



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS PROFESIONALES

Propuesta de intervención psicológica para el manejo del
duelo complicado en adultos

T E S I S D O C U M E N T A L
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A:
EMMANUEL AMAURY MEJIA FERRER

JURADO DE EXAMEN

DIRECTORA: DRA. CLAUDIA IVETHE JAEN CORTÉS
REVISORA: DRA. MARÍA SANTOS BECERRIL PÉREZ
COMITÉ: DRA. SOFÍA RIVERA ARAGÓN
DR. JOSE ALFREDO CONTRERAS VALDEZ
DR. OSCAR GALINDO VÁZQUEZ



Ciudad Universitaria, CD.MX.

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.

Dedicatoria

A todas aquellas personas que han dejado una huella en mi corazón y me han hecho no solo mejor profesionalista, sino mejor amistad, mejor persona y mejor ser humano.

A todos aquellos seres queridos que perdí y perderé a lo largo de la vida, las llevaré siempre en mi corazón.

A la vida misma, que me ha llevado a experimentar pérdidas y duelos que no llegue a imaginar, pero a su vez los más inigualables y dulces gozos que se pueden vivir.

"¿Qué es la pena, sino amor que persevera?"

-Visión

"Eres mi tristeza y mi esperanza, pero sobre todo eres mi amor"

-Wanda Maximoff

Agradecimientos

A mi padre Antonio, a mi madre Jeannete y a mi hermano José Antonio que han estado a mi lado desde antes de iniciar la carrera, incluso desde antes de que quisiera ser psicólogo, me han apoyado durante esta travesía, la cual no siempre fue sencilla, pero con su compañía hicieron menos complicada esta vida académica. No me queda más que agradecer por sus sacrificios, apoyo, enseñanzas, consejos, paciencia, cariño, tiempo, compañía, ser una guía durante tantos años, siendo un impulso para perseguir y alcanzar mis metas y sueños, que, aunque se vieran lejanos, nunca dejaron de creer en mí y siempre me brindaron soporte y las herramientas necesarias para no darme por vencido. Cada uno aportó a su manera para que llegue tan lejos como pueda imaginar y siempre me impulsaron a creer que podía alcanzar todos mis sueños, aunque se vieran tan lejanos y distantes. Ustedes me han inspirado a ser un gran psicólogo, hijo y hermano, no estaría donde estoy sino fuera por ustedes, de todo corazón, mi más profundo agradecimiento.

A todos los docentes que han construido y han formado parte de mi trayectoria universitaria, quienes han aportado para llevarme por el camino de la psicología científica. Sin embargo, quisiera mencionar a tres docentes que han sido pilares durante mi formación:

A la doctora Claudia Jaen: por guiarme y acompañarme en todo el proceso de la tesis, por enseñarme sobre la psicología basada en evidencia, siempre induciendo técnicas y teorías científicas, eficaces y fundamentadas. Además de brindarme su apoyo en todo momento, tanto en lo académico como en lo personal, gracias por confiar en mí y ha sido un honor ser parte de su historial de tesistas.

A la doctora María Becerril: por ser mi guía en mi acercamiento y entrenamiento con la psicología clínica, desde los primeros pasos hasta una intervención psicoterapéutica. Me enseñó

que es posible una psicología clínica humana, basada en ciencia y eficaz, incentivando aún más mi deseo de formarme como psicólogo clínico.

A la doctora Sofía Rivera: por ser un pilar en mi formación académica durante los primeros semestres y que hizo eco durante la carrera, mostrándome una psicología que analiza los diferentes fenómenos sociales e individuales. Inspirándome con sus conocimientos, formación y forma de enseñar, siendo un referente como docente y psicóloga.

A las personas con las que ya no tenga contacto, pero formaron parte de mi historia y forjaron mi camino.

A mis amistades Lizzete Lovera, Alejandra Rosario, Fernanda Moreno, Astrid Garduño, Angélica Moreno, Mileyri Ginés, Mariana Avilez, Brasil Baltazar, Eduardo Osorio, Claudia Rangel, Héctor León, Ramiro Mendiola, Melissa Morales, Lizzeth Aguilar, Laura Ruiz y Rodrigo Martínez: Conocerles, coincidir y experimentar cada uno de los momentos y experiencias que he vivido con ustedes han sido una parte fundamental para que mi experiencia de vida sea una que este feliz de transitar, recordar y experimentar. Han hecho de mi vida una más emocionante, alegre, divertida y maravillosa, menos pesada y complicada. Cuando miro hacia el pasado, reflexiono mi presente, y pienso en el porvenir, siento mucha añoranza, felicidad y tranquilidad de todo aquello que he vivido a su lado y de estos momentos que experimentamos juntos, y espero con mucha emoción que la vida me permita más historias a su lado, ustedes son mi segundo hogar.

Me faltan las palabras para agradecerles a todos ustedes como es debido y como corresponde, pero sepan que mi agradecimiento es más grande que el espacio de estas páginas, más amplio que la extensión de este trabajo y más profundo de lo que jamás podré expresar.

Gracias por todo.

Índice

Resumen	8
Introducción	9
Capítulo 1. Duelo	11
1.1. Conceptos asociados al duelo	11
Perdida	11
Luto	12
Duelo.....	13
Trabajo de duelo	15
1.2. Factores que influyen en el duelo	17
1.3. Modelos para comprender el proceso del duelo	21
Características del duelo por Lindemann.....	22
Modelo de Engel	23
Modelo de cinco Etapas del Duelo	26
Modelo de Parkes y Weiss	29
Modelo de Sanders.....	30
Modelo de Bowlby.....	31
Modelo de las “Seis R” de Rando.....	32
Modelo de Neimeyer.....	37
Modelo de Tareas del Duelo	39
Modelo de Procesamiento Dual de Afrontamiento para el Duelo	44
1.4. Duelo normal versus duelo complicado	59
Duelo normal	59
Duelo complicado	64
Duelo complicado según Stroebe y Schut.....	71
1.5. Instrumentos que se utilizan para evaluar el duelo	74
Capítulo 2. Terapia cognitivo conductual	80
2.1. Terapia cognitivo conductual para el duelo	86
2.2. Terapia Cognitiva	88
Modelo Cognitivo	90
Procedimiento de la terapia cognitiva.....	99
Procedimiento y técnicas para modificar creencias y pensamientos automáticos	100

2.3. Solución de problemas de D`Zurilla y Goldfried	106
Principales conceptos de la Terapia de Solución de Problemas.....	107
Modelo revisado de solución de problemas sociales	110
Definición del problema.....	112
Generación de alternativas	113
Toma de decisiones.....	113
Implementación de la solución y verificación	114
2.4. Técnicas emocionales	115
Regulación emocional.....	116
Técnicas de exposición	119
Expresión emocional.....	122
Técnicas de relajación.....	124
Técnicas de Respiración.....	126
Técnica de imaginación	127
2.5. Otras técnicas	128
Psicoeducación.....	128
Balance emocional	129
2.6. Intervenciones cognitivo-conductuales para el manejo del duelo complicado	131
Capítulo 3. Propuesta de Intervención “Adaptando mi vida sin ti”.....	138
Planteamiento del Problema.....	138
Justificación	139
Pregunta de investigación	140
Propósito general	140
Hipótesis de trabajo.....	141
Diseño de Intervención	141
Participantes	141
Criterios de inclusión	141
Criterios de exclusión	142
Criterios de eliminación.....	142
Instrumentos.....	142
Procedimiento	143
3.1. Modelos de intervención	145

3.2. Modelo de intervención para el duelo complicado como síndrome de orientación a la pérdida.	146
3.3. Modelo de intervención para el duelo complicado como síndrome de orientación a la restauración	152
3.4. Pautas específicas de las sesiones	160
Capítulo 4. Discusión y conclusiones	163
Referencias	168
Anexos	177

Resumen

El duelo se define como una experiencia emocional de diversas reacciones físicas, sociales, psicológicas, cognitivas y conductuales que experimenta una persona debido al fallecimiento de un ser querido (Stroebe, Schut, & Boerner, 2017), en este trabajo documental se realizó una revisión documental del duelo, principalmente de los diferentes modelos para comprender la pérdida de un ser querido, como son los propuestos por: Kübler-Ross (1969), Shuchter y Zisook (1993), Stroebe y Schut (1999), Neimeyer (2002), entre otros. El duelo complicado, según Stroebe (1999) se define como la ausencia de oscilación en donde se permanece en el afrontamiento a la pérdida o en el afrontamiento a la restauración.

En este trabajo, se presenta el diseño de una intervención basada en el modelo propuesto por Stroebe y Schut (1999): *Dual Process Model of Coping with bereavement* traducido como Modelo de Procesamiento Dual de Afrontamiento para el Duelo, que propone tres dimensiones para explicar la manera en que las personas afrontan el duelo: (a) orientación a la pérdida (b) orientación a la restauración y (c) la oscilación entre la pérdida y la restauración. La propuesta de intervención está dirigida a adultos mayores de 18 años, que hayan perdido a una pareja o progenitor y presenten reacciones adversas, 6 meses después de la pérdida.

En dicha propuesta, se sugiere utilizar estrategias de la terapia cognitivo conductual para disminuir el malestar asociado a la muerte del ser querido, con la finalidad de modificar las creencias desadaptativas que impidan la oscilación entre las dos dimensiones anteriores y llevar un afrontamiento a la pérdida adaptativo; aprender soluciones planeadas a los problemas que surgen al adaptarse a un mundo sin el ser querido y desarrollar formas adaptativas de continuar con el vínculo con el ser querido. Se espera que, con la instrumentación de la intervención, se observé eficacia clínica que redunde en una mejor adaptación de las personas que atraviesan por un duelo complicado.

PALABRAS CLAVE: Duelo, duelo complicado, Modelo de Procesamiento Dual de Afrontamiento para el Duelo, intervención psicológica, terapia cognitiva-conductual.

Introducción

Este manuscrito es una tesis documental sobre el manejo del duelo. El duelo se define una experiencia emocional de diversas reacciones físicas, sociales, psicológicas, cognitivas y conductuales que experimenta una persona debido al fallecimiento de un ser querido (Stroebe et al., 2017). En el capítulo 1 se aborda la definición de duelo; se hace una distinción de los conceptos asociados como luto, pérdida, duelo, entre otros; se hace una revisión sobre diversos modelos que buscan explicar y comprender el fenómeno del duelo a saber: Lindeman (1944), Engel (1964), Kübler-Ross (1969), Worden (1982, en Hidalgo, 2001), Parkes y Weiss (1983), Sanders (1989), Bowlby (1993), Rando (1993), Shuchter y Zisook (1993), Stroebe y Schut (1999), Neimeyer (2002). Se describen diferentes factores que influyen en el duelo, se hace la distinción entre duelo normal y duelo complicado, además un repertorio de las manifestaciones que ocurren en el duelo, siendo estas el funcionamiento social, las reacciones fisiológicas, emocionales, cognitivas y conductuales. Siendo las últimas tres dimensiones convergentes con los elementos base de la terapia cognitivo conductual, por lo que esta terapia sería de utilidad para reducir los síntomas que produzcan malestar clínicamente significativo dentro de un duelo complicado y así se puedan modificar dichos elementos para que una persona se pueda adaptar a la pérdida de un ser querido.

En el capítulo 2 se hace una revisión teórica sobre la terapia cognitivo-conductual que se utiliza para fomentar una mejor adaptación en las personas que atraviesan un duelo complicado, centrándose en primer lugar en los conceptos básicos de la terapia cognitivo conductual, para posteriormente describir la Terapia Cognitiva de Beck (1995), el modelo cognitivo planteado por Beck (1995), el procedimiento general de la terapia cognitiva y posteriormente enmarcar diferentes técnicas para modificar pensamientos automáticos y creencias. También se describe la Terapia de Solución de Problemas de D`Zurilla y Goldfried (2014) puntualizando los principales conceptos

planteados por la terapia, así como el modelo revisado de solución de problemas y con ello los pasos para realizar soluciones basadas en una planificación previa. De la misma forma se describe una variedad de técnicas emocionales, como la regulación emocional, las técnicas de exposición y de expresión emocional. Además de otras técnicas como la relajación muscular, respiración, imaginación, psicoeducación y balance emocional.

En el capítulo 3 se presenta una propuesta de intervención psicológica con la finalidad de coadyuvar en el proceso de duelo complicado por el que atraviesan algunas personas adultas, cuyo objetivo es adaptar a la persona aun mundo sin su ser querido, modificando las creencias alrededor de la pérdida de su ser querido, disminuyendo las reacciones emocionales, aprendiendo formas adaptativas para realizar las actividades después de la pérdida y desarrollando una forma adecuada de expresar el vínculo con el ser querido fallecido. Dicha propuesta de intervención va dirigida a adultos que hayan perdido a su pareja o alguno de sus progenitores, y que posterior a los 6 meses de la pérdida las reacciones que produzcan malestar significativo continúen; consta de 12 sesiones, en un formato de terapia individual.

Finalmente, en el capítulo 4 se presenta la discusión, así como algunas reflexiones finales sobre el fenómeno del duelo en general, el manejo del duelo adaptativo, la propuesta de intervención planteada; se mencionan ciertas limitaciones y recomendaciones tanto de la propuesta de intervención como para futuros trabajos sobre duelo y el duelo complicado.

Y ahora estoy llegando con cada nota que canto
y espero que te llegue con algún viento pacífico
se envuelve a tu alrededor y te susurra al oído
te dice que te extraño y desearía que estuvieras aquí
ojalá estuvieras aquí

(Florence and The Machine, 2016)

Capítulo 1. Duelo

Diferentes autores (p.e. Real Academia Española (2021), Bowlby (1987), Stroebe et al. (2017)) han elaborado diversos conceptos asociados al duelo, en adición, se han estudiado algunos procesos vinculados con este término, que se explican a continuación:

1.1. Conceptos asociados al duelo

Perdida

La pérdida (Del latín tardío *perdīta*, perdida) (Real Academia Española [RAE], 2021) es una palabra que se utiliza en de forma cotidiana, para referirnos a una infinidad de situaciones, sin embargo, ¿qué significa la pérdida?

Desde su concepción más simple, se encuentra la definición de la RAE, la cual es: “Carencia, privación de lo que se poseía” (2021, párrafo 1). Esta definición hace referencia a una gran cantidad de elementos que se pueden perder, siempre y cuando sea algo que se poseía, desde objetos, experiencias, personas. etc., por lo que su amplitud de elementos posibles hace difícil enfocar esta definición a un solo parámetro y comprender con mayor exactitud el duelo por el fallecimiento de un ser querido.

Bowlby (1987, en Montesdeoca, 2016, p. 29) propone como definición a la pérdida: “quedarse sin afecto permanentemente”. Esta conceptualización brinda un acercamiento a la irreversibilidad y lo permanente de la muerte, sin embargo, es ambigua ya que quedarse sin afecto permanentemente, puede hacer referencia otras cuestiones y no a la muerte de un ser querido humano (como el fallecimiento de una mascota), por lo que se requiere de una definición más concreta.

Así pues, una definición más objetiva, específica y delimitada de la pérdida es la propuesta por Stroebe et al. (2017, p. 594) la cual es: “Situación objetiva de una persona afectada por la muerte de alguien importante en su vida”. Como vemos esta es una definición centrada en la muerte de una persona, además de que lo plantea como la situación objetiva que vive una persona sobre la muerte de otra, es decir se ve la pérdida desde fuera, dejando aparte los procesos vinculados al duelo.

Luto

Luto se define por Sarason y Sarason (2006, p. 167) como: “la pérdida de una persona importante debido al fallecimiento”. Esta definición no explora sobre la naturaleza del luto, más bien es bastante similar a la definición de pérdida antes mencionada.

Mientras que Olmeda (1998, en Guillem et al., 2007, p. 63) se refiere al luto como: “la expresión social del comportamiento y a las prácticas posteriores a la pérdida”. Una definición que explica el luto más allá de una situación, sino que lo coloca temporalmente (después de la pérdida) y delimita correctamente a lo que se refiere (expresión social del comportamiento), sin embargo, no se hace una diferenciación en cuanto a si estos compartimentos son únicamente grupales o puede haber cabida de un luto individual.

De esta manera, siguiendo la línea de Stroebe et al. (2017, p. 594), el luto se define como:

El luto implica las acciones y formas utilizadas para expresar el duelo que son moldeadas por las prácticas sociales y culturales, así como también por las expectativas sociales que sirven de directrices para el comportamiento esperado de las personas que han perdido a un ser querido (esto difiere entre individuos y grupos). El luto abarca diferentes costumbres y rituales, entre ellas diversas prácticas funerarias

De esta manera el luto sería las diversas formas y acciones (incluyendo costumbres y rituales fúnebres) que las personas realizan tras muerte de un ser querido, ya sea grupal o individualmente, mediados por la cultura, la socialización, y las expectativas sociales, esto quiere decir que la forma de llevar el luto no solo cambia a lo largo del tiempo sino también entre diferentes países y culturas; e incluso cambiara conforme la edad y el sexo o género de las personas que viven el luto.

Esta es una definición delimitada, ya que explica el luto, como una expresión del duelo siendo esta social e individual, además de que da la pauta a las diferencias entre culturas e individuos, siendo así una definición completa y específica.

Duelo

El duelo (Del latín tardío *dolus*, dolor) (RAE, 2021) se conceptualiza de diferentes formas por diferentes autores, que se enuncian a continuación:

“Demostraciones que se hacen para manifestar el sentimiento que se tiene por la muerte de alguien” (RAE, 2021, párrafo 5).

“Reunión de parientes, amigos, o invitados que asisten a la casa mortuoria, al entierro o a los funerales” (Larousse, 1997, párrafo 3).

Estas dos primeras definiciones provienen de diferentes diccionarios, estas son conceptualizaciones sencillas y fácilmente entendibles, sin embargo existe un problema; abarcan tanto situaciones y sentimientos que rodean a la pérdida, por un lado tenemos las demostraciones para manifestar los sentimientos hacia la muerte de alguien, pero también se considera como la reunión de parientes a un funeral, lo cual da dos situaciones diferentes, que se envuelven bajo un mismo término, lo que complica su utilidad al momento de describir el fenómeno del duelo de forma específica.

Mientras que Bowlby (1993; en Cabodevilla, 2007, p. 165) define el duelo como “Todos aquellos procesos psicológicos, conscientes e inconscientes, que la pérdida de una persona amada pone en marcha, cualquiera que sea el resultado”. Se menciona que entran en juego procesos psicológicos, además de que tiene en cuenta que estos procesos pueden tener diferentes connotaciones en los resultados (positivos, negativos o ambivalente), sin embargo, en la definición se enmarcan términos como proceso psicológico inconsciente nos puede llevar a cuestionamientos sobre la validez empírica de los términos.

También Gómez (2004, en Jiménez, 2017, p. 6). “Reacción natural ante la pérdida de una persona, objeto o evento simbólico, que se manifiesta en una reacción emocional y de comportamiento en forma de sufrimiento y aflicción cuando un vínculo afectivo se rompe”

Este concepto de pérdida aclara que el duelo es una reacción natural ante la pérdida, además envuelve características conductuales y emocionales que rodean al duelo, aunque relaciona ciertas reacciones al sufrimiento y aflicción, sin embargo, en ocasiones, (como se describe más adelante en el capítulo) estas respuestas no son únicamente de esta índole, también es importante destacar que engloba a personas, objetos o eventos simbólicos, pero esta tesis se centra en la pérdida de un ser querido y no de objetos o eventos.

Finalmente, Stroebe et al. (2017, p. 594) definen el duelo como “La experiencia emocional de diversas reacciones físicas, sociales, psicológicas, cognitivas y conductuales que sufre la persona afectada como resultado del fallecimiento de un ser querido”

Esta definición describe el duelo como una experiencia derivada de la pérdida, donde la persona experimenta reacciones en diferentes áreas. Esta conceptualización permite una amplia gama de reacciones ya que permite expresiones positivas y negativas, por lo que su conceptualización es más completa, además de que se centra en la pérdida de seres queridos, lo cual es idóneo para la delimitación del fenómeno.

Desde una aproximación psicológica, Stroebe (1992, en Worden, 2013, p. 57) menciona que el duelo es: “un proceso cognitivo que supone afrontar y reestructurar los pensamientos sobre el difunto, la experiencia de la pérdida y el mundo diferente en que ahora debe vivir la persona que ha sufrido la pérdida”. Con esta conceptualización, se especifica el nivel de ejecución del duelo, por lo que entenderlo bajo la premisa de proceso cognitivo facilita su estudio, e incluso, permite la creación de modelos explicativos, así como de tratamientos psicológicos.

Trabajo de duelo

De la misma manera que las definiciones anteriores, el trabajo de duelo también ha sido conceptualizado de diferentes formas:

Para Laplanche y Pontalis (1974, en Publicaciones Vértice, 2011) el trabajo de duelo es un proceso que sigue a la pérdida y por medio del cual la persona logra desprenderse progresivamente de un vínculo generado, consigue una reducción del dolor provocado por la pérdida.

En el caso de Francischelli (2008) el trabajo de duelo se define como el esfuerzo dedicado a cada detalle del objeto perdido, esto para la superación del duelo con el fin de salir de la tristeza hacia una vida más alegre.

Para Gómez (2018) el trabajo de duelo es el ajuste a la pérdida de la persona y este exige que la persona se desprenda de la relación e interacción con el difunto, a fin de liberarse de estas para desarrollar relaciones en otros contextos.

Con tan diversas definiciones lo ideal será conceptualizar el trabajo de duelo como un término utilizado para aceptar la pérdida de seres queridos, este concepto fue bastante extenso y utilizado para diferentes intervenciones y se ha actualizado con el paso de los años (Stroebe et al., 2017; Stroebe & Schut, 1999).

Constituye un proceso para adaptarse a la pérdida y se define como: “el proceso cognitivo-emocional realizado para afrontar la realidad de la muerte de un ser querido, volviendo a los sucesos asociados en torno al deceso, evocando recuerdos y trabajando para separarse de la persona fallecida” (Stroebe et al., 2017, p. 594). Si bien el trabajo de duelo se utilizó en diferentes intervenciones y estuvo presente en el campo de estudio del duelo durante gran parte del siglo XX, Silver y Wortman (1980, en Stroebe y Schut 1999), se basaron en un análisis de algunos trabajos empíricos, argumentaron que el trabajo de duelo no solo no se relacionaba con la recuperación, sino que incluso lo perjudicaba.

Stroebe (1992, en Stroebe y Schut 1999) resumió diferentes deficiencias relacionadas con la hipótesis del trabajo del, en donde mencionaba la falta de claridad en la definición del trabajo de duelo, mala calidad de las diversas operacionalizaciones en los estudios empíricos, así como la falta de pruebas sólidas para realizar dichas operacionalizaciones.

Como se puede observar más adelante, el trabajo de Stroebe y Schut son la base para el desarrollo de la intervención psicológica para el duelo, por lo que parece congruente basarse también en las definiciones que nos brindan dichos autores, de tal forma que se observa una delimitación concreta de los conceptos, lo cual permite una delimitación de la intervención, así como seguir una línea específica de trabajo, manteniendo así una estructura a nivel teórico, facilitando así, el desarrollo de la intervención psicológica, tratando en toda oportunidad de tener una fundamentación empírica y basada en evidencia.

Posterior a la revisión de la literatura se remarca la utilidad de tener conceptos claros alrededor del duelo, ya que permite construir un marco teórico más sólido, que evita confusiones entre los conceptos, y permite mantener una conceptualización que posteriormente beneficiara al entendimiento del fenómeno y al desarrollo de una intervención psicológica confiable, con un sustento claro, delimitado y con objetivos específicos lo cual abona al posible éxito de la misma.

1.2. Factores que influyen en el duelo

Existen muchos factores que influyen en la forma de reaccionar a una pérdida, algunos de estos factores preceden al sentimiento de pérdida, por ejemplo, una experiencia de la infancia o la naturaleza de la relación entre la persona que sufre la pérdida y el difunto. Estas reacciones también dependen de las circunstancias específicas de la persona que sufrió la pérdida, como son la edad, sexo, religión, personalidad, cultura, entre otros. También están determinadas por las circunstancias personales que continúan al fallecimiento como la cantidad de apoyo que tendrá o el tener otro tipo de responsabilidades, como puede ser el tener hijos pequeños. (Parkes, 1996, en Van Teijlingen & Humphris, 2019).

Worden (2013) nos brinda una lista de factores que influyen en el duelo, a través de siete mediadores: (a) Mediador 1: cómo era la persona fallecida (b) Mediador 2: la naturaleza del apego (c) Mediador 3: cómo ha fallecido la persona (d) Mediador 4: antecedentes históricos (d) Mediador 5: variables de la personalidad (e) Mediador 6: variables sociales (f) Mediador 7: tensiones concurrentes. Worden (2013) los describe de la siguiente manera:

❖ Mediador 1: cómo era la persona fallecida

Este mediador explica que la forma en que una persona reacciona a una pérdida se verá afectado por el parentesco que se tenía con el fallecido, ya que influye en la reacción la relación del afligido con la persona fallecida, por ejemplo, al ser cónyuge, hijo, padre, hermano, pariente lejano, amigo o amante. Las reacciones del duelo cambian según el parentesco, por ejemplo, cuando dos niños pierden a algún progenitor sus reacciones pueden presentar diferencias individuales por la relación que se tenía con el progenitor.

❖ Mediador 2: la naturaleza del apego

Las reacciones se ven mediadas por la naturaleza de apego con la persona fallecida, estas reacciones cambian según la fuerza del apego (la intensidad del duelo está determinada por la intensidad del amor y la gravedad de las reacciones pueden aumentar en proporción a la intensidad de la relación afectiva), la seguridad del apego (la medida en que se necesitaba del fallecido modificara las reacciones), ambivalencia de la relación (en las relaciones que coexisten sentimientos positivos como negativos, en el caso de relaciones muy ambivalentes, misma proporción de sentimientos positivos y negativos, es de esperarse un duelo más difícil), conflictos con el fallecido (la historia de conflictos a lo largo de la relación, ya sean actuales, como una discusión, o que tengan mucho tiempo,

como un abuso a edad temprana) y las relaciones de dependencia (el nivel de dependencia con el ser querido modificara las reacciones del duelo, a mayor dependencia mayor dificultad de adaptación).

❖ Mediador 3: cómo ha fallecido la persona

La manera en que ha muerto el ser querido influye en la forma que el afligido afronta la pérdida. Según sea la muerte, se afrontará de forma diferente la pérdida. El autor presenta diferentes dimensiones asociadas a la muerte características de la muerte que pueden influir en el duelo, siendo estas: proximidad (Si la persona falleció cerca o lejos, geográficamente del afligido), si la muerte fue repentina, inesperada o natural, si fue una muerte violenta o traumática, si fue una sola muerte o una pérdida múltiple (perder a varios seres queridos en un solo suceso trágico o periodo de tiempo relativamente corto), si se considera que la muerte era evitable, una muerte ambigua (desconocer con total certeza si el ser querido está vivo o muerta, colocando al afligido en una situación de no saber si conservar la esperanza o ceder al duelo) y muertes estigmatizadas (una muerte debido a enfermedad infecto contagiosa en donde el apoyo social puede ser insuficiente (Doka, 1989, en Worden, 2013).

❖ Mediador 4: antecedentes históricos

La historia de vida del afligido tiene relevancia en cómo va a reaccionar la pérdida, el autor hace énfasis en que se debe de tomar en cuenta si ya se han sufrido otras pérdidas y como ha afrontado esos duelos, las pérdidas y duelos no resueltos, así como su historia de salud mental.

❖ Mediador 5: variables de la personalidad

Las variables de la personalidad modificaran las reacciones tras la pérdida de un ser querido; además se deben de tomar en cuenta las siguientes variables: edad y sexo, estilos de afrontamiento (afrontamiento basado en la solución de problemas, afrontamiento emocional activo, afrontamiento emocional evitativo), estilo de apego (apego seguro, apego inseguro, apego ansioso preocupado, apego ansioso/ambivalente, apego de evitación/rechazo, apego de evitación temor), estilo cognitivo (ejemplo: estilo optimista, rumiación), fuerza personal (autoestima (propio valor personal) y eficacia), los valores y las creencias propios de la persona.

❖ Mediador 6: variables sociales

El grado de apoyo emocional y social que se recibe de las demás personas influirá en el proceso del duelo (por ejemplo, el apoyo social percibido alivia los efectos del estrés, aunque no acelera ni facilita la adaptación a la pérdida).

El autor también menciona elementos sociales importantes, como son: el apoyo satisfactorio (apoyo social que sea percibido como satisfactorio), desempeño de roles sociales (desempeñar más y variados roles sociales influye de forma positiva al adaptarse a una pérdida), recursos religiosos y expectativas (las personas pertenecen a diversas subculturas sociales, como son la étnica y la religiosa, les dan a las personas pautas generales y rituales de conducta, de forma que conociendo el perfil social, étnico y religioso se puede suponer como estos elementos influirán en las reacciones y en la adaptación al duelo). También se menciona que el beneficio secundario que el afligido puede obtener del duelo, como es el tener mucho apoyo de su red social, influirá en la duración del duelo.

❖ Mediador 7: tensiones concurrentes

Este mediador hace referencia a factores que influyen en el duelo tras la muerte del ser querido como son los cambios y crisis que se dan después del fallecimiento, como pueden ser una crisis económica u otra pérdida secundaria.

La revisión anterior hace visible la inmensa cantidad de variables que modifican el duelo y que se requiere de una comprensión profunda de cada caso, de cada duelo, para poder comprender de una mejor manera las reacciones, las costumbres que se tendrán en el proceso y las posibles rutas que llevara cada duelo, dicho de otra manera, si bien se puede estudiar el duelo como fenómeno, al aterrizarlo de forma personal se deben de analizar y comprender las variables anteriores para así tener una comprensión más profunda del proceso que experimenta cada persona en duelo.

Gracias a esta breve revisión se hace visible la inmensa cantidad de variables que pueden influir en el duelo, así que para un estudio correcto del duelo es importante considerarlas, ya que crean un amplio abanico de posibles factores que modificaran el curso y las reacciones durante el duelo.

1.3. Modelos para comprender el proceso del duelo

El desarrollo de la intervención psicológica se basa en el modelo de Stroebe y Schut, el cual se aborda más adelante, sin embargo, no es el único modelo para comprender y tratar de explicar el duelo, por lo que se exploran algunas propuestas para comprender este fenómeno.

A lo largo del tiempo que se ha estudiado el fenómeno del duelo se han desarrollado diversos modelos para comprender el proceso de duelo, a saber, Lindeman (1944), Engel (1964), Kübler-Ross (1969), Worden (1982, en Hidalgo, 2001), Parkes y Weiss (1983), Sanders (1989),

Bowlby (1993), Rando (1993), Shuchter y Zisook (1993), Stroebe y Schut (1999), Neimeyer (2002) que se explican a continuación.

Características del duelo por Lindemann

Lindemann (1944, en Tizón, 2009) es considerado uno de los pilares fundamentales en el desarrollo de las concepciones actuales de los procesos del duelo; propone seis características de la aflicción aguda, siendo estas: (a) molestias somáticas (b) preocupación por pensamientos o imágenes del ser querido fallecido, (c) culpa relacionada con la persona fallecida, (d) reacciones violentas, (e) pérdida de funciones y capacidades y (f) tendencia a asumir rasgos del muerto en la propia conducta.

Para Lindemann (1944) el duelo normal tiene una serie de sintomatología común que los afligidos presentarán, tales como un estado agudo de dolor, sensaciones de malestar somático, sensación de opresión en la garganta, dificultad para respirar, falta de fuerza muscular, sensación de vacío en el abdomen, distanciamiento emocional con otras personas, sentimientos de culpa, ligera sensación de irrealidad, intranquilidad, moverse sin rumbo, entre otras.

Se mencionan los beneficios que las agencias religiosas han tenido en el luto de las personas, proporcionando consuelo, ya que los rituales mantienen la interacción del afligido con las demás personas, contrarrestando sentimientos de culpa mediante la gracia divina y prometiendo una oportunidad de reconciliación en un reencuentro futuro entre el afligido y el ser querido que ya no está. Sin embargo, se remarca que el consuelo por sí solo no proporciona la ayuda adecuada en el trabajo de duelo, se requiere expresar el dolor y sensación de pérdida, además de verbalizar sus sentimientos de culpabilidad, y encontrar personas de su entorno a las que pueda utilizar como auxiliar.

De la misma forma se postulan diferentes reacciones de duelo mórbido o insano (*morbid grief* en inglés), siendo estas: Demora de la reacción y reacciones distorsionadas, tales como: (a) Sobreactividad sin sensación de pérdida, (b) adquirir síntomas propios de la última enfermedad del fallecido (c) presentar una enfermedad médica reconocida (predominantemente psicosomáticas), (d) alteración de la relación con los amigos y familiares, (e) hostilidad contra ciertas personas concretas, (f) cambios en el carácter de la persona por la lucha contra diversos sentimientos, (g) pérdida de patrones de interacción social, o por el contrario (h) realizar actividades pero en detrimento de la situación social y económica y (i) presencia de depresión con tensión amarga con culpa y creencia de necesidad de castigo. Linemann aclara que estas reacciones con el tiempo y apoyo, se transformarán en reacciones normales y después encontraron su resolución.

Linemann no presenta un modelo para comprender el duelo, más bien se le considera uno de los primeros autores en abordar los procesos del duelo, y en específico de presentar diversas características de la aflicción aguda, la expresión del duelo normal y anormal además de la utilidad del luto, por lo que es relevante como un antecedente al estudio y entendimiento del duelo.

Modelo de Engel

Para Engel (1964) el duelo era como una reacción típica a la pérdida de una fuente gratificación psicológica, comparable con una herida fisiológica, además comparando las reacciones del tejido con los procesos de curación fisiológicos.

De esta manera Engel (1964) brinda una secuencia de seis eventos que caracterizan un duelo normal siendo estas: (a) shock e incredulidad, (b) desarrollo de la conciencia, (c) restitución, (d) resolver la pérdida, (e) idealización y (f) el desenlace, esto para saber diferenciar los eventos que caracterizan un duelo normal y uno patológico, y así poder ayudar a los afligidos.

En la fase de shock e incredulidad comienza al enterarse de la muerte, suele existir conmoción y desconfianza, continua un sentimiento de aturdimiento y entumecimiento en el que la persona no se permite pensamientos o sentimientos que reconozcan la realidad de la muerte. Por lo general esta fase dura de minutos, horas e incluso días, en donde pueden existir un rango de conductas, tales como llevar a cabo sus actividades ordinarias como si nada hubiera pasado, o quedarse sentado, inmóvil, aturdido e incapaz de moverse, o, por el contrario, aceptación intelectual de la realidad de la pérdida, hacer arreglos y consolar a los demás.

Al término de la anterior, se presenta la segunda etapa, el desarrollo de la conciencia, en donde la realidad de la muerte comienza a penetrar en la conciencia, creciendo de forma aguda la angustia de la pérdida, que por lo general se siente un doloroso vacío en el pecho. En general están presentes una serie de sentimientos, tales como dolor abrumador, ira hacia las personas que se consideran responsables de la muerte; además de reacciones como el llanto, dentro de los límites culturales, que expresa la angustia o desesperación, cumpliendo una función reconocer la pérdida como la regresión a un estado más indefenso e infantil.

La tercera etapa es la restitución, en donde se comienzan los procesos de recuperación, mediante diversos rituales funerarios, como el funeral en sí mismo, o diferentes comportamientos religiosos, enfatizando de forma clara e inequívoca la realidad de la muerte. Al realizar estas actividades en grupo, se permite compartir y expresar más fácilmente los sentimientos.

La cuarta etapa se le denomina resolver la pérdida, en donde conforme la realidad de la muerte es más aceptada se lleva a cabo la resolución de la pérdida en donde el doliente intenta lidiar con el doloroso vacío de la pérdida, además los pensamientos están casi exclusivamente enfocados en el fallecido, primero en la experiencia personal de la pérdida y después en la persona que falleció. Se resalta que el trabajo del duelo se desarrolla intrapsíquicamente, aunque también

están presentes las diversas sensaciones o dolores corporales, muchas veces un malestar idéntico a un síntoma que experimentó la persona fallecida.

