variables fundamentales para la modificación del resultado en el proceso de duelo.

1.4 Planteamiento del problema.

1.4.1 Justificación.

El duelo es un proceso sumamente estresante con conductas, pensamientos, emociones y reacciones fisiológicas, que pueden ser incapacitantes, por lo cual prevenir una complicación es mejor tanto para el individuo como para las instituciones de salud por los costos que implican (Lundorff et al., 2017; Parro-Jiménez et al., 2021; Stroebe & Schut, 1999; Villar, 2011).

Los posibles resultados son un duelo adaptativo en el que el doliente podrá afrontar las diversas vicisitudes utilizando estrategias de afrontamiento centradas en el problema y centradas

en la emoción de manera equitativa o uno complicado en el cual se utiliza en exceso uno de los dos tipos afrontamiento, lo cual provoca respuestas exacerbadas por más de seis meses, mismas que pueden aumentar hasta generar trastornos de depresión, ansiedad, adaptación, abuso de sustancias o llegar al suicidio, así que prevenir el duelo complicado sería lo más conveniente (Buitrago et al., 2018; Monroy & Amador, 2018; Soto-Rubio et al., 2019).

Mencionan Stroebe et al. (2006) y Stroebe y Schut (1999) que para poder prevenir el duelo complicado hay que contar con una estructura flexible que se pueda adaptar a cada situación de duelo, en este caso el Modelo Integrativo de Factores de Riesgo ya que a partir de la modificación de los estilos de afrontamiento se genera un impacto en el posible resultado del doliente, lo cual se puede realizar por medio de intervenciones breves.

El Modelo Integrativo de Factores de Riesgo es una nueva propuesta para conceptualizar el duelo en la psicología, ya que el tema se había dejado de lado, sin embargo, recobró interés a partir de la pandemia por la COVID-19 debido a la cantidad de defunciones que hubo y los factores de riesgo involucrados para desarrollar un duelo complicado (Currier et al., 2010; Doka, 2021; Shimshon et al., 2016).

De acuerdo con el INEGI (2022) del 2020 al 2022 a nivel mundial y en México, dentro de las primeras causas de muerte estuvo la COVID-19 y tan solo por esta causa se rebasaron las 300,000 muertes, esta sería aproximadamente la cantidad de personas que pudieron tener un proceso de duelo complicado por los factores de riesgo presentes (Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud, 2021).

Mencionan Doka (2021), Lee y Neimeyer (2020) y Harrop et al. (2020), que durante la pandemia se identificaron nuevos factores de riesgo como: la muerte inesperada, la falta de acceso para despedirse de su familiar antes de su muerte, la prohibición de rituales de despedida

o religiosos, el aislamiento, problemas familiares, laborales, académicos, económicos, una evaluación negativa de la situación y de los recursos para afrontarla, la presencia de trastornos mentales, estrés, insomnio, ansiedad, depresión y consumo de sustancias tóxicas, lo cual en conjunto incrementó la probabilidad de tener un duelo complicado.

Con base en los datos registrados diferentes grupos, están riesgo de sufrir un duelo complicado, sin embargo, es difícil brindarles atención a todos al mismo tiempo, porque se requiere realizar intervenciones personalizadas por las variables involucradas en el tema, por ello se ha identificado a una población en riesgo que por la cantidad de factores con los que cuenta la intervención ayude a desarrollar un duelo adaptativo.

Los estudiantes universitarios son un grupo de personas vulnerables a tener un proceso de duelo complicado por diferentes factores de riesgo, los cuales se mencionan a continuación.

- Etapa de desarrollo, ya que hay constantes cambios críticos, que influyen en el progreso de sus habilidades y recursos de afrontamiento (Balk et al., 2010).
- Tipo de muerte inesperada y traumática (Archer, 2005).
- La relación con el fallecido, sobre todo la muerte de padres y hermanos, son los procesos más complicados (Silvén, 2018).
- Uso excesivo de estrategias de afrontamiento centradas en la emoción, como la evitación de las emociones o del contacto con otros generando así un aislamiento (Battle et al., 2013).
- Déficit en la solución de problemas laborales, financieros, familiares o académicos que lleva a un consumo de sustancias o intentos de suicidio (Balk et al., 2010).

- Estresores académicos, como la forma de evaluación, la alta exigencia académica y con ello la sobrecarga de trabajo, así como la relación con el profesor y los compañeros.
- Contexto universitario, ya que no favorece la adaptación a la pérdida de un ser querido por el distanciamiento con la familia y amigos, y los compañeros carecen de experiencia en el tema, ya que tienen otros intereses (Lord y Gramling, 2012).
- Carencia de programas dirigidos al tema de duelo dentro y fuera de las universidades (Battle et al., 2013).
- Limitado recurso humano, ya que existen pocos psicólogos capacitados para trabajar con el tema (Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión de la Ciudad de México, 2017).

Considerando lo anterior, menciona Ornelas (2016) es necesario generar intervenciones para atender casos de duelo, pero sobre todo prevenir el duelo complicado fomentando estrategias de afrontamiento centradas en el problema, para que así se puedan evitar problemas secundarios como deserción escolar, aislamiento, abuso de sustancias, estrés, ansiedad, depresión o suicidio (Azlanzadeh, 2017; Berra et al., 2014; Cousins et al., 2015).

Para poder prevenir el duelo complicado se sugiere intervenir en las estrategias de afrontamiento centradas en el problema ya que se relacionan con el bienestar psicológico y los dolientes en mayor riesgo usualmente abusan de las estrategias de afrontamiento centradas en la emoción, al ser la muerte una situación que no se puede cambiar o controlar, lo cual se ha llegado a relacionar con problemas de salud (Osorno et al., 2010; Stroebe & Schut, 1999).

Es probable que se desarrollen estrategias que modifiquen el tipo de afrontamiento de los dolientes de acuerdo con lo planteado por el Modelo Integrativo de Factores de Riesgo, sin

embargo, este aún no cuenta con una propuesta de intervención o técnicas propias, por ello las técnicas y procedimientos que se utilizan en esta intervención se seleccionaron con base en la literatura existente sobre cómo fomentar las estrategias de afrontamiento centradas en el problema ante una situación altamente estresante y la evidencia de la funcionalidad de la TCC.

La TCC es una de las terapias psicológicas con mayor evidencia científica para intervenir en variables emocionales, cognitivas y conductuales presentes ante la muerte de un ser querido, sus intervenciones son efectivas de manera presencial y en línea, e incluso algunas investigaciones prueban mayor eficacia en línea cuando hay una interacción constante entre el terapeuta y los participantes (Alavi et al., 2018; Currier et al., 2010; Wagner et al., 2020).

La terapia en línea tiene diferentes ventajas en una sociedad digitalizada: permite superar los obstáculos de la modalidad en vivo, amplía el acceso a la atención psicológica, es más rápida la conexión, se superan obstáculos geográficos, ahorro de recursos económicos, hay mayor difusión de los tratamientos, ayuda a contrarrestar creencias culturales que pueden limitar que acuda la persona, se puede dar una atención personalizada y se ha identificado mayor adherencia (Alavi et al., 2018; Alavi & Hirji, 2020; Wagner et al., 2020).

Mencionan Gómez y Martínez (2022), que, en México, las ventajas no son las mismas, ya que existe una brecha digital en la sociedad y dependiendo de la ubicación geográfica será el acceso que se tenga a dispositivos electrónicos e internet limitándose así el acceso a la atención psicológica, sin embargo, lamentablemente esta situación no es diferente en una modalidad presencial la cual puede tener aún más restricciones.

Debido a las ventajas y la eficacia que se han comprobado en mayor medida las intervenciones en línea, la presente investigación se llevó a cabo bajo esa modalidad, además de

que su desarrollo fue durante la pandemia por la COVID-19 en donde muchas actividades se mantuvieron a distancia.

La intervención realizada estuvo enfocada en fomentar las estrategias de afrontamiento centradas en el problema para posteriormente junto con el uso de las estrategias de afrontamiento centradas en la emoción que ya tienen los estudiantes universitarios puedan tener un uso funcional de ambas y con ello un proceso de duelo adaptativo para evitar la presencia de mayores problemáticas que afecten la calidad de vida (Berra et al., 2014; Doka, 2021; Osorno et al., 2010).

Las estrategias de afrontamiento centradas en el problema que se trabajaron fueron las planteadas por Sandín y Chorot (2003) y Contreras-Torres et al., (2009) que son la reevaluación positiva, la focalización en solución de problemas y la búsqueda de apoyo social.

La reevaluación positiva, puesto que en el duelo es fundamental la percepción del individuo hacia la situación para ello de acuerdo con Meichenbaum (1987) hay que promover pensamientos racionales.

La estrategia de la focalización en la solución de problemas ayuda a que los universitarios identifiquen posibles soluciones de cómo continuar con su vida y solucionar los problemas secundarios derivados de la muerte de su ser querido, lo cual cobra relevancia ante el déficit presente (Doka, 2021; Lee & Neimeyer, 2020).

La estrategia de búsqueda de apoyo social de acuerdo con González y Landero (2007) es necesaria para tener redes de apoyo de calidad.

Se considera esta propuesta novedosa, ya que se basa en un modelo que no se había utilizado hasta el momento para plantear intervenciones de prevención al duelo complicado ni en México ni en otro país, tampoco con base en la TCC y hasta el momento no se ha identificado

otra proposición que esté dirigida a estudiantes universitarios bajo este marco de referencia pese a la cantidad de factores de riesgo con los que cuentan; finalmente es una intervención viable dado que será en línea y la mayoría de la población de interés cuenta con las herramientas necesarias.

1.4.2 Objetivos.

Objetivo de la investigación.

Evaluar la eficacia de un taller en línea que fomenta las estrategias de afrontamiento centradas en el problema para prevenir el duelo complicado en estudiantes universitarios.

Objetivos del taller.

- Que los participantes expresen las características de su proceso de duelo, sus factores de riesgo y el uso de estrategias de afrontamiento.
- Que los participantes utilicen la estrategia de afrontamiento de reevaluación positiva, focalización en la solución de problemas y búsqueda de apoyo social, ante el proceso de duelo que viven actualmente.
- Que los participantes expresen la importancia de mantener un equilibrio en el uso de las estrategias de afrontamiento para prevenir el duelo complicado.

1.4.3 Hipótesis.

Un taller en línea que fomenta las estrategias de afrontamiento centradas en el problema previene el desarrollo de duelo complicado en estudiantes universitarios.

1.4.4 Pregunta de investigación.

¿Un taller en línea que fomenta estrategias de afrontamiento centradas en el problema es efectivo para prevenir el desarrollo de un duelo complicado en estudiantes universitarios?

1.4.5 Variables.

- VI: Taller en línea:
 - Definición conceptual: intervención cognitivo conductual en línea de forma sincrónica basada en el modelo Integrativo de Factores de Riesgo para fomentar el uso de las estrategias de afrontamiento centradas en el problema en un grupo en riesgo de desarrollar un duelo complicado (Wagner et al., 2020).
 - Definición operacional: intervención durante 5 días, con una duración de 3 horas cada sesión, en el cual se trabajen las actividades programadas para la sesión 1 de psicoeducación, sesión 2 y 3 ejercicios de reestructuración cognitiva, sesión 4 solución de problemas y sesión 5 habilidades de comunicación.
- VD₁: Estrategias de afrontamiento centradas en el problema:
 - Definición conceptual: esfuerzos cognitivos y conductuales que se desarrollan para atender las demandas que surgen de una situación evaluada como excedente o desbordante de los recursos del individuo (Sandín & Chorot, 2003).
 - Definición operacional: frecuencia del uso de la intervención de las estrategias de reevaluación positiva, focalización en la solución de problemas y búsqueda de apoyo social, la cual se obtiene sumando los valores de la respuesta de cada reactivo del Cuestionario de Afrontamiento al Estrés en una escala del 0 al 4.
- VD₂: Duelo complicado
 - Definición conceptual: inadecuado ajuste al duelo ya que hay respuestas intensas más de seis meses, que no solo se mantienen, sino que aumentan con el tiempo generando un deterioro en el individuo, sentimientos de culpa e inutilidad, pensamientos de muerte, preocupación, enlentecimiento psicomotor y

experiencias alucinatorias de escuchar o ver a la persona fallecida (Soto-Rubio et al., 2019).

- Definición operacional: frecuencia de síntomas emocionales, cognitivos y conductuales del Inventario de Duelo Complicado, sumando los puntos de cada reactivo, en un rango de 0 a 76 puntos en donde puntuaciones mayores a 25 indican mayor probabilidad de padecer un duelo complicado.

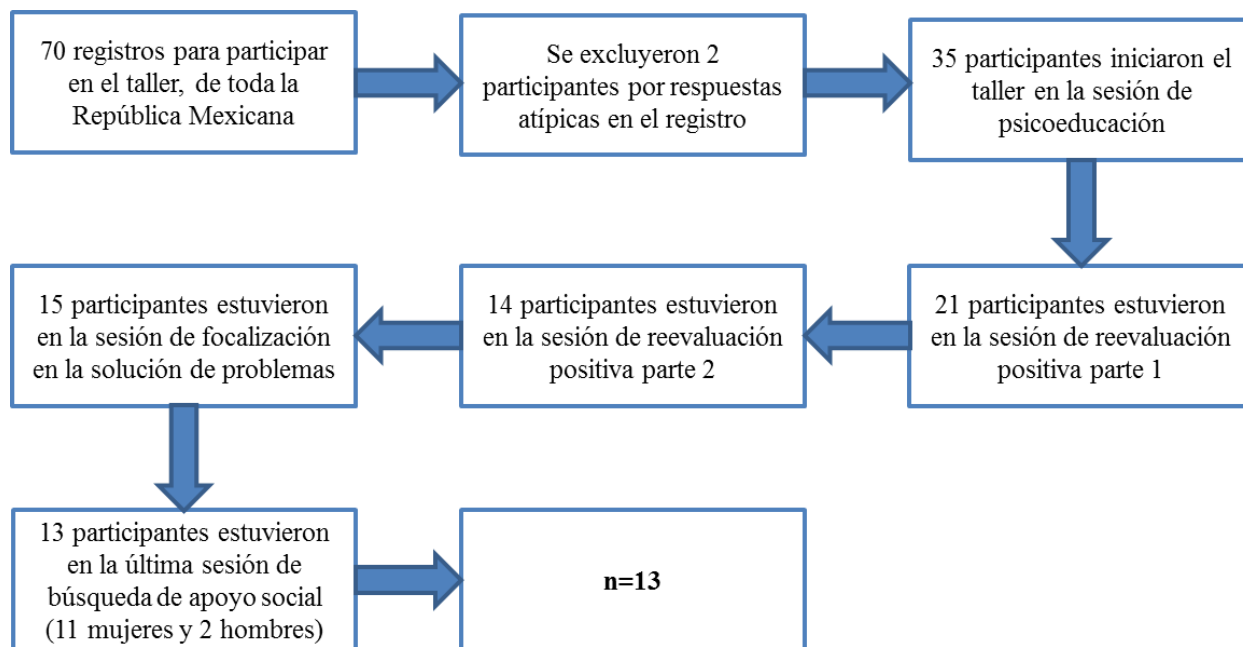
1.5 Método.

1.5.1 Participantes.

Iniciaron el taller 35 estudiantes universitarios, sin embargo, durante las cinco sesiones la asistencia fue cambiando y sólo 13 terminaron y respondieron la evaluación pretest-postest, la evolución de los participantes se expone en la Figura 2.

Figura 2

Participantes de la investigación



Los participantes fueron seleccionados con base en un muestreo no probabilístico intencional, su edad promedio fue 27 años ($DE=7.98$), una tercera parte eran originarios de diversos estados de la República Mexicana y los criterios que se consideraron fueron los siguientes:

- Criterios de inclusión
 - Acreditarse como estudiante universitario de cualquier institución de educación superior.
 - Estar en un proceso de duelo de mínimo un mes.
 - Aceptar el consentimiento informado.
 - Tener acceso a un dispositivo móvil o computadora.
 - Tener acceso a una conexión de internet.
 - Responder el Cuestionario de Afrontamiento del Estrés (CAE).
 - Contestar el Inventario de Duelo Complicado (IDC).
- Criterios de exclusión
 - No responder los datos sociodemográficos o antecedentes del familiar fallecido
 - Patrón de respuesta atípico en el CAE e IDC
- Criterios de eliminación
 - Acudir a menos del 80% de las sesiones de la intervención.
 - Iniciar un proceso terapéutico u otro taller durante la intervención.

1.5.2 Diseño.

Diseño pre-experimental con medidas pretest-postest de un solo grupo (Hernández, Fernández y Baptista, 2014).

1.5.3 Instrumentos.

- Formulario de datos sociodemográficos y antecedentes, el cual incluyó lo siguiente:
 - Datos del participante: sexo, edad, religión, correo electrónico, entidad, universidad o facultad, carrera, semestre, estatus socioeconómico, percepción de apoyo social, proceso terapéutico, diagnóstico de trastorno de salud mental y tratamiento médico.
 - Datos sobre la pérdida: sexo y edad de la persona fallecida, tipo de relación, causa de la muerte (repentina o esperada), pérdidas anteriores, consumo de sustancias y problemas que se han presentado a partir de la muerte.
- Cuestionario de Afrontamiento del Estrés (CAE) de Sandín y Chorot (2003), se basa en lo descrito por Lazarus y Folkman (1984) y Sandín (1995), en donde se concibe el concepto de estrés como proceso y el afrontamiento como los esfuerzos conductuales y cognitivos para hacer frente a las demandas evaluadas como excedente a los recursos de cada individuo.

Su objetivo es evaluar la frecuencia con la que las personas utilizan cada una de las estrategias de afrontamiento, cuenta con 42 reactivos en escala tipo Likert de 5 puntos (0-4), los cuales se agrupan en el afrontamiento centrado en el problema y el afrontamiento centrado en la emoción que se califican de acuerdo con la Tabla 1 y se engloban siete estrategias básicas, en donde los reactivos se dividen de la siguiente manera.

- Afrontamiento centrado en el problema
 - Focalización en la solución de problemas (FSP): 1, 8, 15, 22, 29 y 36.
 - Reevaluación positiva (REP): 3, 10, 17, 24, 31 y 38.
 - Búsqueda de apoyo social (BAS): 6, 13, 20, 27, 34 y 41.

- Afrontamiento centrado en la emoción
 - Autofocalización negativa (AFN): 2, 9, 16, 23, 30 y 37.
 - Expresión emocional abierta (EEA): 4, 11, 18, 25, 32 y 39.
 - Evitación (EVT): 5, 12, 19, 26, 33 y 40.
 - Religión (RLG): 7, 14, 21, 28, 35 y 42.

Tabla 1

Frecuencia del uso de cada una de las estrategias de afrontamiento

Nivel	Puntuación
Frecuencia baja	0-6
Frecuencia intermedia	7-18
Frecuencia alta	19-24

El cuestionario carece de rangos para evaluar de manera global la estrategia de afrontamiento centrada en el problema y en la emoción, a pesar de que los autores mencionan que es posible, por ello en la Tabla 2 se muestran los rangos que se calcularon.

Tabla 2

Frecuencia del uso de las estrategias de afrontamiento centradas en el problema y la emoción.

Nivel	Puntuación
Frecuencia baja	0-55
Frecuencia intermedia	56-111
Frecuencia alta	112-168

El CAE se evaluó en una población de universitarios de Madrid, tiene una consistencia interna aceptable en la REP, EEA y EVT (alfas de Cronbach de 0.71, 0.74 y 0.76) y excelente en la FSP, RLG y BAS (alfas de Cronbach de 0.85, 0.86 y 0.92), así como una validez factorial moderada o baja (correlaciones entre -0.03 y 0.40).

En México González y Landero (2007) probaron la validez y confiabilidad del instrumento original, y a su vez propusieron una reducción, de la cual obtuvieron una confiabilidad y validez aceptable, sin embargo, no se cuenta con el cuestionario estructurado para su aplicación, ni con valores para el análisis de sus resultados.

- Inventario de Duelo Complicado (IDC) adaptado al castellano por Limonero et al. (2009) en población española, específicamente cónyuges de enfermos fallecidos hace un mes, cuenta con una alta consistencia interna (alfa de Cronbach 0,88), un alto coeficiente de confiabilidad test-retest ($r=0.81$), validez factorial (3 factores que explican el 50.2% de la varianza) y validez convergente, con una correlación positiva con el Inventario de Depresión de Beck ($r=0.43$, $p<0.001$), el Inventario de Ansiedad de Beck ($r=0.243$, $p<0.01$) y 9 escalas del Inventario de Experiencias en Duelo (correlaciones que oscilan entre 0.217 y 0.314) datos cercanos a los de la prueba original.

La prueba contiene 19 preguntas que permiten diferenciar entre duelo normal y duelo complicado por medio de una escala tipo likert de cinco puntos que va de 0 (nunca) a 4 (siempre) con la cual se evalúa la frecuencia de síntomas emocionales, cognitivos y conductuales, se suman los puntos de cada reactivo y el rango de datos es de 0 a 76 puntos en donde puntuaciones mayores a 25 indican mayor probabilidad de padecer un duelo complicado.

1.5.4 Procedimiento.

El taller se desarrolló durante la maestría en la Residencia de Medicina Conductual, en conjunto con la tutora y la supervisión académica del servicio asignado, y se dividió la intervención en cinco fases que se describen a continuación:

Fase 1. Diseño. Se realizó una búsqueda de la literatura para identificar las intervenciones que se han reportado sobre el duelo, el DPM, el Modelo Integrativo de Factores de Riesgo y la prevención del duelo, ya identificadas las variables de interés se desarrollaron los objetivos y se realizó una investigación de los posibles instrumentos de evaluación a utilizar considerando su confiabilidad y validez de cada uno.

Posteriormente se realizaron cartas descriptivas para cada sesión de intervención con base en la información existente de las técnicas cognitivo conductuales para fomentar las estrategias de afrontamiento centradas en el problema.

Finalmente, considerando la estructura de las sesiones se generó una presentación para trabajar durante la sesión sincrónica y una página web en la plataforma de Google Sites® (ver Anexo 1), que contenía material descargable de las sesiones.

Fase 2. Difusión. Durante 3 semanas el taller se dió a conocer por medio de publicaciones en Facebook® y WhatsApp®, las cuales tenían el enlace para la página web, en donde se encontraba un video de bienvenida que explicaba generalidades del taller, información de la población a la cual iba dirigido, los requerimientos técnicos y el registro.

Fase 3. Evaluación inicial. Se realizó un cuestionario en la plataforma Jotform®, en este se encontraba un consentimiento informado que los participantes tenían que aceptar, se solicitó información general de los participantes y de la persona que falleció, se respondió el CAE y el IDC, los participantes que realizaron este proceso recibieron información general por correo

electrónico y fueron incorporados en un grupo de WhatsApp® para mantener comunicación constante.

Las personas interesadas en el taller que cumplían con los criterios de exclusión se les brindó información sobre instituciones y programas universitarios que brindan atención psicológica.

Fase 4. Intervención. La intervención se realizó de forma sincrónica, en formato videoconferencia a través de zoom®, fueron cinco sesiones de tres horas cada día durante una semana, la primera sesión fue de psicoeducación, en donde el objetivo fue que los participantes expresaron las características de su proceso de duelo, sus factores de riesgo y el uso de estrategias de afrontamiento, para ello se brindó una explicación del modelo de procesamiento dual, los factores de riesgo para desarrollar un duelo complicado y las estrategias de afrontamiento, y se realizaron actividades para promover que los participantes identificaran estos elementos en su propio proceso para después expresarlo.

La segunda y tercera sesión estuvieron dirigidas a ejercicios de reestructuración cognitiva para que los participantes utilizarán la estrategia de afrontamiento de reevaluación positiva, para ello en la segunda sesión todas las actividades estuvieron enfocadas a la relación A-B-C de Albert Ellis y la tercera sesión se continuó con la relación D-E para fomentar el desarrollo de pensamientos racionales que permitieran al doliente reevaluar su proceso (Bados & García, 2010; Ellis & Grieger, 1990; Meichenbaum, 1987).

La cuarta sesión estuvo enfocada en la estrategia de focalización en la solución de problemas, utilizando la técnica de solución de problemas para que los participantes generarán alternativas para adaptarse a su nueva vida sin el fallecido.

La última sesión se enfocó en las habilidades de comunicación para la estrategia de afrontamiento de búsqueda de apoyo social; se abordaron los estilos de comunicación, un entrenamiento con la estrategia DEPA y se realizó el cierre de la intervención explicando la importancia del uso equilibrado de las estrategias.

Todas las sesiones tuvieron diversas actividades y herramientas como videos, organizadores gráficos, formatos, imágenes, entre otros y en la página web se almacenó material de cada sesión.

Fase 5. Evaluación final. Esta fue la última fase de la investigación y se llevó a cabo en la última sesión del taller, implicó agradecer a los asistentes su participación, aclarar dudas y solicitarles que llenaran nuevamente el formulario de Jotform® pero ahora solo contenía el CAE y el IDC con los instrumentos de evaluación para poder determinar el incremento de las estrategias de afrontamiento centradas en el problema para prevenir el duelo complicado en estudiantes universitarios.

1.6 Análisis de resultados.

Los resultados de la presente investigación se basan en los 13 participantes de la intervención que respondieron la evaluación pretest-posttest, primero se muestra un esquema general de los factores de riesgo presentes junto con los resultados pretest-posttest del CAE y el IDC, después se describen la información obtenida de cada uno de los factores de riesgo, los resultados del CAE y los del IDC.

En el afrontamiento que se realiza durante el proceso de duelo influyen diversos factores de riesgo, en esta investigación se consideraron diez, los cuales se muestran en la Tabla 3 junto con los resultados que cada participante obtuvo en el CAE y el IDC antes y después de la intervención.

Tabla 3.*Resultados generales de cada participante*

P	J	GF	MR	TP	CS	IAS	BNS	FFN	ORD	CU	EACP		EACE		IDC	
											A	B	A	B	A	B
1*	✓	X	✓	✓	X	✓	✓	X	X	✓	21	44	28	35	26	34
2	✓	✓	X	X	X	X	X	✓	✓	✓	41	54	46	36	41	20
3*	✓	✓	✓	✓	X	✓	X	X	✓	✓	27	46	41	23	25	6
4	X	✓	✓	X	X	✓	✓	X	X	✓	16	24	41	44	32	14
5	X	✓	X	X	X	✓	✓	X	X	✓	11	19	23	24	24	43
6	✓	✓	✓	X	X	X	✓	X	✓	✓	33	49	64	47	58	4
7	✓	✓	✓	X	X	✓	X	X	X	✓	26	43	43	34	22	8
8	✓	✓	✓	X	X	X	X	✓	X	✓	36	34	42	45	29	36
9	X	✓	X	X	X	X	X	✓	X	✓	19	12	17	16	17	14
10	✓	✓	✓	X	X	X	X	✓	X	✓	24	36	53	37	45	30
11	✓	✓	X	X	X	✓	X	X	X	✓	21	51	36	39	29	35
12	X	✓	✓	X	X	✓	X	✓	X	✓	30	51	48	20	33	12
13	✓	✓	X	X	X	✓	X	X	✓	✓	30	38	42	41	42	46

Nota: P son los 13 participantes del taller, las siguientes siglas hacen referencia a los factores de riesgo evaluados:

Juventud (J), Género Femenino (GF), Muerte Repentina (MR), Trastornos Psicológicos (TS), Consumo de

Sustancias (CS), Insuficiente Apoyo Social (IAS), Bajo Nivel Socioeconómico (BNS), Fallecido de la Familiar

Nuclear (FFN), Omisión de Rituales de Despedida (ORD) y Contexto Universitario (CU). También se presentan los

resultados en frecuencia del pretest (A) postest (B) de las Estrategias de Afrontamiento Centradas en el Problema

(EACP) y las Estrategias de Afrontamiento Centradas en la Emoción (EACE). El signo (✓) indica los participantes que tienen esos factores de riesgo, mientras que (X) designa que no tienen esos factores de riesgo. Los asteriscos (*) resaltan los participantes que tuvieron mayor número de factores de riesgo.