En la idealización es necesario que los sentimientos negativos y hostiles hacia el difunto sean reprimidos, esto permite que los pensamientos y los recuerdos se genere una imagen distinta de la persona fallecida, lo que permite renovar y revivir periódicamente las gratificaciones asociadas con el difunto, y al mismo tiempo, de forma consciente o inconscientes comienza un mecanismo de identificación con cualidades o atributos admirados de la persona fallecida. Así pues, se requiere de tiempo para la recuperación, en donde los recuerdos de la persona fallecida se evocan con menos frecuencia y los sentimientos de tristeza en menor intensidad, además de que la preocupación de uno mismo y de la persona fallecida suele disminuir, invirtiéndolo en los otros.

Así llega la última etapa, el desenlace, en donde se da la curación y a una curación exitosa se le considera así cuando se tiene la capacidad de recordar de manera cómoda y realista tanto los placeres como las decepciones relacionadas con la pérdida.

Finalmente se recalca que, aunque existen muchos factores que influyen en esta curación, tales como la importancia como fuente de apoyo de la persona fallecida, la dependencia de la relación, la persistencia de sentimientos hostiles no resueltos, la edad del afligido, lo significativo de la relación, entre otros, se considera una labor de duelo exitoso si este dura un año o más.

Este primer modelo compara el duelo y sus procesos con una herida física y las reacciones que está herida manifiesta con las del duelo. Incluso dentro de las etapas del duelo esta dicha inclinación de comparar el fenómeno psicológico con uno físico, como es en el desenlace, ya que se menciona que se da la curación, como si de una herida física a la cual se le realiza un tratamiento

se tratara; pero en el caso del duelo y como se describe más adelante, hablar de curación es más complejo de lo que parece.

Modelo de cinco Etapas del Duelo

Kübler-Ross (1969) desarrolló un modelo para explicar el duelo y aliviar el sufrimiento psicológico en enfermos terminales. Se describen cinco etapas que forman parte de un marco en el que las personas aprenden a aceptar la pérdida de un ser querido: negación, ira, negociación, depresión y aceptación (Kübler-Ross & Kessler, 2006). Según Kübler-Ross y Kessler (2006) las fases se describen de la siguiente manera:

Negación: Es una negación simbólica más que literal, en donde no se puede entender que la persona no va a volver con el afligido, como si fuera un estado de incredulidad. Pueden existir diferentes reacciones, como quedarse paralizado, la insensibilidad, creer que es un sueño, entre otras. Esta etapa ayuda a dosificar el dolor de la pérdida, dejando entrar solo lo que la persona es capaz de soportar, esto porque dejar pasar de golpe todos los sentimientos que están asociados a la pérdida sería emocionalmente abrumador. Con el pasar del tiempo la irreversibilidad de la muerte se instaura de forma gradual, y con cada cuestionamiento a lo ocurrido se comienza a creer que el ser querido se ha ido en verdad.

Ira: La ira no tiene que ser lógica o válida, además de que este enfado puede ser contra el ser querido que ha partido, con un tercero, con una divinidad, con la situación, etc. Esta ira afirma que se puede sentir, dado que se ha amado se ha perdido. La ira no es el único sentimiento que emerge, puede ser la más inmediata, pero debajo de ella suele sentirse tristeza, pánico, dolor, soledad, entre otros; estas emociones surgen gracias a que la ira se ha manifestado. Esta ira es necesaria para el proceso curativo, mientras no consuma un gran periodo de tiempo del afligido.

Y aunque la ira vuelva muchas veces en diferentes formas, se remarca que en algún momento la ira remite y los sentimientos pueden cambiar.

Negociación: La negociación adopta la forma de una tregua temporal, en donde se desea que la vida vuelva a ser como era antes de la pérdida, se anhela que el ser querido regrese, y se intenta pactar para no sentir el dolor de la pérdida. Esta negociación suele estar acompañada de culpa, en donde se cuestiona lo que se pudo haber hecho de otra forma, así la persona se queda anclada a en el pasado, es una forma de pactar con el dolor para librarse de él. Usualmente cuando se atraviesa esta etapa, la mente explora todo lo que se podría haber hecho y lo que no se hizo, aunque al final se llega a la misma conclusión, el ser querido se ha ido en verdad.

Depresión: Después de la negociación aparece una sensación de vacío y el duelo se muestra más profundo, las personas suelen permanecer en una intensa tristeza, y hacerse cuestionamientos acerca de que si se tiene sentido seguir adelante sin el ser querido. Esta depresión es una respuesta adecuada ante una gran pérdida, se permanece en una intensa tristeza y las personas se preguntan si tiene sentido seguir adelante sin su ser querido. En esta etapa, para el afligido la vida parece que no tiene sentido, se siente pesado y alguna mínima acción requiere un esfuerzo que la persona carece, sin embargo, es necesario que la persona afligida permita sentir la tristeza y procesar la pérdida, de esta manera se explorara por completo la pérdida y a la depresión y así esta desaparecerá cuando cumplió su propósito.

Es importante mencionar que, la depresión tiene elementos útiles en el duelo, ya que obliga a ir más lento al afligido, evaluar de forma real la pérdida, y obliga a la persona a reconstruirse de nuevo, como si limpiara el camino para crecer, sentir esta tristeza es lo habitual tras una pérdida.

Aceptación: En la etapa final se acepta la realidad de que el ser querido se ha ido físicamente y se reconoce que dicha realidad es la realidad permanente. Si bien la realidad no es del agrado de la persona o no se está de acuerdo con ella, al final se acepta y se aprende a vivir con ella; es una nueva normalidad la que se debe de aprender a vivir. Es en esta etapa en donde la readaptación y curación final pueden fortalecerse; esta curación es reflejada en acciones tales como recordar, recomponerse y reorganizarse, demostrando así que los afligidos, aun poseen la capacidad de cambiar, crecer y evolucionar. La aceptación tiene múltiples caras, una de ellas puede ser tener más días buenos que malos.

Ahora, se debe de intentar vivir en un mundo en el que falta el ser querido, y es probable que exista una resistencia a esta nueva situación, se desee mantener la vida tal como era antes del fallecimiento del ser querido, sin embargo, con el tiempo, a través de pequeños pasos de aceptación, se observa que no es posible mantener intacto el pasado. Así comienza una nueva relación, aprendiendo a vivir con el ser querido que partió, se empieza un proceso de reintegración, en el que se intenta recomponer las piezas que se fragmentaron. No se puede reemplazar lo que se perdió, pero se pueden establecer nuevos contactos, nuevas relaciones importantes, nuevas interdependencias, se puede empezar a acercarse a otros, formar parte de su vida, de forma que se invierte en las amistades y en una relación con la propia persona; se puede empezar a vivir de nuevo, pero es necesario dedicarle el tiempo necesario al duelo.

Cabe destacar que Kübler-Ross y Kessler (2006) mencionan que estas etapas no son paradas en ningún proceso de duelo lineal, además de que no todas las personas atraviesan todas las etapas ni en un orden preestablecido, más bien son instrumentos para ayudar a enmarcar e identificar lo que la persona puede estar sintiendo durante el duelo. Sin embargo, es importante recalcar que Stroebe et al. (2017) mencionan lo siguiente respecto a las etapas antes descritas: “No

hay evidencia empírica que demuestre que las personas que experimentan un duelo atraviesan todas esas fases, ni siquiera que estén vinculadas con la adaptación” (p. 598).

Por lo que, aunque Kübler-Ross y Kessler presentan elementos que podrían ser retomados, como el reorganizar la vida o aprender a vivir sin el ser querido, al proponer una serie de etapas, limitan de cierta manera las reacciones y la poca o nula evidencia de este modelo, dificulta uso tanto con fines para comprender la amplitud del duelo y para fines como una intervención psicológica.

Modelo de Parkes y Weiss

Sobre los planteamientos sobre el apego y la pérdida de Bowlby, Parkes y Weiss (1983, en Erskine, 2016) propusieron una teoría del duelo las cuales incluían cuatro etapas: (a) Shock-embotamiento, (b) añoranza-búsqueda, (c) desorganización-desesperación, y (d) reorganización.

En la fase de shock-embotamiento es la fase contigua a la pérdida y se caracteriza por sentimientos de irrealidad. Funciona como un elemento de protección ante la pérdida y puede durar horas o algunos días (Barreto & Soler en Galán, 2021). Esta fase ocurre cerca del momento de la pérdida y ocurre en la mayoría de personas (Parkes, 1996; 1972; 2001; 2006, en García, 2012).

En la fase de añoranza se suspira por la pérdida, deseando que el ser querido regrese, o la ira se presente, también puede emerger sentimientos de añoranza, ansiedad y tensión (Barreto & Soler en Galán, 2021). Además, surgen sentimientos de rabia, reproche y aturdimiento asociados a la pérdida de seguridad y autoestima (Parkes, 1996; 1972; 2001; 2006, en García, 2012).

En la fase de desorganización-desesperación las personas puede tener dificultades para relacionarse con su medio (Parkes, 1996; 1972; 2001; 2006, en García, 2012). “Se caracteriza por

periodos prolongados de apatía y desesperanza acompañada de pensamientos repetitivos sobre la pérdida” (Barreto & Soler en Galán, 2021).

La última fase, reorganización, se reorganiza la conducta y se comienza a salir adelante. Aquí es donde la persona mira hacia el futuro, realiza planes, e integra la pérdida a su vida cotidiana (Parkes, 1996; 1972; 2001; 2006, en García, 2012).

Finalmente es relevante mencionar que Parkes y Weiss mencionan tres tareas para que el superviviente pueda recuperarse del duelo, siendo estas (a) reconocimiento intelectual y explicación de las pérdidas, (b) aceptación emocional de la pérdida y (c) asunción de una nueva identidad (García, 2012). Kessler, Parkes y Weiss generan una serie de etapas que determinan el rumbo del duelo, por lo que las críticas que se realizan a este tipo de modelos también son válidas para este.

Modelo de Sanders

Para Sanders (1989; 1999, en García, 2012) el proceso del duelo también se realiza por fases, en este caso cinco, siendo: (a) Shock, (b) pérdida de la conciencia, (c) retirada de conservación, (d) curación y (e) renovación. Según Doka (2006) las fases de Sanders se describen de la siguiente manera:

La primera etapa, el shock ocurre cuando las personas comienzan a sentir el impacto de la muerte y algunas reacciones pueden ser el llanto, temblores, incredulidad, inquietud, impotencia, estado de alarma, sensación de irrealidad, entre otros.

En la segunda fase, la pérdida de conciencia ocurre cuando los rituales terminaron, y el apoyo de la familia y amigos disminuyeron y es en este momento en donde se experimenta la

fuerza de la pérdida, siendo esto un periodo de intenso dolor, llanto, ira, frustración, culpa, anhelo, etc., hasta que la persona se agota.

Para la fase retirada a la conservación la persona se esfuerza para adaptarse a la pérdida, mientras se encuentra en un patrón de contención, generalmente en esta fase las personas están físicamente débiles y siguen adelante con su funcionamiento, pero no viviendo la vida activamente.

En la cuarta fase se le denomina curación, ya que muchas personas llegan a un momento en donde deciden conscientemente cambiar sus vidas, de esta forma las personas reconstruyen sus identidades y vidas, además de que su salud física se restaura y la energía aumenta.

Finalmente, la quinta y última fase llamada renovación, las personas experimentan un nivel de funcionamiento que se caracteriza por mayor conciencia de sí mismos, mayor nivel de energía y renovación de los lazos sociales, esto a pesar de todavía tener días malos, y de experimentar los aniversarios luctuosos y momentos importantes relacionados con la persona fallecida. Es en esta etapa cuando las personas han aprendido a vivir sin la presencia física del ser querido, pero se mantiene un sentido interno de presencia.

Cabe destacar que se enfatiza en las reacciones físicas, psicológicas, sociales y cognitivas, de tal forma que amplía las gamas de reacciones asociadas al duelo, sin embargo, mantiene una serie de etapas para entender el proceso de duelo.

Modelo de Bowlby

La base del modelo del modelo de Bowlby (Tizón , 2009) se basan en cuatro fases del duelo: (a) Impacto, obnubilación; (b) Protesta, anhelo y búsqueda; (c) Desorganización y desespero; (d) Reorganización. Según Bowlby (1993, en Rivera, 2020) su modelo se describe de la siguiente manera:

Fase de embotamiento de la sensibilidad: En esta etapa la muerte de un ser amado se interpreta como una crisis para la persona, en donde ocurre una ceguera emocional para todo lo que no sea esta crisis.

Fase de anhelo y búsqueda de la figura perdida: Se comienza a percibir la realidad de la pérdida, lo cual genera sensaciones de intenso anhelo, cólera, congoja, llanto, entre otras.

Fase de desorganización y desesperanza: Se produce anhelo por el ser querido, además de un análisis de cómo y por qué se produjo la pérdida, así como todo aquel que fuera responsable de la pérdida.

Fase de mayor o menor grado de reorganización: Se examina la nueva situación en la que se encuentra y considerar las posibles formas de enfrentarlas, lo cual implica integrar la experiencia en una nueva imagen, definición de sí mismo y de la situación.

Sin embargo, cabe destacar que para Levy (1999, en Rivera, 2020) menciona que este tipo de modelo, hablando de los modelos que utilizan etapas, gracias a su popularidad, han tergiversado el patrón popular de lo que se siente en realidad cuando se elabora el duelo, además de que se pueden crear falsas expectativas sobre que el duelo es un proceso ordenado, entre las personas que acaban de sufrir una pérdida.

Modelo de las “Seis R” de Rando

Rando (1993, en Vilajoana, 2017) propone un modelo que se denomina las seis “R”, que consta de tres fases; este modelo se creó con el propósito para ser de utilidad ya sea para identificar los diversos tipos de duelo como para la ayuda asistencial:

La fase I es la negación, en donde la tarea fundamental es el reconocimiento de la pérdida de forma cognitiva y emocional.

La fase II se denomina confrontación, en donde las tareas fundamentales son: la reacción a la pena y al dolor, y posteriormente la renuncia a los vínculos y al mundo que significa para la persona.

Finalmente, la fase III es la acomodación y las tareas que se deben de llevar a cabo son la readaptación al nuevo mundo sin el ser querido y el reinvestimento (recuperación o reanimación) de los afectos o emociones.

Así pues, las 6 “R’s” se refieren a las tareas fundamentales: Reconocimiento, Reacción, Reviviscencia, Renuncia, Readaptación y Reinvestimiento.

Un punto interesante de este modelo de duelo es que además postular las fases del duelo, también propone tareas para cada una de ellas, actividades que la persona debe realizar para llevar a cabo su duelo, por lo que se podría decir que es un paso adelante en cuanto a los modelos anteriores que únicamente mencionaban fases o etapas. Sin embargo, así como el resto de modelos de fases, el hecho de que se plante que se deba de realizar una etapa antes que otra podría tener un efecto negativo como se mencionó anteriormente.

Modelo multidimensional del duelo

Shuchter y Zisook (1993, en Dutton & Zisook, 2005) se basaron en 350 viudas y viudos que participaron en su estudio para proponer el modelo multidimensional de adaptación al duelo, dicho modelo cuenta con seis dimensiones del duelo, siendo estas: (a) experiencias emocionales y cognitivas; (b) hacer frente a la pérdida; (c) la relación continua con el cónyuge fallecido; (d) funcionamiento; (e) relaciones sociales e íntimas; y (f) identidad. Estas seis dimensiones Shuchter y Zisook (1993) las describen de la siguiente manera:

La primera dimensión se le denomina como: “respuestas emocionales cognitivas a la muerte de un conyugue”, en donde se presentan diferentes reacciones, tales como: shock, dolor de la pena (experiencias dolorosas en el cuerpo), sentido de pérdida, enfado, culpa, remordimiento, ansiedad y temor, soledad, imágenes intrusivas relacionadas con la muerte del ser querido, desorganización mental, sentimiento de agobio o abrumado, alivio por el ser querido, y sentimientos positivos (sentir gozo o felicidad en medio de sus penas).

La segunda dimensión es llamada: “Afrontar el dolor emocional” en donde las personas afligidas se enfrentan a la realidad de la pérdida e inicia el dolor, así como a la intensa angustia emocional, el cual debe de ser mitigado; con esto las personas pueden experimentar: entumecimiento e incredulidad, control emocional, razonar e interpretar la experiencia para afrontarla, cuestionamientos religiosos, evitación a estímulos relacionados con la pérdida, mantenerse ocupado en otras actividades, o distraerse con otras actividades menores, expresión verbal y emocional e incluso el permiso de conductas poco saludables como el consumo de alcohol o tabaco.

En la tercera dimensión, encontramos “La relación continua con el cónyuge fallecido”, en donde los afligidos intentan afrontar su pérdida, adaptándose a la vida sin su ser querido, pero fuerzas internas exigen que esa relación (apego) se mantenga y recupere a quien se ha perdido. Lo que se busca es una transformación de una relación real, simbólica, interiorizada e imaginaria a una en donde la relación real se ha perdido. Frecuentemente las personas pueden experimentar que la persona fallecida continua en existencia (ya sea de forma espiritual o con elementos materiales), sensación de anticipación de que el fallecido aparecerá de repente, ya sea como una búsqueda entre la multitud o experiencias alucinatorias (contacto continuo), conservar las representaciones simbólicas que recuerden al ser querido (objetos que no se pueden deshacer por la conexión

emocional, por ejemplo, los anillos de boda), mantener su legado presente (ya sea tomando rasgos del difunto, o continuando con su obra), vivir los rituales típicos de la cultura, tener consuelo a través del recuerdo del ser querido e incluso tener sueños con el fallecido (con diversos tópicos).

La cuarta dimensión se trata de cambios en el funcionamiento en donde existen cambios en la salud psicológica y física (depresión, ansiedad, mayor consumo de alcohol, entre otros) del afligido, cambios en el función social y laboral, en donde en el duelo, las interacciones sociales del afligido tienden a aumentar resultado del apoyo que recibe del resto de personas, aunque también hay personas que presentan cierto grado de inhibición social, retraimiento y aislamiento; mientras que en el ámbito laboral suelen experimentar periodos de desorganización cognitiva, deterioro de la motivación, apatía, disminución de la energía, además de desinterés y/o dificultades de realizar alguna tarea. También están presentes numerosos cambios en el funcionamiento de los roles, esto debido a la muerte del ser querido.

A la quinta dimensión se le denomina “cambios en las relaciones” en donde se hace evidente como la dinámica en las relaciones del afligido se modifican por la muerte del ser querido, ocurren cambios en los niveles de cercanía o apoyo, naturaleza de los roles, entre otras. Estos cambios suelen ocurrir en diferentes áreas, como son la familiar, los amigos, o en el romance; en el área familiar los cambios dependerán de la conformación de la familia, además de que pueden ser diferentes la dinámica, ya sea una para reparar viejas heridas y compartir el dolor, o exacerbar los conflictos y las rupturas; en el caso de los amigos, estos suelen ser una fuente de apoyo, con su empatía, simpatía, sensibilidad y aceptación de las fluctuantes reacciones del afligido, ya que los amigos pueden compartir el dolor y permitir su libre expresión; y finalmente en el área del romance se puede rechazar involucrase románticamente con alguien más cuando el ser querido se fue (en

especial un conyugue), o el interés vuelve a despertar y se tiene que lidiar con los placeres, pero también con los problemas al desarrollar una nueva relación de esta índole.

Se presenta la última dimensión, esta es llamada: “Cambios de identidad”, en esta dimensión se aborda los cambios en como la persona se percibe a sí misma y al mundo en que vive, uno de los primeros cambios que ocurren es en su estado en el mundo en relación al difunto (por ejemplo, al morir la pareja/ es ahora una persona sola) y los efectos que esto trae a sus decisiones actuales. Los cambios del estatus social, la seguridad financiera y en las funciones que ejercía el ser querido pueden llevar a que surjan autopercepciones de impotencia, inadecuación o incapacidad; aunque con el paso del tiempo la persona afligida aprende de su propia capacidad para tolerar el dolor, llevar a cabo tareas y descubrir nuevas formas de enfrentarse al mundo y con esto nuevos sentimientos e imágenes de sí mismo, logrando verse de forma más positiva, más compasivos, más pacientes, equilibrados y flexibles.

Finalmente, en esta dimensión producto de la pérdida, puede existir una evolución del sistema de creencias reflejando los cambios en la percepción del funcionamiento del mundo, además de cambios filosóficos, flexibilización de la ética de trabajo, una mayor tendencia al humanismo, entre otras; así pues, con tiempo, los afligidos pueden tener la oportunidad y capacidad de transformar su tragedia en nuevas direcciones como carreras, relaciones y evolución personal, sin embargo existen afligidos en donde su dolor permanece relativamente fijo durante años.

El modelo que plantean Shuchter y Zisook es un cambio en cuanto a los modelos previos, ya no describe fases o etapas, habla de diferentes dimensiones para comprender el proceso de duelo en las personas afligidas, por lo que ya no se enfrascan las diversas emociones o etapas que una persona pueda experimentar, sino que permite una descripción más completa de lo que las personas

puedan sentir, actuar o experimentar en su proceso de duelo. Además, al mencionar dimensiones permite que las personas realicen los ajustes necesarios para continuar con la experiencia de vida posterior a la pérdida a la manera en que la persona considere mejor, sin que un modelo le indique como debe de realizar dichos cambios y ajustes, brindado más libertad de experimentar su duelo.

Modelo de Neimeyer

Neimeyer (2002, en Sánchez, 2020) elabora una teoría del duelo desde una perspectiva constructivista, teniendo en cuenta la realidad persona e individual de la pérdida de la persona, además de que sitúa el duelo en el contexto familiar y social, poniendo atención en las respuestas personales que muestra el doliente ante la pérdida, así como en los significados que se otorgan. Coloca al doliente en un papel activo, enfrentándose a los retos de la vida, enfatizando la transformación que el mundo tuvo por la pérdida, por lo que la recuperación no está lograda volviendo al estado anterior a la pérdida.

Desde el planteamiento de Neimeyer (2002, en Sánchez, 2020) el duelo implica reconstruir un mundo de significados que se desafió por la pérdida del ser querido, entendiendo la muerte como un acontecimiento que puede validar o invalidar las creencias de la persona.

Neimeyer (2002) describe tres fases de adaptación a la pérdida en los términos de evitación, asimilación y acomodación, no como una serie de etapas, sino como el esbozo de una serie de patrones generales de respuesta, siendo que este patrón puede variar en diferentes condiciones, dependiendo la muerte del ser querido. Las tres fases se describen a continuación (Neimeyer, 2002):

Evitación: En esta fase la realidad de la pérdida puede ser imposible de asimilar, las personas se pueden sentir conmocionados, aturdidos, en pánico o confusos en un primer momento,

lo que puede dificultar o evitar a plena conciencia de una realidad que resulta demasiado dolorosa para asumirla. Conforme se es más conscientes de la realidad de la pérdida, comienzan las reacciones emocionales más vívidas, que pueden incluir protestas contra quienes creemos responsables de la muerte, irritabilidad o resentimiento hacia quienes creen más afortunados, o por el contrario pueden intentar controlar sus expresiones emocionales en presencia de otros. Lo que se suele hacerse es empezar a acostumbrarse a la pérdida de manera gradual, pero mirando después hacia otro lado, hasta que se convierte en algo innegablemente real y se comienza a entender las implicaciones emocionales que tiene para el futuro.

Asimilación: Conforme los días y semanas pasan después de la pérdida, esta se va absorbiendo gradualmente, y una vez que se externaliza la ira y la evitación, se comienza a experimentar la soledad y tristeza con mayor intensidad, aprendiendo diferentes lecciones a partir de la ausencia del ser querido en los diferentes contextos de la vida cotidiana. Es usual la aparición de diversos síntomas físicos como: nerviosismo, sensación de embotamiento, náuseas, trastornos digestivos, diversas quejas difusas de dolor, entre otras; además de síntomas psicológicos, como tristeza invasiva, periodos de llanto impredecibles, trastornos del sueño y del apetito, pérdida de la motivación, incapacidad de concentrarse, angustia, tensión, entre otras; estos síntomas se superan mientras se asimila gradualmente la realidad de la pérdida.

Acomodación: Finalmente, la angustia y la tensión comienzan a ceder en dirección a la aceptación y resignación de la realidad de la muerte. Y aunque en general la añoranza y la tristeza continúan presente durante meses o años después del fallecimiento, la concentración y funcionamiento suelen mejorar. De igual manera, de forma gradual, el autocontrol emocional, los hábitos de alimentación y descanso vuelven a la normalidad, aunque se remarca que los esfuerzos lentos por la reorganización se ven interrumpidos por la conciencia de la pérdida del ser querido.

Conforme los síntomas físicos, van desapareciendo, por cortos periodos se recupera la energía, a la que le siguen periodos más largos de actividades dirigidas al logro de objetivos, esto permite empezar el largo proceso de reconstrucción de la esfera social, ampliando y fortaleciendo relaciones que encajen en la vida actual. En este período se sienten las punzadas de la tristeza y de los sentimientos de culpa, cuando se realizan o se intentan realizar actividades relacionadas con el ser querido o con su pérdida, por lo que, en muchas ocasiones, es necesario mantener un equilibrio entre el recuerdo y la vista hacia el futuro durante el resto de la vida, lo cual requiere continuos reajustes.

El anterior modelo vuelve a explicar el duelo bajo un modelo de fases, en donde propone una agrupación y ruta para diversas reacciones físicas y psicológicas que la personas puede experimentar, pero al ser por fases puede caer en la restricción de dichas experiencias.

Modelo de Tareas del Duelo

Con el pasar de los años se continuó el desarrollo de modelos para comprender y describir el proceso del duelo, nace el modelo de tareas de Worden (en Moody & Arcangel, 2002), que es un planteamiento cognitivo que demanda cumplir cuatro tareas. Dicho planteamiento surge en 1982 (Hidalgo, 2001) posterior al desarrollo y exposición de otros modelos. Worden (1997, en Tizón, 2009) en su modelo propone claves para la identificación de los momentos del duelo, así como intervenciones específicas para cada situación.

La primera tarea es aceptar la realidad de la pérdida; la segunda es trabajar las emociones y el dolor de la pérdida; la tercera es adaptarse a un medio en el que el ser querido está ausente; y la cuarta y última es recolocar emocionalmente al fallecido y seguir viviendo (Barreto & Pérez, 2013). Según Worden (2013) el duelo se puede ver como un proceso que implica cuatro tareas básicas, las cuales son esenciales para que puedan adaptarse a la pérdida; para dichas tareas no es

necesario seguir un orden concreto, aunque, por sus definiciones, se dan a entender cierto orden, y de la misma forma se pueden abordar varias tareas al mismo tiempo. A continuación, se describen las tareas propuestas:

Tarea 1: Aceptar la realidad de la pérdida.

“La primera tarea del duelo es afrontar plenamente la realidad de que la persona ha muerto, de que se ha marchado y no va a volver” (p. 57). Llegar a aceptar la realidad requiere tiempo, ya que no sólo es una aceptación intelectual, sino también una aceptación emocional, por ejemplo, las personas pueden ser consciente de la irreversibilidad de la muerte mucho antes de que las emociones le permitan aceptar plenamente la realidad. Al aceptar la realidad es fundamental mencionar que: “Parte de la aceptación de esta realidad es asumir que el reencuentro es imposible al menos en esta vida” (p. 57). Además, se señala que los rituales tradicionales como los funerales ayudan a muchas personas a acercarse a la aceptación, si no se está presente en estos, puede ser necesario otras formas externas de validar la realidad de la muerte de la persona. Lo contrario a aceptar la pérdida, es no creerlo mediante algún tipo de negación, algunas personas se niegan a creer que una muerte sea real y se quedan estancadas en esta tarea. Según Dorpat (1977, en Worden, 2013, p. 58) “Esta negación se puede realizar a varios niveles y puede adoptar varias formas, pero la mayoría de las veces implica negar la realidad, el significado o la irreversibilidad de la pérdida”.

Tarea II: Elaborar el dolor de la pérdida.

En esta tarea se remite a la palabra alemana *Schmerz*, la cual incluye el dolor físico, dolor emocional y conductual que sufren muchas las personas tras una pérdida, si dicho dolor no se resuelve, se manifestará con síntomas físicos o alguna conducta anormal. La clase de dolor, así

como su intensidad se medían por diversos factores. Es importante mencionar que no todas las personas viven el dolor con la misma intensidad ni de la misma manera, aunque es imposible no sentir cierto dolor cuando se pierde a alguien con el que se estuvo unido. Cabe resaltar que el dolor en el duelo no solo se concibe en función de la tristeza y la disforia, sino que también hay otros sentimientos que se asocian a la pérdida, como la angustia, la ira, la culpa, la soledad, entre otros. La negación de esta segunda tarea tiene como consecuencia no sentir; esta tarea se puede evitar de diferentes formas, ya sea bloquear los sentimientos y negar el dolor, dejar de pensar y no sentir la disforia asociada a la pérdida, estimular solo pensamientos agradables, idealizar al muerto, evitar las cosas que lo recuerdan, consumo de drogas, viajar de un lugar a otro buscando alivio a sus emociones, entre otras más.

Tarea III: Adaptarse a un mundo sin el fallecido.

Tras la pérdida de un ser querido, existen 3 áreas de adaptación que se deben de abordar, siendo estas: (a) Adaptaciones externas, esto es el cómo influye la muerte en el actuar cotidiano de la persona; (b) adaptaciones internas, siendo esta el cómo influye la muerte en la imagen que la persona tiene sobre sí misma; y (c) adaptación es espirituales, es decir el cómo influye la muerte en las creencias, los valores y los supuestos sobre el mundo que rodea la persona.

Adaptaciones externas

“Adaptarse a un entorno nuevo sin el fallecido supone cosas diferentes para distintas personas en función de cómo era la relación con él y de los distintos roles que el fallecido desempeñaba” (p. 64). De la misma forma “el superviviente no suele ser consciente de todos los roles que desempeñaba el fallecido hasta un tiempo después de la pérdida” (p. 65). Si se realiza con éxito esta tarea, supondría el uso de una estrategia de afrontamiento que se enfoca en redefinir

la pérdida de modo que pueda ser un beneficio de la persona que vive el duelo. “Hallar sentido a una pérdida y ver un beneficio en ella son dos dimensiones de dotar de significado a una pérdida, algo que está claramente relacionado con la cuestión de encontrar algo positivo en la muerte” (p. 65).

Adaptaciones internas

“Las personas en duelo no sólo se deben adaptar a la pérdida de los roles que desempeñaba el fallecido: la muerte también les plantea el reto de adaptar su propia identidad personal” (p. 65). Así pues, “los intentos de desempeñar los roles del fallecido pueden fracasar y esto, a su vez puede reducir más la autoestima” (p. 66). La muerte de un ser querido influye en la definición que hacen las personas de sí mismas, así como en su amor propio, así pues, el duelo podría suponer una regresión donde se modifica el cómo se ve la persona a su misma de forma negativa o empobrecida. De la misma forma el duelo también puede afectar la sensación de eficacia personal, esto es la medida en que la persona siente que tiene algún control sobre lo que le sucede. Attig (1996, en Worden, 2013, pp. 66-67) resalta “la necesidad de reaprender el mundo tras una pérdida y se centra especialmente en el impacto de la identidad del superviviente”.

Adaptaciones espirituales

Esta área se refiere al sentido que uno tiene del mundo. Es frecuente que la persona en duelo sienta que ha perdido el rumbo de la vida, de la misma forma una pérdida puede poner entre dicho los valores básicos de la persona, sus creencias filosóficas, las ideas influidas por el ambiente y las vivencias de la persona. Así pues, las personas buscan significado y su vida cambia para dotar de sentido dicha pérdida, y así recuperar cierto control. En caso de no llevar a cabo la tarea III se genera la incapacidad de adaptarse a la pérdida; la persona no desarrolla las capacidades necesarias

para afrontar la pérdida o aislándose del mundo sin afrontar las exigencias del ambiente, luchando consigo mismo, alimentando su propio desamparo.

Tarea IV: Batallar una conexión perdurable con el fallecido al embarcarse en una vida nueva.

Field, Gal-Oz y Bonanno (2003, en Worden 2013, p. 69) la definen como: “hallar una conexión perdurable con el fallecido al embarcarse en una vida nueva”. Así pues, “tenemos que encontrar maneras de recordar a los seres queridos que han fallecido, llevándolos con nosotros, pero siguiendo con nuestra vida” (Worden, 2013, pp. 68-69). Según Klass, Silverman y Nickman (1996, en Worden, 2013, p. 68) “las personas no se desvinculan de los difuntos, sino que hallan maneras de establecer unos vínculos continuos con ellos”. Para Volkan (1985, en Worden, 2013, p. 69) “Una persona en duelo nunca olvida por completo al fallecido si lo valoraba mucho en vida y nunca retira totalmente lo que ha invertido en su representación. No podemos eliminar de nuestra historia a quienes han estado cerca de nosotros...”

Para Attig (1996, en Worden, 2013) después de la pérdida de un ser querido se pueden seguir sintiendo un amor continuo, aunque transformado, en el fondo no se han perdido los años que se vivió con el ser querido, tampoco los recuerdos, su influencia, inspiración, valores ni significados encarnados en la vida; así pues, se puede incorporar dichas influencias a nuevas pautas de vida que incluyan estas relaciones transformadas, pero duraderas con las personas que nos importaron y amamos. Se sugiere que no llevar a cabo la tarea IV tendría como consecuencia no vivir, dicho de otra forma, la vida de quien sobrevive se detuvo por la pérdida y no se reanuda; la conclusión de esta tarea se puede ver obstaculizada cuando una persona se aferra al apego pasado de tal forma que no puede generar en otras relaciones.

Para Worden (2013) el duelo termina acaba cuando se han concluido las cuatro tareas, sin embargo, también, se menciona que puede haber personas que no finalizan el duelo nunca. También menciona que es imposible establecer un plazo específico para ello, pudiendo ser este de cuatro meses, un año, dos años o en algunos casos el duelo nunca termina.

Como indicador de que el duelo está por concluir se menciona que la persona puede pensar en el fallecido sin sentir dolor; puede sentir tristeza, pero sin la cualidad desgarradora; pensar en el fallecido sin manifestaciones físicas; o volver a tener emociones hacia la vida y a los demás. El duelo también concluye cuando se recobra interés por la vida, se siente con esperanza, y se adapta a los nuevos roles después de la pérdida. Aunque se debe de recordar que el proceso del duelo avanza, pero no de forma lineal, puede reaparecer y se tendrá que volver a trabajar con ello.

Worden propone un modelo para comprender el duelo, no a partir de etapas o fases, sino que lo concibe como un proceso de cuatro tareas, y gracias a estas la persona de pueda adaptar a la pérdida, siendo así una clara diferenciación entre los anteriores modelos, ya que incorpora diferentes experiencias que las personas puedan tener y realizar para cursar su duelo.

Modelo de Procesamiento Dual de Afrontamiento para el Duelo

Finalmente, el modelo propuesto por Stroebe y Schut (1999) se denomina “*Dual Process Model of Coping with bereavement*”, en español se traduce como: “Modelo de Procesamiento Dual de Afrontamiento para el Duelo” en el que se realiza una descripción de las formas en que las personas aceptan la pérdida de una persona cercana, si bien originalmente se desarrolló para antes y durante el afrontamiento de la muerte de una pareja, puede ser válido en otras experiencias de duelo.

A diferencia de otros modelos, en este no se proponen una secuencia de etapas si no que se describen los factores estresantes asociados al duelo, además las estrategias cognitivas relacionadas con aceptar este evento de la vida, y el proceso dinámico de oscilación entre los elementos anteriores, proceso que distingue a este modelo (Stroebe & Schut, 1999). Después de su análisis al fenómeno del duelo, Stroebe y Schut (1999) concluyeron que en este las personas adoptan (en distintas proporciones, según las variaciones individuales y culturales) dos grandes bloques, el “afrontamiento orientado a la pérdida” y “afrontamiento orientado a la restauración”. Estas dos categorías de factores estresantes requieren esfuerzos de afrontamiento durante el duelo.

Se propone flexibilidad, un ir y venir entre los bloques mencionados, en donde al principio del duelo, domina la orientación a la pérdida, aunque posteriormente la atención se centra en otras fuentes de estrés, siendo estos la orientación a la restauración. Es fundamental mencionar que el modelo está inmerso en la experiencia de la vida cotidiana, esto es que toma en cuenta que habrá momentos donde la persona se tome un tiempo libre del duelo, como ir al cine a ver una película, hablar de otro tema que no sea el duelo o simplemente dormir.

El modelo de Stroebe y Schut (1999) se caracteriza por los siguientes principios, los cuales contribuyen a la comprensión del proceso del duelo (figura 1):

a) Orientación a la pérdida

Esta dimensión se refiere a concretarse y manejar el procesamiento de la información de la experiencia de la pérdida de una persona fallecida. Dicha dimensión se centra en la relación la persona fallecida, puede incluir:

- ❖ La reflexión sobre la persona fallecida, la vida en común, el vínculo con la persona las circunstancias y los acontecimientos que rodean la muerte (Considerado como trabajo de duelo por otras teorías).
- ❖ Añorar y anhelar a la persona fallecida.
- ❖ Observar fotos antiguas.
- ❖ Imaginar cómo reaccionaría ante una circunstancia.
- ❖ Imaginar el llanto del ser querido.
- ❖ Recuerdos placenteros del ser querido.
- ❖ Felicidad de que el ser querido ya no sufre.
- ❖ Desesperación por quedarse solo.
- ❖ Llorar por la muerte del ser querido.

Este bloque se relaciona con la cercanía del vínculo, el apego y la relación continua con la persona fallecida, siendo así estos un componente principal del duelo y un factor importante para su salida.

b) Orientación a la restauración

Esta dimensión hace referencia a fuentes secundarias de estrés y su afrontamiento, se centra en lo que se tienen que afrontar (como la soledad social) y el cómo se afronta (evitar la soledad o buscar actividades), más no hace referencia al resultado de este proceso (reintegración social). Incluye:

- Dominar las tareas que la persona fallecida llevaba a cabo (Aprender a cocinar).
- Adaptarse a nuevas responsabilidades (Pagar la luz de la vivienda).
- Reorganizar la vida sin el ser querido (Vender alguna propiedad).

- Desarrollar una nueva identidad (Pasar de conyugue a viuda/viudo).

Cuando fallece un ser querido, no solo se experimenta el dolor por la pérdida, también hay que adaptarse a los cambios sustanciales y a las consecuencias secundarias de la pérdida. Dichas consecuencias se consideran como fuentes adicionales de estrés que suman a la carga de estrés de la pérdida, causando ansiedad y malestar adicional. Al llevarse a cabo las adaptaciones se producen una variabilidad de reacciones como orgullo por haber aprendido y dominado una nueva habilidad, alegría por estar con otras personas o valor de salir solo a realizar actividades.

Aunque se debe de tomar en cuenta que en algunas personas la motivación y capacidad de llevar a cabo las adaptaciones son bajas, por lo que se encuentran dificultades de aprender nuevos roles y tareas, lo cual puede llevar a afectaciones en las relaciones con otros y provocar emociones negativas hacia los demás (como pueden ser disputas entre integrantes de la familia por no realizar cierta modificación en los roles familiares posterior a la pérdida de un integrante).

La orientación a la pérdida y orientación a la restauración se pueden describir en términos de pérdidas por el fallecimiento (orientación a la pérdida) y ganancias de cambios positivos hacia el final del proceso de duelo (orientación a la restauración).

c) Oscilación

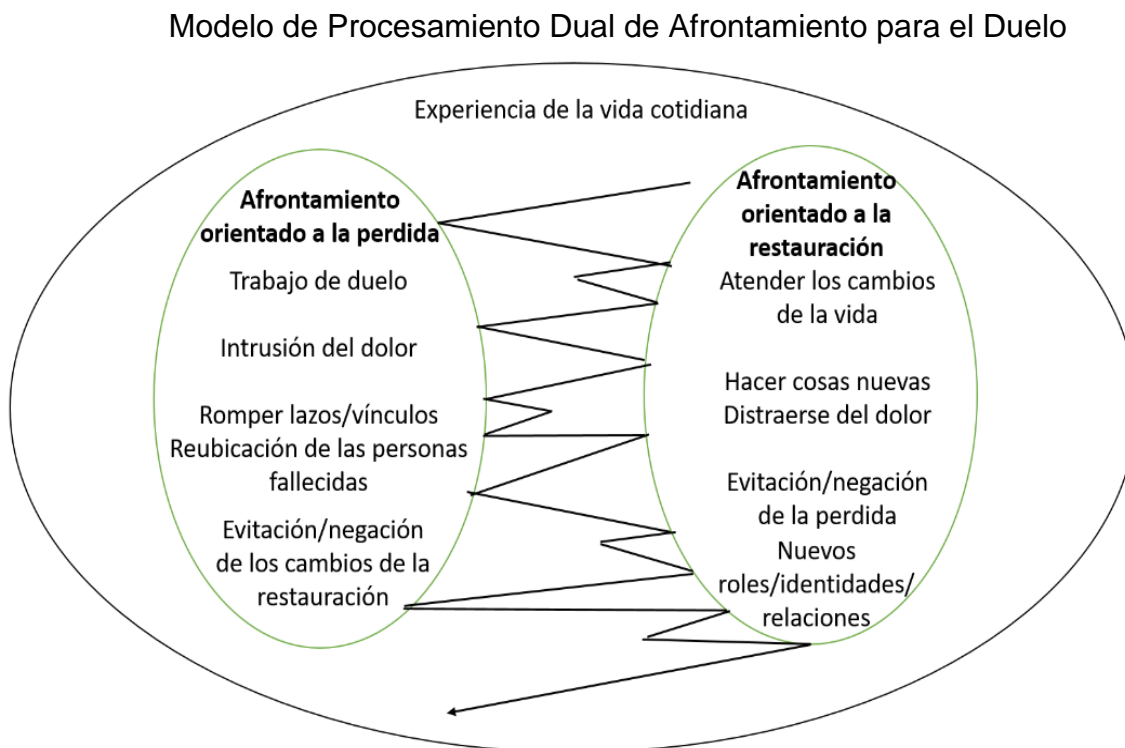
Este elemento se refiere a la alternancia entre afrontamiento orientado a la pérdida y a la restauración, es el proceso de aproximación entre la confrontación y la evitación de los diferentes factores estresantes asociados con el duelo. Es un componente central del

modelo, este proceso cognitivo es un mecanismo dinámico regulador de la atención entre las otras dos dimensiones; este elemento es fundamental para un afrontamiento exitoso.

Habrán ocasiones en las que las personas que perdieron a su ser querido se enfrentarán a su pérdida, en otras ocasiones evitarán los recuerdos, se distraerán o buscarán alivio concentrándose en otras cosas, o se centrarán en los factores estresantes adicionales como la gestión de las tareas domésticas o los cambios económicos (Stroebe & Schut, 1999; 2001).

La importancia de la oscilación también radica en que existe una relación entre la oscilación con la salud física y mental, ya que para un ajuste óptimo a lo largo del tiempo, se requiere de esta alternancia. Por ejemplo, para una persona puede ser demasiado doloroso enfrentarse a algún aspecto de la pérdida, por lo que puede tomarse un tiempo libre, distrayéndose o atendiendo otros elementos novedosos, para posteriormente volver a enfrentarse a dicho aspecto. Dicho de otra forma, con el paso del tiempo, después de una exposición y confrontación suficiente y repetida puede que ya no sea necesario pensar en determinados aspectos de la pérdida.

Es importante destacar que este modelo permite las variables que se encuentran en el duelo; la edad, el sexo/género (hombres orientados hacia los problemas, mujeres más orientadas a las emociones), el contexto social y las diferencias culturales (Existen comunidades orientadas al descanso/restauración con poca expresión de la pena, mientras que hay otras comunidades que expresan su dolor abiertamente y compartir su angustia).

Figura 1*Modelo de Procesamiento Dual de Afrontamiento para el Duelo*

Nota: Una persona en duelo oscilará entre afrontar la pérdida directamente como sentir el dolor de la pérdida, recordar al ser querido u observar fotografías junto al ser querido (afrontamiento orientado a la pérdida), y afrontar otras formas de estrés provenientes de la pérdida (afrontamiento orientado a la restauración) como puede ser hacer cosas nuevas, realizar las tareas que la persona fallecida hacía o conocer nuevas personas. Adaptación a partir de Stroebe y Schut (1999).

Este modelo propone que las personas que sufren una pérdida, no regresan a la vida que llevaban antes de la pérdida, sino que se adaptan a una nueva forma de vivir que incorpora un vínculo continuado con la persona fallecida (Klass et al., 1996; Walter, 1999, en Van Teijlingen & Humphris, 2019).

En cuanto a la finalización del duelo Stroebe (2021) menciona que en su modelo el duelo no tiene un final claro o punto definido en el que concluya, lo que se produce es una adaptación gradual en donde el duelo agudo disminuye con el paso del tiempo. Incluso, para algunas personas, suele ser válido pensar: “Nunca lo superas, pero con el paso del tiempo te acostumbras” como una forma de disminuir el dolor y adaptarse a la pérdida, aunque no se debe dejar de lado que las normas culturales y sociales tienen un impacto en la duración, expresión y experiencia del duelo y el dolor. De la misma manera para Stroebe (2021) la aceptación, en el modelo de afrontamiento dual para la pérdida, se manifiesta en ambas dimensiones del modelo, de la siguiente manera: en el afrontamiento orientado a la pérdida se manifiesta como la aceptación o comprensión de que la persona ha muerto y nunca volverá; mientras que en el afrontamiento orientado a la restauración se manifiesta como la comprensión o aceptación de que el propio mundo ha cambiado para siempre.

Es importante señalar que dentro de cada proceso de afrontamiento (orientado a la pérdida o a la restauración) se puede dar una reconstrucción del significado positiva como negativa, en caso de que sea positiva se interpretará de forma positiva los sucesos que se relacionan a la muerte del ser querido, se interpretarán los sucesos de forma positiva, los objetivos a futuro serán positivos, así como la expresión de su afecto por el ser querido; mientras que si es negativa, el dolor se intensifica, así como la rumiación que se relaciona con la muerte del ser querido, se interpretarán de forma negativa los eventos que se relacionan con la muerte, además de una expresión negativa de las emociones (Stroebe & Schut, 2001).

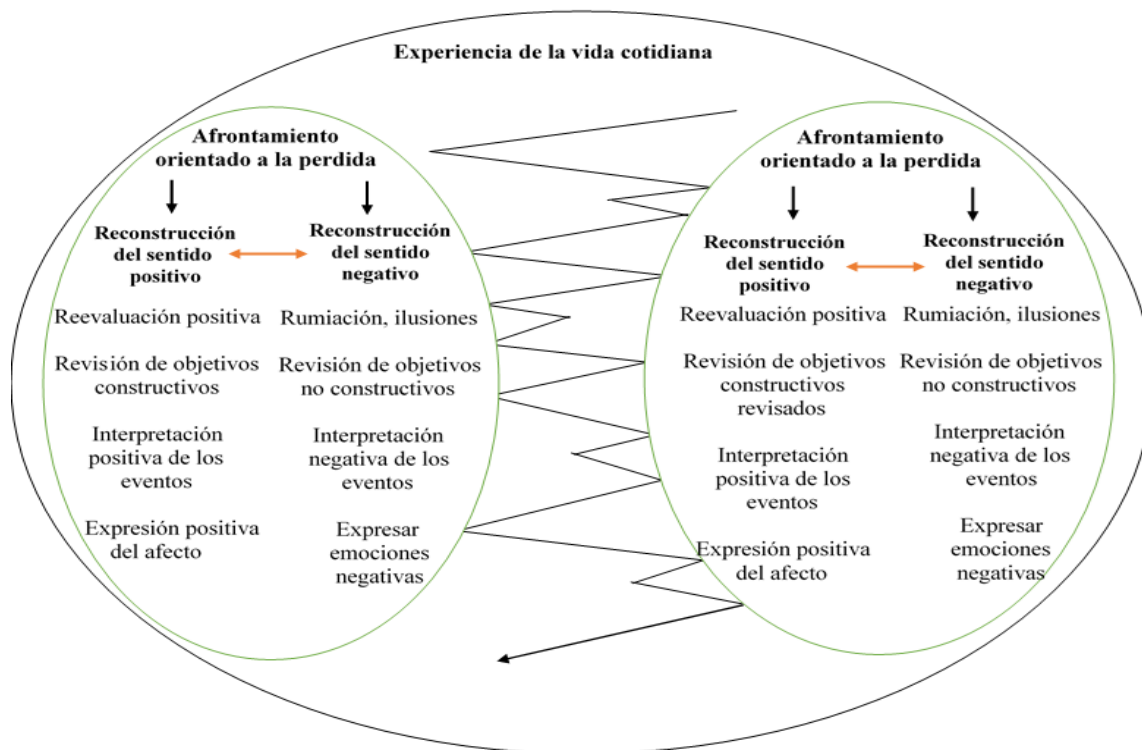
Por lo que afrontar de forma negativa o positiva de forma persistente en cualquiera de los dos procesos intensifica el dolor o se descuida el duelo respectivamente; así que parece necesario una oscilación entre el afecto positivo y negativo en la reconstrucción del significado de la pérdida.

De esta forma la revaloración facilita y proporciona vías por las que se puede lidiar las diferentes dimensiones del duelo (Stroebe & Schut, 2001). (Figura 2). Estos componentes permiten un análisis sistemático de los supuestos que las personas tienen durante el duelo, de los sistemas de significados que estas le dan a la pérdida y de las narrativas sobre su ser querido y alrededor de las circunstancias de muerte, mostrando así lo dinámico, fluctuante y modificable que es este proceso a lo largo del tiempo, mostrando una vez más que no hay una sola forma de vivir el duelo (Stroebe & Schut, 2001).

Figura 2

Modelo de Procesamiento Dual de Afrontamiento para el Duelo: Vías de afrontamiento para la pérdida (Traducción a partir de Stroebe y Schut (2001)).

Modelo de Procesamiento Dual de Afrontamiento para el Duelo:
Dos vías para afrontar la pérdida.



Nota: Una persona puede reconstruir el significado de la pérdida de forma positiva o negativa, en cualquiera de las dos dimensiones (afrentamiento orientado a la pérdida o a la restauración) sin embargo si se realiza únicamente de forma positiva se puede descuidar el duelo, y si se realiza únicamente de forma negativa, se agudizará el dolor del duelo, por lo que se recomienda una oscilación entre ambos. Adaptación propia a partir de Stroebe y Schut (2001).

Para Stroebe y Schut (1999) su modelo es compatible con el modelo de tareas de Worden (2013), aunque agrega tareas adicionales para incorporar la dimensión “orientación a la restauración” Dicha descripción se muestra en la Tabla 1.

Tabla 1

Compatibilidad del modelo de Tareas de Worden (2013) con el Modelo de Procesamiento Dual de Afrontamiento para el Duelo Stroebe y Scutz (1999) con orientación a la pérdida y restauración

Worden (2013)	Stroebe y Schut (1999)	
Tarea para la elaboración del duelo (2013) y	Orientación a la pérdida (1999)	Orientación a la restauración (1999)
Aceptar la realidad de la pérdida.	Aceptar la realidad de la pérdida.	Aceptar la realidad de que el mundo cambiado.
Experimentar el dolor de la pérdida.	Experimentar el dolor de la pérdida.	Tomarse un tiempo libre del dolor del duelo.
Adaptarse a un entorno en el que el fallecido no está.	Adaptarse a un entorno en el que el fallecido no está.	Reconstruir el entorno personal y subjetivo.

Reubicar emocionalmente al fallecido y seguir adelante con la vida.	Reubicar emocionalmente al fallecido y seguir adelante con la vida.	Desarrollar nuevos roles, identidades y relaciones.
---	---	---

Nota: Traducción a partir de Worden (2013) y Stroebe y Schut (1999))

Una persona no solo debe de llevar a cabo las cuatro tareas propuestas de Worden, sino que a la par debe de realizar las tareas de la dimensión “orientación a la restauración”, de esta forma la persona debe: 1. Aceptar la realidad de la perdida y aceptar que la realidad del mundo cambio. 2. Se debe de experimentar el dolor de la perdida, pero tomarse un tiempo libre de del dolor de la pena. 3. Se debe de adaptar a un lugar en donde el fallecido ya no está presente, así como reconstruir el entorno subjetivo en sí mismo, y finalmente 4. Reubicar al fallecido y seguir adelante de la vida y desarrollar nuevas identidades, roles y relaciones. De esta forma se concluye que, realizando las 8 tareas, la persona se adaptara a la pérdida de su ser querido, oscilando éntrelas dos dimensiones, mientras que completa las tareas correspondientes.

Retomando los modelos que comprenden el duelo y a modo de resumen, se pueden agrupar los modelos dentro de sus características en común como se observa en la tabla 2.

Tabla 2

Características comunes entre modelos que comprenden el duelo

Conceptuali- zación del duelo	Etapa/Fases/ Secuencia	Características/ Reacciones	Tareas	Dimensiones	Proposicio- nes (constructi- vismo)
--	---------------------------	--------------------------------	--------	-------------	--

Modelos para comprender el duelo	Engel (1964) Kübler-Ross (1969) Parkes y Weiss (1983) Sanders (1989) Bowlby (1993) Rando (1993) Neimeyer (2002)	Lindemann (1944)	Worden (1982) Parkes y Weiss (1983) Rando (1993)	Shuchter Zisook (1993) Stroebe y Schut (1999)	y Neimeyer (2002)
----------------------------------	---	------------------	--	--	-------------------

Tras revisar los diferentes modelos para comprender el proceso del duelo, se observa la variabilidad que los diferentes autores tienen para describir, comprender y explicar el fenómeno del duelo, por un lado, se proponen una serie de etapas las cuales las personas siguen al vivir su duelo, otros autores proponen tareas para desarrollar dicho duelo, también se habla de dimensiones en las que se desarrolla un duelo, mientras que otros hablan de características del duelo y preposiciones para comprenderlo.

Sin embargo, a pesar de dichas diferencias, varios de estos modelos presentan similitudes entre ellos, tal es el caso del término shock, elemento que encontramos en los modelos de Engel (1964), Kübler-Ross (1969) Parkes y Weiss (1983), Sanders (1989) y Bowlby (1993).

Así mismo a lo que se refiere como la expresión emocional del dolor y del duelo están presentes en varios modelos, como son: Engel (1964) en la fase de desarrollo de la conciencia; Kübler-Ross (1969) en sus etapas de ira, negociación y depresión; Worden (1982, en Hidalgo, 2001) en la Tarea II Elaborar el dolor de la pérdida; Parkes y Weiss (1983) en la etapa de Añoranza-búsqueda; Sanders (1989) en fase de Pérdida de la conciencia; Bowlby (1993) lo maneja

en su fase Protesta, anhelo y búsqueda; Rando (1993) en la etapa de Confrontación; Shuchter y Zisook en las dimensiones de Respuestas emocionales cognitivas a la muerte y Afrontar el dolor emocional; Neimeyer (2002) en la fase de asimilación; e incluso Stroebe y Schut (1999) como el afrontamiento a la pérdida.

Es importante destacar que un tópico en común en los modelos de duelo previamente revisados, es por lo que debe pasar la persona para ir cerrando el duelo, cada uno conceptualizándolo de forma diferente, pero llegando a una misma conclusión final: uno de los pasos / etapas / tareas o elementos finales del duelo es el aceptar que el querido se ha ido y el mundo de la persona ha cambiado, y es por ello que la persona debe de adaptarse (cada autor lo nombra de forma diferente) y aprender a vivir en el mundo sin el ser querido y su presencia, desempeñando nuevos roles, desarrollando nuevas identidades e incorporando así nuevas formas de vivir. Algunos autores como Worden (1982), Shuchter y Zisook (1993) o Stroebe y Schut también mencionan como uno de los elementos importantes del duelo y de esta adaptación al mundo sin el ser querido, es el incorporar un vínculo continuado con el ser querido fallecido a la experiencia de vida.

Con lo anterior se evidencia que a pesar de ser formas diferentes de conceptualizar el duelo, los modelos enmarcan temas en común; reaccionar a la pérdida del ser querido, experimentar el dolor y emociones o reacciones que aparecen después de la pérdida, aprender a vivir en el mundo sin él se querido que ha fallecido, esto en las diferentes áreas que la persona vive, y el continuar con la experiencia de vida siendo esta la conclusión final de la gran mayoría de los modelos, siendo esta para la gran mayoría de los autores el punto que culmina del duelo.

La principal razón de basar la propuesta de intervención en el Modelo de Procesamiento Dual de Afrontamiento para el Duelo es la revisión sistemática de Fiore (2019) en donde se

concluye que el modelo de cuenta con respaldo empírico de ser una forma correcta de representar la experiencia del duelo, y cuenta con respaldo en su uso para intervenciones efectivas para tratar el duelo. Esta fue la primera revisión sistemática que se realizó del modelo, en donde a través de veintidós artículos se llegó a la conclusión de que representa con exactitud la experiencia del duelo y puede utilizarse para comprender cómo lo afrontan las personas.

Se llega a esta conclusión a través del análisis de 10 estudios, donde se utilizaron instrumentos que medían conceptos relacionadas al duelo y con el Modelo de Procesamiento Dual de Afrontamiento para el Duelo, tales como: *The Inventory of Daily Widowed Life (IDWL)*, *Texas Revised Inventory of Grief (TRIG)*, *UCLA Loneliness Scale*, *Stress-Related Growth Scale (SRGS)*, *Symptom Checklist 90 (SL-90)*, *Bradburn's Affect Balance Scale (ABS)*, Cuestionario de variables relacionadas con la pérdida (*Background Questionnaire of Loss-Related Variables*), Lista de variables de las dimensiones orientación a la pérdida y orientación a la restauración basadas en el Modelo de Procesamiento Dual de Afrontamiento para el Duelo, entre otros.

A través de diversos análisis de datos como: ANOVA de una vía de pruebas de potencia explicativa, ANOVA de dos vías, Análisis *Scheffe post hoc* por pares, Correlación bivariada, Correlación de orden 0, Regresión lineal, Regresión múltiple, Matriz de correlación, Análisis de regresión, Análisis temático, Modelo de regresión por mínima cuadrados ordinados, entre otros; se relacionaron los datos de los instrumentos con las variables del modelo, obteniendo diversas conclusiones, tales que el afrontamiento orientado a la restauración se relaciona con la capacidad del doliente para dedicarse al autocuidado, a las habilidades de la vida diaria y al crecimiento personal, según lo medido por la escala de habilidades percibidas para el autocuidado y tareas diarias (Caserta & Lund, 2007, en Fiore, 2019); una relación lineal indico que las estrategias de afrontamiento desadaptativas del afrontamiento orientado a la pérdida se podían ver a través de

que el afligido se centrara en el pasado (Dunn, 2015, en Fiore, 2019); los análisis de regresión mostraron que los afligidos que utilizaban altos niveles de afrontamiento de la orientación a la pérdida y bajos niveles de afrontamiento de la orientación a la restauración presentan mayores niveles de depresión y soledad (Caserta & Lund, 2007, en Fiore, 2019).

De esta forma se encontraron diversos elementos del modelo como son: la rumiación, el pensamiento reflexivo, la intrusión de la pena, la negación, evitar los cambios en la restauración, el trabajo de duelo, la reconstrucción de significado, la interpretación del evento de forma negativa, la intrusión de dolor, experimentar el dolor del duelo, entre otros, para el afrontamiento orientado a la pérdida.

Mientras que los siguientes elementos forman parte del afrontamiento orientado a la restauración: distraerse de la pena, hacer cosas nuevas, desarrollar nuevos roles, identidades y relaciones, distraerse del dolor, atender los cambios de la vida, evitar el dolor, reconstruir el significado, interpretación de eventos positivos, expresión de afectos positivos, aceptar la realidad del mundo cambiando, entre otros.

Con respecto al respaldo en su uso para intervenciones efectivas para tratar del duelo se examinaron 12 estudios de intervenciones psicológicas para el duelo y/o duelo complicado en donde se analizó la eficacia de que las intervenciones basadas en el modelo.

Los 12 artículos se utilizaron diferentes instrumentos para medir elementos relacionados al duelo y al modelo, tales como: *The Inventory of Daily Widowed Life (IDWL)*, *Clinical Global Improvement Scale (CGIS)*, *Inventory of Complicated Grief (ICG)*, *Hogan Grief Reaction Checklist (HGRC)*, el Inventario de Depresión de Beck, entre otros.

Algunos resultados de este análisis mostraron la utilidad del modelo para manejo del duelo complicado. Caserta et al. (2014, en Fiore, 2019) mencionan que las personas más jóvenes utilizaron más el afrontamiento de la orientación a la pérdida al comienzo y utilizaron con más facilidad al afrontamiento de la orientación a la restauración al pasar el tiempo. Lundt et al. (2010, en Fiore, 2019) encontraron que la tasa de respuesta de una terapia para duelo complicado fue mayor que la obtenida por una psicoterapia estándar interpersonal, también mencionan que se requiere de una intervención más específica para el duelo complicado y se resalta que al trabajar el afrontamiento orientado a la pérdida puede ser más eficaz de forma individual en lugar de dentro de un grupo. Supiano y Luptak (2014, en Fiore, 2019) reportó que el 100% de sus participantes en la terapia de grupo para duelo complicado (basada en el modelo de Modelo de Procesamiento Dual de Afrontamiento para el Duelo) obtuvieron una puntuación menor a 5 puntos en el cuestionario breve de duelo, a comparación del 25% de los participantes de la terapia de grupo estándar (Tratamiento habitual TAU), además de que el los participantes de la terapia de grupo para duelo complicado tuvieron una disminución más significativa de la ansiedad en comparación con el otro grupo; concluyendo que el modelo es apropiado para estudiar duelo complicado y duelo normal. Estos resultados apoyan a la conclusión de que las intervenciones basadas en este modelo pueden ser más eficaces que la terapia de duelo tradicional (Fiore, 2019).

En cuanto a una intervención en terapia de duelo complicado se describe el ensayo clínico de Shear et al. (2005 en Fiore, 2019) en donde se menciona que el modelo se utilizó en la fase media de la terapia, resaltando sus componentes de orientación a la pérdida y restauración, en donde los participantes en esta terapia de grupo tuvieron un progreso consistente a lo largo de dieciséis semanas, mientras que los participantes del grupo de terapia estándar tuvieron mejoras variadas a lo largo de las semanas y con menos ganancias generales. Fiore (2019) indica la

importancia de realizar más investigaciones para tener aun mayor conocimiento sobre el modelo y sus diferentes aplicaciones, especialmente lo que respecta a las demostraciones empíricas, diseños de intervención y para la dimensión de la oscilación, ya que para este último se encontraron dificultades para reportar este elemento por parte de los evaluados, así como para evaluarlo de forma objetiva.

Tras analizar los diferentes modelos que postularon para comprender el duelo, se considera prudente y valido basar la intervención en el Modelo de Procesamiento Dual de Afrontamiento para el Duelo, esto gracias a su aproximación cognitiva al duelo y a la revisión sistemática que sostiene que este modelo representa de forma correcta el duelo, se genera una propuesta sostenida en evidencia científica. Abordada la diversa cantidad de modelos que tratan de comprender el duelo, es importante analizar los aspectos puntales que las personas pueden experimentar en su duelo y lo que puede llevar a que una persona esté en un duelo complicado.

1.4. Duelo normal versus duelo complicado

Antes de hablar de un duelo complicado es conveniente abordar que es el duelo normal y las reacciones que las personas pueden experimentar a lo largo de este.

Duelo normal

Después de la pérdida de un ser querido las personas reaccionan con diferentes manifestaciones al dolor y aunque hay grandes diferencias individuales a las respuestas, algunas son más comunes que otras, aunque también difieren entre culturas (Sánchez, 2020). En la literatura (p.e. Guillem et al. (2007), Gil-Juliá et al. (2008), Baños y Botella (2010, en Sánchez, 2020), Worden (2013) y Lacasta y García (2014)) se encuentran un gran conjunto de manifestaciones que las personas experimentan en el duelo, agrupadas alrededor de cuatro

dimensiones, siendo estas: afectivas, cognitivas, conductuales, somáticas y del funcionamiento social.

En la tabla 3 a partir de diversos autores, tales como González (2007), Guillem et al. (2007), Gil-Juliá et al. (2008), Baños y Botella (2010, en Sánchez, 2020), Worden (2013), y Lacasta y García (2014) se recogen diferentes manifestaciones agrupadas en las cinco dimensiones mencionadas anteriormente.

Tabla 3

Manifestaciones durante el duelo

Manifestaciones	Componentes
Emocionales/Sentimientos	Tristeza, enfado, ira, rabia, ansiedad, fatiga, frustración, abandono, miedo, culpa, remordimiento, impotencia, indefensión, insensibilidad, soledad, hostilidad, abatimiento, angustia, apatía, auto reproche, shock emocional, falta de apego emocional, extrañeza con respecto a si mismo o ante el mundo habitual, ausencia de sentimientos, anhelo, añoranza, emancipación, alivio, tranquilidad.
Cognitivas/Cogniciones	Distorsiones cognitivas, incredulidad/irrealidad, confusión, preocupación, rumiaciones, sensación de presencia del fallecido, alucinaciones visuales y/o auditivas, pensamientos e imágenes repetitivos o recurrentes, obsesión por recuperar la pérdida o evitar los recuerdos.

	<p>Presencia de alteraciones con la aceptación de la realidad de la pérdida, alteraciones perceptivas, alteraciones en el sentido de identidad, alteraciones en el sentido del futuro, alteraciones en el modo de comprender o encontrar significado a la pérdida, además de dificultades (trastornos) de memoria, atención y concentración.</p>
Somáticas/Sensaciones físicas	<p>Vacío en el estómago, dolor de cabeza, opresión en el pecho y/o garganta, sequedad de boca, hipersensibilidad al ruido, falta de aire, palpitaciones, temblor en piernas y/o brazos (miembros superiores e inferiores), debilidad muscular, falta de energía o debilidad, aislamiento, alteraciones del sueño, trastornos alimenticios, sensación de despersonalización y aumento de la morbimortalidad.</p>
Conductuales/Conductas	<p>Llorar, suspirar, agitación, retraimiento, conducta distraída, hablar del difunto, llamar al fallecido en voz alta, descontrol u olvidos de las actividades diarias, visitar lugares, llevar objetos que recuerdan al fallecido, frecuentar los mismos lugares del fallecido, atesorar objetos que pertenecían al fallecido, o por el contrario evitar recordar al fallecido y/o cualquier recorrido del fallecido además de aislamiento social.</p> <p>Puede presentarse hipoactividad como hiperactividad, problemas con el sueño (Insomnio o hipersomnia, sueños con el fallecido, o pesadillas), problemas del apetito (Falta de apetito o ingesta excesiva), conductas no meditadas, y conductas dañinas para la</p>

propia persona (consumo excesivo de alcohol y/u otras sustancias legales como ilegales) y conducta distraída.

Funcionamiento social	Retirada y aislamiento social los primeros meses del duelo, dejar de implicarse en actividades sociales, alteración en los roles sociales y familiares que desempeñaba la persona, dificultades para establecer nuevas relaciones y mantener relaciones previas, además de que la expresión del dolor puede reducir el apoyo social.
-----------------------	--

Nota: Elaboración propia a partir de González (2007) Guillem et al. (2007), Gil-Juliá et al. (2008), Baños y Botella (2010, en Sánchez, 2020), Worden (2013), y Lacasta y García (2014). Se agrupan las diferentes reacciones que una persona en duelo puede experimentar en cinco diferentes grupos siendo estas las reacciones emocionales o, reacciones cognitivas, reacciones somáticas, reacciones conductuales y el funcionamiento social.

La tabla 3 trata de tomar en cuenta la variabilidad de las reacciones del duelo, dentro del duelo se pueden experimentar una variedad de emociones, desde tristeza o enojo hasta tranquilidad por el fallecimiento de un ser querido que ha pasado por un doloroso padecimiento. Se toma en cuenta que dentro de un mismo duelo también será posible que la persona experimente diferentes valencias emocionales (estar triste porque el fallecido ya no está, pero tranquilo de que no sufre más en caso de un ser querido que haya pasado por una enfermedad).

De forma similar en las manifestaciones conductuales se incluyen conductas contrarias, como son la hiperactividad e hipoactividad, frecuentar los lugares del fallecido y evitar el recorrido y los lugares del fallecido; esta contrariedad de acciones se pueden identificar en diferentes individuos, pero también puede existir dentro de la misma persona y el mismo duelo (ser

hiperactivo dentro de reuniones familiares, y al llegar a casa mantenerse hipoactivo; no estar en la casa donde vivía con el ser querido pero visitar continuamente la sepultura del ser querido.) Esta contrariedad responderá tanto a las características individuales de la persona, las creencias que la persona tiene sobre la muerte del ser querido, el ambiente actual del individuo, las circunstancias y especificaciones de la pérdida, entre otras.

Mientras que en la dimensión cognitiva los autores no mencionan alguna cognición que se pueda considerar de valencia positiva como pensar con esperanza en el futuro o pensamientos sobre que la persona fallecida ya descansa, por lo que sería importante hacer un análisis de estos pensamientos, para identificar si están presentes en algunos casos del duelo, o agregar dichas cogniciones en futuros trabajos.

En cuanto al funcionamiento social, parece haber cierto consenso en que las personas verán su contacto social mermado y alterado por la pérdida, ya sea por retirada/asilamiento o por dificultades en mantener las relaciones, en parte por la expresión de dolor. Sin embargo, como se ha visto en las dimensiones anteriores, ¿será posible que también exista cierta mejoría en el funcionamiento social dentro de un duelo normal?, de tal forma que, en ciertas ocasiones específicas, un duelo pueda traer un beneficio a nivel social para la persona, aunque probablemente este sea en menor proporción de duelos.

Un punto importante a mencionar en todas las dimensiones anteriores es que no necesariamente en el transcurso del duelo, se deban experimentar las mismas manifestaciones ni con la misma intensidad todo el tiempo que se esté en duelo, siendo que como el duelo es un fenómeno que fluctúa y es diferente para cada persona que lo experimenta, las reacciones que tienen a este también lo serán.

Tener en cuenta esta diversidad de reacciones en el duelo será favorable tanto para una comprensión del fenómeno del duelo, como para una intervención psicológica, esto debido a que se tiene que tomar en cuenta que dentro de un duelo normal, no existen una única forma de reaccionar a la pérdida, sino una inmensa variabilidad de manifestaciones que las personas experimentan (tanto en tipo, como grado de reacción), ya sea por el contexto de la persona, experiencias previas del duelo, o la historia de aprendizaje de la persona, estas formas de duelo son válidas; por lo tanto, se debe de especificar a qué se hace referencia cuando se habla de duelo complicado.

Duelo complicado

Al conceptualizar lo que es el duelo no normal o duelo complicado se encuentran diferentes definiciones y descripciones, en el caso del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, 5ta edición [DSM-5] le denomina trastorno de duelo complejo persistente, mientras que la Clasificación Internacional de Enfermedades, 10ma edición [CIE-10], lo enmarca como un Trastorno de adaptación.

En el DSM-5 se indica que: “el duelo se cursa con intenso anhelo o deseo de la persona fallecida, desconsuelo intenso y dolor emocional; la preocupación por el fallecido o las circunstancias de la muerte son respuestas que se espera que aparezcan en el duelo” (*American Psychological Association [APA], 2014, p. 194*).