1.6.1 Factores de riesgo

Los factores de riesgo incrementan la probabilidad de desarrollar un duelo complicado, así que se requiere conocerlos por la relación que pueden tener con la evaluación pretest postest del CAE y el IDC.

Edad. De los 13 participantes, el 69% tenía como factor de riesgo la edad, ya que se encontraban entre los 18 y 29 años ($\bar{x} = 27$) en donde se considera que las muertes son más inesperadas y traumáticas.

Género. Del total de personas que terminaron el taller, 85% expresaron ser del género femenino, lo cual es un riesgo por los constructos sociales que se encuentran alrededor.

Tipo de muerte. Predominó el tipo de muerte repentina en 62% de los seres queridos de los participantes ya que el resto consideró que fue una muerte esperada dadas las condiciones en las cuales se encontraba su ser querido.

El tiempo desde que la persona falleció fue distinto, 54% reportaron que la persona falleció hace más de seis meses y 46% que fue hace menos de seis meses, los cuales se distribuyeron entre 15% participantes tenían un mes, 8% dos meses, 8% tres meses y 15% cinco meses.

Trastornos psicológicos. Los trastornos psicológicos de los dolientes influyen en el proceso de adaptación, en esta investigación dos participantes tenían un diagnóstico, uno de Trastorno Depresivo y otro de Trastorno de Alimentación, por lo cual ya recibían atención psicológica y psiquiátrica antes del taller.

Consumo de sustancias. Fue un factor de riesgo evaluado, sin embargo, fue negado por el 100% de los participantes del taller.

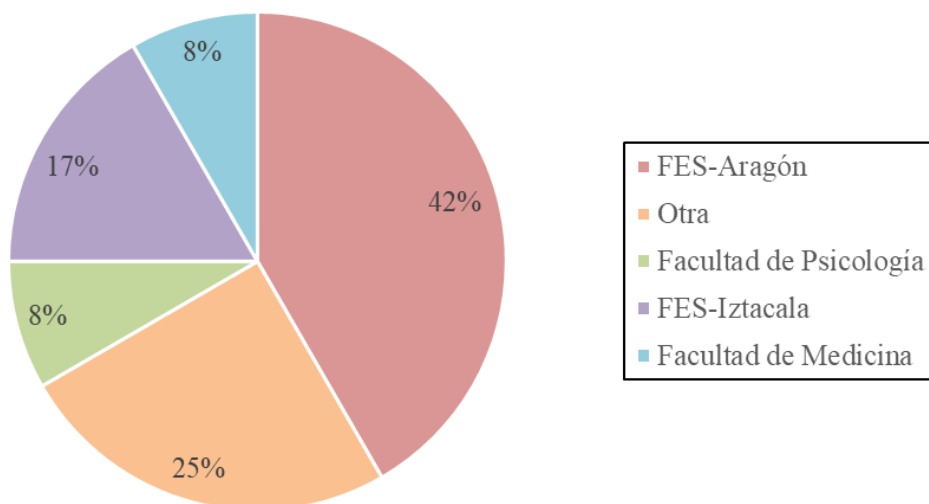
Apoyo social. Únicamente el 35% de los participantes reportaron tener un apoyo social suficiente, el resto expresó que era insuficiente.

Nivel socioeconómico. De acuerdo con la Asociación Mexicana de Agencias de Investigación y Opinión Pública A.C. (2022) hay seis niveles socioeconómicos, de los cuales 46% de los participantes del taller pertenecen a la clase media baja, 15% a la clase baja baja, 15% a la clase baja alta, 15% a la clase media alta y 9% a la clase alta baja.

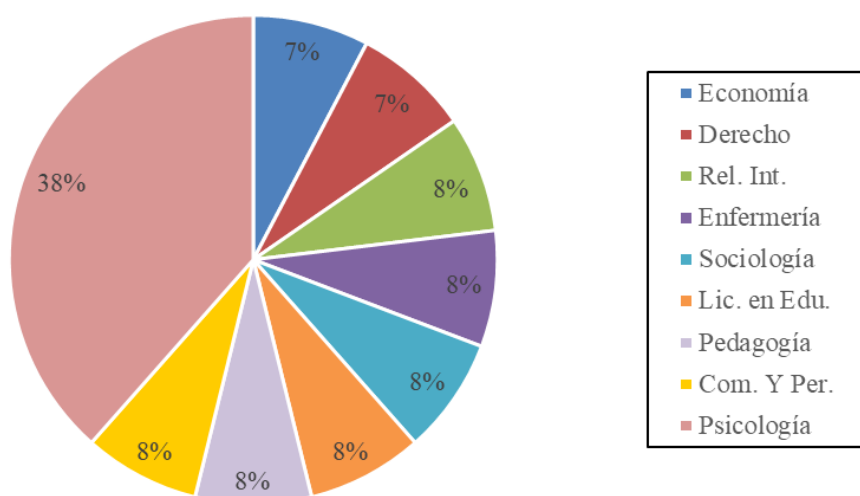
Relación con el fallecido. Del total de participantes 9% manifestaron haber perdido a su padre, 15% a sus tíos, 15% a sus parejas, 15% a sus hermanos, 23% a sus abuelos y 23% a otras personas cercanas; de las personas fallecidas 46% eran hombres, 38% mujeres y 16% desconocido ya que no hubo respuesta; en cuanto a la edad 23% compartieron que la persona fallecida era menor de 18 años, 9% que tenían entre 18 y 30 años, 38% que su edad era entre 30 y 60 años, 30% que tenían más de 60 años, por último 46% de los interesados en el taller ya habían experimentado un proceso de duelo antes de esta pérdida y para el resto fue su primera experiencia.

Rituales funerarios: De los 13 participantes del taller 30% reportaron que no pudieron despedirse de su ser querido, por lo cual incrementaba el riesgo de desarrollar un duelo complicado.

Contexto universitario. El taller fue hecho para estudiantes de licenciatura de cualquier universidad, predominó la participación de alumnos de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) y entre las otras universidades que participaron se encuentra la Universidad del Valle de México (UVM), Universidad de Ciencias Médicas y Administrativas (UCMA) y la Universidad Pedagógica Nacional (UPN) para mayor referencia ver Figura 3.

Figura 3*Porcentajes de participantes por universidad*

De acuerdo con los resultados sobre la carrera predominaron los estudiantes de psicología que fueron de 3°, 4°, 5°, 7° y 8° semestre (ver Figura 4).

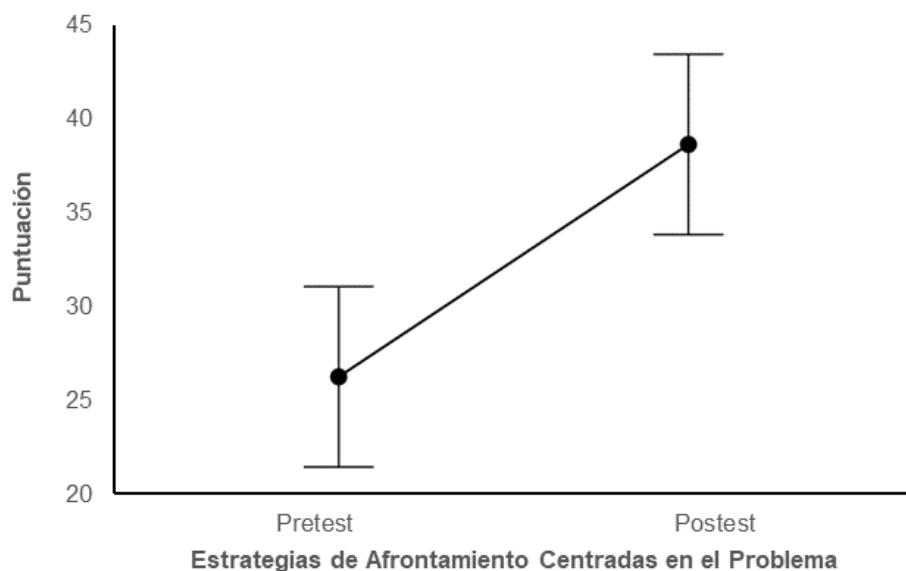
Figura 4*Participantes por carrera*

1.6.2 Cuestionario de Afrontamiento del Estrés (CAE)

Estrategias de Afrontamiento Centradas en el Problema. Con base en los resultados la mitad de los participantes utilizó con mayor frecuencia esta estrategia al final de la intervención ($Mdn=43$) que al inicio ($Mdn=26$), $z=-2.90$, $p=0.004$, $r=-0.57$ (ver Figura 5) y hubo un tamaño del efecto grande, aunque se mantuvo el uso en una frecuencia baja.

Figura 5

Pretest-Postest de las Estrategias de Afrontamiento Centradas en el Problema



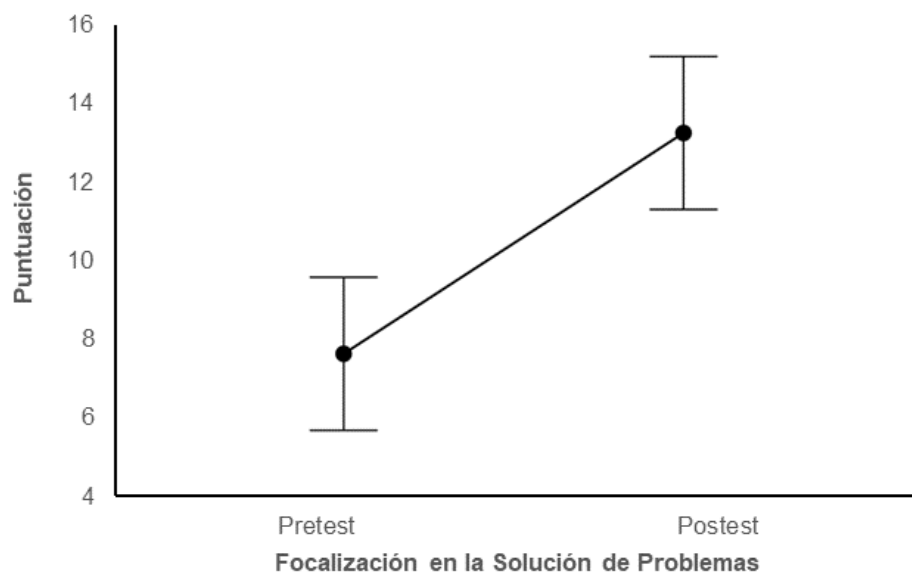
Nota: La figura muestra el cambio de tendencia en el uso de las Estrategias de Afrontamiento Centradas en el Problema.

Las estrategias de afrontamiento centradas en el problema incluyen la focalización en la solución de problemas, la reevaluación positiva y la búsqueda de apoyo social; los resultados de cada una se exponen a continuación:

En la estrategia focalización en la solución de problemas, en el pretest se identificó un uso en el rango de frecuencia intermedia ($Med=7$) y en el posttest en el rango de frecuencia alta ($Med=14$), con base en la prueba de hipótesis se identificaron diferencias significativas ($z=-2.80$, $p=0.006$, ver Figura 6), con un tamaño del efecto grande ($r=-0.55$).

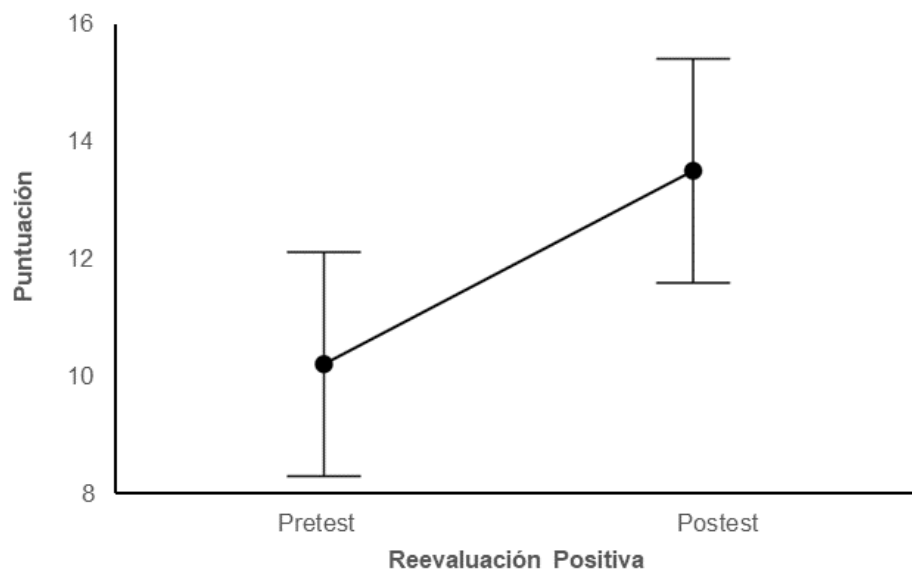
Figura 6

Pretest-Posttest de la Estrategia Focalización en la Solución de Problemas



Nota: La figura muestra el cambio de tendencia en el uso de la estrategia de Focalización en la Solución de Problemas.

En los resultados de la estrategia de reevaluación positiva, se identificó un uso en el rango de frecuencia intermedia tanto en el pretest ($Med=11$) como en el posttest ($Med=14$), las diferencias fueron significativas sobre el incremento en el uso de esta estrategia ($z=-2.24$, $p=0.03$, ver Figura 7), con un tamaño del efecto mediano a grande ($r=-0.44$).

Figura 7*Pretest-Postest de la Estrategia Reevaluación Positiva*

Nota: La figura muestra el cambio de tendencia en el uso de la estrategia de Reevaluación Positiva.

En cuanto a la búsqueda de apoyo social, se identificó en la mitad de los participantes un uso en el rango de frecuencia intermedia en el pretest ($Med=9$) y en el postest ($Med=10$) y las diferencias fueron no significativas del aumento en el uso de esta estrategia ($z=-1.81$, $p=0.07$), sin embargo, en la Tabla 4 se observa que hubo un cambio clínico objetivo en 11 de los 13 participantes, de los cuales en cuatro hubo un cambio del uso de frecuencia baja a intermedia y solamente en uno disminuyó el uso.

Tabla 4*Cambio Clínico Objetivo en la estrategia de Búsqueda de Apoyo Social*

Participante	Pretest	Postest	CCO
1	7	18	1.57*
2	14	18	0.28*
3	4	21	4.25*
4	0	2	0
5	2	7	2.5*
6	13	16	0.23*
7	6	9	0.5*
8	12	10	-0.16
9	10	3	-0.70*
10	9	13	0.44*
11	5	14	1.8*
12	9	10	1.8*
13	14	10	-0.40*

Nota. Los asteriscos (*) indican un Cambio Clínico objetivo, el cual se calculó con base en la fórmula $CCO = \frac{x_{postest} - x_{pretest}}{x_{pretest}}$ en donde se considera que hubo un cambio clínico objetivo si la puntuación es >0.20 y no lo hay si es <0.20 .

Estrategias de Afrontamiento Centradas en la Emoción. Los resultados de la mitad de los participantes en el pretest ($Med=42$) y postest ($Med=36$) se mantuvieron en el rango de baja frecuencia, no se presentaron cambios significativos ($z=1.50, p=0.14$) por lo cual se decidió calcular el CCO (ver Tabla 5) con el cual se observó en siete participantes un CCO, de los cuales únicamente el participante seis pasó de un uso de frecuencia intermedia a un uso de frecuencia

baja, el resto se mantuvo en frecuencia baja, en la Tabla 8.1 se presentan los resultados para cada participante.

Tabla 5

Cambio Clínico Objetivo en las Estrategias de Afrontamiento Centradas en la Emoción

Participante	Pretest	Postest	CCO
1	28	35	0.25*
2	46	36	-0.22*
3	41	23	-0.78*
4	41	44	0.07
5	23	24	0.04
6	64	47	-0.26*
7	43	34	-0.21*
8	42	45	0.07
9	17	16	-0.05
10	53	37	-0.30*
11	36	39	0.08
12	48	20	-0.58*
13	42	41	-0.02

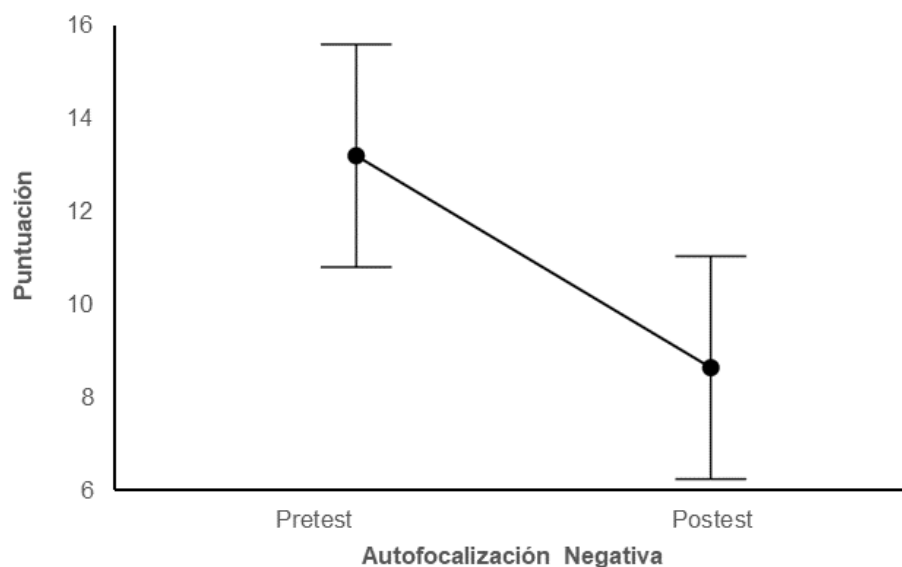
Nota. Los asteriscos (*) indican un Cambio Clínico objetivo, el cual se calculó con base en la fórmula $CCO = \frac{x_{postest} - x_{pretest}}{x_{pretest}}$ en donde se considera que hubo un cambio clínico objetivo si la puntuación es >0.20 y no lo hay si es < 0.20 .

Las estrategias de afrontamiento centradas en la emoción incluyen la autofocalización negativa, expresión emocional abierta, evitación y religión; los resultados de cada una se exponen a continuación:

En la autofocalización negativa, se identificó un uso en el rango de frecuencia intermedia en el pretest ($Med=16$) y en el posttest ($Med=8$), las diferencias fueron significativas ($z=2.19$, $p=0.03$, ver Figura 8), con un tamaño del efecto mediano a grande ($r=0.43$).

Figura 8

Pretest-Posttest de la Estrategia de Autofocalización Negativa

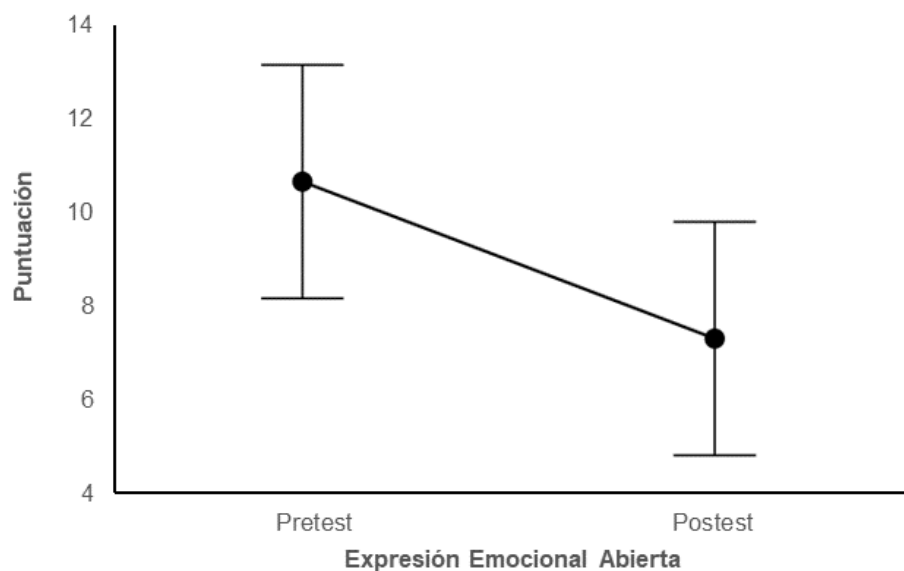


Nota: La figura muestra el cambio de tendencia en el uso de la estrategia Autofocalización Negativa.

En la estrategia de expresión emocional abierta, se identificó en el pretest ($Med=9$) y en el posttest ($Med=6$) un uso de frecuencia intermedia, con base en la prueba de hipótesis las diferencias fueron significativas ($z=2.12$, $p=0.04$, ver Figura 9), con un tamaño del efecto mediano a grande ($r=0.42$).

Figura 9

Pretest-Posttest de la Estrategia de Expresión Emocional Abierta



Nota: La figura muestra el cambio de tendencia en el uso de la estrategia de Expresión Emocional Abierta.

En la estrategia de evitación, se identificó un uso en el rango de frecuencia intermedia en el pretest ($Med=11$) y en el posttest ($Med=10$), no hubo diferencias significativas ($z=0.51$, $p=0.63$), por lo cual se calculó el CCO (ver Tabla 6) con el cual se identifica un cambio en ocho participantes y solo en uno de ellos aumentó la frecuencia de uso intermedio a alto.

Tabla 6

Cambio Clínico Objetivo en la estrategia de evitación.

Participante	Pretest	Postest	CCO
1	11	11	0
2	14	22	0.57*
3	14	10	-0.28*
4	9	10	0.11
5	6	5	-0.16
6	12	18	0.50*
7	11	11	0
8	8	13	0.62*
9	4	3	-0.25*
10	19	10	-0.47*
11	14	8	-0.43*
12	19	7	-0.63*
13	11	13	0.18

Nota. Los asteriscos (*) indican un Cambio Clínico objetivo, el cual se calculó con base en la fórmula $CCO = \frac{x_{postest} - x_{pretest}}{x_{pretest}}$ en donde se considera que hubo un cambio clínico objetivo si la puntuación es >0.20 y no lo hay si es <0.20 .

La última estrategia es la religión con base en su información en la mitad de los participantes hubo un uso en el rango de frecuencia baja en el pretest ($Med=3$) e intermedia en el postest ($Med=7$), las diferencias no fueron significativas ($z=-1.88, p=0.06$), se calculó el CCO

(ver Tabla 7) y en ocho participantes hubo un cambio, de los cuales en dos hubo un aumento en el uso, de frecuencia baja a intermedia.

Tabla 7

Cambio Clínico Objetivo en la estrategia de la religión

Participante	Pretest	Postest	CCO
1	2	5	1.5*
2	0	0	0
3	0	1	0
4	12	17	0.14*
5	3	7	1.33*
6	13	12	-0.07
7	8	13	0.38*
8	3	11	2.66*
9	1	0	-1*
10	16	13	-0.18
11	3	6	1*
12	1	3	2*
13	8	8	0

Nota. Los asteriscos (*) indican un Cambio Clínico objetivo, el cual se calculó con base en la fórmula $CCO = \frac{x \text{ postest} - x \text{ pretest}}{x \text{ pretest}}$ en donde se considera que hubo un cambio clínico objetivo si la puntuación es >0.20 y no lo hay si es < 0.20 .

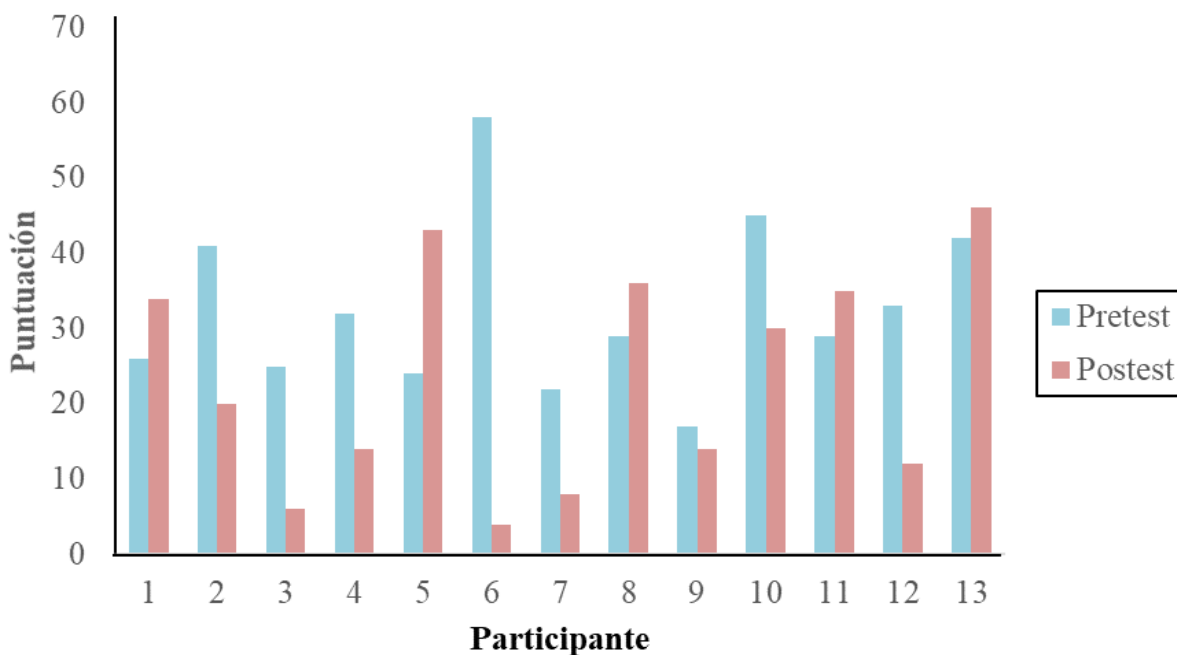
1.6.3 Inventario de Duelo Complicado

En el Inventario de Duelo Complicado (IDC), considerando las puntuaciones individuales se identifica en el 62% de los participantes una disminución en la probabilidad de desarrollar un

duelo complicado de acuerdo con los criterios de evaluación del instrumento; en la Figura 10 se muestran las puntuaciones de cada participante.

Figura 10

Puntuaciones en las evaluaciones pretest-postest del IDC



En el pretest en la mitad del grupo de intervención se identificó una mayor probabilidad de desarrollar un duelo complicado ($Med=29$) y en el postest una menor probabilidad de un duelo complicado ($Med=20$), con base en la prueba de hipótesis no hubo diferencias significativas ($z=1.67$, $p=0.10$, sin embargo, se calculó el CCO de cada participante y sus resultados se muestran en la Tabla 8.

Tabla 8*Cambio Clínico Objetivo en el Inventario de Duelo Complicado*

Participante	Pretest	Postest	CCO
1	26	34	0.31*
2	41	20	-0.51*
3	25	6	-0.76*
4	32	14	-0.56*
5	24	43	0.79*
6	58	4	-0.93*
7	22	8	-0.63*
8	29	36	0.24*
9	17	14	-0.18
10	45	30	-0.33*
11	29	35	0.21*
12	33	12	-0.64*
13	42	46	0.09

Nota. Los asteriscos (*) indican un Cambio Clínico Objetivo, el cual se calculó con base en la fórmula $CCO = \frac{x_{postest} - x_{pretest}}{x_{pretest}}$ en donde se considera que hubo un cambio clínico objetivo si la puntuación es >0.20 y no lo hay si es <0.20 .

Con base en estos resultados, se puede decir que es funcional el taller para fomentar las estrategias de afrontamiento centradas en el problema para prevenir el duelo complicado en estudiantes universitarios, ya que hubo cambios significativos en el incremento del uso de dichas estrategias.

1.7 Discusión y conclusión.

El objetivo del presente estudio fue evaluar la eficacia de un taller en línea que fomenta las estrategias de afrontamiento centradas en el problema para prevenir el duelo complicado en estudiantes universitarios.

De acuerdo con los resultados se logró aumentar el uso de las estrategias de afrontamiento centradas en el problema en 11 de 13 participantes y en ocho de 13 disminuyeron los puntajes del IDC, reflejando un cambio en la probabilidad de desarrollar un duelo complicado.

Para prevenir el duelo complicado e identificarlo en comparación con un duelo adaptativo un factor relevante es el tiempo transcurrido desde la pérdida, en este caso se identificó que la mayoría de los participantes que disminuyeron la probabilidad de desarrollar un duelo complicado eran quienes tenían más de 6 meses de haber perdido a su ser querido, lo cual concuerda con lo mencionado por Soto-Rubio et al. (2019).