Así pues, para la APA (2014) un duelo es una reacción normal ante la muerte de un ser querido y la duración de un duelo “normal” varía entre las distintas culturas, como parte de la reacción. Se presentan algunos síntomas como:

- ❖ Sentimiento de tristeza.

- ❖ Insomnio.
- ❖ Falta de apetito.
- ❖ Pérdida de peso.
- ❖ Estado de ánimo deprimido.

Así pues, la APA (2014) crea la categoría diagnóstica “Trastorno de duelo complejo persistente”, dicha categoría tiene una prevalencia de aproximadamente 2,4% al 4,8% y es más prevalente en mujeres que en varones. En el caso de las diferencias entre las culturas, para diagnosticar el trastorno de duelo complejo persistente se requiere que “las respuestas persistentes y graves sobrepasen las normas culturales de respuestas de dolor, y que no se expliquen mejor por rituales de duelo culturalmente específicos” (APA, 2014, p. 791). El riesgo de presentar el trastorno de duelo complejo persistente aumenta en casos de mayor dependencia con la persona fallecida previa a la muerte y si el que fallece es un hijo. Los criterios para el diagnóstico son:

- A. El individuo ha experimentado la muerte de alguien con quien mantenía una relación cercana.
- B. Desde la muerte, presentar al menos uno de los síntomas siguientes que debe de estar presente más días de los que no, a un nivel clínicamente significativo y persiste durante al menos 12 meses en el caso de adultos en duelo y 6 meses para niños en duelo:
 1. Anhelos/añoranza persistente del fallecido.
 2. Pena y malestar emocional intensos en respuesta a la muerte.
 3. Preocupación con relación a la persona que falleció.
 4. Preocupación acerca de las circunstancias de la muerte.
- C. Desde la muerte de ser querido, presentar al menos 6 de los síntomas siguientes y estar presentes más días de los que no, a un nivel clínicamente significativo y persisten

durante al menos 12 meses en el caso de adultos en duelo y 6 meses para niños en duelo:

I. Malestar reactivo a la muerte:

1. Importante dificultad para aceptar la muerte. En los niños, esto depende de la capacidad del niño para comprender el significado y la permanencia de la muerte.
2. Experimentar incredulidad o anestesia emocional en relación a la pérdida.
3. Dificultades para recordar de manera positiva al fallecido.
4. Amargura o rabia con relación a la pérdida.
5. Valoraciones desadaptativas acerca de uno mismo en relación al fallecido o a su muerte (p. ej., autoinculparse).
6. Evitación excesiva de los recuerdos de la pérdida (p. ej., evitación de los individuos, lugares o situaciones asociados con el fallecido; en los niños, esto puede incluir evitar pensamientos y sentimientos acerca del fallecido).

II. Alteración social/de la identidad:

7. Deseos de morir para poder estar con el fallecido.
8. Dificultades para confiar en otras personas desde el fallecimiento.
9. Sentimientos de soledad o desapego de otros individuos desde la muerte.
10. Sentir que la vida no tiene sentido o está vacía sin el fallecido, o creer que uno no puede funcionar sin el fallecido.
11. Confusión acerca del papel de uno en la vida, o una disminución del sentimiento de identidad propia (p. ej., sentir que una parte de uno mismo murió con el fallecido).
12. Dificultad o reticencia a mantener intereses (p. ej., amistades, actividades) o hacer planes de futuro desde la pérdida.

- D. La alteración provoca malestar clínicamente significativo o disfunción en áreas sociales, laborales u otras áreas importantes del funcionamiento.
- E. La reacción de duelo es desproporcionada o inconsistente con las normas culturales, religiosas, o apropiadas a su edad.

Para la APA (2014) el marco temporal del duelo “normal” es de 1 año en adultos y 6 meses en niños para diferenciarlo de un trastorno de duelo persistente. Algunas características que apoyan el diagnóstico de “Trastorno de duelo complejo persistente” es que algunos individuos con dicho trastorno presentan alucinaciones del fallecido (ya sean auditivas o visuales) en las que de manera temporal se percibe la presencia del difunto, además se pueden experimentar quejas somáticas (molestias digestivas, dolor, fatiga, entre otras) e incluso síntomas que padecía la persona que falleció.

Así pues, el trastorno de duelo complejo persistente se diferencia del duelo normal por la presencia de reacciones de dolor intensas (posterior a la muerte del fallecido) que persisten al Este trastorno sólo se diagnostica cuando las respuestas de dolor intensas persisten e interfieren con la capacidad del individuo para funcionar durante al menos 12 meses después de la muerte (APA, 2014).

Debe de existir un diagnóstico diferencial con otros trastornos tales como: Trastorno depresivo (el trastorno de duelo complejo persistente, este último se caracteriza por centrarse en la pérdida), Trastorno de ansiedad por separación (el trastorno de duelo complejo persistente conlleva malestar por la separación de un individuo que ha fallecido, a diferencia del trastorno de ansiedad por separación que se caracteriza por ansiedad a figuras de apego actuales) y Trastorno de estrés postraumático (el trastorno de duelo complejo persistente se centran en los pensamientos acerca de muchos aspectos de la relación con el fallecido, como los aspectos positivos de la

relación y el malestar por la separación, más que en la forma de muerte como en el Trastorno de estrés postraumático); y es con este último es con el que tiene más frecuencia de aparición de forma simultánea (APA, 2014).

Un punto importante a destacar es que en el caso del DSM-V, el Trastorno de duelo complejo esta descrito dentro del apartado “Afecciones que necesitan más estudio”, categoría para afecciones que se deben seguir estudiando, aunque los ítem, umbrales y duraciones fueron establecidos por expertos. En este apartado se menciona que los conjuntos de criterios expuestos no deben ser de uso clínico, no están reconocidos oficialmente como un trastorno y no se pueden utilizar con propósitos clínicos; sin embargo, se pueden utilizar para proporcionar un lenguaje común para los investigadores y los clínicos interesados en estudiar estos trastornos (APA, 2014).

En el caso del CIE-10 para el duelo normal se utiliza el código Z63.4 “Problemas relacionados con la desaparición o muerte de un miembro de la familia” mientras que para el duelo anormal se denomina como F43.2 “Trastornos de adaptación” (Barreto et al., 2012).

Dicho código está en la sección de F43 “Reacciones a estrés grave y trastornos de adaptación” en donde se incluyen trastornos identificables por los síntomas y el curso del mismo. La aparición del trastorno es una causa directa de un estrés agudo grave o una situación traumática sostenida y sin la aparición de dichas circunstancias, los trastornos no se hubieran producido. Así pues, los trastornos pueden considerarse como una respuesta mal-adaptativa estrés grave o persistente (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2000).

Para la CIE-10 el trastorno de adaptación se trata de: “estados de malestar subjetivo y de alteraciones emocionales que habitualmente interfieren con el funcionamiento y actividad sociales,

que aparecen en el período de adaptación a un cambio biográfico significativo o a un acontecimiento vital estresante” (OMS, 2000, p. 122).

El estado de malestar se da mediante un agente estresante el cual puede haber afectado la integridad de la trama social del individuo (experiencias, separación, duelo) o el amplio sistema de soportes y valores sociales, que pueden haber representado una transición mayor en el desarrollo (OMS, 2000). Se sugiere que el riesgo de aparición y la forma en el que las reacciones se manifestaran en los trastornos de adaptación, juega un papel importante la predisposición y vulnerabilidad individual. Sin embargo, también se especifica que el trastorno no se desencadenaría en ausencia de un agente estresor (OMS, 2000).

Así pues, según la OMS (2000) las manifestaciones son variables, pero suelen incluir:

- Reacción depresiva o prolongada
- Humor depresivo, ansiedad o preocupación (o una mezcla de ellos)
- Sentimiento de incapacidad para afrontar.
- Planificar el futuro o continuar en la situación presente.
- Cierta grado de discapacidad en el desempeño de la rutina diaria.
- Puede existir trastornos disociales asociados o alteraciones disociales.
- Alteración de otras emociones y de la conducta.

Los criterios que utiliza la OMS (2000) para el diagnóstico de “Trastorno de adaptación” son 3:

- A. Los síntomas deben producirse en el mes posterior a la exposición a un estrés psicosocial identificable, pero no de tipo catastrófico ni inusitado.

B. El individuo manifiesta síntomas o alteraciones del comportamiento del tipo de los descritos en cualquiera de los trastornos del humor (afectivos) (F30-F39) (excepto ideas delirantes y alucinaciones), de cualquiera de los trastornos en F40-F48 (trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos) y de los trastornos disociales. Los síntomas pueden variar en forma y gravedad. El rasgo predominante de los síntomas puede especificarse más utilizando un quinto carácter, el cual puede ser:

- ❖ Reacción depresiva breve (F43.20).
- ❖ Reacción depresiva prolongada (F43.21).
- ❖ Reacción mixta de ansiedad y depresión (F43.22).
- ❖ Con predominio de alteraciones de otras emociones (F43.23).
- ❖ Con predominio de alteraciones disociales (F43.24).
- ❖ Con alteraciones de las emociones y disociales mixtas (F43.25).
- ❖ Con otros síntomas predominantes especificados (F43.28).

C. Excepto en la reacción depresiva prolongada (F43.21), los síntomas no persisten más de seis meses tras el cese del estrés o sus consecuencias.

Se destaca que en la CIE-10 como tal no existe una categoría específica para el duelo complicado como si lo tiene la DSM-V, sino que este está dentro de la categoría F43.2 “trastornos de adaptación” junto con el “Shock cultural”, condición de refugiado, jubilación, hospitalismo en niños, entre otros. Aunque si brinda una duración estimada, en donde las reacciones normales deben de catalogarse dentro de la categoría F43.21 (reacción depresiva prolongada), siendo esta una duración mayor a 6 meses. A diferencia del DSM-V, el duelo no está contemplado como una entidad nosológica específica en el CIE-10 y al compartir categoría con otras circunstancias

dificulta la definición del trastorno, además de que en la misma categoría no se brinda una distinción clara de los síntomas, ya que redirige al lector a una serie de trastornos específicos (como el trastorno bipolar, episodio maniaco o episodio depresivo, entre otros.) Aunque si hace una distinción importante: los síntomas pueden variar en forma y gravedad.

Para la intervención que se describe más adelante, puntualizar la temporalidad de la por un lado la DSM-V señala que los síntomas deben persistir durante al menos 12 meses en adultos y 6 en niños, mientras que la CIE-10 menciona que los síntomas persisten más de 6 meses después del cese del estrés. Con estos elementos podemos elegir los 6 meses propuestos por el DSM-V, ya que de esta forma se evita que algún síntoma o conducta que esté afectando la vida de la persona no continúe y dificulte más la recuperación de la vida de la persona.

Duelo complicado según Stroebe y Schut

Ahora bien, retomando el Modelo de Procesamiento Dual de Afrontamiento para el Duelo, este proporciona un marco de información para comprender las formas patológicas o complicadas de un duelo (como son el duelo crónico, ausente o inhibido).

Se establecen dos categorías o formas de concebir el duelo complicado relacionadas con las dos dimensiones del duelo (afrentamiento orientado a la pérdida y orientado a la restauración).

La primera categoría de duelo complicado puede significarse como un síndrome de orientación a la pérdida, en donde un duelo complicado se relacione en mayor parte con la relación pérdida y el vínculo continuo con el difunto, así como una intrusión frecuente del dolor y el recuerdo del ser querido (Prigerson, Frank, et al., 1995; Prigerson, Maciejewski, et al., 1995; en Stroebe & Schut, 1999).

Se puede ejemplificar de la siguiente manera: una persona que pierde a su ser querido y se centra en el trabajo de duelo, recordar y añora la gran parte del tiempo a su ser querido fallecido, observa fotos antiguas, acude mucho a lugares que el ser querido frecuentaba, imaginar el llanto del ser querido, o como hubiera reaccionado a alguna situación, llorar por el ser querido y su fallecimiento, aislarse de su red de apoyo por el dolor de la pérdida, continuar con el vínculo que se tenía con la persona fallecida, no adoptar los cambios consecuencia de la pérdida, evitar los cambios de la restauración y evitar afrontar los elementos de la orientación a la restauración, se le puede denominar que está en un duelo complicado como síndrome de orientación a la pérdida.

También se puede categorizar como un síndrome de orientación a la restauración, caracterizado por la negación de la pérdida e inhibición del dolor, estando así más orientado a la restauración, siendo una evasión de la confrontación de la realidad de la muerte, caracterizándose por un esfuerzo por seguir en el mundo como si la pérdida no hubiera ocurrido (Stroebe & Schut, 1999).

Ejemplificándose como: una persona que pierde a un ser querido y se centra en negar la pérdida, evitación de confrontar la realidad de la muerte, distraerse por completo de la pérdida, adaptarse a la pérdida sin procesar las emociones de esta, desarrollar una nueva identidad tan pronto como sea posible sin procesar el dolor de la pérdida, evitar recordar al ser querido, reorganizar la vida sin el ser querido, pero como forma de evitar afrontar la muerte de su ser querido, seguir con la experiencia de vida como si el fallecimiento del ser querido no hubiera ocurrido, o no le afectara, no expresar emociones o pensamientos relacionados al ser querido y su pérdida, evitar el trabajo de duelo y el dolor emocional de la pérdida, y con ello evitar afrontar la dimensión de la pérdida.

Así pues, las formas complicadas del duelo pueden considerarse como trastornos de oscilación, siendo así una ausencia en la oscilación (proceso de confrontación-evitación de la pérdida) que se asocia con el ajuste y la adaptación (Stroebe & Schut, 1999).

Dicho de otra forma, las personas permanecen en las actividades o reacciones de las dimensiones, ya sean orientadas únicamente a la pérdida (confrontar la pérdida y el dolor) u orientadas exclusivamente a la restauración (evitar la pérdida y las emociones de esta), siendo también formas de evitación, a experimentar la cotidianidad de vida o confrontar la realidad de la pérdida respectivamente.

Con todo lo anterior se propone que un duelo complicado se defina como:

Duelo cuyas reacciones provocan malestar clínicamente significativo y una alteración en las esferas del individuo, además son persistentes y graves de forma que sobrepasan las normas culturales, religiosas o apropiadas para la edad de la persona; dichas reacciones persisten durante más de 6 meses posterior a la pérdida.

Las reacciones pueden dividirse en dos grupos el primero donde las manifestaciones están centradas en el dolor de la pérdida y recuerdo por el ser querido, evitando el descanso, o realizar otras actividades (síndrome orientado a la pérdida) y el segundo en donde los síntomas están centrados a la recuperación y esfuerzos por vivir en el mundo como si no hubiera ocurrido la pérdida, evitando afrontar la pérdida y las emociones que esto conlleva (síndrome orientado a la restauración).

1.5. Instrumentos que se utilizan para evaluar el duelo

La Sociedad Española de Cuidados Paliativos [SECPAL] (2014) mencionan que la evaluación del duelo debe llevarse a cabo mediante la recopilación y el análisis de información obtenida de diversas fuentes como lo son: entrevistas, autoregistros, observación directa, juicio clínico, cuestionarios de duelo complicado entre otros.

Así pues, González (2007) y SECPAL (2014) mencionan una serie de instrumentos que se pueden utilizar para diagnosticar el duelo.

Para evaluar sintomatología en el duelo se puede utilizar:

- Inventario de experiencias en duelo (IED) 2001 (*Grief Experience Inventory* GEI, 1977)
- Inventario de Texas revisado de duelo (ITRD) 2005 (*Texas Inventory of Complicated Grief*, 1981)

Para diferenciar duelo normal y patológico y valorar este último:

- Inventario de duelo complicado (2005) (*Inventory of Complicated Grief* ICG, 1995)
- Inventario de duelo complicado revisado (IDC-R 2002) (*Inventory of Complicated Grief* ICG-r, 2001)

Para identificar riesgo de duelo complicado:

- Cuestionario de riesgo duelo complicado (2002) (CRDC) RIX INDEX (RI 2003)
(Enfocado hacia viudas)

Según González (2007) y SECPAL (2014) la mayoría de los instrumentos son válidos y adaptados al español y a población española, además de que no existen estudios comparativos entre los instrumentos, por lo que la recomendación de su uso se basa en la práctica clínica.

Algunos de los instrumentos anteriores, que se utilizaran en la intervención cuentan con las siguientes características:

El Inventario de Experiencias en Duelo (IED) está relacionado con lo que siente la persona cuando fallece un ser querido, se representan pensamientos y sentimientos comúnmente expresados por las personas que han perdido un pariente o un amigo íntimo (Gómez, 2018). Fue desarrollado en 1977 por Sanders, Mauger y Strong Jr., mientras que la versión al castellano fue desarrollada García-García, Landa, Trigueros-Manzano y Gaminde-Inda en 2001. Es un cuestionario de 135 ítems de una escala dicotómica (verdadero y falso) con un total de 18 subescalas, sin embargo, las escalas usadas tradicionalmente son desesperanza, enfado, culpa, aislamiento social, pérdida de control, rumiación, despersonalización, somatización y ansiedad ante la muerte; se destacan sus valores de alfa de Cronbach de su adaptación al castellano los cuales oscilaron entre 0.43 y 0.85 (Fernández-Alcántara et al., 2016).

El Inventario de Texas revisado de duelo (ITRD) fue desarrollado por Faschingbauer, Devaul y Zisook en 1981 (Gómez, 2018) mientras que la versión al castellano por García-García, Landa-Petralanda, Trigueros-Manzano y Gaminde-Inda en 2005. Consta de 21 ítems con una forma de respuesta tipo Likert, la cual va de “completamente verdadera” (5 puntos) hasta “completamente falso” (1 punto). Una puntuación más baja indica un proceso de duelo más intenso, mientras que una puntuación mayor indica un duelo con menor intensidad. La versión castellana señala una alfa de Cronbach de 0.75 (sentimientos pasados) y 0.86 (sentimientos actuales) en cada escala (Fernández-Alcántara et al., 2016). Se utiliza para evaluar sentimientos asociados con el duelo más intenso o complejo, mediante sus escalas explora la conducta y los sentimientos de la persona que vive el duelo en los momentos inmediatos al fallecimiento, así como los sentimientos actuales en relación con el fallecido (Fernández-Alcántara et al., 2016).

El Inventario de Duelo Complicado revisado IDC-R fue desarrollado por Prigerson, Kasl y Jacobs, mientras que la versión al español fue realizada por García-García, Landa, Prigerson, Echeverría, Grandes, Mauriz y Izaskun Andollo; ambos publicados en 2001, constando de 37 reactivos de escala Likert donde las puntuaciones (del reactivo 1 a 33) van de 1 a 5 (Gómez, 2018). El instrumento tiene como objetivo evaluar los síntomas asociados al duelo diferenciando entre casos normales y complicados (Gamba-Collazos & Elvira, 2017). La versión original refleja los síntomas principales que caracterizan el duelo complicado como son el anhelo por la persona fallecida, rumiaciones, aspectos emocionales o alucinaciones (Fernández-Alcántara et al., 2016). Se reporta un alfa de Cronbach de 0.88 y una fiabilidad de test- retest de 0.81. Según los autores una puntuación total mayor de 25 puntos después de los seis meses del fallecimiento es un indicador de duelo complicado, además a más alta puntuación, mayor probabilidad de padecer duelo complicado (González et al., 2006).

Además de los instrumentos ya mencionados, un cuestionario que se ha utilizado para evaluar la intensidad y las experiencias en el proceso de duelo es el Inventario de 90 Síntomas Revisado (SCL-90-R) desarrollado por Derogatis en 2002. Es una medida breve compuesta por 90 ítems designados para evaluar un amplio rango de psicopatología (Fernández-Alcántara et al., 2016). “El inventario de síntomas SCL-90-R es ampliamente utilizado para la evaluación de sintomatología psicológica, y refleja el grado de malestar psicológico o distrés que viene experimentando la persona durante la última semana” (Sánchez y Ledesma, 2009, en Vela et al., 2020). Las dimensiones que constituye el inventario son: “Somatizaciones (SOM), Obsesiones y Compulsiones (OBS), Sensitividad interpersonal (SI), Depresión (DEP), Ansiedad (ANS), Hostilidad (HOS), Ansiedad fóbica (FOB), Ideación paranoide (PAR) y Psicoticismo (PSIC).” (Sánchez y Ledesma, 2009, en Vela et al., 2020). El instrumento permite calcular tres índices

generales combinando las respuestas a todos los reactivos, estos son el Índice de Severidad Global [ISG] (indicador del nivel actual de malestar percibido), el Total de Síntomas Positivos [TSP] (total de síntomas reconocidos como presentes), y el Índice de Malestar Sintomático Positivo [IMSP] (que evalúa el estilo de respuesta). Se incluye además siete ítems adicionales discretos (referidos a trastornos del sueño, comportamiento alimentario, etc.) Así pues, tanto las dimensiones, los índices generales y los siete ítems serán de utilidad para evaluar los síntomas o reacciones que las personas puedan experimentar, así como la intensidad que estos pueden manifestar en el proceso.

Finalmente, para evaluar la adaptabilidad de la persona posterior a la intervención, se propone utilizar la Escala Autoaplicada de Adaptación Social la cual permite evaluar conducta y ajuste social, así como la perspectiva del individuo sobre sí mismo y de su entorno social, esto a través de 21 ítems con cuatro opciones de respuestas (de 0 a 3 puntos, con un rango de puntuación total de 0 a 60), con lo que se evalúa la motivación, conducta social y funcionamiento en distintas áreas (trabajo, familia, ocio, relaciones sociales e intereses (Bobes, et al., 1999). Estos autores mencionan que las puntuaciones de normalidad se sitúan entre 35 y 52 puntos, las puntuaciones inferiores a 25 una desadaptación social, mientras puntuaciones a 55 puntos suponen de una superadaptación que podría ser considerada como forma patológica de adaptación. Finalmente, Bobes, et al. (1999) reportan una confiabilidad interna de 0.879 mediante alfa de Cronbach en la adaptación y validación en población española, siendo la original de 0.74, llegando así a la conclusión de que la escala presenta índices de fiabilidad y validez que permiten afirmar que el instrumento mide correctamente lo que propone y que se puede utilizar en el ámbito clínico, aunque su uso está enfocado en el ámbito de la depresión.

Es relevante mencionar que estos instrumentos, no están validados ni estandarizados en población mexicana, más si están en su versión al español castellano, exceptuando el Inventario de 90 Síntomas Revisado (SCL-90-R), donde la revisión hecha por Cruz et al. (2005) comprobaron que es válida población mexicana, por lo que previo a la intervención sería prudente ya sea estandarizar y validar en población mexicana los instrumentos o tomar en cuenta dichas deficiencias en la evaluación.

Tras analizar los diversos elementos del duelo, se observa la complejidad del fenómeno del duelo: las diferentes concepciones que se han desarrollado sobre los conceptos alrededor del duelo; los diferentes modelos que se han descrito para entender el proceso de duelo, así como propuestas para llevarlo a cabo de forma exitosa; el gran abanico de manifestaciones de un duelo normal; las propuestas para distinguir un duelo normal de uno complicado y las características de este último; las formas de evaluarlo y los factores que modifican e impactan las respuestas del duelo.

Este abanico de elementos se deben de considerar para tener una comprensión del duelo lo más amplia posible y de esta forma tener elementos suficientes para tener una intervención psicológica que tenga una base epistemológica, congruente, sustentada en teoría comprobada y lo suficientemente robusta que alcance a explicar y entender la mayor cantidad de aristas del duelo y que de esta forma puedan ser útiles para las personas que confían su dolor y dificultades para procesar el duelo, tengan una adaptación al mundo sin su ser querido, modificando el vínculo con la persona que falleció, así como las diferentes reacciones a su pérdida, de tal forma que puedan continuar con la experiencia de vida.

Posiblemente existan otras características del duelo que faltan por estudiar, analizar y comprender, por lo que este trabajo es una aproximación al fenómeno del duelo, y seguramente,

con el paso del tiempo y de más investigaciones en el campo del duelo aumenten la comprensión del fenómeno del duelo y sustentar de mejor forma próximas intervenciones.

Basado en las reacciones del duelo, en la definición psicológica del duelo (un proceso cognitivo que supone afrontar y reestructurar los pensamientos) y en los diferentes elementos que se expusieron en el capítulo, se propone una intervención basada en la terapia cognitivo conductual por lo que a continuación se hace una revisión de la literatura científica con respecto a la terapia cognitivo conductual y su relación con el duelo.

Las personas que sufren una pérdida,
no regresan a la vida que llevaban
antes de la pérdida, sino que se adaptan
a una nueva forma de vivir
(Klass et al., 1996; Walter, 1999,
en Van Tejjlingen & Humphris, 2019).

Capítulo 2. Terapia cognitivo conductual

En psicoterapia, se aplican procedimientos científicamente válidos para la creación de hábitos más sanos y efectivos. Existen varios métodos como el cognitivo conductual, el interpersonal y otros tipos de terapia conversacional que ayudan a resolver los problemas; cada perspectiva teórica es como una hoja de ruta para comprender a sula persona, sus problemas y generar soluciones (APA, 2012).

Así pues “la terapia cognitivo conductual [TCC] es una forma de psicoterapia que integra las teorías de la cognición y el aprendizaje con técnicas de tratamiento derivadas de la terapia cognitiva y de la terapia conductual” (APA, 2010, p.518).

La TCC se basa en varios principios básicos, algunos son: (a) Los problemas psicológicos se basan, en gran parte, en formas de pensar defectuosas o inútiles, (b) Los problemas psicológicos se basan, en gran parte, en patrones que se aprendieron de comportamiento inútil y (c) Las personas que padecen problemas psicológicos pueden aprender mejores formas de afrontarlos, aliviando así sus síntomas y volviéndose más efectivos en sus vidas (APA, 2017).

Se asume que las variables cognitivas, emocionales y conductuales están interrelacionadas funcionalmente, el tratamiento tiene como objetivo identificar y modificar los procesos de pensamiento desadaptativos y los comportamientos problemáticos del cliente a través de técnicas de reestructuración cognitiva y de comportamiento para lograr un cambio (APA, 2020).

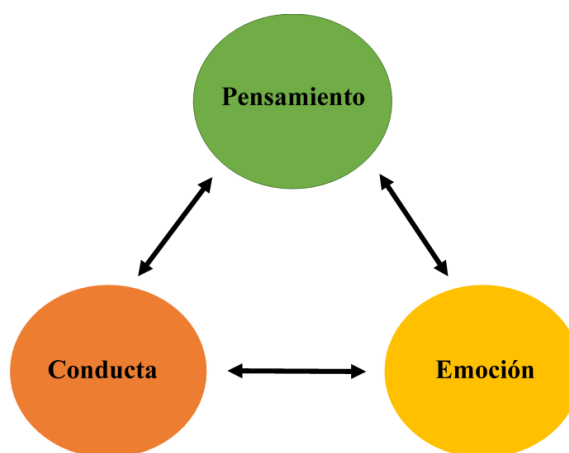
Según Lega, Caballo y Ellis (2009, en Lega et al., 2017) la terapia cognitivo-conductual también es una escuela psicológica compuesta de varios autores que comparten el uso de una metodología científica y los siguientes principios básicos:

- ✓ Los individuos responden a las representaciones cognitivas (interpretaciones, percepciones y evaluaciones) de los acontecimientos ambientales.
- ✓ La cognición disfuncional media la perturbación emocional y conductual.
- ✓ Las cogniciones se pueden evaluar y registrar.
- ✓ El cambio cognitivo produce cambios emocionales y conductuales.
- ✓ Las intervenciones cognitivas y conductuales son importantes para el cambio.

Es importante destacar que “La hipótesis básica de la TCC sostiene la existencia de una interdependencia entre pensamiento, emoción y conducta” Por lo tanto, se establece que al modificar alguna de estos elementos, los otros dos lo harán de la misma forma. (Rodríguez & Vetere, 2011, pp. 33-34). Esta interdependencia la podemos observar en la figura 3.

Figura 3

Modelo básico Cognitivo-Conductual



Nota: La figura representa la hipótesis básica de la terapia CC. Tomado de Rodríguez y Vetere (2011) en terapia cognitiva de los trastornos de ansiedad. Buenos Aires. POLEMOS.

Cuando se habla de pensamientos se puede encontrar diferentes definiciones, tales como:

Ericsson y Hastie (1994, p. 38, en Gabucio et al., 2005, p. 19) que proponen que pensar es “una secuencia de actividades simbólicas e internas que llevan ideas o conclusiones nuevas y productivas”. Mientras que De Vega (1984, en Gabucio et al., 2005, p. 21) entiende al pensamiento como “una actividad mental no rutinaria que requiere esfuerzo”.

Mayer (1983; 1986, en Gabucio et al., 2005) señala tres ideas básicas para construir la definición de pensamiento, siendo que el pensamiento es: (a) cognitivo, siendo que ocurre internamente, en la mente o el sistema cognitivo; (b) un proceso que implica alguna manipulación, o establece un conjunto de operaciones sobre, el conocimiento en el sistema cognitivo y (c) es dirigido y tiene como resultado la resolución de problemas, o se dirige hacia una solución.

Finalmente, Beck (1964) menciona que la cognición se refiere a cualquier actividad mental que tenga contenido verbal, siendo estas ideas, juicios, auto instrucciones, autocríticas o deseos verbalmente articulados.

Con lo anterior se puede indicar que el pensamiento es un comportamiento cognitivo en el que se experimentan o manipulan ideas, imágenes, representaciones mentales u otros elementos del pensamiento. Por lo que pensar incluye imaginar, recordar, resolver problemas, soñar despierto, asociación libre, formación de conceptos y otros procesos (APA, 2010).

Para el término de emoción también se encuentran varias definiciones, siendo algunas de estas:

Las emociones pueden definirse como “una experiencia afectiva en cierta medida agradable o desagradable, que supone una cualidad fenomenológica característica y que compromete tres sistemas de respuesta: cognitivo-subjetivo, conductual-expresivo y fisiológico-adaptativo” (Oatley, 1992, en Ramos et al., 2009, p. 228). Por el lado fisiológico, cada emoción tiene su propio sistema de reacción fisiológica que puede incluir cambios en el sistema nervioso autónomo, en el sistema nervioso central, y en la secreción hormonal; por el lado de la conducta las emociones llevan a una tendencia a la acción o afrontamiento de las situaciones, como pueden ser la agresión, evitación, curiosidad o adoptar alguna postura corporal (Fernández-Abascal & Jiménez, 2013). En cuanto a lo cognitivo Ortony, Clore y Collins (1988, en Fernández-Abascal & Jiménez, 2013, p. 20) proponen que “las emociones se producen a través de procesos cognitivos y que, por lo tanto, van a depender de la interpretación que cada persona haga de las distintas situaciones”. Las emociones ocurren gracias a una valoración de las situaciones, ya sea positiva o negativa, de forma que una misma situación puede provocar en distintas personas emociones diferentes (Fernández-Abascal & Jiménez, 2013). Finalmente, en cuanto a la experiencia subjetiva

de las emociones se hacen referencia a lo que la persona reporta o verbaliza cuando siente una emoción.

Una definición más compleja y multidimensional de las emociones es la recogida por Kleinginna y Kleinginna (1981, p. 355, en Fernández-Abascal & Jiménez, 2013, p. 40) siendo esta:

Un complejo conjunto de interacciones entre factores subjetivos y objetivos, mediadas por sistemas neuronales y hormonales que: (a) pueden dar lugar a experiencias afectivas como sentimientos de activación, agrado-desagrado; (b) generar procesos cognitivos tales como efectos perceptuales relevantes, valoraciones, y procesos de etiquetado; (c) generar ajustes fisiológicos; y (d) dar lugar a una conducta que es frecuente, pero no siempre expresiva, dirigida hacia una meta y adaptativa.

En síntesis, una emoción se puede definir como: un patrón de reacción complejo, que incluye elementos experienciales, conductuales y fisiológicos, mediante el cual un individuo intenta lidiar con una tarea o acontecimiento personalmente significativo (APA, 2010).

Finalmente, para el término de conducta se define como: la parte del funcionamiento de un organismo que actúa o se relaciona con el mundo exterior (Skinner, 1953, en Roca, 2007). También puede ser entendida como: “la acción que un individuo u organismo ejecuta” (Roca, 2007). La APA (2010) define conducta como las actividades de un organismo que puedan ser observadas y medidas objetivamente, que se realizan a estímulos externos o internos.

Retomando la TCC, se han hecho varias clasificaciones de las terapias cognitivo-conductuales, una de las más destacadas fue la de Mahoney y Arnkoff (1978, en Becoña, Vázquez, & Oblitas, 2008) quienes las dividieron en tres grandes grupos: Terapias de reestructuración

cognitiva, terapias de habilidades de afrontamiento para manejar situaciones y terapias de solución de problemas.

Para Díaz et al., (2012) las terapias de reestructuración cognitiva se centran en la identificación y cambio de las cogniciones que determinan o mantienen un problema. En esta categoría se incluyen: (a) Terapia Racional Emotiva de Ellis (1962), llamada después Terapia Racional Emotivo-Conductual (b) Terapia Cognitiva de Beck (1979) (c) Reestructuración Racional Sistemática de Goldfried, Decented y Weinberg (1974) y (d) Entrenamiento en Autoinstrucciones de Meichenbaum y Goodman (1971) (Mahoney y Arnkoff, 1978, en Díaz et al., 2012).

En el caso de las Terapias de habilidades de afrontamiento para manejar situaciones, estas se basan en enseñar habilidades para que un individuo pueda afrontar adecuadamente diversas situaciones problemáticas como las caracterizadas por el estrés o el dolor, en esta podemos encontrar: (a) Entrenamiento de Inoculación de Estrés de Michenbaum (1977) y (b) Técnicas de Manejo de la Ansiedad de Suinn y Richardson (1971) (Díaz et al., 2012).

Finalmente, las terapias de solución de problemas están dirigidas a modificar el modo en que la persona aborda los problemas, facilitándole un método sistemático para resolver este tipo de situaciones. Dentro de estas terapias se encuentran: (a) Terapia de Solución de Problemas de D'Zurilla y Golfried (1971), (b) Terapia de Solución de Problemas Interpersonales de Spivack y Shure (1974) y (c) La Ciencia Personal de Mahoney (1974) (Díaz et al., 2012).

Como ya se mencionó, la TCC se ha utilizado a lo largo de una innumerable cantidad de trastornos, problemas psicológicos, y otras dificultades de la vida misma y dentro de estas también encontramos que se ha utilizado para tratar el duelo complicado. Tras analizar la hipótesis básica

de la TCC la cual se centra en la interdependencia de pensamiento, emoción y conducta, en donde la modificar uno de estos elementos los otros dos se ven alterados. Dichos elementos convergen con tres categorías que están presentes en las manifestaciones del duelo: manifestaciones cognitivas (pensamiento), emocionales (emoción) y conductuales (conducta), por lo tanto, una intervención basada en la TCC parece congruente, ya que al modificar uno de estos elementos dentro del duelo complicado, se modificaran las demás dimensiones y por lo tanto las reacciones.

2.1. Terapia cognitivo conductual para el duelo

Los tratamientos psicológicos cognitivo conductual (TCC) muestran evidencia creciente de su eficacia en el tratamiento de diversos problemas de salud mental como el duelo complicado (Carmona, 2009 y Malkinson, 2010; en Julian & Hernández, 2022).

En la década de 1970 los estudios sobre resultados de la terapia cognitivo conductual en las complicaciones del duelo se centraban en la ruptura de los vínculos con el ser querido fallecido, siendo esto el proceso normal del duelo, mientras que las dificultades para romper los vínculos se consideraban un duelo patológico (Malkinson, 2010).

Posteriormente la visión del duelo se modificó a trabajar con la idea de continuar de cierta forma con el lazo que se tenía con el ser querido fallecido, caracterizando así el duelo como la construcción del significado de la muerte y la vida en ausencia de la imagen del fallecido, y la organización de la relación interpersonal con sus representaciones, siendo así que en el duelo normal no hay negación ni evitación de pensar en el ser querido, mientras que el duelo complicado tiene dificultades en la organización social así como evitación del dolor y la añoranza (Malkinson, 2007; Neimeyer, Keese, y Fortner, 2000, en Malkinson, 2010).