Ahora bien, de acuerdo con la OMS (1992) las reacciones por duelo pueden ser tan estresantes que entre las consecuencias se pueden encontrar alteraciones psicológicas, en el caso del taller había un participante con trastorno depresivo y otro con trastornos de alimentación, no se tiene claridad si el duelo fue detonante de estos trastornos pero estos participantes incrementaron las estrategias de afrontamiento centradas en el problema, disminuyeron el uso de las centradas en la emoción y reflejaron una disminución en la probabilidad de desarrollar un duelo complicado.

Los resultados aquí presentados evidencian que son diferentes variables las que influyen en el proceso de duelo, ya que como mencionan Cruz et al. (2017) y Malkinson (2001) es un

proceso complejo y personalizado, así que el Modelo Integrativo de Factores de Riesgo de Strobe et al. (2006) fue de gran utilidad para desarrollar una intervención que aumente el uso de las estrategias de afrontamiento centradas en el problema.

El uso de este modelo corrobora lo mencionado por Fasse y Zech (2015) y Aslanzadeh (2017) que esta propuesta no es únicamente para viudos, sino, que es tan flexible que se puede ajustar a diferentes poblaciones, entre ellos los estudiantes universitarios que tienen características diversas, que pueden llegar a ser factores de riesgo.

En el Modelo integrativo de factores de riesgo se establecen algunas características que incrementan la probabilidad de desarrollar un duelo complicado, pero considerando que estos dependen de la población y el contexto por lo que menciona Strobe et al. (2006), para la intervención que se realizó los factores de riesgo que se consideraron fueron: el género femenino, muertes repentinas, diagnóstico de un trastorno psicológico, ser joven, consumo de sustancias, falta de apoyo social, bajo nivel socioeconómico, fallecido de la familia nuclear, omisión de rituales de despedida y el contexto universitario.

Respecto al género femenino como factor de riesgo, esta investigación no brinda la evidencia suficiente para decir que es un factor de riesgo o que ambos géneros pueden desarrollar un duelo complicado o adaptativo como menciona Masferrer et al. (2017).

En los participantes de este taller predominaron las muertes repentinas como generadoras del duelo que vivieron muertes repentinas, lo cual es un factor de riesgo de acuerdo con Masferrer et al. (2017) y Niemeyer (2019), es importante rescatar que todos los participantes que vivieron una muerte inesperada tuvieron un cambio clínico objetivo en sus resultados del IDC, es decir disminuyó su puntaje y por ende la probabilidad de desarrollar un duelo complicado.

El diagnóstico de un trastorno psicológico, es otro factor de riesgo, de acuerdo con Battle et al. (2013) y Estevan et al. (2016), la depresión se relaciona de forma significativa con el proceso de duelo complicado, en este taller hubo un participante con dicho diagnóstico y tuvo cambios clínicamente objetivos en las tres variables de interés.

Ser joven se considera un factor de riesgo dado que existe una mayor probabilidad de vivir una muerte repentina, de acuerdo con la Dirección General de Planeación, Programación y Estadística Educativa (2019) los estudiantes universitarios tienen entre 18 y 29 años, así que son jóvenes afrontando una etapa de desarrollo complicada viviendo la muerte de un ser querido; sin embargo, con esta investigación se pudo ver que también hay personas de mayor edad que pueden estar en la universidad afrontando la muerte de un ser querido con todos los factores de riesgo involucrados y probablemente otras situaciones estresantes características de grupo de edad, lo cual puede incrementar la probabilidad de desarrollar un duelo complicado, como se vio en uno de los participantes, así que con esta situación se contradice lo mencionado por Estevan et al. (2016).

De acuerdo con Doka (2021), Lee y Neimeyer (2020) y Harrop et al. (2020) el consumo de sustancias se considera un factor de riesgo sobre todo en la población con la que se realizó la intervención, en este caso todos negaron el consumo, así se puede expresar con base en los resultados que su presencia no determinó el aumento de la probabilidad de desarrollar un duelo complicado, pero como ya se ha mencionado al ser el duelo un proceso personalizado, no se descarta que junto con otros factores de riesgo puede generar complicaciones para la adaptación al proceso de duelo.

Una percepción baja de apoyo social ante la muerte de un ser querido se relaciona de forma significativa con el proceso de duelo complicado, según lo estudiado por Battle et al.

(2013) y Estevan et al. (2016), en esta intervención 62% de los participantes manifestaron un apoyo insuficiente y el resto suficiente, sin embargo, no se identifica una relación con la probabilidad de desarrollar un duelo complicado debido a que no hubo una diferencia estadísticamente significativa entre las evaluaciones pretest-postest.

Romero y Cruzado (2016) y Estevan et al. (2016) concuerdan que el bajo nivel socioeconómico influye en la presencia del duelo complicado; sin embargo, en estudiantes universitarios no lo determina, ya que hubo participantes de diferentes niveles socioeconómicos y no fue el único factor que influyó en los resultados del pretest-postest del IDC.

Que el fallecido sea de la familia nuclear es otro factor de riesgo, ya que son las muertes significativas como han investigado Fernández-Alcántara et al. (2016) y Neimeyer (2019), sin embargo, estos resultados muestran que no necesariamente, ya que hubo participantes que perdieron otras personas significativas para ellos pero solicitan ayuda porque les ha sido difícil llevar solos su proceso de duelo, pero cabe resaltar que el participante que vivió la muerte de su padre, en los que se identificaron variables que incrementan el riesgo de desarrollar un duelo complicado al final de la intervención.

La omisión de rituales de despedida, es un factor de riesgo que cobró relevancia durante lo ocurrido por la pandemia de COVID-19 de acuerdo con Harrop et al. (2020), en este caso en el grupo de intervención aquellos participantes que no pudieron realizar estas actividades, en la evaluación pretest mostraron un mayor uso de las estrategias de afrontamiento centradas en la emoción que las centradas en el problema, y al final de la intervención incrementaron sus estrategias de afrontamiento centradas en el problema, disminuyeron las centradas en la emoción, así como su puntaje en el IDC.

Otro factor que se requiere considerar es el contexto universitario, en esta investigación todos los participantes contaban con él, lo cual pudo influir en la implementación o no de las estrategias de afrontamiento y en la probabilidad de desarrollar un duelo complicado, situación que concuerda con lo ya mencionado por Masferrer et al. (2017) respecto al nivel educativo.

Estos factores de riesgo y muchos más se pueden presentar en una persona que está en un proceso de duelo, algunos podrían ser modificados, pero otros no, depende de la interacción que tengan en cada caso, pero el trabajo grupal que se realizó en este taller permite confirmar que el tipo de afrontamiento es fundamental en el proceso de duelo ya que es uno de los elementos del modelo susceptible de modificarse por medio de intervenciones breves, tal como lo mencionan Stroebe y Schut (1999).

En el taller se desarrollaron las estrategias de afrontamiento centradas en el problema, ya que de acuerdo con Stroebe et al. (2006) y Osorno et al. (2010) las estrategias de afrontamiento centradas en la emoción son las más utilizadas en los universitarios ante la muerte de un ser querido, generando un riesgo a desarrollar un duelo complicado por enfocarse en una, para que así los dolientes utilicen ambas y se adapten al proceso de duelo.

Lo anterior concuerda con la información de la evaluación inicial de los participantes de este taller, ya que había un uso con mayor frecuencia de las estrategias de afrontamiento centradas en la emoción y después de la intervención incrementó el uso de las estrategias centradas en el problema y se mantuvieron las centradas en la emoción, por lo cual aunque a la semana del taller no se reflejó una diferencia estadísticamente significativa en el riesgo de desarrollar un duelo complicado, conforme se implementen las nuevas estrategias aprendidas, se podría ver un mayor cambio en este riesgo.

Haciendo referencia a cada una de las estrategias de afrontamiento centradas en el problema, en el caso de la focalización en la solución de problemas al final de la intervención había un uso de alta frecuencia así que los participantes comenzaron a ejecutar un plan de acción para afrontar la situación, como mencionan Gantiva et al. (2010) y Sierra y Julio (2010).

En la reevaluación positiva los datos antes y después de la intervención se mantuvieron en el rango de frecuencia alta, pero los puntajes incrementaron, así que los participantes continuamente están realizando esfuerzos por reinterpretar la muerte de su ser querido para modificar su adaptación, así como lo mencionan Gillies y Neimeyer (2006).

En el caso de las estrategias de afrontamiento centradas en el problema está la búsqueda de apoyo social, en donde en el posttest los participantes incrementaron la frecuencia con la que utilizan esta herramienta, lo cual de acuerdo con Stroebe et al. (2006) puede estar relacionado con el incremento de la reevaluación positiva.

Ahora bien, en cuanto a las estrategias de afrontamiento centradas en la emoción, en la autofocalización negativa después de la intervención hubo una disminución de su uso lo cual puede estar relacionado con el incremento de la focalización en la solución de problemas ya que como mencionan Espinosa et al. (2009) y Contreras et al. (2007) la autofocalización negativa limita la resolución de problemas y con ello la adaptación.

La expresión emocional abierta y la evitación, en el posttest también disminuyeron su uso, situación que puede estar relacionada con el incremento de la búsqueda de apoyo social, ya que durante el taller se promovió la asertividad, lo cual puede impactar en la agresividad con los demás y el temor a la desaprobación social, esto de acuerdo a lo mencionado por Gantiva et al. (2010), Contreras-Torres et al. (2009) así como Sandín y Chorot (2003).

La última estrategia de este grupo es la religión, la cual, aunque se mantuvo en el rango de frecuencia intermedia, los puntajes incrementaron, lo que puede estar promoviendo la reevaluación positiva, considerando lo señalado por Gantiva et al. (2010) y Matthews y Marwit (2006).

Con base en los resultados de la evaluación inicial, las y los universitarios que participaron en el taller contaban con riesgo de desarrollar un duelo complicado debido a que las estrategias de afrontamiento centradas en la emoción eran utilizadas mayor frecuencia que las centradas en el problema, sin embargo, a partir de la intervención incrementó el uso de las estrategias de afrontamiento centradas en el problema, resultados que confirman que estas estrategias se pueden desarrollar por medio de intervenciones cognitivo conductuales, tal como lo sugiere Folkman y Tedlie (2004).

En este caso la intervención en línea mostró las ventajas ya expuestas por Alavi y Hirji (2020), Alavi et al. (2018) y Wagner et al. (2020) porque hubo participantes de diferentes estados de la República Mexicana gracias a que la difusión por redes sociales permitió ampliar el acceso, se utilizaron diferentes herramientas tecnológicas y hubo una participación constante por medio del chat.

Como parte de las áreas de oportunidad de esta investigación está la estructura del taller, ya que comparando los resultados de esta investigación con los de Litz et al. (2014), Tur et al. (2021) y Wagner y Maercker (2008) características como el tiempo de duración de la intervención, la cantidad de módulos y los temas de trabajo (higiene del sueño, manejo de estrés, activación conductual, motivación al cambio y prevención de recaídas) pudieron haber influido en que no se generará un cambio estadísticamente significativo en los participantes en el riesgo de desarrollar un duelo complicado

Aunado a lo anterior otro factor que es importante considerar en los resultados, es lo mencionado por Meichenbaum (1987) sobre el repertorio conductual de cada uno de los participantes ya que algunos solo requieren consolidar las estrategias y otros aprenderlas desde cero, lo cual no se evaluó en esta investigación y podría modificar la estructura del taller y los resultados.

Al respecto del uso de las técnicas cognitivo conductuales para incrementar el uso de las estrategias de afrontamiento centradas en el problema su eficacia está comprobada por la literatura, pero para futuras intervenciones hay que plantear criterios de cambio que con base en diferentes actividades ayuden a identificar si se están cumpliendo los objetivos de cada módulo.

Es importante desarrollar instrumentos específicamente para evaluar las características del Modelo Integrativo de Factores de Riesgo, ya que el CAE abarca las estrategias de afrontamiento con base en el modelo de Lazarus y Folkman (1984) que se utiliza en el modelo de esta investigación pero aunque abarca diferentes situaciones estresantes no se centra en el duelo y eso puede generar un sesgo y en el caso del IDC el duelo adaptativo y complicado se conceptualiza de manera similar que en esta intervención pero no se consideran factores de riesgo que podrían estar involucrados en cada población.

También se requiere continuar evaluando los factores de riesgo en el duelo de acuerdo con la población y su relación con el proceso de duelo adaptativo o complicado por medio de pruebas de correlación, así como el tiempo en el cual se podría prevenir el duelo complicado.

Definitivamente el afrontamiento es un elemento clave en el proceso de duelo; sin embargo, se requiere continuar realizando investigaciones para poder afirmar que las estrategias de afrontamiento ya descritas por Lazarus y Folkman (1984) y Sandín y Chorot (2003) son las

adecuadas para la adaptación en el duelo, ya que su definición es general a situaciones sumamente estresantes y en el duelo hay factores de riesgo necesarios de considerar.

Las intervenciones para procesos de duelo desde la terapia cognitivo conductual requieren mayor investigación, para realizarlas se sugiere metodológicamente poder contar con una muestra representativa, tener un grupo control y uno experimental, así como criterios de inclusión más específicos.

Finalmente, esta intervención muestra los resultados a corto plazo ya que la evaluación posttest se realizó cuando se terminó el taller, es decir cinco días después de la evaluación inicial, por ello valdría la pena poder realizar un seguimiento a tres y 12 meses de acuerdo con lo recomendado por Tur et al. (2021) para identificar el uso de ambas estrategias de afrontamiento; en esta investigación esto no se realizó por cuestiones de tiempo y porque se perdió contacto con los participantes.

2. Reporte de Experiencia Profesional.

2.1 Breve contextualización de la Medicina conductual a nivel mundial y en México.

El origen de la Medicina conductual se remonta al siglo V a.C. con Hipócrates, quien describía que los sentimientos y las emociones influyen de alguna forma en el cuerpo, así que una persona sana se encontraba en un estado de equilibrio. Después, en el S. XVIII René Descartes realizó dos aportaciones importantes para el posterior desarrollo de la Medicina conductual, en primer lugar, el modelo dualista, el cual sugería que las personas están formadas de mente y cuerpo, y, en segundo lugar, la metodología reduccionista, la cual fomentó la teoría de etiología específica, bajo la cual se establece que para cada enfermedad hay una causa y por lo tanto una cura (Pattishall, 1989).

La psicología ya como ciencia, surgió a partir de una revolución de filósofos europeos que utilizaron como técnica de investigación la introspección personal estructurada, con base en ello fundaron el estructuralismo y se convirtieron en los primeros psicólogos experimentales, Wundt en Alemania y Titchener en Estados Unidos en el S. XIX; sin embargo, con el tiempo la introspección resultó ineficiente, así que los psicólogos se dirigieron hacia las ciencias naturales para tener fenómenos observables, medibles y cuantificables, esto provocó que en los primeros años del S. XX se formarían diferentes escuelas, entre ellas el conductismo, la cual fue determinante para el desarrollo de la Terapia Conductual y TCC (Ruíz et al., 2012).

De acuerdo con Reynoso (2014), en un primer momento el modelo médico tradicional de causa-efecto se centraba únicamente en la enfermedad, no en el paciente, por lo cual la fisiología adaptó dicho modelo a la forma estímulo-respuesta para comenzar a conocer la relación existente entre el comportamiento y las enfermedades crónicas, pero esta concepción comenzó a cambiar entre 1946 y 1948 cuando se fundó la OMS y esta definió la salud como el completo bienestar

físico, mental y social de la persona, no solo la ausencia de enfermedad, con esta declaración se propuso un trabajo multidisciplinario que debe tomar en cuenta los diferentes factores involucrados en el desarrollo del ser humano.

Considerando los avances que hasta el momento se tenían en psicología a partir del conductismo, a mediados del siglo XX surgió la TCC la cual, fue creada bajo los principios del aprendizaje, parte del supuesto de que toda la conducta es aprendida y por ello se puede modificar (Ruíz et al., 2012).

Menciona Pattishall (1989) que en 1960 aparecieron una serie de terapias de conducta e intervenciones para modificar el comportamiento y se fundó en Estados Unidos la *Association for the Advancement of Behavior Therapy* (AABT) actualmente llamada *Association Behavior Cognitive Therapy* (ABCT); después, en 1970 aparecieron formalmente los primeros centros de Medicina Conductual (MC), en la Universidad de Stanford y la Universidad de Pennsylvania.

En 1970 comenzó el interés por la MC y en 1973 este término apareció por primera vez como título de un libro, el cual recopiló los primeros estudios clínicos en el área utilizando *biofeedback* (retroalimentación biológica); fue así como el *biofeedback*, las terapias conductuales, la investigación en psicología de la salud y la investigación en salud pública sobre enfermedades cardiovasculares y cáncer, fueron fundamentales para su desarrollo (Keefe, 2011).

De acuerdo con Reynoso (2014) en 1974 en una reunión del *Health National Institute* llamada *Applying behavioral science to cardiovascular risk: proceedings of a conference*, los médicos comenzaron a reconocer la importancia del comportamiento en la enfermedad y cómo éste puede ser estudiado y modificado para reducir algunos problemas causados por la misma, esto resultó relevante puesto que antes de ello no se tomaba en cuenta dado el modelo biomédico.

Para 1976 los *National Institutes of Health* crearon la sección de estudios de MC, esto fue importante para la investigación porque se pudieron analizar y financiar diferentes investigaciones que se desarrollaron en el área (Keefe, 2012).

En 1977 la Universidad de Yale organizó la *First Conference on Behavioral Medicine* que reunió a expertos biomédicos y del comportamiento para definir el campo y así poderlo agregar al contexto de salud-enfermedad (Schwartz & Weiss, 1978); y de acuerdo con Vinaccia (1988) a partir de ese momento oficialmente la MC se declaró el área encargada de la integración de la biomedicina y el comportamiento para el estudio de la salud y la enfermedad.

Schwartz y Weiss (1978) a partir de la conferencia de Yale generaron la siguiente definición de MC:

La Medicina Conductual es el campo encargado del desarrollo de conocimientos científicos y técnicas relevantes para la comprensión de la salud física y la enfermedad, y la aplicación de este conocimiento y técnicas en la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación (p. 249).

Para 1977 el psiquiatra George Engel, postuló la necesidad de un modelo médico holístico, al cual llamó biopsicosocial, ya que consideraba que todos los fenómenos involucrados en la salud se veían influenciados por factores no solo biológicos, sino también psicológicos y sociales; Engel afirmaba que hasta la biomedicina era dualista porque entendía al ser humano como mente y cuerpo, en donde la mente es una máquina que hace funcionar al cuerpo, así que se dejaban de lado variables sociales y psicológicas que también se involucran en el proceso de salud-enfermedad; también afirmó que la medicina defendía el uso de un modelo causa-efecto, cuando una enfermedad es una situación multicausal y como tal tiene que ser tratado por diferentes especialistas de la salud (i Carrió, 2002).

A partir de este modelo se comenzó a considerar al paciente como un sujeto que no solamente tiene una enfermedad, sino que también tiene emociones, pensamientos, creencias y un contexto social que influye aunque él es el protagonista de la situación, debido a que su comportamiento impacta en la enfermedad y viceversa; además, la premisa del modelo biopsicosocial ha impulsado avances en la psicología de la salud, ha fomentado el trabajo transdisciplinario, el apoyo económico para la investigación y la creación de políticas públicas (Suls & Rothman, 2004).

En 1978 se fundó la Academia de Investigación en Medicina Conductual en Estados Unidos, en el mismo año se publicó el primer número del *Journal of Behavioral Medicine* y la revista *Biofeedback and Self-Regulation* en donde se comenzaron a reportar el uso de técnicas y procedimientos cognitivo conductuales en enfermedades como la hipertensión arterial, dolor crónico, asma, rehabilitación neuromuscular y cáncer (Rodríguez, 2010).

De acuerdo con Keefe (2011), para 1990 se realizó el *Congress of Behavioral Medicine* en Suecia y en ese momento también se fundó la *International Society of Behavioral Medicine (ISBM)* la cual se encarga de abordar las necesidades de las diferentes disciplinas interesadas en los problemas de la MC y en 1993 se creó la *International Journal of Behavioral Medicine*.

El conocimiento sobre esta disciplina se comenzó a extender por otras partes de América, por ejemplo en 1970 en Colombia el pionero de este campo es el psicólogo Rubén Ardila, sin embargo, para este año apenas comenzaba el estudio del análisis experimental de la conducta así que esta nueva área tardó algunos años para poder desarrollarse; en este país las primeras investigaciones que se realizaron sobre la influencia del comportamiento en la salud-enfermedad fueron tesis sobre la retroalimentación biológica, las cuales se enfocaban en los factores biopsicosociales involucrados en enfermedades cardíacas, fobias e hipertensión; diez años

después se comenzó a comparar la retroalimentación biológica con la relajación progresiva para pacientes con cefalea tensional y también se comenzaron a realizar intervenciones en niños con asma y con otras personas el autocontrol de peso (Vinaccia, 1988).

Ahora bien, en México menciona Reynoso (2014) que el modelo biopsicosocial fue utilizado por primera vez por algunas escuelas de medicina en 1978; entre estas escuelas se encuentra la ENEP Iztacala en su carrera de Médico Cirujano, sin embargo, su formación nunca ha estado dirigida a atender factores psicológicos de los pacientes, por lo que se necesitaban profesionales formados específicamente para atender este tipo de situaciones.

Para los años 80's en distintas facultades de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) se comenzaron a realizar intervenciones utilizando *biofeedback* para el tratamiento de migraña, parálisis facial, arritmias cardiacas, epilepsia y parálisis neuromusculares (Rodríguez, 2010).

En 1981 la ENEP Iztacala ofreció un posgrado en Modificación de Conducta tomando en cuenta áreas como el estrés, la retroalimentación biológica y enfermedades crónicas, por lo cual este es considerado el primer antecedente académico de Medicina Conductual en México. Este mismo año en dicha institución se llevó a cabo el Primer Simposio Internacional sobre Medicina Conductual en México (Tapia & Eisenberg, 2018).

En 1992 el H. Consejo Universitario integró en un solo plan de estudios a los posgrados de la facultad de psicología, entre los cuales se encontraba la Psicología General Experimental con énfasis en la Salud, este antecedente es relevante puesto que la Facultad de Estudios Superiores Iztacala (FES-I) comenzó a participar como co-sede, el plan de estudios se centró en la formación de investigadores bajo la supervisión de un tutor y se comenzó a apoyar el trabajo multidisciplinario; este plan continuó evolucionando y actualmente se tiene como propósito

formar profesionales de alto nivel y especializados, para ello se incorpora a los alumnos a programas de residencia (UNAM, 2017).

Una residencia es la práctica profesional supervisada en el escenario donde se presenta el problema, esto permite que el estudiante ponga su conocimiento en práctica en situaciones reales, para desarrollar más habilidades. Con base en lo anterior, en 1998 se comenzó a diseñar un programa educativo integral para formar profesionales especializados en la solución de problemas de pacientes con enfermedades crónico degenerativas, basados en el conocimiento de que la conducta puede generar enfermedades las cuales pueden modificar el comportamiento; en 1999 se puso en marcha el programa de la Residencia en Medicina Conductual bajo un enfoque cognitivo conductual (Reynoso, 2014).

Los objetivos generales de la Residencia en Medicina Conductual (2020) son: desarrollar en el alumno las capacidades requeridas para el ejercicio psicológico profesional especializado en salud, desde una perspectiva multidisciplinaria y favorecer que los alumnos adquieran conocimientos y competencias necesarias para prevenir y solucionar problemas prioritarios en el área de salud, mediante la aplicación de las técnicas, métodos y procedimientos idóneos que sustentan el quehacer disciplinario, tanto a nivel individual como grupal. Dentro de las actividades que realiza el residente está este reporte de experiencia profesional en el cual se detalla el trabajo realizado durante la maestría y el protocolo de investigación.

La residencia tiene ya 22 años formando profesionales con actitud de servicio, para atender las necesidades psicológicas socialmente relevantes en el área de la salud basados en el modelo cognitivo-conductual; durante este tiempo se han realizado convenios con diferentes hospitales para que los alumnos lleven a cabo las prácticas profesionales, actualmente se cuenta con dos sedes, el Hospital General de Atizapán de Zaragoza “Dr. Salvador González Herrejón” y

el Hospital Juárez de México. Además, en el año 2021 bajo el contexto de la pandemia por la COVID-19 se incorporó al programa de la residencia la Atención Psicológica de Primera Orientación Y Ayuda (APPOYA) una estrategia que forma parte del Centro de Apoyo y Orientación Para Estudiantes (CAOPE) de la FES-I.

2.2 Condición de la pandemia por la COVID-19.

Desde el 11 de marzo del 2020 la OMS declaró en el mundo una pandemia por el coronavirus SARS-CoV-2 causante de la enfermedad COVID-19, una enfermedad nueva, contagiosa entre humanos, para la cual no se tenía respuesta inmune o vacuna; esta enfermedad surgió el 31 de diciembre del 2019 en el mercado mayorista de mariscos de Huanan de Wuhan China, se especula que su origen fue a partir de un animal silvestre que habita en ese lugar (Suárez et al., 2020).

De acuerdo con Miramontes (2020) los síntomas más comunes de esta enfermedad son tos seca, fiebre, estornudos, dolor de cabeza, dolor de garganta y malestar físico, aunque se pueden presentar más.

Esta enfermedad se propaga por medio de pequeñas partículas líquidas que son expulsadas por una persona infectada por la boca o la nariz, el contagio se puede dar entre personas que están a menos de un metro de distancia o en espacios cerrados y concurridos con mala ventilación, sin embargo, esta información se sigue actualizando continuamente, por ello al principio por ser un fenómeno desconocido y de rápida transmisión los gobiernos tuvieron que implementar estrategias de restricción de movilidad para evitar mayor contagio (OMS, 2020a).

En México la Secretaría de Salud desde enero del 2020 (Gobierno de la Ciudad de México, 2020) implementó medidas preventivas y de preparación para la pandemia, el primer caso se detectó el 27 de febrero del 2020 en la Ciudad de México, así que el 28 de febrero se

declaró la fase 1 en donde los casos de infección eran importados del extranjero y no había contagio local, en ese momento no había medidas estrictas de salud solo difusión de acciones preventivas.

Sin embargo, los casos comenzaron a aumentar y esto provocó cambios en el sistema de salud, económico, educativo, entre otros; en el caso de la educación, el 12 de marzo del 2020 la UNAM a través de la Dirección General de Comunicación Social (DGCS) (2020a) en el Boletín UNAM-DGCS-224 informó que se fortalecerían las acciones preventivas y sanitarias, así que se comenzarían a preparar proyectos académicos para que eventualmente alumnos y profesores trabajaran en sus domicilios.

Para el 14 de marzo del 2020 la Secretaría de Educación Pública (SEP) como primera medida preventiva decidió adelantar el periodo de vacaciones de semana santa, extendiéndolo por un mes en todas las instituciones educativas del país (Miramontes, 2020; Suárez et al., 2020).

Por su parte, la UNAM por medio de la DGCS (2020b) en el Boletín UNAM-DGCS-236bis anunció que a partir del 17 de marzo del 2020 comenzaría la suspensión paulatina de las clases en los diferentes campus y el fin de semana tendría que haber una suspensión de clases en su totalidad de manera presencial, el semestre continuaría su curso desde los domicilios y que cada escuela y facultad determinarían sus actividades a su conveniencia.

En el caso de FES-I (2020) en la cual se encuentra la Residencia en Medicina Conductual, el 17 de marzo del 2020 en el comunicado especial 2 se informó que se suspendían todas las actividades teóricas y prácticas presenciales de licenciatura y posgrado, y que se continuarían emitiendo comunicados para dar instrucciones.

Posteriormente, el 23 de marzo del 2020 el Gobierno de la Ciudad de México inició la fase 2 de la pandemia, con la Jornada Nacional de Sana Distancia, lo cual implicó la suspensión

de actividades económicas no esenciales que tuvieran congregaciones masivas y se recomendó a la población que permaneciera en su domicilio (Suárez et al., 2020).

Como la situación no mejoró, el 20 de abril del 2020 la SEP anunció que las clases se reanudarían desde casa, hasta que el semáforo epidemiológico cambiará a color verde y el 21 de abril del 2020 a nivel nacional se inició la fase 3, en la cual se suspendieron más actividades no esenciales y se extendió la Jornada Nacional de Sana Distancia hasta el 30 de mayo (Miramontes, 2020; Suárez et al., 2020).

En toda la República Mexicana en junio del 2020 inició el Plan Gradual hacia la Nueva Normalidad, con el cual no se estableció el fin del confinamiento sino una reapertura gradual de actividades con base en un semáforo epidemiológico de cuatro colores (rojo, anaranjado, amarillo y verde) que se modifica con base en la ocupación hospitalaria de pacientes COVID-19 de cada región, aquí cabe resaltar que la educación es la única actividad que regresaría gradualmente a clases presenciales hasta que el semáforo se encontrara en color verde (Gobierno de la Ciudad de México, 2020).

Como la pandemia continuó, en el comunicado especial 17 la FES-I (2020) se informó que el semestre 2021-1 que inició el 21 de septiembre del 2020 continuaría a distancia y el retorno a las actividades presenciales dependería del semáforo epidemiológico.

Derivado de esta situación, fue requerido que tanto docentes como alumnos, emigraran totalmente a una educación a distancia a través de una educación mediada por la tecnología; en el caso de la Residencia en Medicina Conductual con sede en la FES-I los profesores adaptaron el plan de estudios a una modalidad a distancia utilizando diversas herramientas y/o aplicaciones tecnológicas que apoyaron el desarrollo profesional del alumnado.

Este contexto fue ante el cual ingresó la generación 2021, misma fue asignada a cada una de las sedes antes mencionadas, específicamente en el caso de los residentes del Hospital Juárez de México, los dos años de residencia participaron en la práctica profesional en el programa APPOYA, ya que, aunque se reanudaron las clases presenciales no se pudo ingresar a la sede hospitalaria.

2.3 Atención Psicológica de Primera Orientación Y Ayuda.

2.3.1 Características del programa.

La Dirección de la FES-I a través de la Secretaría de Desarrollo y Relaciones Institucionales el 9 de octubre del 2013 creó CAOPE, cuyo objetivo es brindar a los estudiantes de esta facultad servicios de orientación y apoyo para la reducción de riesgos a la salud, promoción del bienestar emocional y del desarrollo académico (Secretaría de Desarrollo y Relaciones Institucionales, 2022).

De acuerdo con Muñiz y Vaquera (2019) la misión de CAOPE es “brindar servicios de orientación, consejería, apoyo y canalización a los estudiantes que redunden en la reducción de riesgos a la salud, promoviendo su bienestar emocional y facilitando su desarrollo académico” (p. 20) y la visión es que “satisfaga plenamente las necesidades de la comunidad estudiantil, procurándoles las habilidades y herramientas necesarias para enfrentar los riesgos a su salud física y psicológica para ser el promotor de su propio bienestar” (p.20).

Desde su inauguración, CAOPE tuvo cinco estrategias: Atención Multidisciplinaria al Rendimiento Académico, Competencias para el Estudio, Prevención de las Adicciones, Promoción de la Salud Sexual y Reproductiva, y Salud Emocional, pero dadas las necesidades detectadas, los programas existentes se fueron modificando y para el 2014 Salud Emocional se cambió por Crisis, Emergencias y Atención al Suicidio (CREAS) y se incorporó el programa de

Acompañamiento Psicológico, Orientación individual para el Desarrollo Personal y talleres sobre Promoción de la Salud Sexual y Reproductiva para los alumnos de nuevo ingreso como parte del Programa de Inducción e Integración (Muñiz & Vaquera, 2019).

Con el paso de los años se fueron actualizando y desarrollando nuevos programas, por ello actualmente en la plataforma de la Secretaría de Desarrollo y Relaciones Institucionales (2022) en la sección de CAOPE se encuentran 19 estrategias con diferentes perspectivas psicológicas cada una, las cuales atienden diferentes problemáticas, entre las que se encuentran dificultades académicas, temas de diversidad sexual, suicidio, consumo de sustancias, duelo y hábitos alimenticios, entre otras.

A las estrategias ya mencionadas se sumó en el año 2021 Atención Psicológica de Primera Orientación Y Ayuda (APPOYA), la primera en la cual participa un programa de posgrado de psicología, en este caso la Residencia en Medicina Conductual.

APPOYA es una estrategia gratuita, de primer contacto, que brinda atención en línea, su página web es <https://sites.google.com/iztacala.unam.mx/appoyaiztacala/inicio> y en ella se encuentra el objetivo de la estrategia, los motivos de consulta que se atienden, la explicación del proceso que se debe seguir para obtener la atención, información de los terapeutas y supervisores, así como información de contacto.

El objetivo de la estrategia APPOYA es proporcionar atención psicológica breve bajo las premisas de la TCC, en una y hasta seis sesiones, a jóvenes y adultos de la comunidad universitaria que se encuentran ante preocupaciones o problemáticas muy específicas.

Algunos de los motivos de consulta que se atienden son problemas relacionados con la salud, cambios en el estilo de vida, manejo de emociones, organización de tiempo, habilidades sociales, habilidades de comunicación, depresión, ansiedad, estrés, insomnio, duelo, entre otros.

En cuanto al proceso de atención, este iniciaba con la recepción de solicitudes todos los lunes en un horario de 8:00 am a 6:00 pm, en donde las personas interesadas llenaban un cuestionario en el cual brindaban datos sociodemográficos y respondían la Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS-21), posteriormente los pacientes eran asignados a un terapeuta quien se ponía en contacto con el interesado para agendar la sesión, se brindaba la atención en línea y al concluir el periodo de atención se enviaba la Encuesta de satisfacción para el tratamiento recibido (CRES-4).

2.3.2 Ubicación del terapeuta en el programa.

En esta estrategia los terapeutas que brindan atención son estudiantes del posgrado de psicología de la UNAM, de la Residencia en Medicina Conductual con sede en Iztacala, los cuales cuentan con las habilidades necesarias para brindar esta atención y están bajo supervisión de un equipo de docentes de dicha residencia, expertos en la atención de primer contacto.

2.3.3 Actividades desarrolladas en la estrategia.

Contexto psicológico de los pacientes atendidos. Los pacientes atendidos son adultos jóvenes, los cuales se enfrentan a diferentes retos de transición tanto escolar, laboral y familiar, que influyen en el desarrollo de diversas habilidades ya que en términos de salud mental son muy vulnerables (Sosa et al., 2018).

De acuerdo con la OMS (2020b) los problemas psicológicos son la principal causa de discapacidad en la población, pero estos son detectados y tratados años después. A nivel mundial los principales problemas que se presentan son trastornos emocionales, principalmente depresión y ansiedad, trastorno por déficit de atención con hiperactividad, trastornos de conducta, trastornos alimentarios como anorexia, bulimia o atracones, autolesiones o suicidio y conductas de riesgo como consumo de sustancias tóxicas o prácticas sexuales de riesgo.

Ante estos datos México no fue la excepción ya que, de acuerdo con la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en el 2020, el 28.6% de los mexicanos de entre 18 y 65 años han padecido al menos una vez en la vida un problema psicológico y solo uno de cada cinco afectados recibe el tratamiento adecuado. Dentro de esta diversidad de problemas se ha identificado que uno de los padecimientos más comunes es la depresión y se prevé que para el 2030 sea la primera causa de discapacidad mental en jóvenes y adultos (DGCS, 2020).

Lo anterior concuerda con las estadísticas reportadas por el INEGI en el 2020, en donde se establece que el 32.5% de los jóvenes mayores de 12 años expresaron tener problemas de depresión, lo cual es importante ya que si no se tratan adecuadamente pueden llegar a presentar conductas suicidas, otra problemática de relevancia ya que en el mismo año se registraron aproximadamente 7,896 suicidios y la cifra aumenta cada año.

Además, a partir de la pandemia por COVID-19 se ha registrado un incremento en los problemas de salud mental como estrés, ansiedad, depresión, comportamiento suicida, violencia familiar y de pareja (DGCS, 2020).

Considerando estas problemáticas y reconociendo la importancia de la salud mental de la comunidad estudiantil es que a lo largo del país en diferentes instituciones se han desarrollado programas de atención breve como APPOYA brindan asesoría psicológica a los alumnos que así lo requieran, lo cual facilita el acceso a los servicios de salud mental (González, 2013; Tena-Suck, 2017).

2.3.4 Actividades en la estrategia.

Parte del trabajo que se realizaba en la estrategia se basaba en cuatro pilares: la recepción de casos, la intervención, la supervisión y el desarrollo de los expedientes.

Los primeros pasos para recibir la atención psicológica es el registro de los pacientes, lo cual se realizaba una vez a la semana, posteriormente se hacía la asignación de casos a los terapeutas, dando seguimiento por medio de los números de folio y este primer momento concluía con la llamada de primer contacto con los interesados, en donde se realiza un breve encuadre de la atención y acuerdos para la conexión.

Posteriormente iniciaba la intervención psicológica, en la primera sesión se hacía la presentación, se confirmaban datos personales, explicaban los lineamientos de la atención, se realizaba la evaluación inicial y se valora el nivel de riesgo que podía tener el paciente (sin riesgo, riesgo medio o riesgo alto). En caso de inasistencia se buscaba establecer contacto para retomar la atención y de no ser posible, el periodo de atención concluía.

Durante el periodo de atención se llevaba a cabo cada jueves la supervisión de casos, en donde se planteaban directrices para el desarrollo de la intervención en el tiempo establecido.

Finalmente, la información de cada sesión con cada caso atendido se encuentra en un expediente electrónico resguardado por los coordinadores de APPOYA.

2.3.5 Actividades académicas.

En el transcurso de la residencia se desarrollaron diversas actividades sincrónicas y asincrónicas como parte de la supervisión académica, para desarrollar o mejorar las habilidades teórico metodológicas de los residentes, esto se realizaba todos los jueves y se dividía en dos grandes rubros, las sesiones bibliográficas y la supervisión académica.

Las sesiones bibliográficas se llevaron a cabo todos los jueves de 8:00 a 9:00 am, durante los tres semestres de residencia para desarrollar los aprendizajes esperados se realizaron lecturas, exposiciones y análisis de información que apoyaron el desarrollo teórico y

metodológico de los talleres del protocolo, así como la exposición de un caso clínico atendido en APPOYA.

Ahora bien, la supervisión académica era de las 9:00 a las 12:00 pm, porque los residentes se reunían de manera individual con un supervisor académico, para revisar avances del protocolo de investigación y el reporte de experiencia profesional.

2.4 Productividad de pacientes atendidos.

Los resultados de productividad de APPOYA comprende del 28 de mayo del 2021 al 24 de junio del 2022, hasta ese momento se habían recibido más de cuatrocientas solicitudes, de las cuales de manera particular se brindó atención a 37 pacientes, todos con procesos concluidos, de los cuales dos fueron estudiantes de bachillerato y dos casos especiales, que son personas que solicitaron la atención, pero no pertenecen a la comunidad universitaria.

La primera evaluación que se realizó a los pacientes fue el DASS-21, el cual evalúa tres subescalas con las cuales se identificó que en la población atendida predominaron los niveles de estrés moderado y la ansiedad y la depresión extremadamente severa, para mayor detalle ver la Tabla 9.

Estos resultados concuerdan con lo reportado por el INEGI (2020) y la DGCS (2020) respecto a que los padecimientos más comunes son ansiedad y depresión, y los niveles extremadamente severos son esperados ya que como mencionan Sánchez-Vega et al. (2014) en México pueden pasar hasta catorce años antes de que los afectados lleguen con un especialista.

Tabla 9*Cantidad de pacientes que puntuaron en cada nivel de cada subescala*

Nivel	Depresión	Ansiedad	Estrés
Normal	3	4	3
Leve	4	3	3
Moderado	9	6	14
Severo	7	8	10
Extremadamente severo	14	16	7

Nota: Cada participante fue evaluado con base en los puntos de corte para cada subescala del DASS-21, en donde los rangos para el nivel normal de depresión son 0-9, ansiedad 0-7 y estrés 0-14; el nivel leve de depresión 10-13, ansiedad 8-9 y estrés 15-18; moderado de depresión 14-20, ansiedad 10-14 y estrés 19-25; en el nivel severo la depresión de 21-27, ansiedad 15-19 y estrés del 26-33; y en el nivel extremadamente severo la depresión 28+, ansiedad 20+ y estrés 34+.

De los 37 casos concluidos, 32 fueron procesos nuevos y 5 procesos de reincidencia, es decir, ya habían sido atendidos en la estrategia; en cuanto al sexo, 27 eran mujeres y 10 hombres; la media de edad de los pacientes atendidos fue de 23 años (DE=6.22); lo identificado respecto al sexo es coherente con lo reportado en la literatura, que las mujeres son más vulnerables de sufrir afectaciones en su salud mental por características relacionadas con el contexto, pero también

que las mujeres solicitan más ayuda que los hombres por las creencias que se presentan alrededor de ello, esto de acuerdo con Ramos-Lira (2014).

La estrategia atiende a toda la comunidad universitaria mayor de edad, de manera particular se atendieron 31 estudiantes y 6 egresados(as), de los cuales hubo mayor participación en la FES-Iztacala comparado con las demás facultades (ver Figura 11), lo cual coincide con que la mayoría de los asistentes fueron de la carrera de psicología (ver Tabla 10); estos datos no solo se presentaron en esta estrategia, ya que de acuerdo con los resultados brindados en los reportes de productividad del servicios de asesoría psicológica de la Universidad Autónoma de Tamaulipas (UAT) de González (2013) se comparte que quien acude con mayor frecuencia a estos programas son estudiantes de psicología y principalmente del sexo femenino.

Figura 11

Pacientes atendidos por escuela o facultad

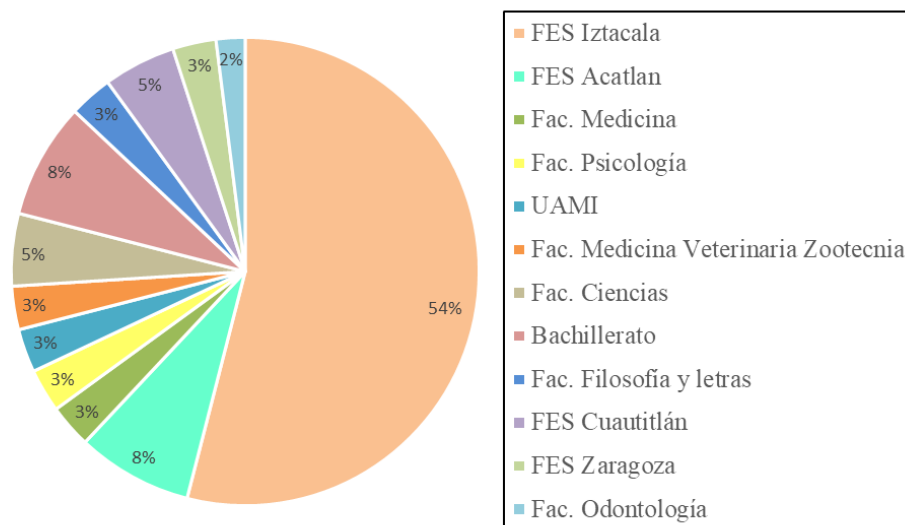


Tabla 10*Distribución por carrera de los participantes atendidos*

Carrera	Frecuencia
Psicología	19%
Biología	13%
Enfermería	13%
Médico cirujano	13%
Cirujano Dentista	9%
Economía	5%
Diseño y comunicación visual	5%
Actuaría	3%
Arquitectura	3%
Contaduría	3%
Medicina Veterinaria	3%
Pedagogía	3%
Sociología	3%
NA	5%

Nota: La terminación NA corresponde a las dos usuarias que eran estudiantes de bachillerato, por lo cual no cuentan aún con una carrera.

En el periodo de atención se brindaron 174 sesiones, con una media de 5 sesiones por consultante (DE=1.46), este valor coincide con lo reportado en la literatura en trabajos como el de Tena-Suck (2017), así que puede ser un referente del tiempo que se necesita para realizar una atención de primer contacto efectiva.

Al inicio y al final de cada sesión se aplicaba una Escala Referida Análoga (ERA) del estado de ánimo para evaluar el cambio clínico, los criterios que se consideraron fue el promedio de la ERA al inicio y final de cada sesión ($PC = x \text{ post} - x \text{ pre} / x \text{ pre}$) en donde $PC > .20$ hace referencia a que hubo un cambio clínico objetivo y $PC < .20$ a que no hubo un cambio clínico objetivo; con base en ello se identificó que en 32 pacientes hubo un cambio clínico objetivo y en 5 casos no se tuvo dicho cambio.

El hecho de que la mayoría de los pacientes refirieron un cambio del inicio al final de la sesión muestra que la terapia psicológica de corta duración es efectiva, los cambios se enfocan en el presente para modificar comportamientos específicos, así como lo comentaron en su estudio Hewitt y Gantiva (2009), cabe mencionar que también especifican que no todos los pacientes son candidatos para este tipo de intervenciones, ya que no se aconseja para personas con dos o más trastornos psicológicos, afirmación que se cuestiona con los datos obtenidos ya que todos los pacientes atendidos tuvieron un diagnóstico psicológico de acuerdo con el Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (4a ed.; DSM-IV; Asociación Americana de Psicología, 1995) y hubo casos de éxito (ver la Tabla 11).

Durante las sesiones realizadas se utilizaron diferentes técnicas cognitivas y conductuales, predominando el uso de la psicoeducación (ver Tabla 12), que de acuerdo con Colom (2011) implica más que brindar información, dotar de herramientas a los pacientes para que tengan un papel activo en su tratamiento, promoviendo así la adherencia al tratamiento y evitando recaídas, además de esto en una intervención breve como es APPOYA, la implementación de esta técnica ayuda a que los consultantes que se canalizan a una institución especializada acudan y le den continuidad a su tratamiento.

Tabla 11*Distribución en porcentaje de la impresión diagnóstica de los pacientes atendidos*

Diagnóstico psicológico	Porcentaje
Z55.8 Problema académico	16%
Z72.8 Comportamiento antisocial del adulto	19%
Z63.9 Problemas de relación no especificado	3%
Z63.4 Duelo	22%
F41.1 Trastorno de ansiedad generalizada [300.02]	13%
Z63.0 Problemas de relación con la pareja [V61.1]	11%
F33.2 Trastorno depresivo mayor, recidivante [296.32]	5%
F32.0 Trastorno depresivo mayor, episodio único leve y moderado	5%
F06.32 Trastorno del estado de ánimo con síntomas depresivos debido a violencia familiar	3%
F41.9 Trastorno de ansiedad no especificado [300.00], Trastorno mixto ansioso-depresivo	3%

Cabe aclarar que el uso de las técnicas no coincide con la cantidad de pacientes atendidos en este periodo la razón es que en cada uno se utilizó más de una estrategia de intervención.

Tabla 12

Porcentaje de participantes en los que se aplicaron las técnicas cognitivo conductuales

Técnicas psicológicas	Porcentaje
Psicoeducación	86%
Reestructuración cognitiva	35%
Habilidades de comunicación	27%
Solución de problemas	22%
Respiración diafragmática	16%
Organización de tiempo	13%
Plan de seguridad	13%
Detención de pensamiento	11%
Planeación de actividades	11%
Toma de decisiones	9%
Manejo de contingencias	5%
Experimentos conductuales	5%
Distracción	3%
Autoinstrucciones	3%
Autocontrol	3%

De los 37 pacientes atendidos, 27 se identificaron sin riesgo y 10 con riesgo, de los cuales ocho tenían un riesgo medio y dos un riesgo alto, pero por sus características solo con cinco se realizaron los planes de seguridad.

Se recurrió al plan de seguridad para los casos de emergencia, estos son parte de las intervenciones breves que se han generado para brindar atención a las personas que tienen riesgo suicida, además que es efectiva en el tema solo o con otras estrategias basadas en la evidencia, esto comentan Al-Halabí et al. (2021).

Respecto a los materiales enviados después de las sesiones estos se reportan de acuerdo con una clasificación ya establecida, se utilizaron 26 registros, 15 infografías o post, 14 hojas de trabajo, 7 vídeos, 7 materiales de otras categorías como presentaciones, instrumentos de evaluación, formatos u organizadores gráficos, 4 capítulos de libro, 2 audios y 1 manual.

Con estas cifras se puede ver que sobresalió el uso de los registros, esto debido a que obtener información es fundamental para la evaluación conductual, pero a veces la observación de las conductas de interés es complicada, por ello la auto-observación resulta más viable, sin embargo, dado el tiempo con el cual se contaba para la intervención se implementaron con mayor frecuencia registros A-B-C que recopila información general y permite que los pacientes comiencen a observar su comportamiento y las modificaciones en él (Rodas, 2009).

Del total de pacientes atendidos durante la estancia en APPOYA ocho reportaron como motivo de consulta duelo por muerte de un familiar, por lo cual se asignados para adquirir experiencia en el tema, debido a que era el tema de interés para desarrollar un protocolo de investigación.

Las intervenciones sobre el tema de duelo se basaron en el Modelo Integrativo de Factores de Riesgo y dependiendo la problemática se utilizaron las técnicas de psicoeducación, reestructuración cognitiva, solución de problemas y/o la comunicación asertiva, que de acuerdo con la literatura se utilizan para fomentar las estrategias de afrontamiento (Meichenbaum, 1987).

Todos los pacientes atendidos por duelo reportaron un cambio clínico objetivo significativo, sin embargo, sólo al inicio de la intervención en cuatro pacientes se aplicó el CAE y el IDC, por lo cual para futuras intervenciones se sugiere la aplicación a todos los pacientes y la aplicación al final de la intervención para poder contar con resultados contundentes, ya que solamente en el caso clínico que fue sobre este tema (ver Anexo 2) se realizó una evaluación pretest-postest.

Dadas las diferentes problemáticas que se presentaron y de acuerdo con el protocolo de APPOYA se canalizó a ocho pacientes para continuar con un proceso terapéutico y/o especializado, los lugares a los cuales se hizo la referencia fueron: la Clínica Universitaria de Salud Integral Iztacala (CUSI), Clínicas periféricas de la UNAM, el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de las Familias (DIF), su Unidad de Medicina Familiar (UMF) del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), la Red Nacional de Refugios A.C y orientación para recibir atención psicológica privada. Además, uno de ellos se canalizó a psiquiatría de la FES-Iztacala, otro al servicio de CREAS, sin embargo, no obtuvo respuesta y uno más a su UMF del IMSS, pero se negó a asistir.

En las intervenciones breves como APPOYA la canalización es un procedimiento administrativo-asistencial que permite transferir al paciente a un proceso especializado con mayor capacidad, generando así una atención multi e interdisciplinaria, para alcanzar un objetivo en común a partir de que cada miembro aporte sus conocimientos y habilidades, para incrementar la probabilidad de tener un tratamiento de salud mental exitoso (Garzaniti, 2019; Vignolo et al., 2011).

Cuando el proceso de intervención terminaba, se aplicaba el cuestionario CRES-4 en la versión en español, se evaluaron los 4 elementos básicos que contemplan la satisfacción con el

servicio, la atención al problema y el estado emocional al inicio y al final de la intervención; fue mediante una operación aritmética que se calculó el índice de satisfacción, en donde, las puntuaciones de la escala van de 0 a 300 puntos, en donde 0-100 representa una satisfacción muy baja, 101-200 satisfacción media y 201-300 satisfacción muy alta, así que cuanto mayor era la puntuación total, mayor fue la eficacia del tratamiento (Feixas, 2012).

En esta escala de satisfacción se recibieron únicamente 17 de 37 respuestas y en todas se obtuvo un nivel de satisfacción muy alto, con una media de 249.12 puntos y una desviación estándar de 24.62

Finalmente se espera que con los resultados obtenidos durante este periodo de trabajo en APPOYA se puedan desarrollar talleres preventivos para la comunidad universitaria de cualquier institución, así como lo recomienda González (2013) y con base en el contraste con la literatura se concluye que la información reportada en esta productividad no está alejada de lo que se ha podido percibir en estadísticas internacionales y nacionales, sobre las problemáticas que existe de salud mental en esta población.

2.5 Otras actividades no programadas.

Además de la atención brindada en la estrategia APPOYA, para enriquecer los aprendizajes obtenidos en el transcurso de la residencia se realizaron otras tres actividades que se detallan a continuación:

- a) El XV Congreso de posgrado en psicología UNAM con apoyo del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz los días 29 y 30 de noviembre del 2021, en donde se participó con la modalidad ponencia en cartel con la presentación del trabajo *“Taller en línea para disminuir el riesgo de duelo complicado en universitarios”*, la actividad se realizó en línea, la dinámica consistió en realizar el cartel, someterlo a revisión por el

comité encargado y posteriormente publicarlo en la plataforma, en la cual los interesados podían entrar a comentar o preguntar y el ponente retroalimentaba.

- b) Elaboración e impartición del taller intersemestral “*Duelo, procesando la pérdida y los cambios*” que se realizó en dos entidades diferentes, en la Facultad de Estudios Superiores Aragón del 17 al 21 de enero del 2022, en donde se realizó la convocatoria por medio de las redes sociales del área de Servicios a la comunidad y en la Facultad de Estudios Superiores Iztacala del 24 al 28 de enero del 2022, para la cual se hizo la convocatoria por redes sociales de la Residencia en Medicina Conductual y la página del Programa de Superación Académica Permanente (PROSAP) de La Secretaría General Académica.
- c) Presentación del cartel titulado “*Prevention of complicated grief in university students*” en el IV International Congress of Psychobiology que se llevó a cabo del 20 al 22 de julio en la Facultad de Psicología y Logopedia de la Universidad de Valencia en España, con apoyo del Programa de Apoyo a los Estudios de Posgrado (PAEP) de la UNAM.

2.6 Aprendizajes obtenidos.

La estrategia APPOYA fue el espacio para desarrollar las prácticas profesionales de la maestría en Medicina Conductual dadas las condiciones hospitalarias por la pandemia de COVID-19, esto brindó experiencia en la atención clínica reforzando habilidades de análisis y evaluación de las problemáticas psicológicas de los pacientes, y se mejoró el desarrollo de las intervenciones ya que estaban en constante evaluación, lo que a su vez permitió redirigir una intervención cuando no fuera funcional para el paciente.

Relacionado con la evaluación de los pacientes, también se reforzaron los conocimientos sobre la aplicación y calificación en línea de instrumentos de medición válidos y confiables, ya

que se presentaron algunos casos en los que fue necesario implementarlos para clarificar la impresión diagnóstica y con ello el plan de intervención.

La impresión diagnóstica también fue novedosa puesto que su uso permitió aprender a identificar los trastornos en el DSM-IV, hecho que resulta relevante ya que a partir de esas características que se identifican se realizó la planeación e implementación de la intervención, lo cual reforzó los conocimientos sobre la selección y aplicación de técnicas, así como de ejercicios cognitivos y conductuales, dependiendo de la problemática psicológica que se presente así como el tiempo con el que se cuente.

Finalmente se adquirieron habilidades para diseñar y realizar material psicoeducativo para el trabajo en las sesiones con los pacientes, así como para otras actividades como la divulgación de información en redes sociales y el taller de intervención.

Ahora bien, en las actividades académicas, por medio de los textos revisados en las sesiones bibliográficas se adquirieron aprendizajes sobre criterios básicos que se deben considerar para las intervenciones psicológicas en línea tanto sincrónicas como asincrónicas dirigidas a diferentes poblaciones y temas de interés, además con estas actividades se fortalecieron habilidades de síntesis y exposición.

También fue posible desarrollar un protocolo de investigación que implicó diferentes etapas teóricas y metodológicas, en la primera lo más representativo fue la identificación y comprensión de un modelo cognitivo conductual para abordar el tema de duelo, ya que se reforzaron habilidades de búsqueda y análisis de información, para conseguir el desarrollo del sustento teórico, y en la parte metodológica la selección de los instrumentos de evaluación para la muestra permitió conocer la diversidad de instrumentos que existen, así como las áreas de oportunidad en el tema de interés.

Además, la intervención del protocolo, permitió perfeccionar conocimientos sobre la planeación de un taller con el desarrollo de cartas descriptivas, así como del material que se requiere para la implementación, con lo cual se adquirieron habilidades para el manejo de plataformas multipropósito, que anteriormente se desconocían.