Con dichos cambios, los estudios que evalúan los resultados de la TCC han señalado estrategias aparentemente eficaces para la intervención del duelo, como la exposición, la reconstrucción cognitiva y la escritura (Boelen & deKaiser, 2007; Reynolds et al., 1999; Shear et al., 2005, en Malkinson, 2010). Sera et al., (2001; 2005, en Malkinson, 2010) comparo las intervenciones basadas terapia cognitiva conductual contra la terapia interpersonal, concluyendo que la primera era más valiosa para tratar las complicaciones del duelo.

Se ha encontrado que la terapia cognitivo conductual en la atención del duelo complicado requiere de una combinación de técnicas conductuales y cognitivas pues permite a los pacientes enfrentar el dolor de la pérdida y modificar las creencias cognitivas disfuncionales asociadas a la evitación (Boelen et al., 2011; Rosner et al., 2011, en Julian & Hernández, 2022).

Worden (2013) menciona que el método basado en la solución de problemas es una técnica de afrontamiento que puede ser útil para afrontar los problemas que aparecen posterior al fallecimiento del ser querido, esto porque ya no está para desempeñar los roles que la realizaba.

Mientras que en la dimensión emocional Sanz et al. (2014) reportan que los pacientes perciben mayor alivio al dolor/sufrimiento de la pérdida mediante el desahogo emocional, en comparación al alivio por los cambios conductuales o del ambiente que se desarrolla en sus vidas; además Espinosa et al (2015, en Julian & Hernández, 2022) reportan que mediante la psicoeducación de las emociones se reportan mejoras clínicas en pacientes que atraviesan un duelo.

En cuanto al elemento cognitivo que mediara la respuesta emocional y conductual, Stroebe (1992) menciona que el duelo al ser un proceso cognitivo, por lo que las técnicas de reestructuración cognitiva lograran modificar los pensamientos sobre el difunto, modificar

pensamientos que ya no son adaptativos y que generan malestar clínicamente significativo, para encontrar cogniciones adaptativas con respecto al fallecido.

Retomando a Malkinson (2010), Worden (2013) y Julián y Hernández (2022), se establecen que las terapias cognitivo conductual que se utilizaran para la propuesta de intervención son la terapia cognitiva de Beck (para la modificación de pensamientos mediante reestructuración cognitiva); la terapia de solución de problemas de Nezu y D`Zurilla (modificando con esto las conductas y la forma de afrontarse a estresores) y se utilizan las siguientes técnicas emocionales (para modificar la expresión e intensidad de las emociones).

2.2. Terapia Cognitiva

La Terapia Cognitiva fue formulada y desarrollada por Aaron Beck a principios de los años sesenta en donde enfatizaba el papel de los elementos cognitivos en el origen y mantenimiento de los problemas psicológicos y, además integraba técnicas conductuales establecidas. Así como el uso de metodología experimental como forma de monitorizar el proceso de intervención y sus resultados terapéuticos (Ángeles et al., 2012). Se puede decir que “la terapia cognitiva es una forma de psicoterapia ampliamente aplicada, que se enfoca en el cambio de cogniciones (pensamientos), emociones y conductas disfuncionales” (Heman, 2007, p. 31).

El modelo teórico cognitivo propuesto por Beck et al. (2010, en Julián & Hernández, 2022), propone que el organismo humano es un sistema que está conformado por cuatro subsistemas: cognitivo, fisiológico, afectivo y conductual, los cuales se interrelacionan entre sí, siendo el componente cognitivo el de mayor importancia ya que para responder a los estímulos a los que se enfrenta el organismo, este componente se encarga de recibir, procesar y enviar información a los otros subsistemas que hacen que el organismo reaccione a nivel fisiológico y afectivo, y que se comporte de cierta manera.

Según Atkinson y Shiffrin (1968, en Ángeles et al., 2012) la formulación de la actividad cognitiva propuesta, queda claramente explicada en los términos del paradigma del procesamiento de la información, procedente de la psicología experimental.

Procesamiento de la información

Clark et al. (1999, en Rodríguez & Vetere, 2011, p. 36) como parte importante de la terapia cognitiva al procesamiento de la información que define como: “las estructuras, procesos, y productos que se involucran en la representación y transformación de significados que se basan en los datos sensoriales provenientes de nuestro medio externo e interno”.

En psicología cognitiva, el procesamiento de la información se refiere al flujo de información a través del sistema nervioso humano, lo que implica el funcionamiento de los sistemas perceptivos, los almacenes de memoria, los procesos de decisión y los mecanismos de respuesta (VandenBos, 2015).

Modelo de procesamiento de la información

El modelo más popular es el propuesto por Atkinson y Shiffrin (1968 en VandenBos, 2015) el cual también es conocido como modelo multialmacén o modelo de tres etapas, el cual considera la memoria como un sistema con tres componentes distintos: (a) la memoria sensorial al cual recoge y transforma el contenido, (b) la memoria a corto plazo el cual retiene temporalmente el contenido, y (c) la memoria a largo plazo, el cual retiene de forma más permanente el contenido y lo recupera cuando lo necesita; el contenido se procesa secuencialmente a través de las etapas de codificación, almacenamiento y recuperación.

Modelo Cognitivo

El modelo cognitivo de la terapia cognitiva se basa en el modelo cognitivo que plantea la hipótesis de que “las percepciones influyen en sobre las emociones y los comportamientos de las personas” (Beck, 1995, p. 32). Así pues, el modelo cognitivo sostiene que “los individuos ante una situación estimular no responden automáticamente, sino que antes de emitir una respuesta emocional o conductual perciben, clasifican, interpretan, evalúan y asignan significado al estímulo, en función de sus supuestos previos o esquemas cognitivos” (Ángeles et al., 2012, p. 368).

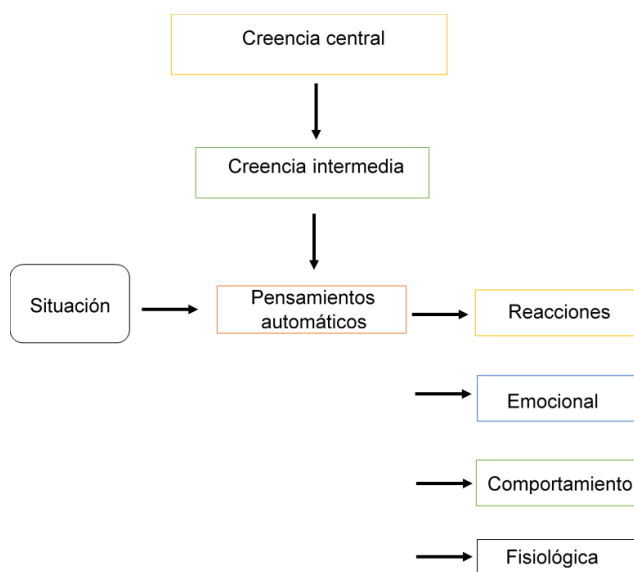
Según Beck y Ellis (1964; 1962; en Beck, 1995) los sentimientos no están determinadas por las situaciones mismas, sino más bien como por el modo en como las personas interpretan estas situaciones, esto gracias a que los sentimientos que se asocian con la forma de pensar de la persona.

El modelo cognitivo indica que la interpretación de una situación (más que la situación misma), a menudo es expresada en forma de pensamientos automáticos, los cuales influye sobre las emociones, el comportamiento y la respuesta fisiológica que surgen posteriormente (Beck, 1995).

El modelo cognitivo se basa en la relación de las creencias centrales con las creencias intermedias y estas con los pensamientos automáticos, los cuales, a partir de una situación, son activados y provocan una serie de reacciones fisiológicas, emocionales y conductuales; dicho modelo se ilustra en la figura 4.

Figura 4

Modelo Cognitivo descrito por Judith Beck (Beck, 1995, p. 37)



Nota: A partir de la infancia se desarrollan las creencias centrales (concepciones de uno mismo y del mundo globales), que dan lugar a las creencias intermedias (actitudes, reglas y presunciones) y a su vez a pensamientos automáticos (evaluaciones de una situación) los cuales, dependiendo la situación generara una serie de reacciones emocionales, conductuales y fisiológicas.

Creencias centrales

Las creencias centrales o nucleares son concepciones que se tiene de uno mismo, de las demás personas y del mundo, siendo globales, categóricas, incondicionales y estables en el tiempo (Ángeles et al., 2012). Se establece que “a partir de la infancia, las personas desarrollan ciertas creencias acerca de ellas mismas, las otras personas y el mundo” (Beck, 1995, p. 33). Tanto las creencias centrales como las creencias intermedias se desarrollan en las primeras etapas del desarrollo mientras se está expuesto a diversas situaciones y a las relaciones con personas significativas, las personas tratan de comprender su entorno, y así organizan sus experiencias de

una manera coherente para lograr la adaptación (Rosen 1988, en Beck, 1995). Estas son ideas fundamentadas y profundas que no se suelen expresar, ni siquiera ante uno mismo, estas son consideradas por la persona como verdades absolutas, creyendo que los acontecimientos son de esa manera. Por lo general las personas suelen mantener durante su vida creencias centrales positivas, sin embargo, hay momentos de alto estrés psicológico donde surgen creencias centrales negativas acerca de uno mismo, de otras personas y el mundo que le rodea (Beck, 1995).

Beck (1995) menciona que estas creencias centrales constituyen el nivel más esencial de creencia, siendo globales, rígidas, y se generalizan en exceso, por lo que influyen en la percepción de una situación. Cuando se activan las creencias centrales, las personas interpretan las situaciones a través de esta creencia, aun cuando después de un análisis racional sea completamente falsa.

Según Rodríguez y Vetere (2011) de las creencias nucleares se desprenden las creencias intermedias.

Creencias intermedias

Las creencias intermedias son ideas o conceptos profundos que los pacientes tienen respecto de ellos, los demás y el mundo; a menudo no son expresados y estos dan lugar a los pensamientos automáticos. Consisten en actitudes, reglas y presunciones que regularmente no son expresadas e influyen en la forma de ver una situación, y a su vez esta visión influye en el modo en que la persona piensa, siente y se comporta (Beck, 1995).

Para Ángeles et al. (2012) estas actitudes, reglas y supuestos que suelen poder formularse en términos proposicionales del tipo: “Si...entonces”. Cuando las personas se enfrentan a una situación se atiende no solo la información disponible, sino que a los indicios que están contenidos o son congruentes con la información de esquemas cognitivos preexistentes; estas operaciones son

procesos automáticos que operan en la mayoría de los casos sin el conocimiento consciente de las personas.

Para una mayor eficacia del sistema se utilizan atajos o heurísticos que pueden producir sesgos y errores en el procesamiento de la información; a los sesgos negativos que cometen las personas con problemas emocionales que se denominaron como distorsiones cognitivas (Ángeles et al., 2012).

Así pues, para Rodríguez y Vetere (2011). las creencias intermedias constituyen, una forma de operacionalización de las creencias nucleares en donde se establecen normas interpretativas sobre la base de las contingencias situacionales, mediante las cuales se expresan las temáticas de las creencias nucleares. A medida que la persona interactúa con el ambiente, se procesa la información entrante, así los datos que se recabaron serán interpretados en base a las reglas establecidas por las creencias intermedias, dando lugar a un producto de dicho procesamiento, que se le denomina como pensamiento automático.

Pensamientos automáticos

Para Beck (1995) los pensamientos automáticos son una actividad rápida de evaluación, la cual brota de manera automática, más no de una deliberación o razonamiento; suelen ser veloces y breves. Pueden ser imágenes y/o palabras que pasan por la mente de la persona, los cuales son específicos para cada situación y se considera el nivel más superficial de la cognición, estos inciden sobre las emociones y conducta de la persona, además de que generan respuestas fisiológicas.

Ángeles et al. (2012) los denominan productos cognitivos, los cuales son pensamientos e imágenes que resultan de la interacción de la información proporcionada por el medio con los esquemas y creencias previos de la persona.

Si bien en la Figura 4 no se observa en el término “Esquema cognitivo” este aparece en la literatura relacionada a la terapia cognitiva (Ángeles et al., 2012; Rodríguez & Vetere, 2011; Heman, 2007), por lo que es relevante explorar dicho concepto.

Esquemas Cognitivos

Los Esquemas cognitivos “son entidades organizativas conceptuales complejas compuestas de unidades más simples que contienen nuestro conocimiento de cómo se organizan y estructuran los estímulos ambientales” (Safran, Vallis, Segal & Shaw, 1986; en Ángeles et al., 2012). Estos “contienen conjuntos de creencias nucleares relacionadas con la visión del mundo, de los otros y sobre uno mismo y su interacción con los demás” (Ángeles et al., 2012).

Un esquema es una estructura cognitiva relativamente estable que dicta cursos de acción y cómo se deben interpretar las situaciones. Un esquema permite a investigar, codificar y evaluar el rango total de estímulos internos o externos y decidir un curso de acción (Caro, 2011).

Para Beck (1964) un esquema es una estructura utilizada para filtrar, codificar y evaluar estímulos que se presentan para la adaptación de la realidad externa. Los esquemas descomponen y organiza en sus múltiples aspectos psicológicamente relevantes del entorno, siendo así que el individuo es capaz de orientarse en relación con el tiempo y el espacio y de categorizar e interpretar las experiencias de forma significativa. Se concibe a los esquemas como una estructura cognitiva relativamente estables, los cuales canalizan los procesos de pensamiento, independientemente de que sean estimulados por la situación ambiental inmediata. Cuando un estímulo o conjunto de estímulos influye en el individuo, se activa un esquema relevante para dichos estímulos. Estos esquemas abstraen y moldean los datos puros para formar pensamientos o cogniciones, esto lo hace proporcionando un marco conceptual, mientras que los detalles particulares son

complementados por los estímulos externos, por lo tanto, se considera que las creencias centrales serían el contenido específico de los esquemas.

En cuanto a los errores en el procesamiento de la información llamadas distorsiones cognitivas para Beck (1963, en Caro 2011) estas son una categorización de las cogniciones y pensamientos automáticos según las formas en las que el pensamiento lógico o realista se desvía.

Según Caro (2011) son distorsiones de la realidad, son cogniciones que continúan aun frente a la evidencia de lo contrario, estas distorsiones se realizan de forma sistémica y que tienen como consecuencia un sesgo hacia las personas. Las principales distorsiones son: inferencia arbitraria, abstracción selectiva, sobregeneralización, magnificación y minimización, personalización, y pensamiento absolutista/ dicotómico.

A continuación, en la tabla 4 se presentan diferentes distorsiones cognitivas que se pueden encontrar en la literatura junto con una ejemplificación de posibles distorsiones en cuanto a pensamientos alrededor de la muerte de un ser querido.

Tabla 4

Distorsiones cognitivas adaptadas al duelo (Tomado de Beck, 1995)

Distorsión cognitiva	Concepto/Explicación	Ejemplo específico en el caso del duelo
Pensamiento “todo o nada”	Ver la situación en solo dos categorías en lugar de considerar toda una gama de posibilidades.	“No puedo vivir sin mi ser querido”

Pensamiento catastrófico	Predecir el futuro de forma negativa, sin tener en cuenta otras posibilidades.	“Mi vida será peor sin mi ser querido”
Descalificar o dejar de lado lo positivo	Considerar de manera poco razonable, que las experiencias, logros o cualidades no valen nada.	“No puedo disfrutar de ninguna actividad” “Todo lo bueno de mi vida se fue junto con mi ser querido”
Razonamiento emocional	Pensar que algo tiene que ser real porque uno lo siente (se cree en ello firmemente que se ignora o deja de lado la evidencia de lo contrario).	“Yo creo que mi ser querido me odiaba porque la última vez que nos vimos peleamos” “Mis creencias dicen que él está en el infierno y eso me entristece”
Catalogar	Colocar a uno mismo o a otras personas en una etiqueta global sin tener en cuenta las evidencias que llevan a conclusiones menos desastrosas.	“Era una gran persona, sin errores, por eso duele que ya no este” “Era una persona terrible, le paso lo que le paso, porque eso se merecía”

Magnificar /minimizar	<p>Evaluar a uno mismo, a otras personas o considerar una situación, magnificar de forma enorme lo negativo y/o minimizar en gran medida lo negativo.</p>	<p>“Está perdida no es tan grave”</p> <p>“No necesito tiempo, la perdida de mi ser querido no fue nada”</p>
Filtro mental	<p>Prestar mucha atención a un detalle negativo, en lugar de tener en cuenta el cuadro completo/la situación completa.</p>	<p>“La he pasado peor”</p> <p>“El funeral fue horrible porque fue poca gente”</p>
Leer la mente	<p>Crear saber lo que los demás están pensando y no ser capaz de tener en cuenta otras posibilidades.</p>	<p>“Yo sé lo que mi ser querido pensaba de mí”</p>
Sobregeneralizacion	<p>Llegar a una conclusión negativa que va mucho más allá de lo que sugiere la situación</p>	<p>“Tras su muerte siempre estaré deprimido”</p> <p>“Durante toda su vida, yo fui la única persona que estuvo ahí, por eso a mí me duele más su perdida”</p>

Personalización	<p>Crear que las otras personas tienen una actitud negativa dirigida hacia la persona misma, sin tener en cuenta otras posibles explicaciones de los comportamientos de los demás.</p>	<p>“Las personas no fueron a su funeral fue porque no le querían”</p>
Afirmaciones del tipo “debo y tengo que”	<p>Tener una idea precisa y rígida respecto al comportamiento que hay que observar, y sobreestimar lo negativo del hecho de no cumplir con dichas expectativas.</p>	<p>“Debo de honrar su memoria” “Tengo que serle fiel, aunque sea a su recuerdo” “Debo cumplir con los sueños que dejo sin realizar en vida”</p>
Visión en forma de túnel	<p>Ver únicamente los aspectos negativos de una situación</p>	<p>(En casos de enfermedad) “Su muerte fue horrible y no debió de pasar, nada bueno trajo su muerte”</p>

Nota: En la tabla 4 se observan las diferentes distorsiones cognitivas que propone Beck (2000), así como su definición, además de una ejemplificación de posibles verbalizaciones o pensamientos que puedan expresar la persona que vive un duelo.

Una vez presentada la terapia cognitiva, sus elementos base y profundizar en el modelo cognitivo, es prudente establecer cómo se lleva a cabo la terapia cognitiva por lo que se retoma la explicación de Beck (1995) sobre cómo llevar a cabo la terapia cognitiva.

Procedimiento de la terapia cognitiva

1. Generalmente en la primera sesión se establece un plan de sesión, en donde se revisa el problema que se presenta y una actualización del estado en donde se encuentra la persona (posterior a la evaluación), además se realiza un control del estado de ánimo (revisar objetivamente, con pruebas psicológicas, como se siente el paciente), se identifican problemas (motivos que llevan a la persona a terapia) y se establecen los objetivos de la terapia; se le psicoeduca al paciente sobre la terapia cognitiva (se pueden usar ejemplos en la vida diaria del paciente), se maneja las expectativas de la misma y se psicoeduca con respecto a su trastorno o problema psicológico, finalmente se realiza una síntesis de la sesión, se fijan las tareas para el hogar y se pide una retroalimentación por parte del paciente.
2. La segunda sesión comienza con una breve actualización sobre lo ocurrido en la semana y un control del estado de ánimo y de ser necesario del uso de drogas, alcohol y medicamentos. Posterior se realiza una revisión de la sesión anterior, y se establece el plan de la sesión, en donde se incluye el revisar las tareas dejadas en la sesión anterior, se realiza el tratamiento de los problemas establecidos en el plan de sesión y se realizan síntesis de cada uno de los puntos trabajados la síntesis, y al final de la sesión se asignan nuevas tareas, así como el resumen final y la retroalimentación.
3. La tercera sesión y posteriores mantienen la estructura de la segunda sesión, pero el contenido varía según los problemas, los objetivos del paciente y propósitos del terapeuta,

siguiendo las consignas de realizar las sugerencias para el plan de cada sesión, ayudando al paciente a identificar y modificar los pensamientos automáticos, diseñando las tareas que se asignan y resumiendo la sesión. Hacia las últimas sesiones es el paciente quien designa la mayor parte de los temas que se trabajaran en sesión.

4. En las últimas sesiones se le atribuye el progreso a sí mismo, prepararle para retrocesos posteriores a la terapia, repasar lo aprendido y en caso de ser necesario plantear sesiones de refuerzo.

Con lo anterior se establecen las pautas generales para llevar a cabo las sesiones de la terapia cognitiva, dentro de los cuales se establece el tratamiento, siendo este el modificar las creencias, por lo que a continuación se enmarca el procedimiento para modificar pensamientos y creencias.

Procedimiento y técnicas para modificar creencias y pensamientos automáticos

Beck (1995) también establece el procedimiento para modificar las creencias que se realiza en las sesiones marcadas. El procedimiento en cuestión se puede resumir de la siguiente manera:

1. El primer paso es explicarles a las personas que son los pensamientos automáticos, se menciona que no todos los pensamientos automáticos son ciertos, y su relación con los sentimientos y se ejemplifica como lo que uno piensa, influye en lo que uno siente.
2. Posteriormente se busca identificar dichos pensamientos automáticos tanto en el momento de la sesión, como los de una situación específica que sea problemática (mediante preguntas como: ¿Qué estaba pasando por su mente en ese momento? ¿Estaba imaginando algo que podría suceder o recordando algo que paso?, inclusive mediante dramatización de situaciones determinadas o descripción de imágenes mentales para detallar una situación específica), y se realiza la conexión con la emoción que la persona experimentaba (ya sea dicho por el paciente o propuesta por el psicólogo).

Dependiendo cada caso también será necesario identificar pensamientos automáticos adicionales, identificar la situación problemática y diferenciar entre pensamientos e interpretaciones, diferenciar entre pensamientos automáticos relevantes para el objetivo de la sesión y distinguirlos cuando se encuentren insertos en el discurso. También es importante distinguir entre pensamientos automáticos y emociones, así como evaluar el grado de emoción

3. Posterior a la identificación de los pensamientos automáticos se seleccionan los más útiles (mediante más preguntas para delimitar aún más los pensamientos que se experimentaban como ¿Paso por tu mente alguna otra cosa en ese momento?). Una vez localizado el pensamiento y que es relevante para el problema, se identifican las reacciones emocionales, fisiológicas y conductuales que generan.
4. Una vez hecho esto se evalúan dichos pensamientos, se verifica su validez, utilidad y de ser necesario se desarrolla una respuesta más adaptativa. Este punto se puede lograr mediante un interrogatorio acerca de la evidencia que hay a favor y en contra de ese pensamiento, así como una explicación alternativa, lo peor/mejor que podría ocurrir de ser cierto el pensamiento, o que se le diría a un amigo si se tuviera esa misma situación, entre otras formas. Una vez que se realiza la evaluación y se responde el interrogatorio, se pueden generar respuestas adaptativas a los pensamientos, los cuales el paciente puede escribir y conservar para revisarlos posteriormente
5. Es en estos pensamientos se presentan las mencionadas distorsiones cognitivas, por lo que cuando el paciente lo expresa, el terapeuta debe de comentarle el tipo de distorsión que está cometiendo y con ello evaluar más objetivamente la validez de sus pensamientos.

6. Para realizar y agilizar el proceso se puede utilizar el registro de pensamientos disfuncionales (Beck et al., 1979, en Beck 1995) (Anexo 4), el cual es un formulario que puede ayudar a los pacientes a combatir y modificar los pensamientos de forma eficaz. Se puede realizar primero una ejemplificación y practica de su uso para que quede más claro y así la persona pueda utilizarlo en su día a día. Dentro de la practica el terapeuta debe primero que el paciente comprenda el modelo cognitivo, además pueda distinguir entre pensamientos, reacciones fisiológicas, emociones y conductas; y si es necesario realizar la ejemplificación con ejemplos de la vida del terapeuta. Posterior a ello, dentro de la sesión, la persona puede practicar con sucesos propios y el terapeuta únicamente ejerce de guía, para que así quede claro el uso del formato y se puede utilizar en sesiones posteriores y de tarea.
7. El siguiente paso es que, una vez completado varios registros de pensamientos disfuncionales, se puede utilizar un diagrama de conceptualización cognitiva (Beck 1995) (Anexo 5) en donde se presenta la relación entre las creencias centrales, creencias intermedias y pensamientos automáticos, incluyendo datos relevantes de la infancia y de la historia de vida. Dando así un mapa cognitivo de las creencias del paciente que ayuda a organizar la información del paciente y teniendo la utilidad de ser un diseño explicativo, ayudando a comprender las reacciones de las personas a determinadas circunstancias. Es importante mencionar que no es necesario tener todas las respuestas durante una sesión, ya que esto puede tomar más tiempo, además de que cada interpretación que se haga por parte del terapeuta debe ser tomada como hipótesis, la correcta, por lo general le resuena y hace sentido al paciente.

El diagrama debe de tener sentido lógico para el terapeuta y el paciente, además de que se puede reevaluar, ajustar, modificar y completar periódicamente.

Se recomienda que en el diagrama se describan tres situaciones típicas en las cuales el paciente se sienta desajustado o desbordado. Para cada situación, se escribe el pensamiento automático clave, su significado y la emoción y comportamiento que produjo. Cabe destacar que el significado del pensamiento automático para cada situación debe estar relacionado lógicamente de la creencia central. Para encontrar las creencias centrales se puede preguntar tanto al terapeuta a sí mismo y posteriormente al paciente: ¿Cómo se originó la creencia central y cómo se mantuvo? ¿Qué acontecimientos de la vida (posiblemente en la niñez) pueden relacionarse con el desarrollo y mantenimiento de esta creencia?

Posterior a las respuestas, para hipotetizar las creencias intermedias se puede preguntar así mismo al terapeuta ¿Cómo sobrelleva mi paciente esta creencia central dolorosa? O ¿Qué creencias intermedias (presunciones o reglas) se han desarrollado? Y de esta manera comprender sus creencias y con ello sus acciones y emociones. Una vez identificada la creencia intermedia se debe de decidir si se va a exponerla frente al paciente y, en caso de hacerlo, se debe de plantear como una creencia para trabajar en el futuro o si trabajarán sobre ella en ese preciso momento.

Para las estrategias compensatorias, se debe preguntar a sí mismo el terapeuta ¿Qué estrategias conductuales desarrolló el paciente para sobrellevar la creencia central? (Si se utiliza la estrategia compensatoria, entonces es posible que la creencia central no se haga realidad). Una vez que se obtiene toda la información se presenta al paciente y se le explica que significa y se pueden realizar los ajustes necesarios.

8. La modificación de creencias se realiza hasta que el paciente tenga las herramientas para identificar y modificar sus pensamientos automáticos y existe cierto alivio a sus síntomas. Dicha modificación de creencias intermedias se logra antes que la de creencias centrales, ya que estas últimas pueden ser bastante rígidas; es importante destacar que no es posible ni recomendable reducir la intensidad y credibilidad de una creencia al 0% (se le pregunta al paciente por la intensidad de la creencia de forma continua), por lo que generalmente es suficiente cuando se le adjudica un 30% de intensidad/credibilidad. El formular una nueva creencia es un proceso colaborativo, aunque el terapeuta las formula mentalmente con anticipación y así elegir la más adecuada para cambiar la vieja creencia.
9. Para modificar las creencias intermedias y pensamientos automáticos se pueden utilizar las siguientes técnicas:

Cuestionario Socrático: Se realizan preguntas que ayudan a evaluar los pensamientos y creencias, las cuales pueden llegar a ser más persuasivas y menos imparciales.

Experimentos conductuales: Se diseña y se lleva a cabo una prueba conductual para evaluar la validez de una creencia.

Continuum cognitivo: Se construye de un continuum cognitivo (gráficamente un continuo con los extremos absolutos) para un concepto o creencia polarizado y que el paciente pueda reconocer la existencia de puntos intermedios y que lo pueda aceptar como una nueva creencia.

Dramatizaciones racionales-emocionales: Se trata de una dramatización en la cual el paciente representará la parte emocional que se adhiere fuertemente a la creencia, mientras que el terapeuta será la parte racional; posteriormente se intercambiaran los papeles.

Utilización de los demás como punto de referencia: Se reflexionan sobre las creencias de otras personas, y así establecer una distancia psicológica respecto de las propias creencias no adaptativas.

Actuar como si: Actuar como si la persona estuviera convencida de una nueva creencia, aunque no lo esté por completo, esto una vez que la creencia fue atenuada en su intensidad y/o validez.

Expresión de la propia experiencia: Expresar abiertamente la experiencia propia del terapeuta, lo que puede ayudar a algunos pacientes a ver sus problemas de una manera diferente.

10. Posterior al trabajo de las creencias intermedias, se debe de trabajar en las creencias centrales, aunque también es posible trabajar directamente con las creencias centrales, aunque esto dependerá de cada caso; comienza como una hipótesis mental de la creencia central que da paso a pensamientos automáticos, y posteriormente se le explica al paciente dicha hipótesis y se pide que lo confirme o refute, posteriormente se psicoeduca sobre una creencia central, con los elementos que la envuelven y como se mantiene gracias a que se encuentran datos que lo sustentan y se ignoran los que la contradicen, y finalmente se puede evaluar y modificar por una nueva creencia central y más adaptativa.

Así pues, además de las técnicas ya mencionadas, también se pueden modificar las creencias centrales mediante:

Contrastes extremos: Compararse con alguna persona, real o imaginaria, que encarne el extremo negativo de la cualidad relacionada con su creencia central.

Desarrollo de metáforas: Reflexionar acerca de una historia o una situación (real, imaginaria o de ficción) similar a la que el paciente refiere.

Comprobaciones históricas: Analizar el origen y la persistencia a través del tiempo de su creencia central, buscando las evidencias que refutaban dicha creencia

Reestructuración de recuerdos tempranos: Dramatizar un hecho pasado para reinterpretar una experiencia traumática anterior y reestructurar el significado; además de comprobar la validez de sus pensamientos y conclusiones que se elaboraron a partir de dichos eventos, elaborando una conclusión más real y adaptativa.

Beck (1995) concluye que las creencias centrales requieren de un trabajo consistente y sistemático. Usando un número de técnicas apropiadas que se aplican para reestructurar pensamientos automáticos, creencias intermedias y otras más específicas orientadas a modificar e implementar nuevas creencias centrales se generan cambios cognitivos que le puedan generar bienestar a la persona.

2.3. Solución de problemas de D`Zurilla y Goldfried

La terapia de solución de problemas [TSP] es una intervención psicológica, ubicada dentro de las intervenciones cognitivo-conductual, en donde se aspira a mejorar la capacidad de enfrentarse a estresores mayores (acontecimientos traumáticos) y menores (problemas cotidianos crónicos), así como a reducir los problemas de salud física y mental (Nezu et al., 2014).

Para Ángeles et al. (2012) es importante recalcar que:

La terapia de solución de problemas es una intervención cognitivo-conductual dirigida a incrementar la habilidad de un individuo para solucionar problemas, es decir, para afrontar las experiencias estresantes de la vida y conseguir de esta forma identificar y poner en marcha las opciones de afrontamiento más adaptativas y eficientes (p. 435)

Para Nezu et al. (2014) los grandes objetivos del tratamiento de la TSP son: (a) La adopción de una visión del mundo o de una orientación adaptativa hacia los problemas de la vida (una visión optimista y positiva de la propia eficacia que admita que los problemas son ocurrencias vitales normales) y (b) La implantación eficaz de conductas concretas de solución de problemas (regulación y gestión emocional y la solución planificada de problemas).

Nezu et al. (2014, pp. 28-29) mencionan que “El modelo TSP es un metaproceso multidimensional de identificación y selección ideográfica de un conjunto de respuestas de enfrentamiento destinadas a corregir eficazmente los rasgos característicos (muy probablemente únicos) de una determinada situación estresante”. Así también se establece que “la TSP aspira a mejorar la eficacia de las actividades de solución de problemas para aumentar la probabilidad de que tales esfuerzos resulten, en última instancia, exitosos”

Para Nezu et al. (2014) los objetivos concretos del tratamiento TSP son: (a) Mejorar la orientación positiva hacia los problemas, (b) mejorar la orientación negativa hacia los problemas, (c) alentar la solución planificada de problemas (d) minimizar la evitación de problemas (e) minimizar la solución impulsiva/descuidada de problemas.

La TSP se basa en diferentes conceptos para llegar a establecer el modelo de solución de problemas, por lo que a continuación se definen dichos elementos base.

Principales conceptos de la Terapia de Solución de Problemas

Solución de problemas

Según Nezu et al. (2014) este concepto se describe como al proceso de descubrir o desarrollar diversas soluciones para problemas concretos. Se le denomina solución de problemas de la vida real al proceso auto dirigido mediante el cual el individuo trata de identificar, descubrir

y/o desarrollar soluciones adaptativas de enfrentamiento a los problemas, tanto agudos (problemas de la vida cotidiana) como crónicos.

Una solución eficaz de problemas tiene la capacidad generar respuestas adaptativas a las demandas de un determinado problema, teniendo al mismo tiempo en cuenta la amplia variedad de factores internos y externos presentes en un determinado momento. Cabe destacar que una solución eficaz que le funcione a una persona, no necesariamente lo es para otra persona que experimenta un problema parecido, además de que la solución que en algún momento ha funcionado para una persona, no necesariamente le puede funcionar después en una situación similar, esto porque la persona y/o las circunstancias pueden haber cambiado.

Es importante mencionar el término “implementación de soluciones” el cual hace referencia al proceso de llevar a la práctica la solución previamente desarrollada; de este se desprende el término “habilidades de implementación de la solución” las cuales abarca habilidades cognitivas y conductuales de desempeño que pueden requerirse para moverse eficazmente de un determinado entorno personal.

Problema

Según Nezu et al. (2014) el término se refiere a una situación vital, presente o anticipada que requiere una respuesta adaptativa para evitar consecuencias negativas a corto o largo plazo, además de que, por la existencia de obstáculos o barreras, la persona que experimenta la situación, no tiene acceso inmediato a una respuesta eficaz evidente. En general una persona tiene la capacidad de reconocer la existencia de un problema, ya sea de forma inmediata o poco después de que haya fracasado los repetidos intentos de resolverlo.

Un problema puede ser un acontecimiento individual limitado en el tiempo, o una situación crónica y continua; dicho problema no es un rasgo de la persona o del entorno, es más bien una relación entre la persona y el entorno, siendo representada por el desequilibrio o discrepancia real o percibida entre las exigencias de la situación y las habilidades de afrontamiento.

Con lo anterior podemos suponer que la dificultad o el significado del problema se modifique con el paso del tiempo, dependiendo de los cambios del entorno, en la persona o ambos; así pues, lo que hoy es un problema para una determinada persona, en otro momento puede no serlo.

Las barreras que convierten a la situación en un problema para un determinado individuo pueden estar implicados una gran variedad de factores, algunos de estos son: (a) Novedad, (b) Ambigüedad (c) Impredecibilidad, (d) Objetivos en conflicto, (e) Déficits en las habilidades de desempeño y (f) Falta de recursos.

Solución

Según Nezu et al. (2014) el concepto se define como “una respuesta o pauta de enfrentamiento concreta a la situación que es el producto o resultado de un proceso de solución de problemas aplicado a una determinada situación problemática” (p. 31). Se destaca que la calidad o eficacia de una solución concreta puede variar en función del individuo y del entorno, dependiendo de las normas, valores y objetivos de la persona que soluciona el problema. Una solución eficaz es aquella que logra el objetivo o conjunto de objetivos planteados en la solución del problema, por lo que cambia la situación para mejor y/o reduce el estrés que provoca, maximizando las consecuencias positivas y minimizando al mismo tiempo las negativas. Entre los

resultados que traen de dichas soluciones encontramos que cuentan con efectos sobre los demás y sobre uno mismo, tanto a corto como a largo plazo.

Una vez explicados los elementos base de la TSP, es momento de revisar el modelo que se plantea para solucionar de forma eficaz los problemas.