Adicionalmente los conocimientos sobre el tema de duelo, mejoraron la capacidad de detectar las necesidades de esta población, con ello la toma de decisiones para la selección de técnicas y procedimientos adecuados, y brindó mayor experiencia en el manejo del tema.

La supervisión académica fue fundamental en los aprendizajes académico pero también personales, enseñaron y fomentaron la importancia de la organización y de la salud en los terapeutas, siempre estuvieron pendientes de que se encontraran en óptimas condiciones, para ello siempre se mantuvo una comunicación constante por medio de aplicaciones de mensajería instantánea y durante las sesiones sincrónicas de supervisión, ya que en todo momento había apertura para comentar situaciones de diferente índole.

Por último, por medio de la supervisión APPOYA se refinaron habilidades de escucha y análisis de un caso, así como el uso práctico de diversas técnicas cognitivo conductuales que se tenían los conocimientos teóricos únicamente y se aprendió a realizar la nota SOAP, que implicó mejorar la redacción, capacidad de síntesis, identificación de información relevante, aprender a realizar el examen mental, justificar la intervención y planear la continuación de la misma, así que son diversos los aprendizajes que se obtuvieron, de todo lo trabajado en la supervisión académica.

2.7 Competencias profesionales alcanzadas.

De manera general con base en lo ya mencionado, a partir del programa de maestría cursado se adquirieron conocimientos sobre la investigación, el desarrollo tecnológico, así como el ejercicio profesional ético.

Específicamente como parte de la Residencia en Medicina Conductual las competencias profesionales que se adquirieron son las siguientes:

- Detectar problemas y necesidades psicológicas socialmente relevantes.
- Evaluar y diagnosticar problemas de acuerdo con el modelo de evaluación conductual.
- Utilizar instrumentos y técnicas de medición confiables y válidas en las poblaciones de interés.
- Seleccionar las técnicas y procedimientos adecuados para una intervención profesional.
- Desarrollar materiales psicoeducativos con información verídica y válida.
- Planear una intervención con base en los resultados de la evaluación, que se adapte a las necesidades de los pacientes.
- Reconocer la interdependencia entre el conocimiento científico y la práctica profesional.
- Utilizar los principales enfoques metodológicos y estadísticos útiles en la práctica profesional.

Para terminar, hay competencias profesionales que no se han alcanzado de acuerdo con lo planteado por el perfil de egreso de la residencia, las cuales están relacionadas con el área de la salud, como integrar los fundamentos teóricos de las técnicas y procedimientos en esta área, también evaluar, generar, adaptar y desarrollar programas de intervención en los diferentes niveles de atención a la salud y el trabajo en un equipo multidisciplinario, sin embargo los aprendizajes obtenidos pueden ser adaptados a este escenario y muchos otros.

2.8 Evaluación del programa.

Con base en los aprendizajes obtenidos ya descritos es que APPOYA ha sido una oportunidad para poder adquirir nuevas habilidades para la atención clínica en línea de pacientes con diversas problemáticas psicológicas, pero también ha sido un reto la modificación de expectativas sobre las actividades que realizaba un residente, sin embargo, con el apoyo y conocimiento de los supervisores a cargo del programa ha sido una experiencia gratificante.

Algunas áreas de oportunidad que se identificaron fue la innovación en cada uno de los casos que se presentan, ya que existen muchas técnicas, así como ejercicios que se podrían utilizar y en ocasiones se recurrían solo a las de mayor dominio; también la implementación de tareas para casa, ya que la mayoría consistían en registro solamente.

En cuanto a la estrategia, un área de oportunidad que se identificaba es la operatividad ya que implicaba un importante costo de respuesta, ya que se utilizaban diferentes plataformas para la asignación, agenda, hechura de notas y la consulta de estas, así como el compendio de información para los terapeutas, por lo cual, aunque es un proceso claro de seguir, requiere de mucho cuidado para que todo funcione adecuadamente.

Sin embargo, con el trabajo de los supervisores, los futuros residentes y el apoyo de la institución, este programa continuará fortaleciéndose.

2.9 Conclusiones y sugerencias.

La práctica profesional es parte fundamental del programa de maestría del posgrado de psicología de la UNAM, en este caso esta actividad se realizó en la Residencia en Medicina Conductual con sede en la FES-Iztacala.

De acuerdo con Reynoso (2014) una residencia es la práctica profesional supervisada en el escenario donde está el problema, lo cual permite que el estudiante ponga en práctica sus conocimientos en situaciones reales para así poder desarrollar nuevas habilidades.

Específicamente en esta residencia los objetivos generales se basan en desarrollar en los alumnos las capacidades requeridas para ejercer la psicología en el área de la salud, para lo cual se tiene convenio con dos sedes el Hospital General de Atizapán de Zaragoza “Dr. Salvador González Herrejón” y el Hospital Juárez de México.

Sin embargo, dado que en marzo del 2020 la OMS declaró a nivel mundial una pandemia por la COVID-19 esto no se pudo realizar, ya que fue una enfermedad nueva, muy contagiosa entre los humanos para lo cual no se tenía tratamiento, respuesta inmune o vacuna, así que millones de personas murieron por esta causa (Suárez et al., 2020).

Dada la situación, la Universidad por medio de la DGCS (2020) decidió el 17 de marzo del 2020 suspender las clases presenciales y las prácticas de licenciatura y posgrado de todas las entidades, así que ese semestre y los posteriores tuvieron que continuar en línea, hasta febrero del 2022 en donde paulatinamente se comenzaron a retomar clases presenciales y prácticas esenciales.

Por lo anterior el trabajo profesional se realizó en la estrategia APPOYA que pertenece a CAOPE en la FES-Iztacala, atención que tiene como objetivo atender problemáticas específicas que pueden o no estar relacionadas con la salud.

Sin embargo, pese a que no se atendieron situaciones directamente relacionadas con enfermedades crónico degenerativas, se realizó una práctica supervisada en donde se atendieron casos de diferente índole, lo cual apoyó la adquisición de competencias profesionales que el programa busca, como es el uso del modelo de evaluación conductual, la aplicación de

instrumentos de medición, la selección y aplicación de técnicas conductuales, diseño de materiales psicoeducativos, así como el diseño y aplicación de un protocolo de investigación dirigido a una problemática social relevante.

Pero además de lo ya mencionado, pese a las características del contexto bajo las cuales se dio la residencia, el trabajo realizado permitió aprender a adaptar los conocimientos de cada uno a las necesidades del paciente, ya que se consolidaron los principales criterios para implementar las estrategias cognitivo conductuales, así que es posible aplicarlas bajo diferentes contextos.

Esta capacidad de generar una intervención acorde a las necesidades del paciente implica diversas habilidades implícitas que con el tiempo de la residencia se han desarrollado o reforzado, ya que desde los primeros semestres se tienen clases y talleres muy específicos para que poder adquirir los conocimientos básicos para las intervenciones que se realizarán posteriormente.

Así que, aunque en este espacio se ha hecho énfasis en las actividades de supervisión cabe resaltar que hay un proceso bien estructurado para poder cumplir con el perfil de egreso de esta residencia, queda mucho por aprender, ya que es necesaria una actualización constante, sin embargo, la experiencia adquirida en este programa de posgrado proporciona las bases necesarias para continuar con el desarrollo y formación profesional.

Referencias

- Aguilar, M. T. (2010). Descartes y el cuerpo-máquina. *Pensamiento. Revista de Investigación e Información Filosófica*, 66(249), 755-770.
<https://revistas.comillas.edu/index.php/pensamiento/article/view/2491/2192>
- Alavi, N. & Hirji, A. (2020). The Efficacy of Power Point-based CBT Delivered Through Email: Breaking the Barriers to Treatment for Generalized Anxiety Disorder [La eficacia de la TCC basada en Power Point enviada a través del correo electrónico: Rompiendo las barreras del tratamiento para el trastorno de ansiedad generalizada]. *Journal of Psychiatric Practice*, 26(2), 89-100. <http://doi.org/10.1097/PRA.0000000000000455>
- Alavi, N., Stefanoff, M., Hirji, A., & Khalid-Khan, S. (2018). Cognitive Behavioural Therapy through Power Point: Efficacy in an Adolescent Clinical Population with Depression and Anxiety [Terapia Cognitivo Conductual a través de Power Point: eficacia en una población clínica de adolescentes con depresión y ansiedad]. *International Journal of Pediatrics*, 1-5. <https://doi.org/10.1155/2018/1396216>
- Al-Halabí, S., García-Haro, J., Rodríguez-Muñoz, M. D. L. F., & Fonseca-Pedrero, E. (2021). Conducta suicida y periodo perinatal: entre el tabú y la incompreensión. *Papeles del Psicólogo*, 42(3), 161-169. <https://scielo.isciii.es/pdf/pappsicol/v42n3/1886-1415-pappsicol-42-3-0161.pdf>
- Archer, J. (2005). *The nature of grief: The evolution and psychology of reactions to loss* [La naturaleza del duelo: la evolución y psicología de las reacciones a la pérdida]. London: Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780203360651>

Asociación Americana de Psicología. (1968). Manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales (2a ed.). <https://www.madinamerica.com/wp-content/uploads/2015/08/DSM-II.pdf>

Asociación Americana de Psicología. (1980). Manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales (3a ed.).
<http://aditpsiquiatriaypsicologia.es/images/CLASIFICACION%20DE%20ENFERMEDADES/DSM-III.pdf>

Asociación Americana de Psicología (1995). *Manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales* (4a ed.). <https://www.eafit.edu.co/ninos/reddelaspreguntas/Documents/dsm-iv-manual-diagnostico-estadistico-trastornos-mentales.pdf>

Asociación Americana de Psicología. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales* (5a ed.). <https://www.eafit.edu.co/ninos/reddelaspreguntas/Documents/dsm-v-guia-consulta-manual-diagnostico-estadistico-trastornos-mentales.pdf>

Aslanzadeh, F. (2017). *Using restoration-oriented coping and the dual process model with bereaved undergraduates* [Tesis de Maestría, Virginia Commonwealth University]. VCU Scholars Compass. <https://doi.org/10.25772/ANWB-TQ49>

Asociación Mexicana de Agencias de Investigación y Opinión Pública A.C. (2022). *Nivel Socioeconómico AMAI 2022*. Comité de Nivel Socioeconómico AMAI.
https://www.amai.org/descargas/Nota_Metodologico_NSE_2022_v5.pdf

Bados, A. & García, E. (2010). *La técnica de la reestructuración cognitiva*. Facultad de Psicología, Universidad de Barcelona. <https://sociales.uprrp.edu/ipsi/wp-content/uploads/sites/17/2020/12/Reestructuracion-cognitiva-Bados-y-Garcia-2010.pdf>

- Balk, D., Walker, A., & Baker, A. (2010). Prevalence and severity of college student bereavement examined in a randomly selected sample [Prevalencia y gravedad del duelo de estudiantes universitarios examinados en una muestra seleccionada al azar]. *Death Studies*, 34, 459-468. <https://doi.org/10.1080/07481180903251810>
- Bastidas-Martínez, C. & Zambrano-Santos, R. (2020). El duelo familiar y el desarrollo emocional en los estudiantes. *Revista Arbitrada Interdisciplinaria Koinonía*. 5(9), 125-143. <http://dx.doi.org/10.35381/r.k.v5i9.580>
- Battle, C., Greer, J., Ortiz-Hernández, S., & Todd, D. (2013). Developing and implementing a bereavement support program for college students [Desarrollar e implementar un programa de apoyo al duelo para estudiantes universitarios]. *Death Studies*, 37, 362-382. <https://doi.org/10.1080/07481187.2011.634087>
- Bermejo, E. M. (2010). *Prevención del duelo patológico, en un adolescente* [Tesis de licenciatura, Universidad del Azuay]. <https://dspace.uazuay.edu.ec/bitstream/datos/1287/1/07753.pdf>
- Berra, E., Muñoz, S., Vega, C., Silva, A., & Gómez, G. (2014). Emociones, estrés y afrontamiento en adolescentes desde el modelo de Lazarus y Folkman. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*, 16(1), 37-57. <https://www.redalyc.org/pdf/802/80230114003.pdf>
- Bowlby, J. (2014). *Vínculos afectivos: formación, desarrollo y pérdida: Edición renovada*. Ediciones Morata.
- Buitrago, F., Ciurana, R., Chocrón, L., Fernández, M. C., García, J., Montón, C., & Tizón, J. L. (2018). Prevención de los trastornos de la salud mental en atención primaria.

- Actualización PAPPS 2018. *Atención Primaria*. 50(1), 83-108.
[https://doi.org/10.1016/S0212-6567\(18\)30364-0](https://doi.org/10.1016/S0212-6567(18)30364-0)
- Bulacio, J., Vieyra, M., Álvarez, D., & Benatuil, D. (2004). El uso de la psicoeducación como estrategia terapéutica. *XI Jornadas de Investigación. Facultad de Psicología*.
<https://www.aacademica.org/000-029/16.pdf>
- Cabanach, R. G., Souto-Gestal, A., & Franco, V. E. V. (2016). Escala de Estresores Académicos para la evaluación de los estresores académicos en estudiantes universitarios. *Revista Iberoamericana de Psicología y Salud*, 7(2), 41-50.
<https://doi.org/10.1016/j.rips.2016.05.001>
- Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión de la Ciudad de México.
(2017). *Incrementan trastornos mentales en México; población entre 15 y 20 años, la más vulnerable* (Boletín No. 3680). <https://acortar.link/s22bRJ>
- Chaurand, A., Feixas, G., & Neimeyer, R. A. (2010). El inventario de Historia de Pérdidas (IHP): presentación y utilidad clínica. *Revista de Psicoterapia*, 84, 95-101.
<http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/65387/1/600533.pdf>
- Colom, F. (2011). Psicoeducación, el litio de las psicoterapias Algunas consideraciones sobre su eficacia y su implementación en la práctica diaria. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 40, 147-165. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0034745014602006>
- Contreras, F., Esguerra, G., Espinosa, J. C., & Gómez, V. (2007). Estilos de afrontamiento y calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica (IRC) en tratamiento de hemodiálisis. *Acta Colombiana de Psicología*, 10(2), 169-179.
http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0123-91552007000200016

- Contreras-Torres, F. V. C., Espinoza-Méndez, J. C. E., & Esguerra-Pérez, G. A. E. (2009). Personalidad y afrontamiento en estudiantes universitarios. *Universitas Psychologica*, 8(2), 311-322. <https://revistas.javeriana.edu.co/index.php/revPsycho/article/view/241/331>
- Cousins, C., Servaty-Seib, H., & Lockman, J. (2015). College Student Adjustment and Coping: Bereaved and Nonbereaved Students [Adaptación y afrontamiento de estudiantes universitarios: estudiantes en duelo y no duelo]. *Omega-Journal of Death and Dying*, 74(4), 386-409. <https://doi.org/10.1177/0030222815598911>
- Cruz, J., Corona, I., & Portas, J. (2017). *Terapia Cognitivo Conductual en el manejo de Duelo Complicado*. Salud Mental, investigación y reflexiones sobre el ejercicio profesional Vol. II. https://www.researchgate.net/publication/329655368_Terapia_Cognitivo_Conductual_en_el_manejo_de_Duelo_Complicado
- Currier, J., Holland, J., & Neimeyer, R. (2010). Do CBT-Based Interventions Alleviate Distress Follow Bereavement? A Review of the Current Evidence [¿Las intervenciones basadas en la TCC alivian la angustia después del duelo? Una revisión de la evidencia actual]. *International Journal of Cognitive Therapy*, 3(1), 77-93. <https://doi.org/10.1521/ijct.2010.3.1.77>
- Del Barrio Gándara, M. V. (2009). Raíces y evolución del DSM. *Revista de Historia de la Psicología*, 30(2), 81-90.
- Dirección General de Comunicación Social. (2020a). *Boletín UNAM-DGCS-224*. Ciudad Universitaria. Universidad Nacional Autónoma de México. https://www.dgcs.unam.mx/boletin/bdboletin/2020_224.html

- Dirección General de Comunicación Social. (2020b). *Boletín UNAM-DGCS-236bis*. Ciudad Universitaria. Universidad Nacional Autónoma de México.
https://www.dgcs.unam.mx/boletin/bdboletin/2020_236bis.html
- Dirección General de Epidemiología (2022). *COVID-19 México*. Información General.
<https://datos.covid-19.conacyt.mx/>
- Dirección General de Planeación, Programación y Estadística Educativa (2019). *Principales Cifras del Sistema Educativo Nacional*. Secretaría de Educación Pública.
https://www.planeacion.sep.gob.mx/Doc/estadistica_e_indicadores/principales_cifras/principales_cifras_2018_2019_bolsillo.pdf
- Doka, K. (2021). A call to action: facing the shadow pandemic of complicated forms of grief [Un llamado a la acción: enfrentar la pandemia en la sombra de formas complicadas de duelo]. *Omega-Journal of Death and Dying*, 83(1), 164-169.
<https://doi.org/10.1177/0030222821998464>
- Drenth, C. M. Herbst, A. G., & Strydom, H. (2010). A complicated grief intervention model [Un modelo de intervención en duelo complicado] *Health SA Gesondheid (Online)*, 15(1), 1-8. <http://www.scielo.org.za/pdf/hsa/v15n1/09.pdf>
- Ellis, A., & Grieger, R. (1990). *Manual de terapia racional-emotiva* (Vol. 2). Desclée De Brouwer.
- Espinosa, J. C., Contreras, F. V., & Esguerra, G. A. (2009). Afrontamiento al estrés y modelo psicobiológico de la personalidad en estudiantes universitarios. *Diversitas: perspectivas en psicología*, 5(1), 87-95. <https://www.redalyc.org/pdf/679/67916259008.pdf>

Estevan, P., De Miguel, C., Álvarez, R., Martín, E., Múgica, B., Riestra, A., Gutiérrez, A., Sanz, L., Vicente, F., García, G., García, F., Saenz, R., Corral, A., Bonovento, V., Guechoum, J., Carrera, M., López, M., Morán, C., & Del Cura, I. (2016). Duelo prolongado y factores asociados. *Psicooncología*, *13*(2-3), 399-415.

<https://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/view/54444/49747>

Facultad de Estudios Superiores Iztacala. (2020). *Comunicado Especial 2 Gestión 2020-2024*.

Universidad Nacional Autónoma de México.

https://direccion.iztacala.unam.mx/002esp_comunicado2024.php

Fasse, L., & Zech, E. (2015). Dual Process Model of Coping With Bereavement in the Test of the Subjective Experiences of Bereaved Spouses: An Interpretative Phenomenological Analysis [Modelo de proceso dual de afrontamiento del duelo en la prueba de las experiencias subjetivas de los cónyuges en duelo: un análisis fenomenológico interpretativo]. *OMEGA Journal of Death and Dying*, *74*(2), 212-238.

<https://doi.org/10.1177%2F0030222815598668>

Fernández-Alcántara, M., Pérez-Marfil, M. N., Catena-Martínez, A., Pérez-García, M., & Cruz-Quintana, F. (2016). Influencia de la psicopatología emocional y el tipo de pérdida en la intensidad de los síntomas de duelo. *Revista Iberoamericana de Psicología y Salud*, *7*(1), 15-24. <https://doi.org/10.1016/j.rips.2015.10.002>

Fiore, J. (2019). A Systematic Review of the Dual Process Model of Coping With Bereavement (1999-2016) [Una revisión sistemática del modelo de proceso dual para afrontar el duelo (1999-2016)]. *Omega-Journal of Death and Dying*, *84*(2), 414-458.

<https://doi.org/10.1177/0030222819893139>

- Fitzpatrick, T. R. (2007). Bereavement Among Faculty Members in a University Setting [Duelo entre docentes en un ámbito universitario]. *Trabajo Social en Salud*, 45(4), 83-109.
https://doi.org/10.1300/J010v45n04_05
- Flórez, S. (2009). Duelo. *Anales Del Sistema Sanitario De Navarra*, 25, 77-85.
<https://doi.org/10.23938/ASSN.0843>
- Folkman, S. (2001). Revised coping theory and the process of bereavement [Teoría de afrontamiento revisada y el proceso de duelo]. In M. S. Stroebe, R. O. Hansson, W. Stroebe, & H. Schut (Eds.), *Handbook of bereavement research: Consequences, coping, and care* (pp. 563-584). American Psychological Association.
<https://doi.org/10.1037/10436-024>
- Folkman, S., Lazarus, R. S., Gruen, R. J., & De Longis, A. (1986). Appraisal, Coping, Health Status, and Psychological Symptoms [Evaluación, afrontamiento, estado de salud y síntomas psicológicos]. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50(3), 571-579.
<https://psycnet.apa.org/buy/1986-19792-001>
- Folkman, S. & Tedlie, J. (2004). Coping: Pitfalls and Promise [Afrontamiento: trampas y promesas]. *Annual Review of Psychology*. 55, 745-774.
<https://doi.org/10.1146/annurev.psych.55.090902.141456>
- Fonegra de Jaramillo, I. (2001). *De cara a la muerte. Cómo afrontar las penas, el dolor y la muerte para vivir plenamente*. Editorial Andrés Bello.
- Gantiva, C. A., Viveros, A. L., Dávila, A. M., & Salgado, M. J. (2010). Estrategias de afrontamiento en personas con ansiedad. *Psychologia: Avances de la disciplina*, 4(1), 63-70. <https://www.redalyc.org/pdf/2972/297224086006.pdf>

- García, A., Rodríguez, M., Ruymán, P., Fernández, D., Martínez, C., & Marrero, C. (2021). Duelo adaptativo, no adaptativo y continuidad de vínculos. *IS(1)*, 1-26. https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1988-348X2021000100001&script=sci_arttext&tlng=en
- Garriga i Setó, C. (2004). *El Duelo y la Transformación de las Relaciones de Objeto*. Aperturas psicoanalíticas. [https://aperturas.org/articulo.php?articulo=0000285&a=El-duelo-y-la-transformacion-de-las-relaciones-de-objeto-\[Baker-JE-2001\]](https://aperturas.org/articulo.php?articulo=0000285&a=El-duelo-y-la-transformacion-de-las-relaciones-de-objeto-[Baker-JE-2001])
- Garzaniti, R. (2019). El rol del psicólogo en la atención de la salud mental desde el primer nivel de atención: Una revisión sistemática. *Salud & Sociedad*, *10(2)*, 146-162. <https://revistaderecho.ucn.cl/index.php/saludysociedad/article/view/3330>
- Gavino, A. (2006). *Guía de Técnicas de terapia de conducta*. Pirámide.
- Gillies, J. & Neimeyer, R. A. (2006). Loss, Grief, and the Search for Significance: Toward a Model of Meaning Reconstruction in Bereavement [Pérdida, duelo y búsqueda de significado: hacia un modelo de reconstrucción de sentido en el duelo]. *Journal of Constructivist Psychology*, *19(1)*, 31-65. <https://doi.org/10.1080/10720530500311182>
- Gobierno de la Ciudad de México. (2020). *Plan Gradual hacia la Nueva Normalidad en la Ciudad de México*. Gobierno de la Ciudad de México. <https://covid19.cdmx.gob.mx/storage/app/media/plan%20gradual%20hacia%20la%20nueva%20normalidad%20en%20la%20ciudad%20de%20mexico/plangradualhacialanuevanormalidadenlaciudaddemexico20.pdf>
- Godoy, D., Eberhard, A., Abarca, F., Acuña, B., & Muñoz, R. (2020). Psicoeducación en salud mental: una herramienta para pacientes y familiares. *Revista Médica Clínica Las Condes*, *31(2)*, 169-173. <https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2020.01.005>

- Gómez, J. (2019). *Duelo patológico: detección, prevención, tratamiento e intervención enfermera: revisión bibliográfica*. Universidad de Coruña.
https://ruc.udc.es/dspace/bitstream/handle/2183/25378/GomezRodriguez_Javier_TFG_2019.pdf?sequence=2&isAllowed=y
- Gómez-Gutiérrez, J. (2011). La reacción ante la muerte en la cultura del mexicano actual. *Investigación y saberes, 1*(1), 39-48. <https://acortar.link/wgghLk>
- Gómez, D. A. & Martínez, M (2022). Uso del internet por jóvenes estudiantes durante la pandemia de la covid-19 en México. *Revista de tecnología y sociedad, 12*(22), 1-25.
<http://dx.doi.org/10.32870/Pk.a12n22.724>
- González, J. L. (1994). El síndrome post-traumático de estrés: una revisión crítica. *Psiquiatría Legal y Forense*. 1327-1339. http://www.psicoter.es/_arts/94_C034_01.pdf
- González, M. T. & Landero, R. (2007). Cuestionario de Afrontamiento del Estrés (CAE): validación en una muestra mexicana. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica, 12*(2), 189-198. <http://e-spacio.uned.es/fez/eserv/bibliuned:Psicopat-2007-12-3-10003/Documento.pdf>
- González, M. L. (2013). La asesoría psicológica en la educación superior, caso U. A. C. J. S: procedimiento, alcances y limitaciones. *Revista de Psicología y Ciencias del Comportamiento, 4*(2) 31-46. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5925144>
- Harrop, E., Mann, M., Semedo, L., Chao, D., Selman, L., & Byrne, A. (2020). What elements of a systems' approach to bereavement are most effective in times of mass bereavement? A narrative systematic review with lessons for COVID-19 [¿Qué elementos del enfoque de un sistema para el duelo son más efectivos en tiempos de duelo masivo? Una revisión

- sistemática narrativa con lecciones para COVID-19]. *Paliative Medicine*, 34(9), 1165-1181. <https://doi.org/10.1177%2F0269216320946273>
- Harvey, J., Obando-Guerrero, L. M., Hernández-Ordoñez, K. M. & De la Cruz-Gordon, E. K. (2021). Bienestar psicológico y estrategias de afrontamiento frente a la COVID-19 en universitarios. *Universidad y salud*, 23(3), 207-216. <https://doi.org/10.22267/rus.212303.234>
- Heeke, C., Kampisiou, C., Niemeyer, H., & Knaevelsrud, C. (2017). A systematic review and meta-analysis of correlates of prolonged grief disorder in adults exposed to violent loss [Una revisión sistemática y metanálisis de los correlatos del trastorno de duelo prolongado en adultos expuestos a pérdidas violentas]. *European Journal of Psychotraumatology*, 8, 1-20. <https://doi.org/10.1080/20008198.2019.1583524>
- Hernández, G. A., Ordaz, M. I., Becerra, A. L., & Hernández, P. (2019). Adquisición de estrategias de búsqueda de apoyo social en pacientes con dolor crónico. *Revista Latinoamericana de Medicina Conductual*. 9(2), 79-92. <http://revistas.unam.mx/index.php/rlmc/article/view/72775>
- Hewitt Ramírez, N., & Gantiva Díaz, CA (2009). La terapia breve: una alternativa de intervención psicológica efectiva. *Avances en psicología latinoamericana* , 27(1), 165-176. <https://www.redalyc.org/pdf/799/79911627012.pdf>
- i Carrió, F. B. (2002). El modelo biopsicosocial en evolución. *Medicina clínica*, 119(5), 175-179. https://www.researchgate.net/profile/Francesc_Borrell-Carrio/publication/256812433_El_modelo_biopsicosocial_en_evolucion/links/5b867b25299bf1d5a72ef0e7/El-modelo-biopsicosocial-en-evolucion.pdf

- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2016). *Estadísticas a propósito del día internacional de la juventud (15 a 29 años) 12 de agosto* [Comunicado de prensa].
https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2016/juventud2016_9.pdf
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2021). *Características de las defunciones registradas en México durante enero a agosto de 2020*. [Comunicado de prensa].
https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2021/EstSociodemo/DefuncionesRegistradas2020_Pnles.pdf
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2022). *Estadísticas de defunciones registradas 2021*. [Comunicado de prensa].
https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2022/EDR/EDR2021_10.pdf
- Jonson, B. (2000). *Enfermería psiquiátrica y de salud mental*. McGraw-Hill.
- Keefe, F. J. (2011). Behavioral Medicine: a Voyage to the Future [Medicina Conductual: un viaje al futuro]. *Annals of Behavioral Medicine*, 41(2), 141-151.
<https://doi.org/10.1007/s12160-010-9239-8>
- Lazarus, R.S. & Folkman, S. (1984). Stress, appraisal and coping [Estrés, valoración y afrontamiento]. Springer.
- Lee, S. & Neimeyer, R. (2020). Pandemic Grief Scale: A screening tool for dysfunctional grief due to a COVID-19 loss [Escala de duelo pandémico: una herramienta de detección del duelo disfuncional debido a una pérdida de COVID-19]. *Death Studies*, 1-11.
<https://doi.org/10.1080/07481187.2020.1853885>
- Librán, E. C. (2002). Optimismo disposicional como predictor de estrategias de afrontamiento. *Psicothema*, 14(3), 544-550. <https://www.redalyc.org/pdf/727/72714306.pdf>

- Limonero, J., Lacasta, M., García, J., Maté, J., & Prigerson, H. (2009). Adaptación al castellano del inventario de duelo complicado. *Medicina Paliativa*, *16*(5), 291-297.
<https://acortar.link/T8djbK>
- Lipp, N. & O'Brien, K. M. (2020). Bereaved College Students: Social Support, Coping Style, Continuing Bonds, and Social Media Use as Predictors of Complicated Grief and Posttraumatic Growth [Estudiantes universitarios en duelo: apoyo social, estilo de afrontamiento, vínculos continuos y uso de redes sociales como predictores de duelo complicado y crecimiento postraumático]. *Omega- Journal of Death and Dying*, *85*(1),
<https://doi.org/10.1177%2F0030222820941952>
- Lister, S., Pushkar, D., & Connolly, K. (2008). Current bereavement theory: Implications for art therapy practice [Teoría actual del duelo: implicaciones para la práctica de la arteterapia]. *The Arts in Psychotherapy*, *35*(4), 245-250. <https://doi.org/10.1016/j.aip.2008.06.006>
- Litz, B., Schorr, Y., Delaney, E., Au, T., Papa, A., Fox, A., Morris, S., Nickerson, A., Block, S., & Prigerson, H. (2014). A randomized controlled trial of an internet-based therapist-assisted indicated preventive intervention for prolonged grief disorder [Un ensayo controlado aleatorizado de una intervención preventiva indicada asistida por un terapeuta basada en Internet para el trastorno de duelo prolongado]. *Behaviour Research and Therapy*. *61*, 23-34. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2014.07.005>
- Logan, E., Thornton, J., & Breen, L. (2017). Social support following bereavement: The role of beliefs, expectations, and support intentions [Apoyo social después del duelo: el papel de las creencias, expectativas e intenciones de apoyo]. *Death Studies*, *42*(8), 471-482.
<http://doi.org/10.1080/07481187.2017.1382610>

- Lord, B. & Gramling, S. (2012). Patterns of Religious Coping among Bereaved College Students [Patrones de afrontamiento religioso entre estudiantes universitarios en duelo]. *Journal of Religion & Health*, 53(1), 157-177. <https://doi.org/10.1007/s10943-012-9610-0>
- Lundorff, M., Holmgren, H., Zachariae, R., Farver-Vestergaard, I., & O'Connor, M. (2017). Prevalence of prolonged grief disorder in adult bereavement: A systematic review and meta-analysis [Prevalencia del trastorno de duelo prolongado en el duelo de adultos: una revisión sistemática y un metanálisis]. *Journal of affective disorders*, 212, 138-149. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.01.030>
- Malkinson, R. (2001). Cognitive-Behavioral Therapy of Grief: A Review and Application [Terapia Cognitivo Conductual del duelo: revisión y aplicación]. *Research on Social Work Practice*, 11(6), 671-698. <https://doi.org/10.1177/104973150101100603>
- Martín-Montolú, J., Jaime-Horowitz, M., Crits-Christoph & Barber, H. P. (2001). *La psicoterapia psicoanalítica breve en los síndromes de respuesta al estrés*. Aperturas psicoanalíticas. <https://www.aperturas.org/articulo.php?articulo=153>
- Masferrer, L., Garre-Olmos, J., & Caparrós, B. (2017). Is complicated grief a risk factor for substance use? A comparison of substance-users and normative grievers [¿Es el duelo complicado un factor de riesgo para el consumo de sustancias? Una comparación de usuarios de sustancias y afligidos normativos]. *Addiction Research & Theory*. 25(5), 361-367. <https://doi.org/10.1080/16066359.2017.1285912>
- Matthews, L. Y. & Marwit, S. J. (2006). Meaning reconstruction in the context of religious coping: rebuilding the shattered assumptive world [Reconstrucción de significado en el contexto del afrontamiento religioso: reconstruir el mundo supuesto destrozado]. *Omega-*

- Journal of Death and Dying*. 53(1-2), 87-104.
<https://journals.sagepub.com/doi/epdf/10.2190/DKMM-B7KQ-6MPD-LJNA>
- Meichenbaum, D. (1987). Adquisición de habilidades y fase de ensayo. En *Manual de inoculación de estrés* (pp. 51-71). Biblioteca de psicología, psiquiatría y salud práctica.
- Miramontes, O. (2020). Entendamos el COVID-19 en México. *Universidad Nacional Autónoma de México*, 1-37. <http://scifunam.fisica.unam.mx/mir/covid19.pdf>
- Monroy, D. L. & Amador, R. (2018). Duelo complicado. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 21(2), 621-638. <https://www.medigraphic.com/pdfs/epsicologia/epi-2018/epi182m.pdf>
- Montiel-Castillo, V. & Guerra-Morales, V. (2015). Aproximaciones teóricas sobre Psicoeducación. Análisis de su aplicación en mujeres con cáncer de mama. *Psicogente*, 19(36). 324-335. <http://doi.org/10.17081/psico.19.36.1301>
- Montiel-Castillo, V. E. (2019). *Programa psicoeducativo para el afrontamiento activo a la enfermedad de mujeres con cáncer de mama en intervalo libre de enfermedad*. [Tesis doctoral, Universidad Central “Marta Abreu” de Las Villas. Cuba]. Psicooncología. <https://www.proquest.com/openview/dbaa675b1bc276050c4067353a500a55/1?pq-origsite=gscholar&cbl=54850>
- Morer, B., Alonso, R. & Oblanca, M. (2017). El duelo y la pérdida en la familia. Revisión desde una perspectiva relacional. *Revista Redes*, (36), 11-24.
<https://redesdigital.com/index.php/redes/article/view/114/86>
- Muñiz, R. & Vaquera, A. (2019). Semblanza sobre la creación del Centro de Apoyo y Orientación para Estudiantes. En C. Santillán & A. Corchado. *Centro de Apoyo y*

- Orientación Para Estudiantes (CAOPE)*, 1-8. Universidad Nacional Autónoma de México. <https://fenix.iztacala.unam.mx/wp-content/uploads/2020/01/LIBRO-CAOPE.pdf>
- Neimeyer, R. A. (2019). Meaning reconstruction in bereavement: Development of a research program [Reconstrucción de significado en el duelo: desarrollo de un programa de investigación]. *Death Studies*, 43(2), 79-91.
<https://doi.org/10.1080/07481187.2018.1456620>
- Neimeyer, R. A. & Anderson, A. (2002). Meaning reconstruction theory [Teoría de la reconstrucción del significado]. In N. Thompson (Ed.), *Loss and grief*. Palgrave.
- Organización Mundial de la Salud. (1948). *Clasificación internacional y estadística de enfermedades y problemas relacionados con la salud* (6a ed).
<https://apps.who.int/iris/handle/10665/70941>
- Organización Mundial de la Salud. (1978). *Clasificación internacional y estadística de enfermedades y problemas relacionados con la salud* (9a ed).
https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/CIE9MC_2014_def_accesible.pdf
- Organización Mundial de la Salud (1992). *Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud* (10ª ed.)
<https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/6282/Volume1.pdf>
- Organización Mundial de la Salud (2020a). *The impact of COVID-19 on mental, neurological and substance use services: results of a rapid assessment* [El impacto del COVID-19 en los servicios mentales, neurológicos y por uso de sustancias: resultados de una evaluación rápida]. World Health Organization. <http://www.infocoponline.es/pdf/IMPACT-OF-COVID.pdf>

- Organización Mundial de la Salud. (2020b). *Salud mental del adolescente*. World Health Organization. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>
- Ornelas, P. (2016). Estrategias de afrontamiento y resiliencia en cuidadores primarios con duelo. *Psicología y Salud*, 26(2), 177-184.
<https://psicologiaysalud.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/2193/3921>
- Osorno, R., Gómez-Benito, J., Segura, B., Forns, M., & Kirchner, T. (2010). Funcionamiento diferencial de los reactivos del Coping Responses Inventory para adolescentes mexicanos y españoles. *Revista Mexicana de Psicología*, 27(2), 151-157. <https://www.redalyc.org/pdf/2430/243016324004.pdf>
- Oviedo, S. J., Parra, F. M. & Marquina, M. (2009). La muerte y el duelo. *Enfermería global*, (15), 1-9. <https://revistas.um.es/eglobal/article/view/50381/48301>
- Pacheco, G. (2003). Perspectiva antropológica y psicosocial de la muerte y el duelo. *Cultura de los cuidados*. 14(2), 27-43.
https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/1040/1/culturacuidados_14_05.pdf
- Parro-Jiménez, E., Morán, N., Gesteira, C., Sanz, J., & García-Vera, M. P. (2021) Duelo complicado: una revisión sistemática de la prevalencia, diagnóstico, factores de riesgo y de protección en población adulta de España. *Annals of Psychology*, 37(2), 189-201.
<https://doi.org/10.6018/analesps.443271>
- Pattishall, E. G. (1989). The development of behavioral medicine: historical models [El desarrollo de la Medicina Conductual: modelos históricos]. *Annals of behavioral medicine*, 11(2), 43-48. https://doi.org/10.1207/s15324796abm1102_1

- Ramos-Lira, L. (2014). ¿Por qué hablar de género y salud mental?. *Salud mental*, 37(4), 275-281. https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252014000400001
- Rascón, M., Hernández, V., Casanova, L., Alcántara, H., & Sampedro, A. (2011). *Guía Psicoeducativa para el Personal de Salud que atiende a familiares y personas con trastornos mentales*. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente. https://www.academia.edu/download/38553465/guia_psicoeducativa.pdf
- Real Academia Española (2002). *Duelo*. <https://dle.rae.es/duelo>
- Residencia en Medicina Conductual. (2020). *Perfiles*. Medicina Conductual Iztacala. Medicina Conductual Iztacala. <https://www.medicinaconductual-unam-fesi.org/perfiles.html>
- Reynoso, L. (2014). Generalidades psicológicas de los padecimientos crónico-degenerativos. En L. Reynoso y A. Becerra. *Medicina Conductual: Teoría y Práctica* (1.ª ed., pp. 43-64). Qartuppi.
- Richardson, V. E. (2006). A Dual Process Model of Grief Counseling: Findings from the Changing Lives of Older Couples (CLOC) study [Un modelo de proceso dual de consejería para el duelo: Hallazgos del estudio Cambiando la Vida de la Parejas Mayores]. *Journal of Gerontological Social Work*, 48(3-4), 311-329. https://doi.org/10.1300/J083v48n03_03
- Rico, D. N. (2017). Cuando muere un ser querido... variables asociadas a la vivencia ante la muerte. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 20(3), 1103-1123. <https://www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin/vol20num3/Vol20No3Art15.pdf>
- Rodas, R. (2009). *Análisis conductual aplicado*. Universidad de Manizales.

- Rodríguez, G. R. (2010). Desarrollo de la Medicina Conductual en México. *Revista Latinoamericana de Medicina Conductual*, 1(1), 5-12.
<https://www.redalyc.org/pdf/2830/283021975002.pdf>
- Rodríguez, A., Zúñiga, P., Contreras, K., Gana, S., & Fortunato, J. (2016). Revisión Teórica de las Estrategias de Afrontamiento (Coping) según el Modelo transaccional de Estrés y Afrontamiento de Lazarus & Folkman en pacientes quirúrgicos bariátricos, lumbares y plásticos. *Revista El Dolor*, 66(1), 14-23.
https://ached.cl/upfiles/revistas/documentos/59ca9b80918b5_Original_02_66.pdf
- Romero, V. & Cruzado, J. (2016). Duelo, ansiedad y depresión en familiares de pacientes en una unidad de cuidados paliativos a los dos meses de la pérdida. *Psicooncología*. 13(1), 23-37. https://doi.org/10.5209/rev_PSIC.2016.v13.n1.52485
- Rubín, S. S. (1981). Un modelo de duelo de dos vías: teoría y aplicación en la investigación. *Revista estadounidense de ortopsiquiatría*, 51(1), 101–109.
<https://doi.org/10.1111/j.1939-0025.1981.tb01352.x>
- Rubín, S. S. (1985). The resolution of bereavement: A clinical focus on the relationship to the deceased. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 22(2), 231–235.
<https://doi.org/10.1037/h0085499>
- Ruíz, M., Díaz, M., & Villalobos, A. (2012). *Manual de Técnicas de Intervención Cognitivo Conductuales*. Desclée De Brouwer.
- Sandín, B. & Chorot, P. (2003). Cuestionario de Afrontamiento del Estrés (CAE): Desarrollo y validación preliminar. *Revista de psicopatología y psicología clínica*, 8(1), 39-53. <https://doi.org/10.5944/rppc.vol.8.num.1.2003.3941>

- Santillán, C. (2020). *El impacto psicológico de la pandemia de COVID-19 en México*. Consejo Mexicano de Ciencias Sociales. <https://www.comesco.com/wp-content/uploads/2020/08/Covid-10-Santillan.pdf>
- Schut, H., Stroebe, M.S., Van Den Bout, J., & Terheggen, M. (2001). The efficacy of bereavement interventions: Determining who benefits [La eficacia de las intervenciones de duelo: determinar quién se beneficia]. En M. S. Stroebe, R. O. Hansson, W. Stroebe, & H. Schut, (Eds.), *Handbook of bereavement research: Consequences, coping and care* (pp. 705-738). American Psychological Association.
- Schwartz, G. E. & Weiss, S. M. (1978). Behavioral Medicine Revisited: An Amended Definition [Revisión de la Medicina Conductual: una definición modificada]. *Behavioral Medicine Revisited*, 1(3), 249-251. <https://doi.org/10.1007/BF00846677>
- Shimshon, S., Witztum, E., & Malkinson, R. (2016). Bereavement and Traumatic Bereavement: Working with the Two-Track Model of Bereavement [Duelo y duelo traumático: trabajando con el modelo de duelo de dos vías]. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*, 35(1), 78-87. <http://doi.org/10.1007/s10942-016-0259-6>
- Sierra, C. A. & Julio, J. C. (2010). Estrategias de afrontamiento en pacientes con insuficiencia renal en fase dialítica. *Psicogente*, 13(23), 27-41. <https://doi.org/10.17081/psico.13.23.1812>
- Silvén, A. (2018). Why did he choose to die?: A meaning-searching approach to parental suicide bereavement in youth [¿Por qué eligió morir?: Un enfoque de búsqueda de significado para el duelo por suicidio de los padres en la juventud]. *Death Studies*, 43(2), 113-121. <https://doi.org/10.1080/07481187.2018.1457604>

- Smud, M. (2016). Del duelo en la historia a nuestra actualidad. *VIII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXIII Jornadas de Investigación XII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR*. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires. <https://www.aacademica.org/000-044/854.pdf>
- Sosa, J. E., Romero, M. P., Blum, B., Zarco, V., & Medina-Mora, M. E. (2018). Programa de orientación y atención psicológica para jóvenes universitarios de la UNAM: características de la población que solicita sus servicios. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 21(2), 451-477. <https://acortar.link/LJZiFA>
- Soto-Rubio, A., Salvador, E., & Pérez-Marín, M. (2019). Factores de Riesgo de Duelo Complicado en cuidadores de pacientes con enfermedad terminal: una Revisión Sistemática. *Calidad de vida y salud*, 12(2), 29-39. <http://revistacdvs.uflo.edu.ar/index.php/CdVUFLO/article/view/183>
- Stikkelbroek, Y., Bodden, D., Reitz, E., Vollebergh, W. A. M., & van Baar, A. L. (2016). Mental health of adolescents before and after the death of a parent or sibling. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 25, 49-59. <https://doi.org/10.1007/s00787-015-0695-3>
- Stroebe, M. S., Folkman, S., Hansson, R., & Schut, H. (2006). The prediction of bereavement outcome: Development of an integrative risk factor framework [La predicción del resultado del duelo: desarrollo de un marco integrador de factores de riesgo]. *Social Science & Medicine*, 63, 2440-2451. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2006.06.012>
- Strobe, M. S. & Schut, H. (1999). The dual process model of coping with bereavement: rationale and description [El modelo de proceso dual para afrontar el duelo: justificación y descripción]. *Death Studies*, 23(3), 197-224. <https://doi.org/10.1080/074811899201046>

- Stroebe, W. & Schut, H. (2001). Risks factors in bereavement outcome: a methodological and empirical review [Factores de riesgo como resultado del duelo: una revisión metodológica y empírica]. En M. Stroebe, R. Hansson, W. Stroebe y Schut, H (eds), *Handbook of bereavement research: consequences, coping, and care*. American Psychological Association. <https://psycnet.apa.org/record/2001-18149-015>
- Stroebe, M. S. & Schut, H. (2010). The Dual Process Model of coping with bereavement: A decade on [El modelo de proceso dual para afrontar el duelo: una década después]. *Omega-Journal of Death and Dying*, 61(4), 273–289.
<https://doi.org/10.2190%2FOM.61.4.b>
- Strobe, M. S. & Schut, H. (2020). Bereavement in Times of COVID-19: A Review and Theoretical Framework [Duelo en tiempos de COVID-19: una revisión y un marco teórico]. *Omega-Journal of Death and Dying*, 82(3), 500-522.
<https://doi.org/10.1177/0030222820966928>
- Stroebe, W., Stroebe, M. S., & Domittner, G. (1988). Individual and situational differences in recovery from bereavement: A risk group identified [Diferencias individuales y situacionales en la recuperación del duelo: un grupo de riesgo identificado]. *Journal of Social Issues*, 44, 143-158. <https://doi.org/10.1111/j.1540-4560.1988.tb02082.x>
- Stroebe, W., Zech, E., Stroebe, M., & Abakoumkin, G. (2005). Does Social Support Help in Bereavement [¿Ayuda el apoyo social en el duelo?]. *Journal of Social and Clinical Psychology*. 24(7). <https://doi.org/10.1521/jscp.2005.24.7.1030>
- Suárez, V., Suárez, Q. M., Oros, R. S., & Ronquillo, D. E. (2020). Epidemiología de COVID-19 en México: del 27 de febrero al 30 de abril del 2020. *Revista clínica española*, 220(8), 463-471. <https://doi.org/10.1016/j.rce.2020.05.007>

Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud. (2021). *Informe Técnico Diario COVID-19 México*. Subsecretaría de prevención y promoción de la salud.

https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/623392/Comunicado_Tecnico_Diario_COVID-19_2021.03.21.pdf

Suls, J. & Rothman, A. (2004). Evolution of the Biopsychosocial Model: Prospects and Challenges for Health Psychology [Evolución del modelo biopsicosocial: perspectivas y desafíos para la psicología de la salud]. *Health Psychology*, 23(2), 119-125.

<https://doi.org/10.1037/0278-6133.23.2.119>

Tapia, J. O. & Eisenberg, W. R. (2018). La investigación en la FES Iztacala, UNAM. Panorama histórico. Universidad Nacional Autónoma de México.

https://www.iztacala.unam.mx/archivo_historico/Historia%20de%20la%20investigacion%20en%20Iztacala/Investigacion%20FESI.pdf

Tena-Suck, A. (2017). Desarrollo de un modelo de orientación psicológica para universidades. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 22(3) 263-276.

<https://www.redalyc.org/pdf/292/29255775001.pdf>

Tur, C., Campos, D., Herrero, R., Mor, S., López-Montoyo, Castilla, D., & Quero, S. (2021).

Internet-delivered Cognitive-Behavioral Therapy (iCBT) for Adults with Prolonged Grief Disorder (PGD): A Study Protocol for a Randomized Feasibility Trial [Terapia Cognitivo-Conductual administrada por Internet para adultos con trastorno de duelo prolongado: un protocolo de estudio para un ensayo de viabilidad aleatorizado]. *BMJ Open*, 11, 1-11.

<http://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-046477>

Universidad Nacional Autónoma de México. (2017). *Proyecto de maestría y doctorado en psicología*. Programa de maestría y doctorado en psicología.

<http://psicologia.posgrado.unam.mx/wp-content/uploads/2017/01/Plan-de-Estudios.pdf>

Vargas, R. E. (2003). Duelo y pérdida. *Medicina Legal de Costa Rica*, 20(2), 47-52.

https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?pid=S1409-00152003000200005&script=sci_arttext

Vignolo, J., Vacarezza, M., Álvarez, C., & Sosa, A. (2011). Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud. *Archivos de Medicina Interna*, 33(1), 7-11.

http://scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-423X2011000100003

Villar, M. (2011). Factores determinantes de la salud: Importancia de la prevención. *Acta Médica Peruana*, 28(4), <http://www.scielo.org.pe/pdf/amp/v28n4/a11.pdf>

Vinaccia, S. (1988). Historia de la medicina comportamental en Colombia. *Revista*

Latinoamericana de Psicología, 20(3), 385-390.

<https://www.redalyc.org/pdf/805/80520305.pdf>

Wagner, B. & Maercker, A. (2008). An internet-based cognitive-behavioral preventive

intervention for complicated grief: A pilot study [Una intervención preventiva cognitivo-conductual basada en Internet para el duelo complicado: un estudio piloto]. *Giornale Italiano di Medicina del Lavoro Ed Ergonomia*, 30, B47-53.

https://www.researchgate.net/publication/24203193_An_internet-based_cognitive-behavioral_preventive_intervention_for_complicated_grief_A_pilot_study

Wagner, B., Rosenberg, N., Hofmann, L., & Maas, U. (2020). Web-Based Bereavement Care: A Systematic Review and Meta-Analysis [Atención al duelo basada en la web: una revisión

sistemática y un metanálisis]. *Systematic Review*, 11, 1-13.

<https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.00525>

Worden, J. W., Aparicio, Á., & Barberán, G. S. (2013). *El tratamiento del duelo: asesoramiento psicológico y terapia*. Paidós.

https://www.funeralnatural.net/sites/default/files/libro/fichero/williamworden_duelo.pdf

Yi Yi, P. (2015). *Duelo. Factores de riesgo de duelo complicado en cuidados paliativos* [Tesis de doctorado, Universidad de Valencia]. RODERIC. <http://hdl.handle.net/10550/50028>

Yoffe, L. (2002). El duelo por la muerte de un ser querido: creencias culturales y espirituales. *Psicodebate*, 3, 127.

<http://dspace.palermo.edu/dspace/bitstream/handle/10226/389/3Psico%2009.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Anexos

Anexo 1: Página web del taller

Presentación

Presentación Sesión 1 Sesión 2 Sesión 3 Sesión 4 Sesión 5 ¿Quieres contactarnos? Contacto

Presentación

Generalidades

Este taller ha sido creado para estudiantes universitarios que comienzan un proceso de duelo y quieren prevenir un duelo complicado, para ello trabajaremos herramientas que fomenten una mejor adaptación a la situación.

¿A quién puede ayudar este taller?

- Únicamente te enfocas en tus emociones, pensamientos y recuerdos con la persona que falleció
- Haces muchas actividades con tal de no sentir, ni pensar en quien falleció
- La muerte de tu ser querido fue violenta o inesperada
- Tienes problemas de salud, económicos, académicos o con tu familia
- Desde antes del fallecimiento habías experimentado problemas de ansiedad o depresión
- En situaciones difíciles abusas de sustancias como el alcohol, cigarro u otras drogas

Si identificas alguno de estos, entonces te invito a registrarte en este taller

En este taller podrás aprender:

- Cómo está formado tu proceso de duelo, cuáles son tus factores de riesgo y estrategias de afrontamiento para el proceso de duelo
- Cómo influye lo que pensamos en lo que sentimos y hacemos ante el duelo
- Cómo desarrollar pensamientos beneficiosos en tu proceso de duelo
- Cómo continuar con tu vida y resolver los problemas que surgieron a partir del fallecimiento de tu ser querido
- Cómo obtener el apoyo que necesitas de familiares y amigos

Requerimientos técnicos

- Dispositivo electrónico con conexión a internet
- Disposición de 3 hrs al día durante 5 días
- Cuenta en ZOOM
- Cuenta de WhatsApp
- Cuenta de correo electrónico de Gmail

Registro

Regístrate aquí

Este sitio utiliza Cookies para mejorar la experiencia de navegación. [Ver más](#)

Agradecimientos

Este taller es parte de las actividades de la Residencia en Medicina Conductual con sede en la Facultad de Estudios Superiores Iztacala, la cual forma parte del Programa de Posgrado de la Universidad Nacional Autónoma de México

Página elaborada gracias a la beca proporcionada por el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACyT) con la beca número 1084467.

Última actualización, mayo del 2022.
Todos los derechos reservados.

Sesión 1

Sesión 2

DEPNIC

Conociendo mi duelo

Facultad de Estudios Superiores IZTACALA

Materiales de la Sesión 1

¿Qué PECS?
 Videos para identificar la diferencia entre emociones, pensamientos y conductas.

Organizador gráfico
 En este mapa conceptual se introducción al tema.

Mi duelo, Mi proceso
 Videos para identificar las características de tu proceso de duelo.

DEPNIC

Reevaluando mi duelo

Facultad de Estudios Superiores IZTACALA

Materiales de la Sesión 2

El ABC de la psicología
 Videos para identificar cómo lo que piensas ante una situación influye en cómo te sientes y actúas ante ella.

Formato
 Con base en esta estructura se trabajó durante el taller la relación que existe entre A-B-C-D-E.

DEPNIC

Factores de riesgo
 Videos acerca de los factores de riesgo que influyen en el desarrollo de un proceso de duelo complicado.

Herramientas para mi duelo
 Videos sobre las estrategias de afrontamiento que existen para prevenir el desarrollo de un duelo complicado.

Formato
 Estrategias de Afrontamiento Centradas en la Emoción.

Formato
 Estrategias de Afrontamiento Centradas en el Problema.

DEPNIC

(A) Detonadores
 En esta imagen los alumnos comparten de detonadores de pensamientos.

(B) Pensamientos
 En esta imagen se describen las principales características de los pensamientos recurrentes e insensados.

(C) Consecuencias
 En esta imagen encuentran preguntas que te ayudarán a identificar las consecuencias de tus pensamientos.

Formato
 Con base en esta estructura se realizará el plan de acción para modificar los pensamientos insensados.

DEPNIC

Conclusiones
 Estas son las conclusiones del grupo sobre este taller.

Agradecimientos
 Este taller es parte de las actividades de la Residencia en Medicina Conductual llevada en la Facultad de Estudios Superiores Iztacala, la cual forma parte del Programa de Posgrado de la Universidad Nacional Autónoma de México.
 Página elaborada gracias a la base preparada por el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACyT) con la base número 024467.
 Última actualización, marzo del 2022.
 Todos los derechos reservados.

DEPNIC

Conclusiones
 Estas son las conclusiones del grupo sobre este taller.

Agradecimientos
 Este taller es parte de las actividades de la Residencia en Medicina Conductual llevada en la Facultad de Estudios Superiores Iztacala, la cual forma parte del Programa de Posgrado de la Universidad Nacional Autónoma de México.
 Página elaborada gracias a la base preparada por el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACyT) con la base número 024467.
 Última actualización, marzo del 2022.
 Todos los derechos reservados.

Sesión 3

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

Reevaluando mi duelo

Facultad de Estudios Superiores Iztacala

Medicina Conductual

Metodología de la Sesión 3

Organizador gráfico

Este es el organizador gráfico que hicimos en la sesión anterior, recuerda que es un trabajo colaborativo.

El ABCDE de la psicología

Video que da centralidad al modelo A-B-C de la teoría de Aaron Beck para abordar pensamientos emocionales y generar pensamientos racionales.