Modelo revisado de solución de problemas sociales

Este modelo básico ha sido repetidamente validado en numerosas poblaciones, culturas y grupos de edad (D´Zurilla y Nezu, 2007, en Nezu et al., 2014). Según D´Zurilla, Nezu y Maydeu-Olivares (2004, en Nezu et al. p. 32) “la teoría actual de solución de problemas sociales, los intentos de abordar los problemas estresantes dependen fundamentalmente de dos variables generales, aunque parcialmente independientes: a) Orientación hacia el problema y b) El estilo de solución de problemas”.

Orientación hacia el problema

Esta variable se refiere al “conjunto de esquemas cognitivo-afectivos relativamente estables que representan las creencias, actitudes y reacciones emocionales generalizadas que una persona tiene acerca de los problemas de la vida y de la propia capacidad para enfrentarse exitosamente a ellos” (p. 32). En esta variable coexisten dos tipos de orientación hacia el problema, una positiva y otra negativa.

La orientación positiva hacia el problema implica que el individuo tiene una tendencia a:

(a) Considerar los problemas como retos, (b) ser optimista y creer que los problemas pueden resolverse, (c) verse capaz de enfrentarse a los problemas, (d) entender que la solución exitosa de problemas requiere tiempo y esfuerzo, (e) considerar las emociones negativas como

parte integral del proceso de solución de problemas que puede, en última instancia, ser útil para enfrentarse a problemas estresantes.

Mientras que la orientación negativa hacia los problemas implica que la persona tiende a:

(a) Considerar los problemas como amenazas, (b) creer que son irresolubles (c) dudar de la propia capacidad de enfrentarse exitosamente a ellos, (d) frustrarse y molestarse cuando uno se ve enfrentado a problemas o emociones negativas.

Estilos de solución de problemas

Esta dimensión se refiere al “conjunto de actividades cognitivo-conductuales a los que las personas recurren para tratar de enfrentarse o resolver problemas estresantes” (p. 34).

Diversas investigaciones identificaron tres estilos diferentes para enfrentarse a los problemas, estos son: (a) Solución racional o planificada de problemas (b) solución evitativa de problemas y (c) solución impulsiva-descuidada de problemas (D´Zurilla et al., 2002; 2004 en Nezu et al., 2014).

Siendo estos dos estilos de funcionamiento inadaptado o disfuncional, los cuales generalmente se asocian a una ineficaz solución de los problemas, además de que cuando se recurren a estos estilos se tiende a empeorar los problemas existentes e incluso crear otros nuevos.

Tal es el caso del estilo impulsivo/descuidado, el cual es un tipo de solución de problemas que lleva al individuo a comprometerse en intentos impulsivos o descuidados de resolver un problema, los cuales son apresurados, limitados e incompletos; la persona que se caracteriza por este tipo de estilo de respuesta suele considerar unas pocas soluciones y quedarse compulsivamente con la primera que se le ocurre, así pues estas personas considera demasiado rápido, descuidado y

asistemáticamente las consecuencias y alternativas, además de que monitoriza de forma descuidada e inadecuada los resultados de la solución.

También encontramos en esta categoría al estilo de evitación, el cual se caracteriza por la postergación, la pasividad, la inacción y la dependencia de los demás, las personas que actúan mediante este estilo prefieren evitar los problemas en lugar de enfrentarse directamente a ellos, demorando la solución todo lo posible, esperando que los problemas se resuelvan solos y tratando de delegar en otras la responsabilidad de resolverlos.

En el caso de la solución racional o planificada de problemas esto implica la aplicación sistemática y consciente de las siguientes habilidades: (a) Definición del problema, (b) Generación de alternativas, (c) Toma de decisiones, (d) Implementación de la solución y verificación.

“Estas etapas conforman una secuencia lógica de aplicación, que no debe interpretarse como un proceso unidireccional, sino que el retroceso desde una fase posterior a otra anterior forma parte del proceso normal hasta finalización del mismo” (Ángeles et al., 2012, p. 450). Se describen con mayor profundidad las fases de una solución planificada:

Definición del problema

Se trata de aclarar la naturaleza del problema, esbozar un objetivo o conjunto de objetivos realistas para su solución, así como identificar los obstáculos que impiden su logro (Nezu et al., 2014).

Para Ángeles et al. (2012) esta etapa se describe como la recopilación de información relevante sobre el problema a partir de los hechos, teniendo en cuenta que no siempre toda la información relevante está accesible a la conciencia del individuo. Dicha información debe

provenir de hechos y no de interpretaciones, asunciones o procesos de razonamiento emocional, además, esta información debe recogerse en términos concretos y objetivos.

Uno de los objetivos de esta fase es la clarificación de la naturaleza del problema, para esto se trata de identificar y corregir cualquier distorsión sobre la situación del problema que pueda interferir con la definición del problema; para esto se pueden utilizar las distorsiones cognitivas recogidas por la Beck en la Terapia Cognitiva.

Generación de alternativas

Se trata de “considerar el abanico de posibles estrategias de solución dirigidas a la superación de los obstáculos identificados” (Nezu et al., 2014, p. 34).

Según Ángeles et al. (2012) en esta segunda etapa se deben de remarcar los principios de cantidad y diversidad, cuantas más soluciones, mayor probabilidad de encontrar una solución apropiada, además de que, a más diversidad de soluciones, mayor potencial de adaptación o ajuste a los factores que se implican en el problema, de esta manera se puede llegar a la solución óptima. Otro principio que se aplica en esta fase es el aplazamiento del juicio, en donde no se valora la adecuación o viabilidad de las soluciones, debido a que esta valoración puede mermar la creatividad o la posibilidad de generar soluciones que podrían aportar elementos útiles que se integren en la solución final.

Toma de decisiones

Se trata de predecir las consecuencias más probables de cada una de las distintas alternativas, posteriormente llevar a cabo un análisis de costo-beneficio basado en los resultados identificados y elaborar un plan de solución orientado al logro del objetivo (Nezu et al., 2014). Ángeles et al. (2012) establecen que es posible combinar algunas opciones que lleven a una

solución más adaptativa y descartar haciendo un análisis de ventajas e inconvenientes, con aquellas que no son realistas o que resultan inviables.

En esta fase se procede a analizar y valorar las diferentes alternativas, anticipando las consecuencias positivas y negativas, valorando en una escala subjetiva entre 0 (no tiene ningún valor para mí) y 10 (tiene mucho valor para mí) cada una de las consecuencias positivas y negativas, obteniendo así un valor cuantitativo, una para las consecuencias positivas y otro para las negativas, y así se resume la información y facilite la comparación entre las opciones.

Implementación de la solución y verificación

En esta fase “se lleva a cabo el plan de solución, controlar y evaluar sus consecuencias y determinar si los esfuerzos de solución de problemas que fueron exitosos o debemos seguir insistiendo” (Nezu et al., 2014, p. 35). En la fase final se planifica la puesta en marcha de la solución, estableciendo los pasos y recursos necesarios para cada uno de ellos, posteriormente se llevan a cabo cada uno de los pasos y se valoran paralelamente los resultados que se van obteniendo con la implementación progresiva del plan de acción (Ángeles et al., 2012).

Para D’Zurilla (1986, en Ángeles et al., 2012) se utiliza la teoría del control y la concepción del auto-control: (a) Ejecución: Puesta en práctica de la solución, (b) Auto-observación: Observación de la propia conducta en la ejecución de la solución y de los resultados que se obtienen, (c) Auto-evaluación: Comparación de resultado que se obtuvo con el resultado anticipado o predicho y (d) Auto-reforzamiento: Se entra en esta subfase en caso de que los resultados que se obtuvieron se adecuen a los anticipados, en caso contrario revisar el proceso, en donde se retoman las subfases anteriores.

Según Ángeles et al. (2012) dado que la TSP es eficaz para un amplio y diverso número de problemas psicológicos, conductuales o de salud; así como para individuos y grupos es poco probable que un protocolo general y estandarizado sea apropiado o eficaz en todas las aplicaciones, es por ello que el protocolo debe variar y adecuarse a las necesidades particulares del caso a abordar.

Un punto a considerar para proponer la terapia de solución de problemas es que se puede adaptar a las posibilidades y el contexto de la persona, ya que se puede acomodar a tanto a sus necesidades como a las diferentes circunstancias de la vida que la persona tiene, así como a sus características personales; de esta forma se permite una amplia adaptabilidad a las particularidades de cada paciente.

La terapia de solución de problemas tiene como objetivo principal ayudar a las personas a afrontar con los problemas de forma eficaz, por lo que su uso en una terapia para el duelo sería enseñarle a los afligidos formas eficaces y correctas de solucionar los problemas mundo tendrá después de la pérdida de su ser querido, y de esta forma adaptarse a esta nueva realidad.

2.4. Técnicas emocionales

Anteriormente se han propuesto técnicas y terapias para modificar y aprender nuevas creencias y conductas, dentro del modelo cognitivo conductual también se trabaja con el apartado emocional, y como se revisó anteriormente dentro del duelo, las manifestaciones emocionales son parte del proceso de duelo, por lo que, dentro de un duelo complicado, es lógico pensar que las reacciones emociones también puedan ser difíciles de manejar y generen problemas en las esferas de la persona o que produzcan malestar clínicamente significativo, es por ello que se proponen técnicas para afrontar y manejar las reacciones emocionales dentro del duelo.

Regulación emocional

Como lo menciona Salcido-Cibrián et al. (2021) el proceso de duelo facilita la desregulación emocional experimentada de forma continuada, por lo que trabajar con el manejo de la regulación emocional auxiliara al su ajuste de la realidad percibida. Para Larrotta-Castillo et al. (2020) dentro del duelo complicado una de las características de este es la falta de regulación emocional que puede derivar a la prolongación del dolor/malestar y posteriormente a otros trastornos mentales.

La regulación emocional se puede definir como “la capacidad de manejar las emociones de forma apropiada. Supone tomar conciencia de la relación entre emoción, cognición y comportamiento; tener buenas estrategias de afrontamiento” (Bisquerra, 2009 en Calderón et al., 2012, p.12). Mientras que la desregulación emocional se define como la dificultad o inhabilidad para regular la expresión emocional y permitir el adecuado procesamiento emocional, manifestándose como experimentar de forma excesiva e intensa las emociones (como abrumadoras e intrusivas) o como una inhibición excesiva (disociación o despersonalización) de las emociones (Kring & Bachorowski, 1999; Leahy, Tirsch & Napolitano, 2001; en Reyes & Tena, 2016).

La regulación emocional está compuesta por una expresión emocional apropiada, regulación de las emociones y sentimientos, autogenerar emociones positivas, tener habilidades de afrontamiento de conflicto y gestionar la intensidad y duración de las emociones que se generan (Bisquerra, 2009 en Calderón et al., 2012).

Reyes y Tena (2016) mencionan una serie de estrategias de regulación emocional inefectivas que pueden estar relacionadas con el mantenimiento de un problema:

Evitación de situaciones desagradables: esfuerzo por evitar situaciones, actividades, lugares o personas que hacen sentir incómodo; Estrategias de seguridad y control: acciones para sentir seguridad y tener el control de forma que logran tranquilidad; Monitoreo: mantenerse vigilante a algún evento negativo que ocurra en algún momento, ya sean estímulos internos (pensamientos o emociones) y externos (estar pendiente de las acciones de la otra persona; Rechazo y supresión experiencial: intentar reprimir las propias experiencias internas, tanto positiva como negativa; Rumiación: pensar de forma impulsiva y repetitiva sobre eventos negativos que ya ocurrieron; Preocupación: pensar sobre el futuro de manera repetitivo y circular y tratar de anticipar las peores consecuencias de los eventos; Inhibición de la expresión emocional: evitar demostraciones emocionales; Catarsis: experimentar o expresar emociones de forma deliberada para sacar el sentimiento y sentirse mejor.

De la misma forma Gross (1998 en Reyes & Tena, 2016) describe cinco categorías de estrategias de regulación emocional, sin embargo, se menciona que estas estrategias pueden ser adaptativas o desadaptativas según el contexto:

Selección situacional: Elegir de forma estratégica las situaciones a las que la persona se expone y examinar la función que esta elección tiene para experimentar o evitar las emociones asociadas (anticipar las emociones que se podrían experimentar).

Modificación situacional: Alterar la situación de forma activa para así modificar el impacto emocional (hacer bromas para disminuir la tensión social).

Manipulación de la atención: Manipular la atención a voluntad para concentrarse en elementos específicos de un evento o distraerse en otros, aunque no se debe de realizar de forma automatizada o generalizada.

Revaloración cognitiva. Reconstruir de forma consciente el significado de una situación y con ello experimentar emociones diferentes.

Modulación de la respuesta: Modificar la emoción cuando ya está en proceso, enfocándose en la respuesta de la emoción y no en la situación, de forma que la persona en lugar de suprimir la expresión emocional o evitar la experiencia emocional, acepte las emociones (dejar de resistirse a ellas) y la experiencia en sí, permitiendo la adaptación y habituación.

Así pues, Werner y Gross (2010, en Reyes & Tena, 2016) propone que la regulación emocional efectiva implica que esta se adapte al contexto y manejar los eventos internos y externos, así como congruencia con las metas a largo plazo, dicho proceso es:

En primer lugar, se propone pausar y permitir la experiencia de los eventos privados tales como pensamientos, sensaciones, sentimientos; sin evitarlos, resistirse o intentar modificarlos, siendo esto una exposición a ellos y prevenir la evitación; este punto facilita el procesamiento emocional y la habituación psicológica. Posteriormente reconocer la emoción para regularlas con efectividad (cada emoción será diferente en cuanto a conductas, reacciones fisiológicas y su función). Seguido se debe de discriminar que tanto control puede tener la situación y la emoción, en el caso de tener cierto control de la situación se pueden utilizar estrategias de solución de problemas; mientras que para las experiencias y eventos de los cuales se recomienda la aceptación (Hayes & Wilson, 1994, en Reyes & Tena, 2016). Y finalmente se debe de tener consciencia y jerarquización de las metas personales, y a partir de ello dirigir el un comportamiento orientado a ello.

Este conjunto de estrategias se debe de orientar a las necesidades de cada persona y enfocados a cada situación. Se debe de poner atención a las estrategias de evitación que no son

formas efectivas de regulación emocional, mientras que técnicas como exposición, solución de problemas o revaloración cognitiva permiten una regulación emocional efectiva (Reyes & Tena, 2016).

Como se mencionó, la evitación de situaciones desagradables es una forma poco eficaz de regular la emoción, y al realizarlo de forma persistente afecta el funcionamiento biopsicosocial, la calidad de vida, el bienestar general y la salud de las personas, siendo este un factor que mantiene y puede causar psicopatologías, además de que la evitación generalizada se asocia con el incremento de emociones indeseadas a largo plazo (Campbell-Sills y Barlow, 2007, en Reyes & Tena, 2016).

Así pues, las estrategias de exposición disminuyen la evitación de forma efectiva ya que permite a la persona habituarse a la situación, practicar y desarrollar habilidades para adaptarse a la situación, así como modificar creencias sobre la situación (Feske y Chambless, 1995; Rapee y Heimberge, 1997; en Reyes & Tena, 2016). En el caso del duelo complicado, la evitación es una parte del fenómeno, como síntoma en un duelo no complicado (evitar lugares que el ser querido frecuentaba) y como elemento base en la conceptualización que se realizó del duelo complicado (evitar otras actividades o evitar afrontar las emociones), por lo que es pertinente analizar técnicas de exposición, que, son una forma efectiva de disminuir la evitación.

Técnicas de exposición

En las técnicas de exposición se coloca al individuo en contacto con el estímulo que causa reacción emocional, muchas veces temor, esto con el objetivo de producir habituación al estímulo, extinción o reducción gradual de la reacción, así como establecer nuevas asociaciones y aprendizajes relacionados al estímulo. Las técnicas de exposición se utilizan generalmente para

padecimientos de ansiedad, pero también para personas que mantienen una conducta de evitación o escape que ocasiona un impacto negativo en su vida (Isabel et al., 2012).

Según Malkinson (2010) las técnicas de exposición incluyen tanto elementos conductuales como emocionales. La terapia de exposición permite la adaptación de la experiencia traumática mediante la exposición a imágenes que incluyen los detalles del acontecimiento, así como las respuestas cognitivas y emocionales que lo acompaña. Boelen (2008; Worden, 2013), menciona que la técnica de exposición gradual para el afrontamiento de recuerdos y situaciones traumáticas, ha demostrado su utilidad para el tratamiento del duelo y más específicamente en casos de muertes traumáticas.

Para Isabel et al. (2012) las técnicas de exposición difieren en varios aspectos, la intensidad de la presentación (inundación del estímulo o exposición gradual del mismo); la duración de la presentación, frecuencia de las presentaciones del estímulo (masivas/seguidas, o espaciadas); la ayuda utilizada para presentar el estímulo; pero principalmente la forma de presentación del estímulo, siendo real o imaginario.

La exposición en vivo consiste en entrar en contacto directo con la situación o estímulo, ya sea de forma gradual o entrar totalmente a situaciones que producen alto nivel de reacción (inundación), una vez estando en contacto con la situación o estímulo no se debe abandonar la situación de exposición (en caso de que sea imposible mantener la exposición, se puede utilizar otras estrategias como respiración diafragmática, auto-instrucciones, distracción momentáneamente o abandonar temporalmente el contexto de exposición y reanudar en cuanto sea posible). Una variante de esta técnica es la exposición simulada, en donde varias personas representan la situación a modo de ensayo. Se puede utilizar una escala subjetiva (1 al 10) para

medir en qué nivel comienza la persona y en cual termina al concluir la exposición (Isabel et al., 2012).

Por otro lado, la exposición simbólica se refiere a entrar en contacto con el estímulo o situación a través de representaciones mentales (imaginación) visuales (dibujos, fotografías y/o películas, estímulos físicos auditivos (como grabaciones de sonidos) e incluso de programas informáticos. Este tipo de exposición se utiliza frecuentemente en situaciones donde no es posible exponerse al estímulo de forma presencial o las reacciones están relacionadas a un hecho pasado y la única opción es realizar la exposición de forma simbólica, usualmente mediante la imaginación (como puede ser en el tratamiento de trastorno de estrés postraumático) (Isabel et al., 2012).

De modo general, el procedimiento para llevar a cabo la exposición es: en primer lugar, informar a la persona de la técnica y de la lógica que subyace detrás del tratamiento sólidamente fundamentado; además se debe de psicoeducar sobre la conceptualización del problema, explicando el origen, mantenimiento y relaciones funcionales de las mismas; una vez hecho lo anterior se debe de identificar el estímulo temido, las consecuencias temidas al confrontarse con el estímulo, las conductas de escape o evitación del estímulo temido, y conductas de seguridad conductas para prevenir la ocurrencia de las consecuencias temidas, y desencadenantes de ansiedad relacionadas al estímulo o situación. Posterior al análisis de dicha información se estiman los periodos y ritmo de exposición, así como delimitar los tipos de exposición que se utilizaran (exposición gradual o inundación; real o imaginación; las situaciones donde las debe llevar a cabo y las ayudas que se utilizaran, como la guía del terapeuta), de esta manera ya se puede realizar la sesión enfocada a la exposición al estímulo o situación que genera malestar, eligiendo la situación a exponer y comentar brevemente los detalles de la exposición, revisar los pensamientos automáticos que aparecen por el estímulo o situación y reestructurar con el paciente algunos de

esos pensamientos automáticos y así desarrollar una respuesta racional para esos pensamientos, para finalmente establecer en conjunto con el paciente metas conductuales realistas; una vez hecho lo anterior se lleva a cabo la exposición durante el tiempo acordado, hasta que la reacción disminuya, o hasta que los objetivos han sido alcanzados. Una vez terminada la exposición se revisan los resultados de la sesión; revisar si se alcanzaron las metas conductuales y discutir los problemas si existieran, revisar los pensamientos que se presentaron, proporcionar retroalimentación de la ejecución, conocer los cambios en la reacción y graficarlos y preguntando que se aprendió de la sesión. Finalmente se plantean las indicaciones o tareas para la próxima sesión (Isabel et al., 2012).

En el caso del duelo complicado y de la intervención propuesta se pueden utilizar ambas modalidades, simbólica para ensayar alguna tarea temida al recordar o ver fotografías del ser querido mediante recuerdos; o en vivo mediante realización de la tarea entrando directamente en la situación o ir a los lugares que el ser querido frecuentaba.

Expresión emocional

Como se mencionó anteriormente, Sanz et al. (2014) mantiene que los pacientes perciben mayor alivio al dolor/sufrimiento de la pérdida mediante el desahogo emocional. Además, el uso de técnicas de expresión emocional es relevante para la identificación y adecuada expresión de las emociones, además se vincula con el desahogo emocional, lo cual se relaciona con un afrontamiento emocional más funcional (Sanz et al., 2014, en Julian & Hernández, 2022).

Worden (2013) menciona la importancia de no únicamente expresar las emociones, estas se deben de experimentar, ser conscientes de ellas, dirigirlas, manejarlas y resolver según sea conveniente y según la emoción. Prigerson y Maciejewski (2005; 2006, en Worden 2013) mencionan que la expresión emocional debe de ser de tal forma que no provoque una alteración

marcada y persiste en la vida cotidiana de la persona. Algunas de las técnicas que Worden menciona para fomentar la expresión de pensamientos y emociones son escribir (expresarle al fallecido sus pensamientos, poner por escrito y construir una narración del suceso, escribir como se vive el duelo y darle un significado personal), utilizar símbolos (objetos o fotografías del ser querido para enfocar la conversión al fallecido y no solo sobre el fallecido), dibujar (reflejar los sentimientos y las vivencias relacionadas con el fallecido), juegos de roles (representar situaciones que generen emociones desbordantes), álbum de recuerdos (relatos, fotografías, poemas y dibujos hechos por distintas personas que conocieron a la persona), imaginación guiada (imaginar al fallecido animar a la persona a decirle las cosas que le sean necesarias), y el uso de metáforas (representación simbólica de lo que se siente)

Julian y Hernández (2022) llevan a cabo la expresión emocional a partir de técnicas narrativas verbales y escritas (la persona narra o escribe sobre su ser querido y el acontecimiento de la pérdida, además de los sentimientos y pensamientos que la narración genera) en donde se identifican las emociones más importantes en la narración del acontecimiento. Finalmente se destaca que, dentro del duelo, el aumento del afrontamiento emocional permite que la intensidad de las emociones de tristeza, enojo y culpa disminuyan con el paso de tiempo, lo que permite un trabajo más fluido de las cogniciones disfuncionales y conductas evitativas.

Como lo menciono Stroebe (1992, en Worden, 2013) el duelo es un trabajo cognitivo, por lo que al terminar dicho trabajo se requiere 1) regresar a las actividades de la vida diaria posterior a la sesión y 2) descansar de dicho trabajo cognitivo, es por ello que se enmarcan diferentes formas de relajación o disminuir el estrés que la sesión o la actividad puntual puede generar.

Técnicas de relajación

La relajación tiene como objetivo reducir la activación fisiológica, facilitando la calma, y la sensación de paz interior. Dichos efectos tienen también un impacto en los procesos emocionales, cognitivos, y conductuales (Isabel et al., 2012). La relajación hace referencia a un estado en donde el organismo está ausente tensión o activación en tres niveles: fisiológico, conductual y subjetivo: el nivel fisiológico incluye cambios viscerales, somáticos, cambios en la tensión muscular y en el ritmo cardiaco; el nivel conductual se refiere a los actos externos observables como las expresiones corporales y faciales, conductas de lucha e huida, la hiperactividad o la inactividad; finalmente el nivel subjetivo se refiere a la experiencia interna consciente del estado emocional como la sensación de malestar, calma o tensión (Cautela & Groden, 1985).

La relajación progresiva consiste en tensar y destensar los diferentes grupos musculares tomando conciencia de las sensaciones que se producen en cada situación, pero siguiendo una serie de indicaciones específicas para realizar el entrenamiento (Isabel et al., 2012).

Estas indicaciones serían, según Chóliz (1998, en Isabel et al., 2012) comenzar por las manos, después los brazos y manos dominantes y no dominantes, pasando por el tronco, la cara y cuello y terminando con las piernas y pies dominantes y no dominantes; tensando y relajando cada musculo y concentrándose en la sensación que la relajación produce y hacer un repaso mental de cada grupo de músculos para asegurarse de la relajación de los grupos involucrados.

Cautela y Groden (1985) proponen relajación por partes del cuerpo, primero identificando el musculo que estén tensos, una vez localizados, se procede a tensarlos y después relajándolos, de esta forma se puede adquirir un aprendizaje en cuanto a la forma de relajarse, y poder utilizarlo

en otras situaciones, ya sean situaciones en donde la persona este ansiosa y relajarse antes de entrar en dicho estado.

Se mencionan una serie de instrucciones específicas para varias partes del cuerpo y grupos de músculos, tales como: frente, ojos, nariz, sonrisa, lengua, mandíbula, labios, cuello, brazos, piernas, espalda, tórax, estómago y debajo de la cintura; además de relajación sentado, parado, mientras se camina, o estando sentado/acostado. Sin embargo mantienen una consigna general, primero ingresando en una posición de relajación (sentado en una silla, mantenido la cabeza recta sobre los hombros, sin inclinarse hacia adelante o atrás, la espalda debe de estar tocando el respaldo de la silla; colocando las piernas sin cruzarlas y apoyándolos totalmente en el suelo y colocando las manos en los muslos.), posteriormente tensar y relajar un grupos de músculos, identificando primero que parte del cuerpo donde se siente la tensión, después tensar al máximo grado de tensión el musculo seleccionado, durante aproximadamente cinco segundos y sentir la sensación de tensión, después se lleva a cabo la relajación y finalmente la persona debe sentir la agradable sensación de relajación. Cuando se considere que se ha dedicado el suficiente tiempo para examinar las sensaciones de tensión y relación y permitir tiempo para experimentar la sensación de relajación por suficiente tiempo, se retira la atención progresivamente sobre esa parte del cuerpo para concentrarse en otras áreas de tensión y relajación.

En el caso de la intervención, se propone realizar la relajación propuesta por Cautela y Groden (1985) pero sin tensar más los músculos ya tensos, sino ir directamente a la relajación, durante las primeras sesiones, posteriormente, si la persona ya no presenta el mismo nivel de tensión que al comienzo ya se le da la consigna de tensarlos lo más fuerte que pueda, esto para aprender la técnica de relajación y poder utilizarla de forma correcta en otras situaciones.

Técnicas de Respiración

Estas técnicas tienen como objetivo que la persona aprenda el control voluntario de su respiración y lo pueda aplicar en las situaciones donde la respiración se encuentra alterada. Al conseguir una respiración diafragmática y un ritmo respiratorio lento se reduce la activación fisiológica y psicológica, brindando sensación de tranquilidad y bienestar (Speads, 1988, en Isabel et al., 2012). Dichos ejercicios se aprenden en cuestión de minutos y los resultados se experimentan casi de forma inmediata (Davis et al., 1985).

El objetivo del entrenamiento en respiración es conseguir un patrón respiratorio fisiológicamente apropiado que sea adecuado para reducir las alteraciones respiratorias, aunque es importante mencionar que el tipo de ejercicio de respiración cambiara en función al objetivo de cada intervención (Isabel et al., 2012). Davis et al., (1985) e Isabel et al. (2012), mencionan algunos ejercicios de respiración:

Respiración profunda: Ejercicio útil para la reducción del nivel de activación general

Respiración contada: Entrenar en una respiración diafragmática (respiración fisiológica más adecuada) y a la par que se inspira se debe de pensar en una palabra como calma, y al espirar la palabra relax, repitiéndolo 10 veces seguidas.

Respiración abdominal: Respirar moviendo el abdomen intentando que permanezca inmóvil la musculatura torácica.

Respiración alternada: Alternar la respiración cubriendo con el pulgar la ventana nasal derecha y con los dedos anular y medio la fosa izquierda.

Relajación mediante el suspiro: Liberar la tensión mediante el suspiro.

Respiración purificante: Respiración que estimula y tonifica el aparato respiratorio.

Técnica de imaginación

Para Davis et al. (1985) una técnica que también se puede utilizar para disminuir el estrés de forma significativa es la imaginación, utilizando el pensamiento para tratar los síntomas físicos, se puede imaginar que el estado de relajación se extiende por el cuerpo o que la persona se encuentra en un lugar apartado y seguro. Se mencionan tres formas de llevar a cabo la imaginación, las cuales pueden ser grabadas y escuchadas en otro momento:

Visualización: Técnicas que tienen como objetivo concentrarse en el cuerpo mientras minimiza los pensamientos, emociones e incluso el dolor físico.

Imágenes dirigidas: El objetivo de estas técnicas es lograr un estado de relajación mediante narraciones que la persona debe imaginarse.

Relajación mediante la música: Su objetivo es la relajación, mediante una grabación de treinta minutos de música relajante y escucharla en algún punto del día o en fin de semana, pero durante media hora de forma ininterrumpida, sin realizar otra actividad.

También es posible combinar la técnica de imágenes guiadas con la relajación mediante la música de visualización.

La imaginación también puede ser utilizada con otros fines, como es el imaginar cómo reaccionaría ante determinadas situaciones o tener una conversación imaginaria con la persona fallecida, imaginando las respuestas que recibirían, siendo así una conversación guiada por el terapeuta, afrontando así los aspectos difíciles de manejar (Alberola et al., 2007).

Cabe destacar que la elección de las técnicas de relajación y respiración se debe de realizar teniendo en cuenta la sintomatológica que la persona presenta. Con estas técnicas de relajación se espera que la persona experimente un estado de relajación caracterizado por una respiración tranquila, profunda y rítmica, una relajación muscular, latido cardiaco rítmico y suave, reducción de los niveles de ansiedad, así como una sensación de paz y equilibrio mental. Cabe destacar que la elección de las técnicas de relajación y respiración se debe de realizar teniendo en cuenta la sintomatológica que la persona presenta. (Isabel et al., 2012).

Las técnicas emocionales serán de utilidad para la expresión de las emociones y pensamientos, para afrontar la pérdida del ser querido y auxiliar en el desarrollo de la regulación emocional; permitiendo también relajar el cuerpo y modificar las reacciones fisiológicas de este y así estar preparado para las exigencias de la vida cotidiana posterior a la intervención.

2.5. Otras técnicas

Psicoeducación

La psicoeducación puede definirse como “una modalidad de aprendizaje para la salud que está dirigida a obtener una mejor calidad de vida” (Torres, 2008, p. 682). Según Barter (Rebolledo, 1998, en Torres, 2008) se define la psicoeducación como el uso de técnicas, métodos y enfoques educativos cuyo objetivo es la recuperación de los efectos discapacitantes de la enfermedad mental, o como complemento al tratamiento, formando parte de un programa de investigación o tratamiento. Así pues, la psicoeducación no sólo es educación sino también apoyo psicológico y social inherente al proceso de educación; de la misma forma la psicoeducación busca hacer partícipe al usuario de lo que se sabe científicamente sobre su problema y que este conocimiento lo aplique a la mejoría de su vida, de su desarrollo personal y la de su núcleo familiar (Torres, 2008).

La psicoeducación permitirá explicar de forma concisa, guiada y entendible tanto las técnicas a utilizar como las habilidades que la persona va a aprender durante la intervención, de forma que adaptarse a la pérdida del ser querido, aprender nuevos roles y generar soluciones se haga de forma sencilla y benéfica para la persona.

Balance emocional

Posterior a un evento traumático o complicado, las personas experimentan emociones negativas asociadas al suceso, sin embargo, también es posible evocar algunas emociones positivas; al establecer un balance emocional se exploran los sentimientos negativos y se abre un espacio para ser conscientes de los positivos; primero mencionando que existen emociones positivas dentro de la situación (cuidando que no sean malinterpretadas), posteriormente se señalan que en el día a día existen emociones positivas y rescatarlas cuando sean mencionadas, esto para después poder rescatar elementos negativos y positivos del hecho en sí y de la respuesta a este hecho. También es posible devolver una imagen alternativa señalando los aspectos positivos y negativos del evento (Botella et al., 2008).

La utilización del balance emocional está estrechamente relacionada con la reconstrucción del sentido del modelo de Stroebe (1999), de forma que se genera la oscilación de la reconstrucción de sentido de la pérdida, permitiendo visualizar aspectos positivos y negativos de la pérdida, generando así una mayor adaptabilidad a la pérdida.

En el duelo suelen existir diversos pensamientos relacionados con el ser querido que ha fallecido, y estos pensamientos influyen en los sentimientos que la persona experimentará y en las acciones que llevara a cabo; de esta forma la terapia cognitiva, será de utilidad para identificar dichos pensamientos y modificarlos para a su vez cambiar la emoción que la persona experimenta, modificar la conducta que se genera y con ello lograr una adaptación al medio.

En cuanto a las conductas que una persona puede realizar durante el duelo, ya sea para aliviar el dolor de la pérdida o como una forma de expresar los sentimientos, estas pueden ser no adaptativas para la persona, por lo que es importante que generen formas adaptativas y eficaces de comportamiento por lo que es necesaria la terapia de solución de problemas para generar conductas que sean benéficas y con ello lograr contribuir a una mayor adaptación posterior a la pérdida.

En el caso de las emociones que la persona pueda experimentar, que afecten de forma significativa su vida diaria y su experiencia de vida, mediante las técnicas de exposición, expresión emocional y de regulación emocional se espera que disminuyan, mientras que aquellas que requieran de más tiempo, la TSP brindará las herramientas necesarias para lograr una expresión que permita el ajuste y la compatibilidad con la experiencia de vida.

De la misma forma, las técnicas de relajación tendrán un impacto directo en las sensaciones fisiológicas, disminuyendo la mayor cantidad de reactividad fisiológica al interactuar con elementos relacionados con el ser querido, modificando también este grupo de reacciones.

Además, es de esperarse que, al modificar las 4 manifestaciones, la persona logre un mejor funcionamiento social, recuperado las actividades previas a la pérdida, generando otro tipo de espacios sociales y un aumento de la convivencia saludable con otras personas. De esta manera las herramientas cognitivo conductuales logran un impacto directo en las dimensiones donde el duelo se manifiesta, reduciendo las reacciones adversas.

Antes de desarrollar la intervención propuesta, es necesario conocer los antecedentes de otras intervenciones psicológicas para el duelo complicado para tener un acercamiento a otras herramientas y procedimientos que se han empleado para elaborar el duelo complicado, para así conocer puntos que no se han abordado y que el tratamiento pueda hacerse cargo o abonar a

2.6. Intervenciones cognitivo-conductuales para el manejo del duelo complicado

En la Tabla 5 se mencionan algunas intervenciones para el manejo del duelo en dónde se visualizan las características fundamentales de las intervenciones, como el diseño, las técnicas utilizadas, los principales hallazgos y el modelo en donde se basa la intervención.

Julian y Hernández (2022) realizaron un estudio de caso único donde, basado en la terapia cognitivo conductual, en donde a través psicoeducación, técnicas de activación conductual, retribución de la responsabilidad, entre otras, se logró la disminución de sintomatología ansiosa, conductas de evitación y malestar en general, así como un aumento del afrontamiento emocional.

De la misma manera Sánchez (2015) realizó una intervención cognitivo conductual con un diseño cuasi-experimental con un grupo de personas donde a través de técnicas como el condicionamiento clásico y operante, restructuración cognitiva, entrenamiento en habilidades sociales, realizar rituales de despedida, entre otras, se estableció que posterior a la intervención se presenta mejoría en el estado de ánimo, mientras que disminuye la ansiedad, tristeza, insomnio, y la interferencia del dolor por la pérdida.

Salcido-Cibrián et al. (2021) llevaron a cabo una intervención con diseño cuasi-experimental pretest-posttest con grupo experimental, en donde a basados Programa Inteligencia Emocional Plena (PINEP) se implementaron algunas estrategias como psicoeducación, un diario emocional, registro emocional, entre otras. A partir de ello se sugiere que un tratamiento basado en PINEP es eficaz para el tratamiento del duelo en adultos y promueve la aceptación.