Formato

Con base en estos preguntas comenzamos a elaborar los pensamientos racionales.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

El ABCDE de la psicología

Facultad de Estudios Superiores Iztacala

Medicina Conductual

Metodología de la Sesión 3

Introducción

Para recordar continuamente los pensamientos racionales generados escriblos en un lugar visible.

Formato

Con base en este estructura se generaron conclusiones para fortalecer los pensamientos racionales generados con el debate.

Conclusiones

En este apartado encontramos las conclusiones del grupo sobre esta sesión.

Agradecimientos

Este taller es parte de las actividades de la Residencia en Medicina Conductual con sede en la Facultad de Estudios Superiores Iztacala, la cual forma parte del Programa de Posgrado de la Universidad Nacional Autónoma de México.

Elaborado gracias a la beca patrocinada por el Consejo Nacional de

Sesión 4

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

Solución de problemas

Facultad de Estudios Superiores Iztacala

Medicina Conductual

Metodología de la Sesión 4

Organizador gráfico

Este es el organizador gráfico que hicimos en la sesión anterior, recuerda que es un trabajo colaborativo.

Solución de problemas

Esto son las cosas de la técnica que te ayudará a solucionar aquellos problemas que se presentan en la práctica.

Formato

Estructura para desarrollar los pasos la técnica de solución de problemas.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

Conclusiones

Facultad de Estudios Superiores Iztacala

Medicina Conductual

Metodología de la Sesión 4

Conclusiones

En este apartado encontramos las conclusiones del grupo sobre esta sesión.

Agradecimientos

Este taller es parte de las actividades de la Residencia en Medicina Conductual con sede en la Facultad de Estudios Superiores Iztacala, la cual forma parte del Programa de Posgrado de la Universidad Nacional Autónoma de México.

Proyecto elaborado gracias a la beca patrocinada por el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT) con la beca número (204467).

Última actualización, mayo del 2021.

Todos los derechos reservados.

Sesión 5

UNIVIC FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA RESIDENCIA EN MEDICINA CONDUCTUAL

Habilidades de comunicación

Materiales de la Sesión 5

Organizador gráfico

Este es el organizador gráfico que formos en la sesión anterior, recuerda que es un trabajo colaborativo.

Formato

Con base en esta estructura se identifican las redes de apoyo en situaciones difíciles como el duelo.

Formato

Con base en esta estructura se identifica porque algunas personas pertenecen a la red de apoyo y en qué le pueden ayudar en este proceso.

Formato

Con base en esta estructura se identifica porque algunas personas pertenecen a la red de apoyo y en qué le pueden ayudar en este proceso.

UNIVIC

Tipos de comunicación

En la imagen se describen cada uno de los tipos de comunicación.

Formato

Con base en la estructura DEPA puedes planear la forma de solicitar ayuda a las redes de apoyo u otras personas que necesites.

Guía de acción

Con base en esta guía puedes actuar cuando recibes una red de apoyo para alcanzar a otras personas y obtener la ayuda que necesitas.

Conclusiones

En este apartado encontrarás las conclusiones del grupo sobre esta sesión.

Agradecimientos

Este taller es parte de las actividades de la Residencia en Medicina Conductual con sede en la Facultad de Estudios Superiores Iztacala, la cual forma parte del Programa de Posgrado de la Universidad Nacional Autónoma de México.

Programa elaborado gracias a la beca proporcionada por el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACyT) con la beca número 1084407.

Última actualización, mayo del 2020.

Todos los derechos reservados.

¿Quiénes somos?

¿Quiénes somos?


Responsable del taller



Lic. Brenda Yareta González López
Cédula profesional: 1910263
Contacto: 4824485@iztacala.unam.mx

- Psicóloga egresada de la Universidad Nacional Autónoma de México.
- Estudiante del Programa de Maestría en Psicología con Residencia en Medicina Conductual en la Facultad de Estudios Superiores Iztacala UNAM.
- Terapeuta en el Programa de Asesoría Psicológica de la Facultad de Estudios Superiores Aragón.
- Terapeuta de la Atención Psicológica de Primera Orientación y Ayuda (APPOVA) del Centro de Apoyo y Orientación Psic-Educativos (CAOPE) de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala UNAM.
- Terapeuta basada en el Modelo Cognitivo Conductual.


Revisores



Mira Maetzin Itzel Ordaz Carrillo
Tutora institucional
Docente del Programa de Maestría en Psicología de la UNAM con Residencia en Medicina Conductual FES-Iztacala



Dra. Ma. Cristina Bravo González
Supervisora académica
Docente del Programa de Maestría en Psicología de la UNAM con Residencia en Medicina Conductual FES-Iztacala



Mtro. Roberto Miguel Carona
Supervisor académico
Docente del Programa de Maestría en Psicología de la UNAM con Residencia en Medicina Conductual FES-Iztacala

Datos Institucionales



Este proyecto es supervisado por la Residencia en Medicina Conductual de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala, UNAM, con más de 20 años formando especialistas de la aplicación de las ciencias del comportamiento humano en contextos hospitalarios, para mayor información se puede visitar la [página](http://www.fes-iztacala.unam.mx) www.fes-iztacala.unam.mx

Ubicación: Av. de Las Barras 1, Los Reyes enclaustrados, Hda. Los Reyes Iztacala Barro de los Arboles/Barro de las Heras, 54090 Tlaxtepec de San, México
Contacto: psicologiaconductualiztacala@rednet.unam.mx

Agradecimientos

Este taller es parte de las actividades de la Residencia en Medicina Conductual con sede en la Facultad de Estudios Superiores Iztacala, la cual forma parte del Programa de Posgrado de la Universidad Nacional Autónoma de México

Proyecto elaborado gracias a la beca proporcionada por el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACyT) con la beca número 1284467.

Última actualización: octubre del 2021.
Todos los derechos reservados.

Créditos

Créditos

Plataformas utilizadas en el taller

Agradecimientos

Este taller es parte de las actividades de la Residencia en Medicina Conductual con sede en la Facultad de Estudios Superiores Iztacala, la cual forma parte del Programa de Posgrado de la Universidad Nacional Autónoma de México

Proyecto elaborado gracias a la beca proporcionada por el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACyT) con la beca número 1284467.

Última actualización: octubre del 2021.
Todos los derechos reservados.

Anexo 2: Caso clínico

**Universidad Nacional Autónoma de
México Maestría en Psicología
Residencia en Medicina conductual**

**Presentación de caso clínico**

Lic. en Psic. Brenda Yadira González López

Ficha de identificación*Nombre ficticio:* Gloria*Sexo:* Mujer*Edad:* 50 años*Estado civil:* Viuda*Ocupación:* Ama de casa*Escolaridad:* Carrera técnica en
contaduría*Religión:* católica*No. de hijos:* 2*Lugar de origen/residencia:*

Ciudad del Carmen Campeche

Criterio de selección de caso

De acuerdo con el Modelo Integrativo de Factores de Riesgo la muerte es una situación sumamente estresante que desencadena un proceso de duelo que implica afrontamiento orientado a la pérdida y a la restauración, en donde hay factores de riesgo que interfieren, pero que dependiendo de cómo se utilicen las estrategias de afrontamiento se va a obtener un resultado que puede ser un proceso de duelo adaptativo o complicado (Stroebe et al., 2006).

Un duelo adaptativo implica que exista una oscilación entre el afrontamiento orientado a la pérdida y a la restauración, para lo cual es fundamental el uso adaptativo de las estrategias de afrontamiento centradas en la emoción y centradas en el problema, lo cual implica que la persona se vea favorecida por su implementación ya que disminuyen los problemas y mejora el estado emocional (Folkman & Tedlie, 2004).

Por el contrario, el duelo complicado se puede presentar cuando el doliente se centra únicamente en el afrontamiento orientado a la pérdida o en el orientado a la restauración, pero además hay un abuso en el uso de las estrategias de afrontamiento principalmente las centradas en la emoción, ya que éstas son las que se utilizan en mayor medida por ser la muerte una situación que no se puede modificar, lo cual genera más problemas e incrementa el malestar emocional (Folkman & Tedlie, 2004; Stroebe et al., 2006).

Aunado a estas características, en la oscilación que se busca en el duelo van a intervenir diferentes factores de riesgo, los reportados con mayor frecuencia en la literatura son: ser del género femenino, ser una persona joven, estar en un nivel socioeconómico bajo, ser desempleado(a), ama de casa, jubilado(a), tener un apoyo social deficiente, aislamiento, tener problemas en las relaciones familiares, contar con trastornos psicológicos, que el fallecido sea la pareja o los hijos y que la muerte sea inesperada y/o violenta (Doka, 2021; Neimeyer, 2019; Parro-Jiménez et al., 2021).

Considerando lo anterior de acuerdo con Stroebe et al. (2006) si el doliente no se encuentra ya en un proceso de duelo complicado, es posible prevenir su desarrollo, para lo cual se requiere analizar en los dolientes la funcionalidad en conjunto de los factores de riesgo que están presentes en su proceso, así como el uso de las estrategias de afrontamiento, pero de acuerdo con Yi Yi (2015) esto debe ser dentro de los primeros seis meses del fallecimiento.

De todo el conjunto de elementos que interfieren en el proceso de duelo, las estrategias de afrontamiento son las únicas susceptibles de modificarse con intervenciones breves, promoviendo su uso adaptativo para prevenir el duelo complicado (Stroebe et al., 2006).

Las estrategias de afrontamiento se pueden modificar con técnicas cognitivas conductuales ya que cuentan con evidencia científica de su aplicabilidad, pese a que en el

tema del duelo su uso es relativamente reciente y por ende, sufren algunas adecuaciones con base en la estructura del Modelo integrativo de factores de riesgo (Gavino, 2006).

Específicamente esta intervención se sustenta en la psicoeducación ya que se parte de la necesidad clínica de brindar a la paciente herramientas que le permitan entender e identificar con mayor claridad el proceso de duelo que vive para que pueda modificar pensamientos y conductas que fomenten su adaptación a su nueva vida (Montiel-Castillo & Guerra-Morales, 2015; Bulacio et al., 2004).

La psicoeducación no solo implica conocimiento teórico, sino también la práctica de habilidades en la vida cotidiana, por lo cual es viable para abordar temas relacionados con la modificación de pensamientos, solución de problemas y comunicación asertiva (Godoy et al., 2020).

El caso que aquí se expone puede ejemplificar una intervención cognitivo conductual de corte psicoeducativo para prevenir el proceso de duelo complicado, dadas las características de la paciente.

Motivo de consulta

“Deseo sentirme bien y no sentir culpa por la muerte de mi esposo, quien falleció en un accidente automovilístico, además no tengo ganas de hacer nada, todo lo hago por obligación” (sic paciente).

Antecedentes

Personales no patológicos

La paciente reside en casa propia que cuenta con todos los servicios urbanizados como agua, luz, drenaje y construida con materiales perdurables, vive con su hija de 22 años quien sufrió un accidente cerebrovascular derivado de la muerte de su padre, tiene un hijo de 26 años

que se encuentra haciendo su servicio social y ocasionalmente está en casa, hace 8 años la paciente tuvo un sarcoma en el brazo izquierdo, así que le realizaron una cirugía para extirpar el tumor, lo cual modificó la dinámica familiar generando acuerdos con su esposo de dedicarse únicamente al hogar mientras él era el principal proveedor, situación que cambió tras su fallecimiento, actualmente se mantiene de la pensión que le dejó y buscará trabajo. Cuenta con una alimentación apropiada, tiene hábitos de higiene adecuados con baño y cambio de ropa diario. Zoonosis negada.

Personales patológicos:

Crónicos degenerativos.

- Cáncer, sarcoma en el brazo izquierdo, para lo cual se le realizó una cirugía para extirpar el tumor y acude a revisión cada medio año.
- Diabetes mellitus tipo 2, acude a su revisión médica cada mes, le realizan estudios cada 3 meses, toma metformina 1 cápsula al día, ha cambiado sus hábitos alimenticios y hace ejercicio.

Quirúrgicos. Cirugía para extirpar el tumor del brazo izquierdo.

Alérgicos. Medio del contraste yodado.

Toxicomanías. Negadas.

Psicológicos patológicos:

Niega atención psicológica y psiquiátrica previa

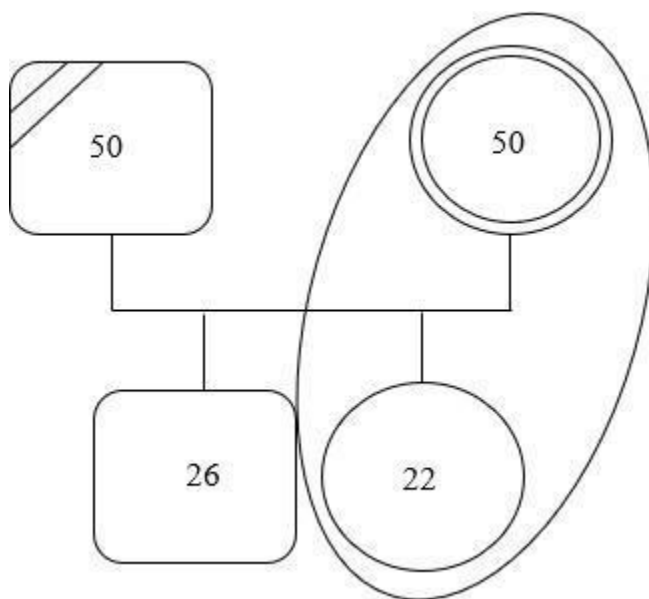
Dinámica familiar

Actualmente Gloria es viuda, vive solamente con su hija de 22 años, ya que su hijo de 26 años se encuentra en una comunidad cercana realizando su servicio social de medicina, sin

embargo, se comunica con él los fines de semana y cuando debe tomar una decisión lo consulta con los dos, esta relación se muestra en la Figura 1; además de sus dos hijo mantiene comunicación con dos hermanos que le ayudan en actividades de casa y dos cuñadas, una que la acompaña a los trámites legales que debe hacer y otra que está al pendiente de sus necesidades y por ello le recomendó APPOYA; finalmente refiere tener una relación complicada con su madre y hermanas por lo cual se mantiene distanciada.

Figura 1.

Familiograma



Historia del problema

Médica

A la paciente en el 2016 se le detectó un sarcoma en el brazo izquierdo, por lo cual fue atendida en el área de oncología de un hospital de Villa Hermosa Tabasco, como tratamiento se le practicó una cirugía para extirpar el tumor, lo cual limitó su movimiento entre un 20% y 30%, situación que la ha obligado a realizar ajustes en duración, tiempo entre respuestas, intensidad y topografía de sus actividades, por ello en ese momento junto con su esposo decidieron realizar cambios en la dinámica familiar, ella dejó de trabajar para dedicarse a labores del hogar y su pareja se convirtió en el principal proveedor, situación que se modificó nuevamente por la muerte de su esposo.

Actualmente la paciente acude a revisión al área de oncología del hospital de Villa Hermosa Tabasco cada medio año y no sigue ya ningún tratamiento, ya que sus revisiones pasadas han sido favorables, en cuanto a sus actividades el movimiento sigue limitado, sin embargo, ha generado estrategias como realizar cada actividad un tiempo determinado, descansar después de realizar una actividad y tomar objetos de ciertas formas para continuar con sus quehaceres diarios.

Psicológica

El 27 de septiembre del 2021 falleció el esposo de la paciente en un accidente automovilístico, lo cual generó un gran impacto en ella, ese día ella estaba enferma y él no quería ir a trabajar, pero ella le pidió que se fuera y ocurrió el accidente, lo cual la hizo sentir culpable.

Después de la muerte la paciente comenta que pasó 19 días sin querer levantarse de

la cama, con llanto todo el día, mala alimentación, dolor en el pecho, dificultades para respirar y sudoración en exceso, por lo cual decidió acudir con un médico quien le indicó que era un problema psicológico.

La muerte de su esposo generó diversos cambios, como el apoyo social que ella percibía, ya que él era su principal apoyo y consideraba que ahora se había quedado sola, a él le contaba todo lo que le pasaba y cuando había un problema, entre los dos lo solucionaban, también económicamente hubo cambios debido a que él era el proveedor en la casa, lo cual le generó incertidumbre sobre su futuro y el de sus hijos ya que no quería que dejaran de estudiar, también generó miedo en la paciente ya que ella no sabía cómo solucionar los problemas legales y de seguros porque su marido se hacía cargo de resolver los problemas de la casa, pedía su opinión pero él tomaba la decisión final.

El video del accidente se hizo viral en internet, lo cual le causó malestar emocional, pero además provocó que se distanciara de su mejor amiga, ya que ese día ella le marcó y la paciente considera que los comentarios que le hizo fueron de burla, así que la bloqueó y se alejó de ella, sin embargo, era una de sus principales fuentes de apoyo, ya que se mantiene alejada de su familia con quien tiene muchos problemas, por lo cual considera en un primer momento que solo se quedó con el apoyo de sus hijos.

Finalmente, antes la paciente había vivido la muerte de otros conocidos y familiares, pero considera que de nadie tan cercano como su pareja, así que no le había afectado de esta manera, situación de la que se percató su cuñada quien en enero acudió al servicio de psicología brindado por la estrategia APPOYA de la FES-Iztacala UNAM, así que se lo recomendó y Gloria decidió realizar su solicitud.

Padecimiento actual

La paciente acude al servicio de psicología y comenta “deseo sentirme bien y no sentir culpas por la muerte de mi esposo” (sic pac.) su pareja falleció el 27 de agosto del 2021 por un accidente automovilístico cuando se dirigía a su trabajo, la culpa se presenta debido a que ese día él no quería ir a trabajar ya que ella estaba enferma, con temperatura, así que la quería llevar al doctor, pero ella se negó y lo mandó a trabajar, por lo cual considera que ella pudo evitar el accidente "Si le hubiera dicho que no fuera a trabajar, él estuviera aquí" (sic pac.), estos pensamientos se presentan todos los días, el momento específico que identifica es a las 6:00 pm que era cuando él llegaba del trabajo, situación ante la cual se encierra en su cuarto, se pone a llorar, le duele la cabeza y ya no sale de su cuarto hasta el otro día.

Gloria se siente muy sola, considera que él era todo su apoyo, ya que ambos están alejados de sus familias problemáticas “En mi equipo únicamente somos cuatro” (sic pac.) pero cualquier dificultad principalmente entre los dos lo resolvían para no preocupar a sus hijos y considera que ahora ella sola tiene que resolver las situaciones que se vayan presentando, como el accidente cerebrovascular que tuvo su hija después del fallecimiento de su esposo, que ella refiere como algo leve, en donde una de sus cuñadas la apoyó para cuidarla, actualmente ya está bien y continúa con sus actividades académicas sin complicaciones.

En este proceso de duelo la paciente ha recibido apoyo de los compañeros de trabajo de su esposo, es católica pero no ha querido recurrir a la religión para buscar apoyo e intentó acercarse a su madre nuevamente, pero como ella no quería a su marido le realiza comentarios negativos que la hacen sentir peor “Es como si le diera gusto, no quiero tener ninguna relación con ella” (sic paciente).

El accidente de su marido fue grabado y se viralizó en internet, lo cual provocó que no quiera salir para no dar explicaciones, además provocó que se decepcionara, peleara y distanciara de su mejor amiga ya que ella le hizo un comentario del video y la paciente considera que se burló de ella, aunado a que no quiere salir de casa para no pasar por el lugar en el que fue el accidente.

Desde que su esposo falleció sus actividades del hogar han incrementado ya que él le ayudaba a tender la cama, barrer o lavar los trastes y ahora ella sola se ha tenido que hacer cargo de todo el cuidado del hogar, ya que sus hijos solamente se dedican a estudiar, pero dada la limitación que tiene en el brazo izquierdo por el sarcoma que tuvo estas actividades le llevan más de medio día, así que considera que le queda poco tiempo para hacer alguna otra actividad de su agrado.

Ante esta situación la paciente también está preocupada por su economía ya que su esposo era el único proveedor, considera que ella no puede trabajar por el sarcoma que tuvo en el brazo, ya que como la operaron su movilidad quedó limitada, aunado a que no quiere pelear legalmente con PEMEX por recibir la pensión vitalicia que le corresponde dados los años de servicio de su marido “siento que estoy cobrando por la vida de mi esposo” (sic pac.) lo cual incrementa el sentimiento de culpa, pero también se siente confundida sobre cómo actuar debido a que en repetidas ocasiones su marido le decía que todo lo que hacía era para que ellos estuvieran bien si un día faltaba.

Desde el fallecimiento de su esposo se han mantenido con ahorros que tenían, con un apoyo económico que les dio la empresa por el fallecimiento y con el pago de uno de los seguros que tenía su esposo.

Actualmente la paciente ya no presenta dolor en el pecho, dificultades para respirar, ni

sudoración en exceso, realiza actividades de cuidado personal, se levanta, se baña, come tres veces al día y los siete días de la semana realiza actividades domésticas como tender las camas, barrer, lavar los trastes y hacer la comida, sin embargo, considera que todo esto lo hace por obligación ya que no tiene ganas de hacer nada, se siente muy triste “No puedo con todo lo que siento” (sic pac.) y unas tres veces a la semana su sueño se interrumpe, se sigue despertando 3:30 am como cuando estaba su esposo.

Finalmente ella desea realizar ejercicio al menos unas tres veces por semana, trabajar en un despacho contable como antes lo hacía y entrar a un taller de manualidades para distraerse, pero considera que es difícil por su estado de ánimo y el limitado movimiento del brazo izquierdo.

Examen mental de primera vez

Paciente femenina de edad aparente igual a la cronológica, constitución física endomorfa, se presenta de manera puntual en condiciones higiene y aliño adecuadas, postura, actitud y facie desconocidas, se mantuvo la cámara apagada y presencia de llanto, atenta y cooperadora a la sesión, orientada en las 4 esferas (TEPC), en estado de lucidez, presenta un lenguaje coherente, congruente y fluido, curso y contenido del pensamiento sin alteraciones aparentes, memorias conservadas, pensamiento concreto, impresión clínica de inteligencia igual a la del promedio, estado de ánimo “triste”, afecto hipotímico, estilo de afrontamiento centrado en la emoción, locus de control externo y apoyo social percibido como insuficiente.

Examen mental relevantes en la evolución del caso

Paciente femenina de edad aparentemente igual a la cronológica, constitución física endomórfica, se presenta de manera puntual en condiciones de higiene y aliño adecuados, postura apropiada para la sesión, actitud corporal relajada, facie normal, atenta y

cooperadora a la sesión, orientada en las cuatro esferas (TEPC), en estado de lucidez, presenta un lenguaje coherente, congruente y fluido, curso y contenido del pensamiento sin alteraciones aparentes, memorias conservadas, pensamiento concreto, impresión clínica de inteligencia igual a la del promedio, estado de ánimo “muy bien”, afecto eufímico, estilo de afrontamiento centrado en el problema, locus de control interno y apoyo social percibido como suficiente.

Selección y aplicación de técnicas de evaluación

- Entrevista conductual
- Observación clínica
- Cuestionario de Afrontamiento y Estrés (CAE) de Sandín y Chorot (2003) en el cual se identificó que la paciente utilizaba su estrategia de afrontamiento de expresión emocional abierta con baja frecuencia, focalización en la solución de problemas, búsqueda de apoyo social, autofocalización negativa, evitación y religión con frecuencia intermedia y la reevaluación positiva con alta frecuencia.
- Inventario de Duelo Complicado (IDC) adaptado al castellano por Lionero et al. (2009) en donde la paciente obtuvo 32 puntos que significa que tiene una mayor probabilidad de desarrollar un duelo complicado.

Análisis y descripción de conductas problema

Lista de conductas problema

Motor.

- Evita salir de su casa para no encontrarse con alguien y no dar explicaciones
- Evita salir de casa para no pasar por el lugar del accidente

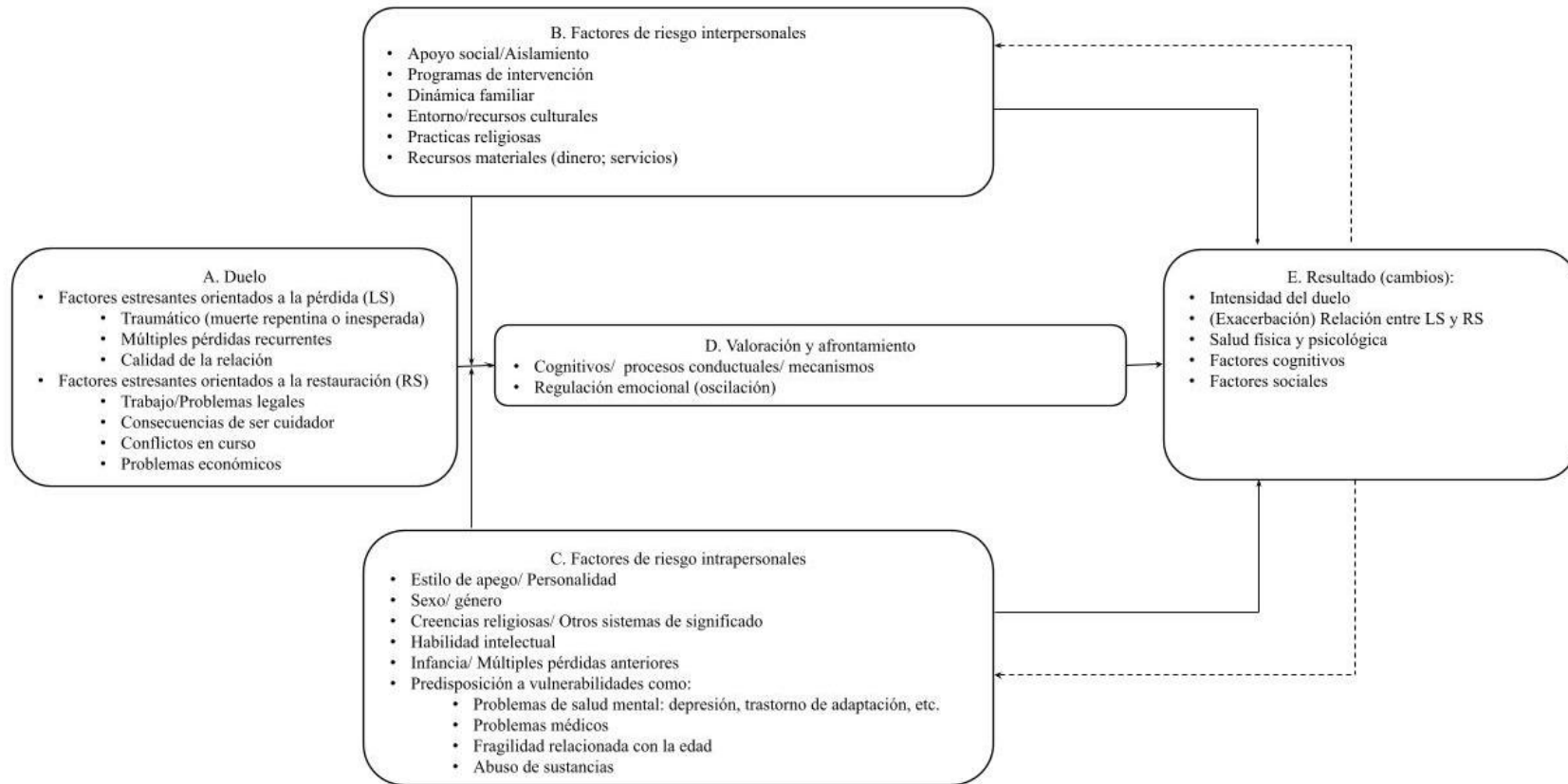
- Encerrarse en su cuarto a llorar y no salir hasta el otro día
- No hablar con su familia porque hacen comentarios negativos sobre su marido
- Pasa la mayor parte del día haciendo quehacer

Cognitivo-emocional.

- Sentimiento de soledad “Me siento muy sola, él era todo mi apoyo” (sic pac.)
- Tristeza la mayor parte del día
- Pensamientos de culpa por el accidente "Si le hubiera dicho que no fuera a trabajar, él estuviera aquí" (sic pac.)
- Pensamientos de culpa por cobrar la pensión y seguros “Siento que estoy cobrando por la vida de mi esposo” (sic pac.)
- Sentimientos de confusión ya que su marido les decía que todo lo que hacía era para que ellos estuvieran bien si un día faltaba.
- Pensamientos que la alejan de su familia “Es como si le diera gusto, no quiero tener ninguna relación con ella” (sic pac.).