Por otro lado, Domínguez (2018) realizó una intervención basada en la Terapia de Aceptación y Compromiso en un estudio de caso con fases ABA', donde utilizó técnicas como el mindfulness, desesperanza creativa y compromiso, defusión cognitiva, uso de metáforas, entre

otras, concluyendo así que el tratamiento es efectivo en la reducción del duelo complicado, reduciendo significativa del sufrimiento causado por la muerte del fallecido, una reducción en la sintomatología depresiva y ansiosa, mejorando la calidad de vida.

Y por último Monsalve y Novoa (2010), basados en Terapia Analítica Funcional y en la Terapia de Aceptación y Compromiso, realizaron una intervención con un diseño cuasi experimental de caso único con medidas pre-post. A través de técnicas como el análisis funcional, validación, metáforas, paradojas, ejercicios experienciales, registros de conductas y otras, se concluye que la intervención logra disminución del estado de ánimo de tristeza y rabia, así como de conductas de interacción familiar negativa, además del aumento en las conductas positivas en la interacción familiar y verbalizaciones positivas.

Tabla 5

Intervenciones cognitivo-conductuales para el manejo del duelo complicado

Autor y año	Diseño de estudio	Técnicas utilizadas	Principales hallazgos	Modelo utilizado
Julian y Hernández (2022)	Estudio de caso único	Psicoeducación, técnicas de activación conductual, regulación emocional, reestructuración cognitiva,	Se indicaron disminución de la sintomatología depresiva y ansiosa, disminución de conductas de	Terapia cognitivo conductual

		retribución de responsabilidad, relajación muscular progresiva, exposición en imaginación y en vivo.	evitación asociadas con la muerte y en el malestar reactivo a la muerte. Así como un aumento del afrentamiento emocional	
Salcido- Cibrián et al. (2021)	Cuasi- experimental pretest-postest con grupo experimental	Psicoeducacion Diario emocional Registro emocional Meditaciones mindfulness	Se establece que posterior a la intervención, los niveles de ansiedad, depresión se reducen Mientras que los puntajes de atención plena aumentaron. Con lo anterior, se sugiere que	Programa Inteligencia Emocional Plena (PINEP)

			un tratamiento basado en el PINEP es eficaz para el tratamiento del duelo en adultos y promueve la aceptación.	
Domínguez (2018)	Estudio de caso con fases ABA' A=Evaluación de conductas de evitación experiencial, y diversas variables como la flexibilidad cognitivo- emocional, calidad de vida- salud, entre otros.	Mindfulness, desesperanza creativa y compromiso, defusion cognitiva, uso de metáforas	Se sugiere que el tratamiento es efectivo en la reducción del duelo complicado. Se observó mayor aceptación y adaptación a la pérdida, reducción significativa del sufrimiento causado por la muerte por	Terapia de Aceptación y Compromiso

	B=		suicidio, una	
	Intervención.		reducción en la	
	A' = Retirada		sintomatología	
	del tratamiento		depresiva y	
	y evaluación del		ansiosa,	
	comportamiento		mejorando	
	descrito en la		la calidad de	
	fase A.		vida.	
Sánchez	Diseño cuasi-	Condicionamiento	Se establece que	Terapia
(2015)	experimental de	clásico y	posterior a la	Cognitivo
	un grupo de	operante,	intervención se	Conductual
	personas	reestructuración	presenta mejoría	
		cognitiva,	en el estado de	
		constructivismo,	ánimo y la	
		resolución de	esperanza en la	
		problemas,	recuperación,	
		entrenamiento en	mientras que	
		habilidades	disminuye la	
		sociales,	ansiedad,	
		exposición	tristeza,	
		repetida, realizar	insomnio, y la	
		rituales de	interferencia del	
		despedida.	dolor por la	

perdida en
diferentes
esferas de la
vida.

Monsalve y Novoa (2010)	Diseño cuasi experimental de caso único con medidas pre- post.	Análisis funcional, validación, metáforas, paradojas, ejercicios experienciales, registros de conductas y uso de hexaflex	Disminución del estado de animo de tristeza y rabia, de conductas de interacción familiar negativa, así como de conductas clínicamente relevantes como el llanto. Aumento en las conductas positivas en la interacción familiar y	Terapia de Aceptación y Compromiso y Terapia Analítica Funcional
----------------------------	--	--	--	---

verbalizaciones

positivas.

Con estos antecedentes se concluye que las diferentes terapias cognitivo conductuales, así como sus técnicas y estrategias son eficaces para el tratamiento del duelo y del duelo complicado, sin embargo, las intervenciones antes mencionadas no se basan en un modelo del duelo específico, sino únicamente en la concepción de un tratamiento a partir de la terapia en la que se basan. Además, se enfocan principalmente a la modificación del estado de ánimo y de conductas de evitación o en la interacción con otros, pero no establecen pautas para el ajuste a la vida y adaptación al mundo posterior a la pérdida.

Creo que te extrañaré para siempre,

como las estrellas extrañan al sol

en los cielos de la mañana.

Mejor tarde que nunca,

aunque te hayas ido,

voy a conducir

(Lana del Rey, 2012)

Capítulo 3. Propuesta de Intervención “Adaptando mi vida sin ti”.

Planteamiento del Problema

La pérdida y el duelo es un proceso que los seres humanos van a experimentar a lo largo de su vida, cierta cantidad de estos serán duelos complicados, los cuales verán sus vidas alteradas, ya no únicamente por el fallecimiento de un ser querido, sino también por las reacciones que se tienen a este; ya sea centrándose en la pérdida o evitando afrontarla, independientemente de ello, se presenta un malestar significativo que afecta la vida de las personas, evitando que no se disfrute, experimente y continúe con la experiencia de vida.

Por lo tanto, es necesario tener programas de intervención basados en evidencia, tanto explicativos del duelo y de tratamiento, para poder tratar el duelo complicado, brindando herramientas considerando los antecedentes empíricos y brindar así una serie de procedimientos funcionales y flexibles que permitan continuar con la experiencia de vida.

Justificación

El duelo ha sido estudiado durante décadas y desde diferentes perspectivas, tratando de brindar descripciones, explicaciones y modelos para comprender dicho fenómeno, desde la psicología clínica se han creado diferentes procedimientos para llevar a cabo el duelo e intervenciones para afrontar el duelo complicado, sin embargo, es importante brindar tratamientos y modelo basados en evidencia científica para comprender el duelo. La TCC es una aproximación donde a partir de la modificación de una o más variables (emoción, cognición, conducta) se logra un cambio en las demás. Dichos elementos coinciden con la agrupación de manifestaciones del duelo, por lo que la TCC sirve para modificar dichas reacciones que resulten desbordantes o que afectan las esferas de vida de la persona y que han dejado de ser adaptativas.

La intervención propuesta se basa en el Modelo de Procesamiento Dual de Afrontamiento para el Duelo, el cual presenta evidencia de representar de forma correcta la experiencia de duelo, caso contrario a las intervenciones previas que basan únicamente sus procedimientos en un sistema terapéutico específico, más no en un modelo de duelo. De esta forma se adapta la TCC al modelo del duelo, así como a la concepción que se hace del duelo complicado que se desprende de él, desarrollando así una intervención para las dos formas de duelo complicado, basadas en las mismas técnicas y procedimientos, pero con diferentes enfoques.

La intervención no se centra solo en la disminución del estado de ánimo depresivo/ansioso, así como del malestar provocado por la pérdida, como la mayoría de las intervenciones, sino que también en que la persona se adapte al mundo posterior a la muerte del ser querido, en aceptar la pérdida, y desarrollar estrategias para incorporar el vínculo con el ser querido a la vida actual.

Pregunta de investigación

¿Cómo desarrollar una propuesta de intervención cognitivo conductual para duelo complicado al basarse en el Modelo de Procesamiento Dual de Afrontamiento para el Duelo en adultos?

Propósito general

Diseñar una propuesta de intervención psicológica para el manejo del duelo complicado basado en el Modelo de Procesamiento Dual de Afrontamiento para el Duelo en adultos.

Propósitos específicos

Los objetivos de la intervención son:

- I. Aceptar la realidad de la pérdida del ser querido.
- II. Expresar las circunstancias y la pérdida en sí misma, así como las emociones y pensamientos relacionadas a ello; y con ello reducción de las rumiaciones y malestar psicológico.
- III. Desarrollar estrategias adaptativas para afrontar y regular las emociones desbordantes o que produzcan malestar que están relacionadas a la pérdida del ser querido.
- IV. Modificar pensamientos y creencias alrededor de la muerte del ser querido, además de las creencias que mantienen la ausencia de la oscilación.
- V. Modificar cogniciones que dificultan continuar adaptativamente con el vínculo con el ser querido fallecido y establecer formas adaptativas de continuar con el vínculo.
- VI. Aprender soluciones eficaces y adaptativas a las problemáticas que se presentan posterior al fallecimiento del ser querido.
- VII. Oscilar entre las dos dimensiones del modelo.

VIII. Ajustar la vida cotidiana tras la pérdida del ser querido y continuar con la experiencia de vida.

Hipótesis de trabajo

La intervención cognitivo conductual basada en el Modelo de Procesamiento Dual de Afrontamiento para el Duelo es una intervención eficaz para el duelo complicado que disminuye las reacciones del duelo y otros síntomas (ansiedad fóbica, ideación paranoide, malestar general) que producen un malestar clínicamente significativo y promueve el ajuste a la vida posterior a la muerte del ser querido.

Diseño de Intervención

Intervención de corte cuasi-experimental con pretest y pos-test, donde en el primer grupo se realizará una evaluación previa al tratamiento, posteriormente se llevará a cabo la intervención cognitivo conductual, y al concluir se realizará un pos-test. Finalmente, realizará a cabo un seguimiento después de seis meses de haber concluido el tratamiento. Mientras que en grupo control se realizará mediante lista de espera.

Participantes

Adultos mayores de 18 años, que han perdido a un ser querido, específicamente su pareja o alguno de sus progenitores/figuras que los represente, que estén atravesando un duelo complicado.

Criterios de inclusión

1. Adultos mayores de 18 años quienes hayan experimentado el fallecimiento de un ser querido humano.
2. La pérdida debe tener más de 6 meses de ocurrido.

3. Experimentar las reacciones de la pérdida, el dolor y la pena de forma continua o que ha incrementado posterior a los 6 meses.
4. Que el ser querido fallecido sea la pareja o alguno de los progenitores.
5. Vivir en la Ciudad de México

Criterios de exclusión

1. Haber tenido contacto con alguna intervención psicológica para tratar el duelo.

Criterios de eliminación.

1. Cambiar de residencia o algún acontecimiento que evite asistir a las sesiones de intervención.
2. Abandono de la intervención.

Posibles reacciones: Pasar la mayor parte del día llorando por la muerte del ser querido, anhelar, recordar, u observar fotografías antiguas del ser querido, entre otras acciones relacionadas con su ser querido, evitar desarrollar una identidad a partir del fallecimiento, o esforzarse continuamente por seguir en el mundo como si el fallecimiento del ser querido no hubiera ocurrido, de forma constante en el tiempo (por ejemplo: 6 veces a la semana).

Instrumentos

- a) Entrevista semiestructurada: elaboración propia para recaudar toda la información tanto general, relativa a los mediadores del duelo, las emociones, pensamientos y conductas sobre el duelo y problemas relacionado a ello, e información para separar entre duelo como síndrome orientado a la pérdida o a la restauración, y descripción actual del proceso de oscilación (Anexo I).

- b) Inventario de experiencias de duelo, versión adaptada al castellano por García-García et al. (2001): Mediante este instrumento de 135 ítems se evaluarán los pensamientos y emociones que la persona expresa por la persona fallecida
- c) Inventario de duelo complicado revisado, versión adaptada al castellano por García-García et al. (2001, en Gómez, 2018): Instrumento de 37 reactivos con el cual se evaluarán los síntomas asociados al duelo y diferenciar un duelo “normal” de un duelo complicado.
- d) Inventario de Síntomas SCL-90-R, versión validada y confiable por Cruz et al. (2005): Con este inventario de 90 ítems se evaluará la sintomatología psicológica, el grado de malestar y distres psicológico que la persona experimenta durante la última semana.
- e) Escala Autoaplicada de Adaptación Social, versión validada al castellano por Bobes, et al. (1999): Mediante esta escala de 21 reactivos se evaluará la conducta y ajuste social de la persona.

Procedimiento

1. Para la selección de participantes se buscará la colaboración de psicoterapeutas y de centros de servicios psicológicos para que aquellas personas que cumplan con los criterios de inclusión y exclusión sean derivados a la intervención propuesta.
2. Validar los instrumentos psicométricos antes mencionados a población mexicana.
3. Una vez que se tengan los participantes elegidos, se realizaran dos sesiones de tamizaje, en la primera sesión se brindará el consentimiento informado de participación en esta nueva intervención y en caso de aceptar se procede a la entrevista semiestructurada. En la segunda sesión se llevará a cabo la aplicación de instrumentos psicométricos (Primero el Inventario de experiencias de duelo, después el Inventario de duelo Complicado Revisado, en tercer

lugar, el Inventario de Síntomas SCL-90-R y por último la Escala Autoaplicada de Adaptación Social).

4. Una vez calificados e interpretados los instrumentos y con la información de la entrevista semiestructurada se dividirá a cada participante en alguno de los dos síndromes de duelo complicado. En caso de que con la información obtenida no se logre colocar a la persona en alguno de estos grupos o se encuentre que no está experimentando un duelo complicado (sino un trastorno de estrés postraumático, por ejemplo) se derivará con un psicoterapeuta más indicado o especializado.
5. Una vez asignado el síndrome de duelo complicado (síndrome orientado a la pérdida o síndrome orientado a la restauración) se llevarán a cabo las sesiones de intervención siguiendo el modelo específico de los dos planteados. En caso de ser un síndrome orientado a la pérdida se sigue lo descrito en las cartas descriptivas de “Modelo de intervención para el duelo complicado como síndrome de orientación a la pérdida”. Y en caso de ser un síndrome de orientación a la pérdida se realizará el procedimiento denominado “Modelo de intervención para el duelo complicado como síndrome de orientación a la restauración”.
6. Posterior a las doce sesiones intervención se dará por finalizado la intervención y se realizará el tratamiento estadístico de los datos para responder la pregunta de investigación y a la hipótesis planteada.
7. Seis meses después de la última sesión se realizará una sesión de seguimiento para conocer el estado de la persona posterior a la intervención.
8. Se realizará la publicación de resultados.
9. Se lleva a cabo la intervención con los participantes en lista de espera.

3.1. Modelos de intervención

Retomando lo propuesto por Stroebe y Schut (1999) el duelo complicado se puede operacionalizar como dos diferentes síndromes, el primero siendo un (A) Síndrome de orientación a la pérdida y el segundo como (B) Síndrome de orientación a la restauración, caracterizados por permanecer durante el tiempo en dicha orientación.

Así pues, se proponen dos modelos de intervención para tratar el duelo complicado, partiendo de la detección de cualquiera de los dos síndromes; cada uno de los modelos parte de las mismas técnicas cognitivo conductual, pero el orden y la forma de implementación de dichas estrategias difieren, aunque los objetivos específicos antes planteados de la intervención son los mismos para ambos modelos, pero se distribuyen en diferente orden.

Por un lado, en caso de el duelo complicado sea un síndrome de orientación a la pérdida, se utilizaría la terapia cognitiva de Beck para modificar los pensamientos que mantienen a la persona la mayor parte del tiempo afrontando la pérdida y a su vez, se utilizará la terapia de solución de problemas para generar conductas para solucionar problemáticas que están presentes en la orientación a la restauración, ya que es una dimensión que no ha sido explorada durante el duelo y que es necesaria que se desarrolle para un duelo no complicado.

En caso de ser un duelo complicado por un síndrome de orientación a la restauración se utilizará la terapia cognitiva de Beck para modificar las cogniciones que mantienen a la persona en la negación y evitación de la realidad de la pérdida; a la par, la terapia de solución de problemas apoyara en el aprendizaje de formas eficaces de realizar las acciones de esta dimensión y las nuevas tareas post aceptar la pérdida. Además, será utilidad para manejar de forma adaptativa las reacciones al experimentar la dimensión de orientación a la pérdida, la cual había sido ignorada.

En ambos modelos se utilizan las estrategias emocionales para expresar las emociones y pensamientos alrededor del fallecimiento, además de utilizar la terapia cognitiva para modificar creencias que mantengan la evitación con la otra dimensión del modelo, con la TSP generar una forma adaptativa de continuar el vínculo con el ser querido y se utilizarán las diferentes técnicas de relajación para cerrar las sesiones.

A continuación se presentan ambos modelos para el duelo complicado a partir de las características propias de cada síndrome, pensando en las necesidades que el paciente tendrá en cada uno de las sesiones y buscando que al final se cumplan los objetivos; además en el apartado de Anexos se encuentran las cartas descriptivas de las doce sesiones de cada modelo de intervención (veinticuatro en total) en donde se describe el objetivo general de la sesión, la actividad o procedimiento a llevar a cabo, así como su objetivo específico, la técnica que se emplea, el tiempo que se utilizara y los materiales de cada actividad.

3.2. Modelo de intervención para el duelo complicado como síndrome de orientación a la pérdida.

En la primera sesión de la intervención se presenta el servicio psicológico, se realiza el rapport y el encuadre (reglas, duración, frecuencia y horario de cada sesión). Posteriormente se realiza la devolución de resultados de los instrumentos psicométricos, y se fijan los objetivos de la sesión, una vez hecho esto, se da una psicoeducación del Modelo de Procesamiento Dual de Afrontamiento para el Duelo, de las técnicas o terapias que se ocuparán y del tratamiento que se plantea. Finalmente se realiza el cierre de sesión para resumir las actividades realizadas y lo aprendido, aclarar alguna duda y despedir al paciente. Finalmente se realiza el cierre de sesión para resumir las actividades realizadas y lo aprendido, aclarar alguna duda y despedir al paciente. La tarea para la siguiente sesión es llevar a la siguiente sesión copias de fotografías de su ser querido,

de momentos que sean importantes juntos y fotografías de objetos que le recuerden a su ser querido.

En la sesión dos se lleva a cabo el desahogo emocional, mediante la expresión emocional en donde se realizará exposición a imágenes las fotografías que la persona llevo y al observarlas la persona debe de narrar sobre el ser querido, las actividades que realizaba, eventos que vivieron juntos, etc. Verbalizando la mayor cantidad de información que se proporcione sobre la vida del ser querido, intentando rescatar eventos positivos como negativos; de esta manera se hace un resumen de la vida del ser querido y lo que significaba para la persona. Además, se realiza la exposición al afrontamiento a la perdida de forma guiada y acompañada. Se debe de permitir las verbalizaciones y que las emociones fluyan sin evadirlas o centrándose demasiado tiempo en ellas de modo que impidan continuar con la narración. Posteriormente se realiza una relajación de la actividad anterior para reducir la carga cognitiva y emocional y así estar preparado para continuar con las actividades del día. La tarea para la siguiente sesión es llevar la siguiente sesión de nuevo las fotografías.

A partir de la sesión dos, se realiza al comienzo de cada sesión la bienvenida y el cierre de forma similar, siendo la bienvenida en donde se introduce al ambiente terapéutico, se conoce a grandes rasgos como se encuentra física y psicológicamente la persona, así como algún suceso importante que ocurriera en la semana. En el cierre se resumen las actividades realizadas y lo aprendió, se aclararán las dudas y se despide al paciente. Se siguen estas indicaciones durante las 10 siguientes sesiones.

En la sesión tres se continua con el desahogo emocional, mediante la expresión emocional, donde la persona hablará o escribirá sobre el fallecimiento de su ser querido, las circunstancias de muerte, los sucesos asociados al fallecimiento, en donde se evocan los recuerdos y se permite la

expresión de las emociones y pensamientos alrededor de la pérdida, y de esta manera afrontarla. Se debe de permitir que la persona verbalice que extraña a la persona y con ello, los roles que interpretaba, lo que la persona hacía y lo que representaba y significaba el ser querido para el paciente, así como la importancia que tenía el ser querido para la persona. Posteriormente se realiza una relajación de la actividad anterior para reducir la carga cognitiva y emocional y así estar preparado para continuar con las actividades del día. La tarea para la siguiente sesión es realizar una lista de consecuencias de la pérdida.

Con la información de las sesiones, se da una idea del sentido que tenga la pérdida del ser querido (interpretación positiva o negativa del evento, expresar emociones positivas o negativas, rumiación positiva o negativa), y con ello el terapeuta genera una idea de cómo guiar la siguiente sesión.

La sesión cuatro continua con el desahogo emocional, en esta ocasión se realiza mediante la imaginación guiada, en donde la persona tenga un dialogo imaginario con el ser querido, imaginando las respuestas que daría. En dicho diálogo se le comenta lo que siente con respecto a su pérdida, lo que piensa al respecto, las acciones que ha hecho posterior a su partida, y los cambios que desea hacer en su vida, además de sincerarse en cuanto a las razones por las que se le dificulta continuar con la experiencia de vida. Se le dirige a la persona para obtener las repuestas más favorables y que la permitan continuar con la experiencia de vida. Una vez cerrado el diálogo imaginario se realiza una técnica de relajación.

Posteriormente debe de realizar una reconstrucción del sentido, mediante el anexo VI se realiza un balance elementos positivos y negativos de la pérdida (pérdida por enfermedad: ya no está el ser querido (negativo), ya no sufre por la enfermedad (positivo)), guiando al paciente a realizar dicho balance, y así reconstruir el significado oscilando en lo positivo y negativo (En caso

de no haber realizada la tarea anterior se le acompaña en la búsqueda de elementos, específicamente positivos). La tarea para la siguiente sesión es anotar pensamientos que aparezcan cuando recuerde a su ser querido o este en alguna situación que evoque el recuerdo de su ser querido, y que le lleven a sentirse mal; además de anotar las situaciones que llevan a estos pensamientos.

En la sesión cinco se propone la terapia cognitiva para modificar los pensamientos automáticos relacionadas con la muerte del ser querido, las circunstancias de muerte, las acciones que se realizaron, las acciones que no se pudieron realizar y el impacto que la pérdida tiene en su vida. Se hace uso del formato de pensamientos automáticos y diagrama de conceptualización cognitiva, los cuales deben de tener una psicoeducación previa, en donde se hace uso de la lista de situaciones y pensamientos de tarea. Posteriormente se realiza una relajación de la actividad anterior para reducir la carga cognitiva y emocional y así estar preparado para continuar con las actividades del día. La tarea para la siguiente sesión es practicar en casa los formatos de pensamientos automáticos, buscando creencias más adaptativas.

En la sesión seis se modifican las distorsiones cognitivas y creencias intermedias y centrales relacionadas con el fallecimiento del ser querido y la forma en la que se expresa el vínculo, así como modificar las creencias centrales relacionadas a los diferentes elementos vinculados a la pérdida y a la naturaleza actual del vínculo. En caso de ser necesario se ocupa el espacio de esta sesión para modificar distorsiones cognitivas, psicoeducando sobre ellas y posteriormente modificarlas. Finalmente se realiza una relajación de la actividad anterior para reducir la carga cognitiva y emocional y así estar preparado para continuar con las actividades del día. La tarea para la siguiente sesión es practicar en casa los formatos de pensamientos automáticos, buscando creencias más adaptativas.

La sesión siete se basa en modificar las creencias que mantienen la evitación de elaborar y oscilar con la dimensión de afrontamiento a la restauración (aprender tareas que el ser querido realizaba), así como modificar creencias que evitan realizar actividades no relacionadas con el fallecido (actividades recreativas como hacer ejercicio, ver programas de tv). Esta sesión es central para lograr una oscilación entre las dimensiones y lograr al final del tratamiento un ajuste óptimo al duelo. Posteriormente se realiza una relajación de la actividad anterior para reducir la carga cognitiva y emocional para así estar preparado para continuar con las actividades del día. La tarea para la siguiente sesión es redactar una lista de problemas o actividades que no se han realizado posterior a la pérdida.

La sesión ocho se centra en desarrollar habilidades y soluciones (mediante la terapia de solución de problemas y el formato de solución de problemas) a problemáticas relacionadas con el fallecimiento o con las actividades que hacía la persona fallecida (aprender a cocinar, manejar, labores domésticas, trámites legales, etc.) Con esta sesión comienza la persona a realizar actividades propias de la restauración, pero que a su vez aún tienen conexión con el ser querido. Posteriormente se realiza una relajación de la actividad anterior para reducir la carga cognitiva y emocional y así estar preparado para continuar con las actividades del día. La tarea para la siguiente sesión es pensar y escribir las formas en las que mantiene el vínculo con su ser querido y los problemas (si existen) que dichas formas le han generado.

En la sesión nueve se modifican creencias (mediante la terapia cognitiva) relacionadas con el mantenimiento del vínculo con el ser querido, de forma que se busquen alternativas adaptativas (mediante la terapia de solución de problemas) de incorporar dicho vínculo a la experiencia de vida en general, es decir continuar con dicha experiencia, sin dejar atrás el vínculo, pero incorporándolo de una forma en donde no interfiera con la vida del paciente. De esta forma el

paciente podrá seguir teniendo cierto “contacto adaptativo” con su ser querido. Posteriormente se realiza una relajación de la actividad anterior para reducir la carga cognitiva y emocional y así estar preparado para continuar con las actividades del día. La tarea para la siguiente sesión es realizar una lista de actividades placenteras que realizaba antes de la pérdida.

La sesión diez planifica que la persona aprenda herramientas para los cambios en su vida que siguen posterior a la pérdida, como desarrollar una nueva identidad en las diferentes esferas donde se relaciona, así como problemas para organizar la vida sin el ser querido y que también son fuente de estrés y que debe de atender (pagar cuentas bancarias). Estos problemas si bien tienen relación con el ser querido, también la tienen con otras esferas de su vida, se tiene contacto con otras personas y que empieza a retomar otras actividades que no se centran únicamente en el ser querido.

Durante esta sesión también es importante que la persona realice actividades placenteras, que no estén relacionadas a la pérdida, sino que estén orientadas al descanso (ver algún programa de televisión, armar un rompecabezas, escuchar música, etc.), esto para tener espacio en la vida para realizar actividades y espacios que disminuyan el estrés la paciente ha y está experimentando. La tarea para la siguiente sesión es realizar durante 3 días una actividad placentera. Además de escribir una lista de situaciones en donde detecte emociones desbordantes o pensamientos automáticos que difieren a lo trabajado en las sesiones anteriores.

Para la onceava sesión se propone aprender estrategias para manejar emociones que aun sean desbordantes o que se le dificulte al paciente y que se interpongan en el funcionamiento de su vida diaria, tratando de no caer en la evitación de estímulos o de tareas. Se realiza en las últimas sesiones, porque se espera que a lo largo de las 10 sesiones previas dichas emociones se hayan trabajado de forma eficaz y solucionando las problemáticas, pero de ser necesario se siguen

aprendiendo estrategias para esas emociones faltantes y que interfieran con la vida del paciente. (En lugar de hablar con el ser querido a cualquier hora, anotar lo sucedido a lo largo de la semana y “hablar” con el ser querido 1 vez a la semana, e ir ampliando la frecuencia con el paso de las semanas). También se lleva a cabo una actividad placentera para seguir exponiendo a la persona a ellas y que no se sienta culpable de realizarlas durante la semana. Se realiza un post test utilizando los instrumentos psicométricos antes mencionados (En caso de ser necesario se puede realizar el post test en una sesión independiente). La tarea para la siguiente sesión es Practicar todas las herramientas adquiridas y detectar alguna creencia que no sea adaptativa

Finalmente, en la sesión doce se aprenden soluciones adaptativas a problemáticas que no estén relacionadas a la pérdida, pero que surjan en su vida cotidiana. Logrando así una mejor adaptabilidad a la vida sin el ser querido. Se realiza un mantenimiento y reforzamiento de las habilidades aprendidas y las nuevas creencias que se desarrollaron a lo largo del tratamiento, esto para tener presente lo aprendido, los cambios, y las nuevas y reforzantes actividades que la persona está haciendo y que también le brindan felicidad sin dejar atrás a su ser querido. Se realiza la devolución de resultados, se agradece por su participación y finalmente se lleva a cabo el cierre de la intervención, en donde se puede hacer un espacio donde se comparta un alimento o postre favorito del ser querido con el paciente y el psicólogo (opcional, en caso de no realizarlo se recomienda tener el cierre con alguna actividad como escuchar alguna canción del ser querido).

3.3. Modelo de intervención para el duelo complicado como síndrome de orientación a la restauración

En la primera sesión de la intervención se presenta el servicio psicológico, se realiza el rapport y el encuadre (reglas, duración, frecuencia y horario de cada sesión). Posteriormente se realiza la devolución de resultados de los instrumentos psicométricos, y se fijan los objetivos de la

sesión, una vez hecho esto, se da una psicoeducación del Modelo de Procesamiento Dual de Afrontamiento para el Duelo, de las técnicas o terapias que se ocuparán y del tratamiento que se plantea. Finalmente se realiza el cierre de sesión para resumir las actividades realizadas y lo aprendido, aclarar alguna duda y despedir al paciente. La tarea para la siguiente sesión es: Intentar acercarse al dolor de la pérdida mediante fotografías o recordar al ser querido, y redactar una lista de pensamientos que surgen al realizar esta tarea. No es necesario quedarse mucho tiempo en el afrontamiento a la pérdida, en caso de que “algo” impida dicho acercamiento, anotar los pensamientos que surgen que impiden el acercamiento a la pérdida.

La segunda sesión se centra en modificar las creencias vinculadas a las dificultades para realizar actividades que están relacionadas con el procesamiento de la experiencia de la pérdida del ser querido (hablar del ser querido, llorar por el fallecido, ver fotografías, recordar al ser querido, etc.). Posteriormente se realiza una relajación de la actividad anterior para reducir la carga cognitiva y emocional y así estar preparado para continuar con las actividades del día. La tarea para la siguiente sesión es continuar con los formatos de registro de pensamiento y diagrama de conceptualización con cogniciones que aparezcan al recordar a su ser querido, tratando de desarrollar o encontrar las creencias intermedias.

A diferencia de la intervención para el duelo complicado como síndrome de orientación a la pérdida, en este diseño comienza modificando las creencias relacionadas a no realizar las actividades de afrontamiento a la pérdida, y no por el desahogo emocional de la pérdida debido a que la persona se encuentra (y se ha encontrado ya por un tiempo) orientada a la recuperación, por lo que no ha afrontado la pérdida de su ser querido de forma consciente, de tal forma que exponerlo a los recuerdos y al dolor de realizar dicha tarea sin una preparación previa puede llegar a ser desgastante, además de que si no tiene la disposición de realizar las tareas del desahogo emocional

y del afrontamiento de orientación a la pérdida, probablemente no las realizará de forma adecuada, además de que confrontar la pérdida de forma tajante y sin preparación puede llegar a ser incluso más doloroso para el paciente.

A partir de la sesión dos, se realiza al comienzo de cada sesión la bienvenida y el cierre de forma similar, siendo la bienvenida en donde se introduce al ambiente terapéutico, se conoce a grandes rasgos como se encuentra física y psicológicamente la persona, así como algún suceso importante que ocurriera en la semana. En el cierre se resumen las actividades realizadas y lo aprendido, se aclararán las dudas y se despide al paciente. Se siguen estas indicaciones durante las 10 siguientes sesiones.

La tercera sesión es la base para la oscilación en este modelo, ya que se propone que en esta sesión se centre en modificar las creencias centrales e intermedias que mantiene la evitación de confrontar la realidad del fallecimiento del ser querido. Se basa en modificar las creencias que evitan que la persona se acerque al dolor, a las emociones y pensamientos que nacen de afrontar la pérdida de su ser querido; su objetivo es que la persona pueda desarrollar el desahogo emocional, experimentando las emociones y pensamientos propios de afrontar la realidad de la pérdida. Posteriormente se realiza una relajación de la actividad anterior para reducir la carga cognitiva y emocional y así estar preparado para continuar con las actividades del día. La tarea para la siguiente sesión es llevar a la siguiente sesión copias de fotografías de su ser querido, y fotografías de objetos que le recuerden a él y de momentos que sean importantes para la persona.

En la sesión cuatro se lleva a cabo el desahogo emocional, mediante la expresión emocional en donde se realizará exposición a imágenes las fotografías que la persona llevo y al observarlas la persona debe de narrar sobre el ser querido, las actividades que realizaba, eventos que vivieron juntos, etc. verbalizando la mayor cantidad de información que se proporcione sobre la vida del

ser querido, intentando rescatar eventos positivos como negativos; de esta manera se hace un resumen de la vida del ser querido y lo que significaba para la persona. Además, se realiza la exposición al afrontamiento a la pérdida de forma guiada y acompañada. Se debe de permitir las verbalizaciones y que las emociones fluyan sin evadirlas o centrándose demasiado tiempo en ellas de modo que impidan continuar con la narración. Posteriormente se realiza una relajación de la actividad anterior para reducir la carga cognitiva y emocional y así estar preparado para continuar con las actividades del día. La tarea para la siguiente sesión es llevar a la siguiente sesión de nuevo las fotografías.

En la sesión cinco continua el desahogo emocional, mediante la expresión emocional, donde la persona hablará o escribirá sobre el fallecimiento de su ser querido, las circunstancias de muerte, los sucesos asociados al fallecimiento, en donde se evocan los recuerdos y se permite la expresión de las emociones y pensamientos alrededor de la pérdida, y de esta manera afrontarla. Se debe de permitir que la persona verbalice que extraña a la persona y con ello, los roles que interpretaba, lo que la persona hacia y lo que representaba y significaba el ser querido para el paciente, así como la importancia que tenía el ser querido para la persona. Posteriormente se realiza una relajación de la actividad anterior para reducir la carga cognitiva y emocional y así estar preparado para continuar con las actividades del día. La tarea para la siguiente sesión es realizar una lista de consecuencias posteriores a la pérdida.

Con la información de las sesiones previas, se da una idea del sentido que tenga la pérdida del ser querido (interpretación positiva o negativa del evento, expresar emociones positivas o negativas, rumiación positiva o negativa), con esto se puede generar una idea el terapeuta de cómo guiar la siguiente sesión.

La sesión seis continua con el desahogo emocional, en esta ocasión se realiza mediante la imaginería guiada, en donde la persona tenga un dialogo imaginario con el ser querido, imaginando las respuestas que daría. En dicho diálogo se le comenta lo que siente con respecto a su pérdida, lo que piensa al respecto, las acciones que ha hecho posterior a su partida, y los cambios que desea hacer en su vida, además de sincerarse en cuanto a las razones por las que se le dificulta continuar con la experiencia de vida. Se le dirige a la persona para obtener las repuestas más favorables y que la permitan continuar con la experiencia de vida. Una vez cerrado el diálogo imaginario se realiza una técnica de relajación.

Posteriormente debe de realizar una reconstrucción del sentido, mediante el anexo VI se realiza un balance elementos positivos y negativos de la pérdida (pérdida por enfermedad: ya no está el ser querido (negativo), ya no sufre por la enfermedad (positivo)), guiando al paciente a realizar dicho balance, y así reconstruir el significado oscilando en lo positivo y negativo (En caso de no haber realizada la tarea anterior se le acompaña en la búsqueda de elementos, específicamente positivos). La tarea para la siguiente sesión es anotar problemáticas o dificultades que surjan al experimentar la dimensión de afrontamiento a la pérdida, como dificultades para encontrar un espacio para llorar la pérdida o sentimientos de culpa por no asistir al funeral.

Una vez elaborada la parte emocional, es necesario que la persona no se quede en el afrontamiento a la pérdida, sino que siga oscilando entre las dimensiones, por lo que se debe de indicar que el seguir realizando las tareas y actividades de la restauración no significa no se va a volver a tocar la relación con el fallecido, sino que se oscilara, permitiendo seguir en contacto con este afrontamiento a la pérdida, pero sin descuidar lo que ya ha trabajado en la orientación a la restauración.