Fisiológicos

- Llanto
- Dolor de cabeza cuando se encierra en su cuarto y se pone llorar

Figura 2.**Modelo integrativo de factores de riesgo**

Nota. Adaptado de “The prediction of bereavement outcome: Development of an integrative risk factor framework”, de M. S. Stroebe, S. Folkman, R. O. Hansson & H. Schut, 2006, *Ciencias sociales y medicina*, 63(9), p. 2440-2451.

(<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2006.06.012>).

Análisis funcional

Se presenta a consulta Gloria de 50 años, viuda, originaria de Ciudad del Carmen Campeche, quien tiene dos hijos y actualmente vive solo con su hija y su hijo se encuentra realizando su servicio social como médico.

Derivado del fallecimiento de su esposo en un accidente automovilístico la paciente se encuentra enfocada en el afrontamiento orientado a la pérdida ya que piensa que tiene la culpa de su muerte, lo recuerda todo el tiempo, llora y se siente triste, ha ignorado el afrontamiento orientado a la restauración que implica los problemas económicos generados por la muerte de su esposo, no desea abordar problemas legales por la pensión y seguros, ni afrontar problemas con su familia, principalmente la relación con su madre.

Aunado a lo anterior la paciente cuenta con factores de riesgo interpersonales e intrapersonales, los factores interpersonales son el apoyo social percibido como insuficiente ya que a pesar de sus hijos, hermanos y cuñadas se percibe sola, aislamiento como forma de evitar la situación, una dinámica familiar conflictiva, específicamente la relación con su madre, problemas económicos debido a que su esposo era el único proveedor de la casa, es desempleada y es ama de casa.

En cuanto a los factores de riesgo intrapersonales se identifica el género, al tener un rol específico las demandas actuales han sobrepasado las habilidades con las que cuenta, su religión católica ya que considera que no es funcional y por el contrario la hace sentir mal, también la paciente sufre diabetes mellitus tipo 2 que tiene controlada, el sarcoma que tuvo en el 2016 en el brazo izquierdo que limita su movilidad y que fue una muerte inesperada y violenta.

Lo anterior influye en la valoración que hace la paciente sobre la situación estresante que es la muerte de su esposo y el uso desadaptativo de las estrategias de afrontamiento que utiliza en el proceso de duelo, así que se puede predecir que la paciente tiene alta probabilidad de desarrollar un duelo complicado.

Por lo tanto, se propone una intervención dirigida al uso adaptativo de las estrategias de afrontamiento centradas en el problema y en la emoción por medio del uso de técnicas cognitivo conductuales empleando la psicoeducación como eje rector para abordar la modificación de pensamientos, solución de problemas y comunicación asertiva para que al finalizar la intervención la paciente sea capaz de identificar el tipo de proceso de duelo que tiene, y utilizar adaptativamente las estrategias de afrontamiento centradas en la emoción y en el problema, para así oscilar entre el afrontamiento orientado a pérdida y la restauración.

Hipótesis funcional o de mantenimiento

Si Gloria recibe una intervención cognitivo conductual basada en psicoeducación para fomentar el uso adaptativo de las estrategias de afrontamiento centradas en la emoción y en el problema, la paciente oscila entre el afrontamiento orientado a la pérdida que implica sus recuerdos y emociones por la muerte de su esposo y el afrontamiento orientado a la restauración que implica resolver situaciones relacionadas con el fallecimiento como los problemas económicos, legales por la pensión y seguros, así como los problemas familiares

Diagnóstico DSM IV

Eje I: Z63.4 Duelo [V62.82]

Eje II: Z03.2 Sin diagnóstico

Eje III: Sarcoma en el brazo izquierdo

Eje IV: Problemas relativos al grupo primario de apoyo

Eje V: EEAG = 80 a 71 síntomas transitorios y esperables

Objetivos de tratamiento psicológico

Objetivo General:

La paciente utilizará adaptativamente las estrategias de afrontamiento centradas en la emoción y en el problema aprendidas en las sesiones para desarrollar un duelo adaptativo

Objetivos Específicos:

- Identificará las características del afrontamiento centrado en la pérdida y en la restauración de su proceso de duelo
- Identificará el tipo de proceso de duelo que tiene
- Identificará las características principales de las estrategias de afrontamiento centradas en la emoción
- Utilizará las estrategias de afrontamiento centradas en la emoción
- Identificará las características principales de las estrategias de afrontamiento centradas en el problema
- Utilizará las estrategias de afrontamiento centradas en el problema

Estrategia terapéutica***Selección de técnicas de intervención***

La intervención fue predominantemente de corte psicoeducativa en la que se abordaron los siguientes temas.

Para empezar, se identificaron las características del duelo con base en el modelo de procesamiento dual, así como las estrategias de afrontamiento centradas en la emoción y en el problema en el duelo.

En el caso de las estrategias de afrontamiento centradas en la emoción se trabajó la identificación de las características de las mismas para un uso favorable o desfavorable.

En las estrategias de afrontamiento centradas en el problema se trabajó la identificación de pensamientos racionales e irracionales y el debate para la generación de pensamiento alternativos, se identificaron las características principales de la técnica de solución de problemas para su uso en la vida cotidiana, y finalmente se abordó la comunicación asertiva para reforzar las redes de apoyo de la paciente.

*Descripción de sesiones***Tabla 1.**

Sesión	Técnica de intervención	Procedimiento	Resultados
Sesión 1 23-02-2022	Instrumento DASS-21	La paciente lo respondió al realizar su solicitud.	Estrés 1 punto: normal Ansiedad 14 puntos: moderada Depresión 24 puntos: severa
	Entrevista conductual	Se evalúa el motivo de consulta, se establecen componentes de relación, se identifican características de su proceso con base en el modelo de procesamiento dual y factores de riesgo para desarrollar un duelo complicado.	La paciente menciona que acude a la atención porque desea sentirse bien y no sentir culpas por el fallecimiento de su esposo, que fue una muerte inesperada y trágica porque fue en un accidente automovilístico, piensa constantemente en que pudo haberlo evitado y desea que no sea real lo que está pasando, hay diferentes problemas que requieren de su atención que son problemas legales de seguros y pensiones, familiares y económicos, sin embargo, no los ha podido atender porque no tiene ganas de hacer nada, finalmente se identificaron los factores de riesgo que tiene y cómo influyen en su proceso.
	Observación clínica	Durante la sesión se prestó atención a la conducta no verbal de la paciente.	Se identifica llanto constante y aliño adecuado.
Sesión 2 02-03-2022	Resumen	Se hizo un recuento de la sesión pasada y de la semana.	La paciente considera que le ayudó el haber platicado la sesión pasada sobre todo lo que ha vivido y cómo se siente, el fin de semana se cumplió un mes más de que falleció su marido y considera que lo pudo sobrellevar bien, porque aunque se sentía muy triste rectificó que cuenta con el apoyo de sus hijos, 2 hermanos, 2 cuñadas, pero además identificó

Sesión	Técnica de intervención	Procedimiento	Resultados
			que los compañeros de trabajo de su marido también han sido un apoyo en estos momentos, además como resultado de la sesión anterior la paciente tomó la decisión de comenzar a realizar actividades nuevas como ejercicio y manualidades, y pese a que tuvo un problema con su madre, tomó la decisión de cortar la relación con ella por el momento, lo cual le da tranquilidad para llevar su proceso de duelo.
	Escala CAE	La coterapeuta iba leyendo las preguntas y respondía de acuerdo con lo planteado por la paciente.	En el Afrontamiento Centrado en el Problema, se identificó que la focalización en la solución de problemas y la búsqueda de apoyo social con un uso de frecuencia intermedia, y la reevaluación positiva con alta frecuencia. En el Afrontamiento Centrado en la Emoción, la autofocalización negativa, evitación y religión tiene una frecuencia intermedia, y expresión emocional abierta baja frecuencia.
	Instrumento IDC	La terapeuta iba leyendo las preguntas y respondía de acuerdo con lo planteado por la paciente.	Se obtuvieron 32 puntos lo cual indica que la paciente tiene una mayor probabilidad de desarrollar un duelo complicado.
	Psicoeducación	Utilizando una presentación como guía y con ejemplos se le explicó a la paciente las características de un duelo, así como un duelo complicado y adaptativo con base en el modelo de procesamiento dual.	La paciente refirió no conocer anteriormente las características de un proceso de duelo y le parece interesante entender qué es lo que le pasa.

Sesión	Técnica de intervención	Procedimiento	Resultados
	Tarea	Describir cómo ha sido su proceso de duelo con base en las características del modelo de procesamiento dual.	La paciente lo hará en un cuaderno que designó en específico para las sesiones ya que sus habilidades tecnológicas son bajas.
Sesión 3 09-03-2022	Resumen	Se hizo un recuento de la sesión pasada y de la semana.	La paciente comenta que se siente mejor, que durante esta semana no identifica algún malestar respecto al duelo, está tranquila porque la relación con sus hijos está bien y no ha visto a su mamá, ha comenzado a resolver los problemas legales, sin embargo, siente culpa por el pago de los seguros "siento que estamos cobrando por su vida" (sic pac.), sin embargo, está intentando reevaluar la situación "Es lo justo porque él trabajó por nuestra estabilidad" (sic pac.)
	Revisión de tarea	Se retroalimentó la tarea y se aclararon dudas.	Gloria fue capaz de identificar los elementos del proceso de duelo en su propio caso y pudo explicar porque ella tiene un proceso de duelo adaptativo y los riesgos que existen para desarrollar un duelo complicado.
	Psicoeducación	Utilizando una presentación como guía y con ejemplos se le explicó a la paciente cada una de las estrategias de afrontamiento centradas en el problema y centradas en la emoción.	La paciente planteó ejemplos de las estrategias de afrontamiento.
	Tarea	Describir un ejemplo propio de cada una de las estrategias de afrontamiento centradas en	Gloria anotará estos ejemplos en su cuaderno y se revisarán en la siguiente sesión.

Sesión	Técnica de intervención	Procedimiento	Resultados
Sesión 4 18-03-2022	Resumen	Se hizo un recuento de la sesión pasada y de la semana.	La paciente reporta que las cosas van bien sobre el duelo, ha estado estresada por los problemas legales y familiares pero continua resolviéndolos, durante la semana reafirmó que se dirige a un proceso de duelo adaptativo, porque tiene momentos en los que se siente triste, se encierra en su cuarto y llora, pero después continúa con sus actividades del día, también comenta que acudió a misa y que se sintió apoyada y tranquila, ante lo cual menciona "Me tengo que adaptar a mi nuevo estilo de vida" (sic pac.), también está trabajando por reevaluar la situación "Toda la vida me va a doler, pero no igual que el primer día, estoy saliendo adelante con lo que él me enseñó" (sic pac.) y se siente orgullosa de lo que está consiguiendo en cada sesión.
	Revisión de tarea	Se retroalimentó la tarea y se plantearon más ejemplos con la paciente.	La paciente identificó en su proceso de duelo, situaciones en las cuales ha puesto en práctica cada una de las estrategias de afrontamiento centradas en el problema y centradas en la emoción "Quizá estoy abusando de algunas, pero creo que voy bien" (sic pac.)
	Psicoeducación	Se le explicaron a la paciente cada una de las estrategias de afrontamiento centradas en la emoción, su uso adaptativo y desadaptativo con ejemplos.	Gloria expresó ejemplos de las estrategias de afrontamiento centradas en la emoción que ha utilizado durante el proceso de duelo que ha tenido y si considera que han sido adaptativas o desadaptativas.
	Tarea		

Sesión	Técnica de intervención	Procedimiento	Resultados
		Registrar un ejemplo del uso que le da a cada una de las estrategias de afrontamiento centradas en la emoción durante la semana.	La paciente registrará en su cuaderno los ejemplos que identifique.
Sesión 5 22-03-2022	Resumen	Se hizo un recuento de la sesión pasada y de la semana.	En esta sesión la paciente comentó sentirse muy bien, pese a que en la semana tuvo un día muy estresante, porque acudió al MP y para ello tuvo que pasar por el lugar donde fue el accidente y falleció su esposo, lo cual le generó taquicardia y mucha tristeza “Fue como revivir todo el proceso” (sic pac.) sin embargo, después llevó a su suegra al médico y ya que llegó a casa se encerró en su cuarto y lloró todo el día "Dejé fluir lo que siento, porque es parte de esto... no puedo evitarlo siempre" (sic pac.) y al día siguiente continuó con sus actividades “No hay lugar para la depresión...cada día estamos evolucionando para mejor “ (sic pac.).
	Revisión de tarea	Se retroalimentó la tarea y se cuestionó si considera que su uso es adaptativo o desadaptativo para generar propuestas para modificarlas.	La paciente identificó un ejemplo de las estrategias de afrontamiento centradas en la emoción durante su semana, pudo justificar si su uso es adaptativo o desadaptativo y generó propuestas para modificarlas.
	Psicoeducación	Se le explicó a la paciente la estrategia de reevaluación positiva, la relación entre situación, pensamiento y consecuencias, y las características de los	La paciente expresó la estrategia de reevaluación positiva, la relación entre una situación, pensamiento y consecuencias en tres momentos diferentes de su proceso de duelo, así como dos pensamientos racionales e irracionales y generó dos pensamientos racionales más para el proceso de duelo, un

Sesión	Técnica de intervención	Procedimiento	Resultados
		pensamientos racionales e irracionales con ejemplos.	ejemplo es sobre la culpa “No es mi culpa, fue un accidente y no dependía de mi evitarlo” (sic pac.)
		Se le explicó a la paciente la importancia de la estrategia de focalización en la solución de problemas, así como los pasos de la técnica de solución de problemas con ejemplos.	La paciente estructuró uno de los problemas legales que ha tenido que resolver de acuerdo con los pasos de la técnica de solución de problemas.
		Se le explicó a la paciente las características de la estrategia de búsqueda de apoyo social, las redes de apoyo y los estilos de comunicación	La paciente identificó quiénes son sus redes de apoyo y cómo le ayudan, y pudo ejemplificar una situación en donde fue asertiva con su cuñada y agresiva con su amiga, para este último caso se planteó un ejemplo de cómo podría ser asertiva con su amiga.
	Tarea	Registrar un ejemplo del uso que le da a cada una de las estrategias de afrontamiento centradas en el problema durante la semana.	La paciente registrará en su cuaderno los ejemplos que identifique.
Sesión 6 01-04-2022	Resumen	Se hizo un recuento de la sesión pasada y de la semana.	La paciente comenta que está muy bien, continúa haciendo ejercicio y sus manualidades, comparte que fue difícil el día que cumplió un mes más de fallecido su esposo, sin embargo, también recibió una muy buena noticia ya que le avisaron que ya quedó la pensión vitalicia, lo cual le da tranquilidad para continuar con su vida.

Sesión	Técnica de intervención	Procedimiento	Resultados
	Revisión de tarea	Se retroalimentó la tarea y resolvieron dudas	Gloria identificó el uso de las estrategias de afrontamiento centradas en el problema, la focalización en la solución de problemas en los problemas legales de la pensión, la búsqueda de apoyo social con su cuñada y la asertividad para poner límites, y la reevaluación positiva en pensamientos que tuvo ante la noticia de la pensión, ya que anteriormente no quería cobrar porque pensaba que cobraba por la vida de su esposo, pero ahora considera que es lo justo por el trabajo que realizó para ellos.
	Recapitulación	Se hizo un recuento de los temas abordados en las sesiones, los aprendizajes obtenidos y se plantearon ejemplos para el uso de las estrategias de afrontamiento en el futuro	La paciente menciona “Adquirí muchos conocimientos, entre ellos a identificar y expresar lo que pienso y siento, así como poner en práctica y mejorar mis herramientas para afrontar la muerte de mi esposo” (sic pac.) además comparte “Tengo un proceso de duelo adaptativo porque habrá momentos en los que me sienta mal pero también bien para continuar con mi vida, aunque sea difícil” (sic pac.). Además, Gloria pudo plantear ejemplos del uso de las estrategias de afrontamiento en situaciones en el futuro y tiene planeado en julio o agosto entrará a trabajar al área contable de una empresa, lo cual la motiva a seguirse esforzando por ella y sus hijos para estar bien, finalmente dijo que sus conocimientos adquiridos los ha compartido también con su hija y su cuñada.
	Escala CAE	La coterapeuta iba leyendo las preguntas y respondía de acuerdo con lo planteado por la paciente	En el Afrontamiento Centrado en el Problema, se identificó que la focalización en la solución de problemas, la búsqueda de apoyo social y la reevaluación positiva las utiliza con alta frecuencia.

Sesión	Técnica de intervención	Procedimiento	Resultados
	Instrumento IDC	La terapeuta iba leyendo las preguntas y respondía de acuerdo con lo planteado por la paciente.	<p>En el afrontamiento Centrado en la Emoción, la autofocalización negativa y expresión emocional abierta las utiliza con baja frecuencia, en cambio la evitación y la religión mostraron una frecuencia intermedia.</p> <p>Se obtuvieron 21 puntos lo cual indica que la paciente tiene menor probabilidad de desarrollar un duelo complicado.</p>

Resultados

A continuación, se explican los resultados obtenidos del proceso concluido de Gloria que tuvo una duración de seis sesiones.

Considerando el objetivo general y los objetivos específicos que se establecieron con la paciente se puede decir que estos se cumplieron (ver Tabla 2).

Tabla 2

Objetivos específicos

Objetivo	Resultado
Identificará las características del afrontamiento centrado en la pérdida y en la restauración de su proceso de duelo	Si
Identificará el tipo de proceso de duelo que tiene	Si
Identificará las características principales de las estrategias de afrontamiento centradas en la emoción	Si
Utilizará las estrategias de afrontamiento centradas en la emoción	Si
Identificará las características principales de las estrategias de afrontamiento centradas en el problema	Si
Utilizará las estrategias de afrontamiento centradas en el problema	Si

Considerando las conductas problemáticas identificadas los cambios que se observaron se presentan en la siguiente Tabla 3.

Tabla 3*Cambios en las conductas problema*

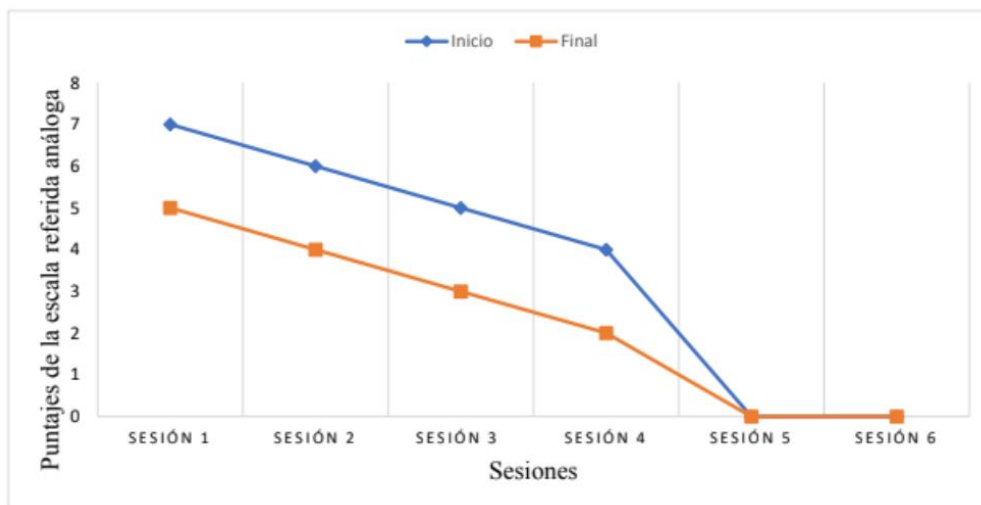
Conductas problema	Resultado
Evitar salir de su casa para no encontrarse con alguien y no dar explicaciones	Utilizó la estrategia de comunicación asertiva para poner límites
Evita salir de casa para no pasar por el lugar del accidente	Pasó por el lugar del accidente lo cual le generó taquicardia y mucha tristeza "Fue como revivir todo el proceso" (sic pac.) pero dejó fluir lo que sintió y mencionó que es algo que no puede evitar siempre, aunque es difícil
Encerrarse en su cuarto a llorar y no salir hasta el otro día	Continúa la conducta de encerrarse en su cuarto a llorar, pero de acuerdo con su reporte verbal ya no es hasta el otro día, lo realiza en el momento que se siente triste y después continúa con sus actividades
No hablar con su familia porque hacen comentarios negativos sobre su marido	La paciente estableció límites con su madre y su familia
Pasa la mayor parte del día haciendo quehacer	Además de hacer quehacer comenzó a hacer ejercicio y manualidades
Llanto	La paciente reportó verbalmente una disminución de esta conducta
Sentimiento de soledad "Me siento muy sola, él era todo mi apoyo" (sic pac.)	Identificó que cuenta con el apoyo de sus hijos, 2 hermanos, 2 cuñadas y compañeros de trabajo de su marido
Tristeza la mayor parte del día	La paciente cada sesión reportó una mejora en su estado de ánimo
Pensamientos de culpa por el accidente "Si le hubiera dicho que no fuera a trabajar, él estuviera aquí" (sic pac.)	Generó un pensamiento racional alternativo "No es mi culpa, fue un accidente y no dependía de mi evitarlo" (sic pac.)
Pensamientos de culpa por cobrar la pensión y seguros "Siento que estoy cobrando por la vida de mi esposo" (sic pac.)	Generó un pensamiento racional alternativo "Es lo justo porque él trabajó por nuestra estabilidad" (sic pac.)
Sentimientos de confusión porque su marido les decía que todo lo que hacía era para que ellos estuvieran bien si un día faltaba	Tranquilidad porque su esposo los dejó protegidos económicamente
Pensamientos que la alejan de su familia "Es como si le diera gusto, no quiero tener ninguna relación con ella" (sic pac.)	No se modificó, la relación con su familia es complicada y no le interesa mejorar la relación
Dolor de cabeza cuando se encierra en su cuarto y se pone a llorar	Durante la intervención la paciente ya no reportó la presencia de este malestar

En la escala DASS-21 el paciente obtuvo en la subescala de estrés 1 punto que implica un nivel normal, en la de ansiedad 14 puntos que implica un nivel moderado y en depresión 24 puntos que implican un nivel severo.

Cada sesión se realizó una evaluación referida análoga al inicio y al final (ver Figura 3), en una escala del 0 al 10, en donde 0 implica “muy bien, refirió sentirse excelente” y 10 “muy mal, refirió sentirse terrible” y los resultados se muestran en la Figura 3 en donde hubo un cambio clínico objetivo con un valor de -0.36.

Figura 3.

Registro de las escalas referenciales análogas al inicio y al final de cada sesión



En cuanto a los instrumentos de evaluación utilizados los puntajes obtenidos en el CAE en el pretest y posttest de la paciente se presentan en la Tabla 4, los cuales muestran que incrementó el uso de las estrategias de focalización en la solución de problemas, búsqueda de apoyo social y evitación, quedando así el uso en frecuencia intermedia lo cual de acuerdo con la literatura implica el uso adaptativo de las estrategias; por otro lado la reevaluación positiva disminuyó de alta frecuencia a frecuencia intermedia lo cual refleja que la paciente pasó de un

uso desadaptativo a un uso adaptativo; en el caso de la autofocalización negativa y expresión emocional abierta en el pretest la paciente reportaba un uso adaptativo de la estrategia, sin embargo, al terminar la intervención se reflejó el uso desadaptativo de las mismas; finalmente la religión se mantuvo con un uso adaptativo antes y después de la intervención.

Tabla 4.

Resultados de la evaluación pretest posttest del CAE

Nombre de la estrategia		02-marzo-2022 Pretest		01-abril-2022 Postest	
Estrategias de Afrontamiento Centradas en el Problema	Focalización en la Solución de Problemas	13	Frecuencia intermedia	18	Frecuencia intermedia
	Reevaluación Positiva	19	Frecuencia alta	15	Frecuencia intermedia
	Búsqueda de Apoyo Social	14	Frecuencia intermedia	18	Frecuencia intermedia
Estrategias de Afrontamiento Centradas en la Emoción	Autofocalización negativa	12	Frecuencia intermedia	1	Frecuencia baja
	Expresión Emocional Abierta	5	Frecuencia baja	3	Frecuencia baja
	Evitación	15	Frecuencia intermedia	16	Frecuencia intermedia
	Religión	8	Frecuencia intermedia	8	Frecuencia intermedia

Ahora bien en el IDC antes de la intervención la paciente obtuvo 32 puntos lo cual reflejaba una mayor probabilidad de desarrollar un duelo complicado, y después de la intervención su puntuación disminuyó a 21 lo cual muestra que existe una menor probabilidad de que desarrolle un duelo complicado, sin embargo, es importante aclarar que los únicos factores de riesgo que se modificaron fueron los interpersonales ya que no es posible cambiar los

intrapersonales que implican el género, religión, nivel educativo y sus enfermedades médicas.

Conclusiones, áreas de oportunidad y comentarios finales

De acuerdo con el Modelo Integrativo de Factores de Riesgo el duelo por muerte es un factor estresante orientado a la pérdida y orientado a la restauración que puede tener diferentes resultados ya sea un duelo complicado o adaptativo, dependiendo de la acción conjunta de los factores de riesgo los cuales influyen en la evaluación que haga la persona de la situación, de sus recursos y de sus estilos de afrontamiento, los cuales son los únicos que se pueden modificar por medio de intervenciones breves (Stroebe et al., 2006).

En el caso aquí expuesto la paciente al inicio se encontraba enfocada en el afrontamiento orientada a la pérdida y con alta probabilidad de desarrollar un duelo complicado, sin embargo, con el incremento en el uso de las estrategias de afrontamiento centradas en el problema la paciente se enfocó también en el afrontamiento orientado a la restauración con lo cual solucionó sus problemas y se modificó su estado emocional, lo cual concuerda con los datos obtenidos en las escalas referenciales análogas (Folkman & Tedlie, 2004).

Situación que fue conveniente para la paciente pese a que las estrategias de afrontamiento centradas en la emoción, específicamente la autofocalización negativa y expresión emocional abierta, las utilizó de forma desadaptativa al final de la intervención.

Lo anterior concuerda con lo mencionado por Stroebe et al. (2006) de que las personas en duelo utilizan con mayor frecuencia las estrategias de afrontamiento centradas en la emoción porque la muerte de una persona es algo que no se puede cambiar por lo cual como dice Ornelas (2016) es necesario promover las estrategias de afrontamiento centradas en el problema para que exista un uso adaptativo de ambas y la oscilación entre el afrontamiento orientado a la pérdida y a la restauración.

Los resultados obtenidos brindan evidencia de que las estrategias de afrontamiento en el duelo se pueden trabajar por medio de técnicas cognitivo conductuales empleando la psicoeducación como eje rector, pese a las modificaciones que se realizan dada la estructura del Modelo integrativo de factores de riesgo que aquí se utiliza para explicar el proceso de duelo (Gavino, 2006).

Aun así existen diversas áreas de oportunidad para estas intervenciones ya que hace falta mayor evidencia de las técnicas cognitivo conductuales que se puede utilizar para desarrollar un uso adaptativo de las estrategias de afrontamiento en el duelo, también se requiere implementar otro tipo de técnicas en las estrategias de afrontamiento centradas en la emoción ya que aquí únicamente se explicaron sus características y se brindaron indicadores para identificar si se hace un uso adaptativo o desadaptativo de ellas, pero no se generaron estrategias puntuales para su modificación, y aunque en las estrategias centradas en el problema se realizó un mayor trabajo por incrementarse, lo cierto es que una sesión es muy poco tiempo para realizar el entrenamiento adecuado de cada técnica, por lo cual se requiere un mayor número de sesiones para poder trabajar las siete estrategias de afrontamiento, en caso de ser necesario, ya que puede haber casos que requieran solo trabajar unas en específico.

Queda mucho trabajo por hacer en el tema, pero este es un buen ejemplo para identificar aciertos y errores del trabajo cognitivo conductual en un caso de duelo.