Por ende, en la sesión siete se modifican las creencias sobre no centrarse únicamente en la pérdida, sino continuar realizando otras actividades, pero oscilando entre ambos grupos de tareas (No enfrascarse en una sola dimensión). Además de modificar las creencias que puedan estar ligadas a la culpa por no realizar el afrontamiento a la pérdida antes y/ o perderse de eventos importantes relacionadas (como funerales, o ritos religiosos), dejando en claro a la persona que, si antes no pudo realizarlas, era porque el no hacerlo era la manera que tenía en ese momento de lidiar con la pérdida y transitar el duelo, de sobrevivir a la experiencia dolorosa de la pérdida de su ser querido, y no podía hacer más debido a las circunstancias que vivía.

Posteriormente se realiza una relajación de la actividad anterior para reducir la carga cognitiva y emocional.

Posteriormente se buscan soluciones adaptativas a nuevas problemáticas (orientadas a la restauración) que aparezcan posterior a la confrontación con la pérdida del ser querido, ya que es probable que surjan nuevos problemas una vez afrontada la pérdida, esto mediante la terapia de solución de problemas. La tarea para la siguiente sesión es pensar y escribir las formas en las que mantiene el vínculo con su ser querido y los problemas (si existen) que dichas formas le han generado.

En la sesión ocho se modifican las creencias relacionadas con el vínculo con el querido y buscar nuevas formas de incorporar el vínculo con la persona fallecida, esto mediante terapia cognitiva y estrategias emocionales para incorporar el vínculo con el ser querido en la experiencia de vida de la persona. Posteriormente se realiza una relajación de la actividad anterior para reducir la carga cognitiva y emocional. Así pues, se desarrollan estrategias para incorporar el vínculo con el ser querido, de forma que sea adaptativas y se incorporen las nuevas creencias. La tarea para la siguiente sesión es practicar el formato de pensamientos automáticos con pensamientos que

aparezcan al interactuar con situaciones relacionadas con el ser querido, además de redactar una lista de situaciones o problemáticas tanto antiguas como recientes que se vinculen con el ser querido

En la novena sesión, al estar trabajando en las actividades de restauración sin haber afrontado la pérdida podrían haber ocasionado que las tareas no se hayan realizado de una forma óptima, correcta o adaptativa, por ende esta sesión se centra en generar nuevas soluciones a problemas ya existentes, que se evitarían o se realizaron de forma incorrecta por estar estrechamente relacionada al ser querido (Informar a la empresa donde trabaja su estatus actual, modificar testamento, sacar ropa vieja, organizar sus pertenencias, aprender a cocinar, tareas que hacia la persona fallecida, etc.) Además de continuar aprendiendo soluciones adaptativas a problemáticas que siguen apareciendo al afrontar la pérdida (llamar a familiares, realizar “otro” funeral, ritos específicos). Posteriormente se realiza una relajación de la actividad anterior para reducir la carga cognitiva y emocional. La tarea para la siguiente sesión es practicar la solución de problemas aquellos relacionados con la pérdida del ser querido, además de identificar situaciones donde aún le cueste trabajo expresar las emociones o sean desbordantes.

La décima sesión se centra en aprender estrategias para manejar emociones que aun sean desbordantes o que se le dificulte al paciente y que se interpongan en el funcionamiento de su vida diaria, tratando de no caer en la evitación de estímulos o de tareas, para así tener una adaptación al medio. Se realiza en las últimas sesiones, porque se espera que a lo largo de las 9 sesiones previas dichas emociones se hayan trabajado de forma eficaz y solucionando la problemática, además de que las estrategias emocionales utilizadas y aprendidas le hayan sido de utilidad en el afrontamiento a la pérdida y le sirvan para estabilizarse emocionalmente, pero de ser necesario se siguen aprendiendo estrategias para dichas emociones. (Llevar un diario en donde exprese lo que

siente por el ser querido y las circunstancias de muerte, y que una vez a la semana (posteriormente una vez al mes) haga una imaginación guiada para decírselo, ya que quizá en su momento no tuvo la oportunidad por centrarse en otras actividades). Se propone realizar una actividad placentera que no esté relacionada a la pérdida o al trabajo terapéutico, que disminuya el estrés y sea de disfrute personal. La tarea para la siguiente sesión es identificar situaciones o problemas en las áreas de su vida que requieran atención posterior a la pérdida.

En la sesión once se planifica que la persona aprenda nuevas formas de adaptarse a los cambios en las diferentes esferas de vida, como la social, laboral, familiar, entre otras (desarrollar una nueva identidad con los amigos, compartir la noticia con compañeros de trabajo en dado de caso de no hacerlo por no afrontar la pérdida, etc.). También se realiza alguna actividad que no esté relacionada a la pérdida, o con reorganizar la vida en sí, sino que sea de descanso y recreativa, esto para tener espacios que disminuyan el estrés que se ha y está experimentando y se realiza un post test utilizando los instrumentos psicométricos antes mencionados. La tarea para la siguiente sesión es practicar todas las herramientas adquiridas y detectar alguna creencia que no sea adaptativa para trabajarla la próxima sesión (En caso de ser necesario se puede realizar el post test en una sesión independiente).

Finalmente, en la sesión doce se hace hincapié en seguir desarrollando las estrategias emocionales para afrontar la pérdida del ser querido, sin embargo, se debe de mantener que estas herramientas deben de ser compatibles con continuar la experiencia de vida, esto para lograr una mejor adaptabilidad a la vida sin el ser querido. Se realiza un mantenimiento y reforzamiento de las habilidades aprendidas y las nuevas creencias que se desarrollaron a lo largo del tratamiento, esto para tener presente lo aprendido, los cambios, y las nuevas y reforzantes actividades que la persona está haciendo y que también le brindan felicidad sin dejar atrás a su ser querido. Se realiza

la devolución de resultados, se agradece por su participación y finalmente se lleva a cabo el cierre de la intervención, en donde se puede hacer un espacio donde se comparta un alimento o postre favorito del ser querido con el paciente y el psicólogo (opcional, en caso de no realizarlo se recomienda tener el cierre con alguna actividad como escuchar alguna canción del ser querido).

Se realiza la devolución de resultados, se agradece por su participación y finalmente se lleva a cabo el cierre de la intervención, en donde se puede hacer una actividad donde se comparta alimentos o postre favorito del ser querido con el paciente y el psicólogo.

3.4. Pautas específicas de las sesiones

En el caso del modelo de intervención para el duelo complicado como síndrome de orientación a la pérdida el desahogo emocional, la expresión emocional y reconstrucción de sentido se lleva a cabo en las primeras sesiones de la intervención debido a que proporcionarán un mejor afrontamiento emocional, lo cual facilitará la oscilación a la orientación a la restauración. Se realiza de esta forma basándonos en Julian y Hernández (2022) quienes mencionan que el aumento del afrontamiento emocional permite que la intensidad de las emociones de tristeza, enojo y culpa disminuyan con el paso de tiempo. Además, al ya estar orientado ahí de forma voluntaria, lo ideal será encontrar formas más adaptativas de lidiar con el dolor, y realizar de forma adecuada el desahogo emocional y la reconstrucción del sentido en vez de oscilar de golpe a la otra dimensión.

Se recomienda tener las sesiones 1 y 2 en la misma semana, de la misma manera que la sesiones 3 y 4; posteriormente intercalar una sesión a la semana, esto permitirá trabajar con el afrontamiento emocional sin una distancia amplia entre cada sesión, lo cual puede llevar a un trabajo más fluido de las emociones.

En la sesión 7 es en donde se centra la oscilación del modelo, ya que al modificar las creencias que mantiene evitación a las actividades de la otra dimensión se entrara en dichas tareas, posteriormente en la sesión 8 se trabaja las actividades de la restauración, la sesión 9 se centra en el afrontamiento a la pérdida y así sucesivamente, de esta forma se logra la oscilación en este modelo de intervención, siguiendo con ello la oscilación del modelo de Stroebe.

Mientras que, en el modelo de intervención para el duelo complicado como síndrome de orientación a la restauración, debido a que el desahogo emocional está vinculado al afrontamiento a la pérdida es necesario primero modificar las creencias para oscilar y afrontar la pérdida, por lo que la sesión 2 y 3 son las sesiones para modificar las creencias que evitan y mantienen la evitación. Se plantean dos sesiones para esto debido a que, como no se ha realizado el afrontamiento la pérdida, se esperan más dificultades y resistencia al cambio de cognición y al afrontamiento con la pérdida, esto según lo planteado por Julian y Hernández (2022).

Posteriormente se realiza el desahogo emocional, por lo cual, también se recomienda que las sesiones 4 y 5 se realicen en la misma semana, así como la 6 y 7, para trabajar de forma continua la emoción, y en la sesión 7 el no centrarse únicamente ahora en el afrontamiento a la pérdida y continuar oscilando entre las dimensiones. Con ello, en la sesión 8 se trabaja con el afrontamiento a la pérdida y la sesión 9 con la restauración y así de forma sucesiva. La razón por la que existe una sesión específica para seguir oscilando es para evitar que la persona permanezca ahora en el afrontamiento a la pérdida y trabajar con alguna creencia de culpa que se genere por no relajar dicho afrontamiento antes.

En cuanto a la sesión que tiene como objetivo modificar el vínculo con la persona fallecida (sesión 9 en la pérdida y sesión 8 en la restauración), no se establece una estrategia en particular, sino que se propone utilizar la TSP ya que la forma en que se vinculara con su ser querido es

diferente para cada persona y cada contexto. Aunque puede ser de utilidad recordar que las estrategias no deben centrarse en objetos debido a que estas pueden perderse o desaparecer.

Se espera que los espacios designados para la relajación tengan la finalidad tanto de relajar el estado fisiológico de activación, como de que la persona no salga de la sesión sobreactivada o estresada, sino preparada para afrontar los retos cotidianos. Mientras que los espacios para realizar actividades recreativas cumplen la función similar de disminuir la sobreactivación fisiológica de la sesión, además de lograr que la persona genere por si misma espacios recreativos y de disfrute personal, las cuales son parte de la experiencia de vida, y con ello se impulse la adaptación a este mundo sin el ser querido.

Capítulo 4. Discusión y conclusiones

El duelo es un fenómeno multivariable, probablemente exceda a cualquier investigación que se realice sobre este fenómeno, ya que se debe tener en cuenta cada una de las variables que influyen en la experiencia de perder un ser querido, elegir un modelo para explicar y comprender el duelo, el cual cuente con evidencia empírica de que lo represente de forma adecuada; definir en concreto el significado de los conceptos del duelo; describir la variedad de manifestaciones que una persona en duelo pueda experimentar; establecer una diferenciación clara y precisa de un duelo “normal” y uno complicado; describir los factores que influyen en el duelo y explorar de forma amplia cada uno de ellos; y otras variables que no están presentes en este trabajo, por lo que cubrir cada una de las variables sería prácticamente imposible; sin embargo, los elementos expuestos en este manuscrito parecen ser un buen punto de partida tanto para la intervención propuesta como para otros trabajos posteriores.

La terapia cognitivo conductual ha generado una serie de terapias, técnicas y estrategias que pueden ser utilizadas para diferentes problemas psicológicos, y que no solo han demostrado su eficacia para el tratamiento de dichos padecimientos, sino también su evidencia de estar basada en fundamentos teóricos probados y empíricos para su uso en el área clínica en general. La terapia cognitiva de Beck (1964) desarrollada para modificar creencias disfuncionales; la terapia de solución de D`Zurilla y Goldfried (2014) que busca una forma planificada de desarrollar soluciones a problemas que afectan la vida de las personas; y un abanico amplio de técnicas emocionales como la regulación emocional o las técnicas de exposición logran modificar como se experimenta la emoción y de esta manera reducir la interferencia que esta pueda causar en la vida de la persona; de esta y otras formas la TCC logra ser una terapia vigente y que puede lograr cambios en la vida de las persona.

Utilizando las herramientas antes descritas, se genera una propuesta de intervención basada en el Modelo de Procesamiento Dual de Afrontamiento para el Duelo, modelo que ha comprobado que representa de forma fiel la realidad del duelo, con todo esto, se espera que la intervención logre sus objetivos previamente establecidos, siendo los más importantes el aceptar la pérdida y procesar las emociones respectivas, además de adaptarse a un mundo sin el ser querido y generar formas adecuadas de mantener el vínculo con el ser querido, reduciendo con esto las manifestaciones desbordantes y aprender a gestionar aquellas que no sea más difíciles de elaborar.

Como se mencionó anteriormente la intervención está basada en el modelo y conceptualización de duelo complicado brindada por Stroebe y Schut (1999) por ello, a diferencia de otras intervenciones enfocadas en el duelo, se brindan dos modelos de intervención para cada uno de los síndromes de duelo complicado descritos, de manera que se pueda tratar las dos diferentes formas en las que el duelo complicado se manifiesta, por ello es que la propuesta puede llegar a ser considerada como novedosa ya que se genera dos modelos de intervención, basados en los mismos elementos terapéuticos, logrando así las pautas establecidas, buscando la oscilación entre dimensiones para con ello continuar con la experiencia vida, elementos fundamentales en la conceptualización de duelo complicado y en el modelo de Stroebe y Schut.

En la intervención no se desarrollan específicamente que se debe de realizar en cada sesión, en cuanto a que creencia debe der modificada (“Mi ser querido me odiaba” o “Después de su muerte, la vida no tiene sentido” o “No puedo detener mi vida, eso no le traerá de regreso”, etc.) que habilidad requiere ser a aprendida (como manejar un vehículo, realizar los trámites jurídicos pertinentes, acomodar las pertenencias del ser querido, etc.), que emoción y como debe de ser manejada y expresada (regular la culpa, permitir la expresión de la tranquilidad, permitir el llanto como signo de tristeza, regular, manifestar el alivio al sufrimiento, etc.), o la forma de adaptar el

vínculo al presente (decir una frase que el ser querido decía con frecuencia para sentirlo cerca, generar recuerdos del ser querido a lo largo de la semana, tener una fotografía del ser querido en un espacio personal, etc.); esto debido a que el duelo se desarrolla de forma personal y única, no se puede predecir con exactitud que pensamiento, conducta o emoción se deberá de modificar, aprender o expresar. Sin embargo, se brinda la información suficiente para que, al llevarse a cabo la intervención, se tengan los medios suficientes para poder abordar la gran mayoría de formas en las que el duelo complicado se manifieste, se dan las bases para modificar cogniciones, generar nuevas conductas y regular emociones, para de esta forma incidir en las diversas manifestaciones que se pueden expresar.

Es clara la inclinación cognitiva de la intervención propuesta, y aunque se manejan e interactúan elementos emocionales y conductuales, el elemento donde se realizan más modificaciones es el área cognitiva; con lo cual, si no se tiene experiencia previa en el trabajo cognitivo o la modificación de creencias y pensamientos automáticos, podría tener consecuencias en la eficacia del tratamiento y en el bienestar del paciente; por lo que se recomienda tener experiencia en la terapia cognitiva o un acercamiento previo a la reestructuración cognitiva. No se descarta que otras intervenciones de base conductual, emocional e incluso contextual podrían obtener resultados similares e incluso mejores, lo cual abre una fuente de investigación al comparar la eficacia de las intervenciones para el duelo complicado, aunque para hacer dicha comparación, se recomienda que deben de estar basados en el mismo modelo de duelo y así conservar homogeneidad y validez de los resultados.

En cuanto al anterior punto, las personas que buscan ayuda psicológica merecen intervenciones basadas en evidencia, que sean eficaces, y sirvan para su bienestar, pero en el caso del duelo, también puedan disminuir y aliviar el dolor que la pérdida genera, para que de esta forma

la persona pueda continuar de la mejor manera posible con su experiencia de vida y ayudarles a transitar en este mundo que cambio, por lo tanto es importante que esta intervención una vez realizada sea puesta a prueba contra otras intervenciones que también traten el duelo complicado, para elegir aquella que presente mejores resultados y mayor eficacia.

En cuanto a los instrumentos propuestos que evalúan el duelo y que se describen en su respectivo apartado (Inventario de experiencias de duelo (García-García et al., 2001), Inventario de Duelo Complicado Revisado (García-García et al., 2001, en Gómez, 2018), la Escala Autoaplicada de Adaptación Social (Bobes, et al. (1999) y el Inventario de Síntomas SCL-90-R (Cruz et al., 2005)) es importante mencionar que la gran mayoría no se encuentran en español únicamente están adaptados únicamente al castellano (A excepción del SCL-90-R y la escala de Adaptación Social), además de no estar adaptados y validados en población mexicana (exceptuando el SCL-90-R), aunque si a población española y la escala de adaptación social adaptado a población colombiana. Es por ello que, para una adecuada evaluación e intervención del duelo complicado es necesario adaptar y estandarizar los instrumentos de duelo para que sean confiables y válidos en población mexicana, y así establecer de manera estadística los objetivos de los instrumentos (como diferenciar un duelo normal de uno complicado o definir en población mexicana las experiencias del duelo).

Aunado a lo anterior, no existe un consenso del tiempo en el que se vive un duelo normal y el tiempo para que este se considere un duelo complicado, lo cual limita a una correcta delimitación de la población en la intervención. Es por ello que se propone como futura investigación delimitar de forma estadística la durabilidad del duelo normal en población mexicana, para posteriormente se pueda brindar elemento que señale riesgo de un duelo complicado.

Con lo anterior también se propone para próximas investigaciones, describir el duelo normal en población mexicana, esto es describir cuales son las manifestaciones más comunes que experimentan las personas cuando viven un duelo, y así establecer de mejor forma que reacciones se pueden esperar y también clasificar como poco comunes.

Ahora bien, al momento de realizar la intervención se recomienda, que al tratarse de un tema sensible, se tenga el máximo respeto y cuidado al recuerdo del ser querido, al dolor y a la pena por la pérdida y por lo que se debe de cuidar las palabras que se brinden en las diferentes etapas de la intervención; de modo que la persona no considere que se le impone el seguir adelante con su vida, como se olvidara del ser querido o se busque desvincularse, sino más bien darle al paciente palabras de confort y aliento cuando las necesite.

Finalmente cuando se trabaje la intervención y el paciente busque “darle un cierre” al duelo se recomienda recordar las palabras de Volkan (1985, en Worden, 2013,): donde el duelo finaliza cuando la persona ya no necesita reactivar la representación del fallecido de forma intensa en su vida diaria; a las palabras de Worden (2013): Para algunas personas el duelo no termina nunca, para otras concluye cuando se recupera interés por la vida, se siente con esperanza, y se adapta a la pérdida; y lo mencionado por Stroebe (2021): El duelo no tiene un punto de cierre definido, pero este puede ser la adaptación gradual, donde el duelo agudo disminuye con el paso del tiempo y con ello las reacciones al dolor.

Con todo lo anterior se propone que dicho fin del duelo sea aquello que para la persona tenga un sentido en su vida, aquello que sea más adaptativo pero que sobre todo le permita aceptar que el ser querido ha muerto y no volverá, así como aceptar que el mundo ha cambiado y con ello continuar con la experiencia de vida.

Referencias

- Alberola, V., Adsuara, L., & Reina, N. (2007). Intervención individual en duelo. En C. Camps, & P. Sánchez, *Duelo en Oncología* (pp. 137-154). Sociedad Española de Oncología Médica. <https://seom.org/seomcms/images/stories/recursos/sociosyprofs/documentacion/manuales/duelo/duelo12.pdf>
- American Psychological Association. (2010). *APA Diccionario Conciso de Psicología*. Manual Moderno.
- American Psychological Association. (2012). *Entendiendo la psicoterapia*. <https://www.apa.org/topics/psychotherapy/entendiendo-la-psicoterapia>
- American Psychological Association. (2014). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos mentales DSM-5* (5ta. ed.). Editorial Medica Panamericana.
- American Psychological Association. (2017). *Clinical Practice Guideline*. <https://www.apa.org/ptsd-guideline/patients-and-families/cognitive-behavioral>
- American Psychological Association. (2020). *Cognitive Behavior Therapy (CBT)*. <https://dictionary.apa.org/cognitive-behavior-therapy>
- Ángeles, M., Díaz, M., & Villalobos, A. (2012). Técnicas de habilidades de afrontamiento y solución de problemas. En M. Ángeles, M. Díaz, & A. Villalobos, *Manual de Técnicas de Intervención Cognitivo Conductuales* (pp. 411-460). Desclée De Brouwer.
- Ángeles, M., Díaz, M., Villalobos, A., & Paz, M. (2012). Terapia Cognitiva. En M. Ángeles, M. Díaz, & A. Villalobos, *Manual de Técnicas de Intervención Cognitivo Conductuales* (pp. 363-404). Desclée de brouwer.
- Barreto, P., & Pérez, M. (2013). Tratamiento del duelo. En J. Cruzado, *Manual de psicooncología. Tratamientos psicológicos en pacientes con cáncer* (pág. 360). Pirámide.
- Barreto, M., Torre, O. d., & Pérez, M. (2012). Detección de duelo complicado. *Psicooncología. investigación y clínica biopsicosocial en oncología*, 9(2), 355-368.
- Beck, A. T. (1964). Thinking and Depression: II. Theory and Therapy. *Archives of General Psychiatry*, 10(6), 561-571. doi:10.1001/archpsyc.1964.01720240015003

- Beck, J. (1995). *Terapia Cognitiva: Conceptos básicos y profundización*. Gedisa.
- Becoña, E., Vázquez, F., & Oblitas, L. (2008). Terapia Cognitivo-Conductual. En L. Oblitas, *Psicoterapias Contemporáneas* (pág. 401). Cengage Learning.
- Bobes, J., González, M. P., Bazcarán, M. T., Corominas, A., Adan, A., Sánchez, J., Such, P; (SASS), Grupo de Validación en Español de la Escala de Adaptación Social. (1999). Validación de la versión española de la Escala de Adaptación Social en pacientes depresivos. *Actas Esp Psiquiatr*, 27(2), 71-80.
- Botella, C., Baños, R. M., & Guillén, V. (2008). Una propuesta de tratamiento para los trastornos adaptativos: creciendo en la adversidad. En C. Vázquez, & G. Hervás, *Psicología Positiva Aplicada* (pp. 129-154). Desclée De Brouwer.
- Cabodevilla, I. (2007). Las pérdidas y sus duelos. *An. Sist. Sanit. Navar*, 30(3), 163-176. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272007000600012
- Calderón, M., González, G., Salazar, P., & Washburn, S. (2012). *Aprendiendo sobre las emociones. Manual de Educación Emocional*. Coordinación Educativa y Cultural Centroamericana (CECC/SICA).
- Caro, I. (2011). *Hacia una práctica eficaz de las Psicoterapias Cognitivas. Modelos y técnicas principales*. Desclée de Brouwer.
- Cautela, J. R., & Groden, J. (1985). *Técnicas de relajación*. Martínez Roca.
- Cruz, C. S., López, L., Blas, C., González, L., & Chávez, R. A. (2005). Datos sobre la validez y confiabilidad de la Symptom Check List 90 (SCL 90) en una muestra de sujetos mexicanos. *Salud Mental*, 28(1), 72-81. <https://www.scielo.org.mx/pdf/sm/v28n1/0185-3325-sm-28-01-72.pdf>
- Davis, M., Robbins, E., & McKay, M. (1985). *Técnicas de autocontrol emocional*. Ediciones Martínez Roca.
- Díaz, M., Ruiz, Á., & Villalobos, A. (2012). Historia de la Terapia Cognitivo Conductual. En M. Díaz, Á. Ruiz, & A. Villalobos, *Manual de Técnicas de Intervención Cognitivo Conductuales* (pp. 29-88). Desclee de Brouwer.

- Doka, K. J. (2006). Fulfillment as Sanders' Sixth Phase of Bereavement: The Unfinished Work of Catherine Sanders. *OMEGA - Journal of Death and Dying*, 52(2), 143-151. doi:<https://doi.org/10.2190/5BC9-035Q-HG1H-PALG>
- Domínguez, D. L. (2018). *Duelo Complicado por Suicidio: Efectividad del Tratamiento de Duelo Basado en la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT)* [Tesis de maestría, Universidad Autónoma de Aguascalientes] Archivo digital. <http://bdigital.dgse.uaa.mx:8080/xmlui/handle/11317/1636>
- Dutton, Y. C., & Zisook, S. (2005). Adaptation to bereavement. *Death Studies*, 29(10), 877-903. <https://doi.org/10.1080/07481180500298826>
- Engel, G. L. (1964). Grief and Grieving. *The American Journal of Nursing*, 64(9), 93-98. doi:10.2307/3419426
- Erskine, R. (2016). ¿Qué dice usted antes de decir adiós? La psicoterapia del duelo. En R. Erskine, *Presencia Terapéutica y Patrones Relacionales: Conceptos y Práctica de la Psicoterapia Integrativa*. KARNAC.
- Fernández-Abascal, E. G., & Jiménez, M. P. (2013). Psicología de la Emoción. En E. G. Fernández-Abascal, B. García, M. P. Jiménez, M. D. Martín, & F. J. Domínguez, *Psicología de la Emoción* (pp. 17-74). Centro de Estudios Ramón Areces.
- Fernández-Alcántara, M., Pérez-Marfil, M., 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*, 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). *OMEGA—Journal of Death and Dying*, 0(0), 1-45. doi:10.1177/0030222819893139
- Florence and The Machine. (2016). Wish That You Were Here [Canción]. En *Wish That You Were Here (From "Miss Peregrine's Home For Peculiar Children" Original Motion Picture Soundtrack)*. Island Records.

- Francischelli, L. A. (2008). *¡Mañana, psicoanálisis! el trabajo de instalar el tratamiento en el paciente*. Biblos.
- Gabucio, F., Domingo, J. M., Lichtenstein, F., Limón, M., A, R., Romo, M., & Tubau, E. (2005). *Psicología del pensamiento*. UOC.
- Gálan, A. (2021). *Revisión Teórica: Intervención cognitivo conductual y acompañamiento tanatológico en procesos de duelo por fallecimiento* [Tesis de licenciatura, Universidad Nacional Autónoma de México]. Archivo digital. doi:132.248.9.195/ptd2022/junio/0826236/Index.html
- Gamba-Collazos, H. A., & Elvira, C. (2017). Adaptación del Inventario de Duelo Complicado en población colombiana. *Revista Colombiana de Psicología*, 26(1), 15-30. doi: 10.15446/rcp.v26n1.51205
- García, A. (2012). *La pérdida y el duelo. Una experiencia compartida*. Bubok Publishing.
- García-García, J. A., Landa, V., Trigueros, M. C., & Gaminde, I. (2001). Inventario de experiencias en duelo (IED): adaptación al castellano, fiabilidad y validez. *Atención Primaria*, 27(2), 86-93. [https://doi.org/10.1016/S0212-6567\(01\)78779-3](https://doi.org/10.1016/S0212-6567(01)78779-3)
- Gil-Juliá, B., Bellver, A., & Ballester, R. (2008). DUELO: EVALUACIÓN, DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO. *PSICOONCOLOGÍA*, 5(1), 103-116.
- Gómez, M. (2018). *El duelo y el luto*. Manual Moderno.
- González, M. (2007). *Tratado de Medicina Paliativa y tratamiento de soporte del paciente con cáncer* (2da ed.). Médica Panamericana.
- González, M., Lacasta, M. A., & Ordóñez, A. (2006). *Valoración Clínica en el Paciente con Cáncer*. Médica Panamericana.
- Guillem, V., Romero, R., & Oliete, E. (2007). Manifestaciones del Duelo. En C. Camps, P. T. Sánchez, C. Camps, & P. T. Sánchez (Ed.), *Duelo en Oncología* (pp. 63-83). Madrid: Sociedad Española de Oncología Médica. <https://seom.org/seomcms/images/stories/recursos/sociosyprofs/documentacion/manuales/duelo/duelo08.pdf>

- Heman, A. (2007). Principios Básicos de la Terapia Cognitivo-Conductual. En A. Hernández , & J. Sánchez , *Manual de psicoterapia cognitivo-conductual para trastornos de la salud* (pp. 285). Libros en Red.
- Hidalgo, J. (2001). *El envejecimiento: aspectos sociales* (1. ed). San Jose, C. R.: Editorial de la Universidad de Costa Rica.
- Isabel, M., Ángeles, M., Villalobos, A., & Paz, M. (2012). Terapias y técnicas de exposicion. En M. Ángeles, M. Isabel, & A. Villalobos, *Manual de técnicas de intervención cognitiva conductuales* (pp. 191-236). Desclée De Brouwer, S.A.
- Isabel, M., Villalobos, A., & Ángeles, M. (2012). La Desensibilización sistemática y técnicas de relajación. En M. Ángeles, M. Díaz, & A. Villalobos, *Manual de Técnicas de Intervención Cognitivo Conductuales* (pp. 237-276). Desclée De Brouwer.
- Jiménez, M. (2017). *El duelo: una revisión teórica y metodológica*. Tesina de licenciatura, Universidad Nacional Autónoma de México]. Archivo digital. <http://132.248.9.195/ptd2017/abril/0757701/Index.html>
- Julian, L., & Hernández, A. (2022). Intervención cognitivo-conductual en el duelo complicado: un estudio de caso. *Práctica clínica*, 2(13), 1-15. <https://www.revistaclinicacontemporanea.org/art/cc2022a8>
- Kübler-Ross, E. (1969). *Sobre la muerte y los moribundos. Alivio del sufrimiento psicológico*. Penguin Random House Grupo Editorial.
- Kübler-Ross, E., & Kessler, D. (2006). *Sobre el duelo y el dolor*. Ediciones Luciernaga.
- Lacasta, M. A., & García, E. D. (2014). *EL DUELO EN LOS CUIDADOS PALIATIVOS*. De SECPAL Sociedad Española de Cuidados Paliativos: <https://www.secpal.com/EL-DUELO-EN-LOS-CUIDADOS-PALIATIVOS>
- Lana del Rey. (2012). Summertime Sadness [Canción]. En *Born to Die*. Interscope.
- Larousse. (1997). *El Pequeño Larousse Ilustrado*. Larousse.
- Larrotta-Castillo, R., Méndez-Ferreira, A. F., Mora-Jaimes, C., Córdoba-Castañeda, M. C., & Duque-Moreno, J. (2020). Pérdida, duelo y salud mental en tiempos de pandemia. *Revista*

- de la Universidad Industrial de Santander. *Salud*, 52(2), 179-180.
http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-08072020000200179&lng=en&tlng=es.
- Lega, L., Sorribes, F., & Calvo, M. (2017). *Terapia Racional Emotiva Conductual. Una versión teórico-práctica actualizada*. PAIDÓS.
- Lindemann, E. (1944). Symptomatology and Management of acute grief. *The American Journal of Psychiatry*, 101, 141-148. doi:<https://doi.org/10.1176/ajp.101.2.141>
- Malkinson, R. (2010). Cognitive-Behavioral Grief Therapy: The ABC Model of Rational-Emotion Behavior Therapy. *Psychological Topics*, 19(2), 289-305.
- Monsalve, D. M., & Novoa, M. M. (2010). *Intervencion Conductual En Un Caso de Duelo No Elaborado* [Tesis de licenciatura, Pontificia Universidad Javeriana]. Archivo digital. <https://repository.javeriana.edu.co/bitstream/handle/10554/54792/MonsalveCastro%2cDianMilena.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Montesdeoca, N. (2016). *Estrategias de afrontamiento familiar que los padres utilizan ante las pérdidas afectivas de los niños por separación*. [Tesis de maestría, Universidad de Cuenca]. Archivo digital. <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/25259/1/Tesis.pdf>
- Moody, R., & Arcangel, D. (2002). *Vida Despues de la Perdida. Vida después de la pérdida de seres queridos: cómo superar la afliccion y encontrar la esperanza*. EDAF.
- Neimeyer, R. (2002). *Aprender de la pérdida. Una guía para afrontar el duelo*. PAIDÓS.
- Nezu, A., Nezu, C., & D'Zurilla, T. (2014). *Terapia de solución de problemas. Manual de tratamiento*. Desclée de Brouwer.
- Organización Mundial de la Salud. (2000). *Guía de bolsillo de la clasificación CIE-10 : clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento*. Editorial Médica Panamericana. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42326>
- Publicaciones Vértice. (2011). *El duelo*. Editorial Vértice.

- Ramos, V., Piqueras, J. A., Martínez, A. E., & Oblitas, L. A. (2009). Emoción y Cognición: Implicaciones para el Tratamiento. *Terapia Psicológica*, 27(2), 227-237. https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48082009000200008
- Real Academia Española. (2021). *Perdida*. Diccionario de la Lengua Española <https://dle.rae.es/perdida>
- Real Academia Española. (2021). *Duelo*. Diccionario de la Lengua Española <https://dle.rae.es/duelo>
- Reyes, M. A., & Tena, E. A. (2016). *Regulación emocional en la práctica clínica. Una guía para terapeutas*. Manual Moderno.
- Rivera, E. (2020). La orfandad en la edad adulta de las hijas: una variable demográfica oculta. En V. Montes de Oca, & I. Nava, *Población y envejecimiento. Pasado, presente y futuro en la investigación sociodemográfica* (pp. 308-338). Universidad Nacional Autónoma de México.
- Roca, J. (2007). Conducta y Conducta(*). *Acta Comportamentalia: Revista Latina de Analisis del Comportamiento*, 15, 33-43. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_serial&pid=0188-8145&lng=pt&nrm=iso
- Rodríguez, R., & Vetere, G. (2011). Conceptos básicos de la Terapia Cognitiva de los trastornos de ansiedad. En R. Rodríguez, & G. Vetere, *Manual de terapia cognitiva conductual de los trastornos de ansiedad* (pp. 25-65). POLEMOS.
- Salcido-Cibrián, L., Jiménez-Jiménez, Ó., Ramos, N., & Sánchez-Cabada, M. (2021). Intervención en duelo y mindfulness. *Diversitas: Perspectivas en Psicología*, 17(1). doi:<https://doi.org/10.15332/22563067.6537>
- Sánchez, C. (2020). *Del duelo normal al duelo patológico: Abordaje psicológico*. Punto Rojo.
- Sánchez, J. M. (2015). *Eficacia de un protocolo de Intervención psicológica en procesos de duelo patológico* [Tesis doctoral, Universidad d Salamanca]. Archivo digital https://gedos.usal.es/bitstream/handle/10366/128812/DPETP_S%E1nchezFuentesJM_Eficaciaprotocolointervenci%F3n.pdf?sequence=1

- Sanz, J. M., García, I. M., & Carbajo, E. (2014). Tratamiento del duelo en Salud Mental: Una experiencia grupal. *Revista de Psicoterapia*, 25(99), 115-133. <https://revistas.uned.es/index.php/rdp/article/view/34824/25802>
- Sarason, I., & Sarason, B. (2006). *Psicopatología. Psicología anormal: el problema de la conducta inadaptada* (11va ed.). Pearson Educación.
- Shuchter, S. R., & Zisook, S. (1993). The course of normal grief. En M. S. Stroebe, W. Stroebe, R. Q. Hansson, M. S. Stroebe, W. Stroebe, & R. Q. Hansson (Ed.), *Handbook of bereavement: Theory, research, and intervention* (pp. 22-43). Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/CBO9780511664076.003>
- Sociedad Española de Cuidados Paliativos. (2014). Monografías SECPAL. *Atención al Duelo en Cuidados Paliativos: Guía Clínica y Protocolo de Actuación*. Síosí punto gráfico.
- Stroebe, M., & Schut, H. (2001). Meaning making in the dual process model of coping with bereavement. En R. Neimeyer, *Meaning reconstruction & the experience of loss* (pp. 55-73). American Psychological Association.
- Stroebe, M., & Schut, H. (1999). The dual process model of coping with bereavement: rationale and description. *Death Studies*, 23(3), 197-224. doi:10.1080/074811899201046
- Stroebe, M., Schut, H., & Boerner, K. (2017). Models of coping with bereavement: an updated overview / Modelos de afrontamiento en duelo: un resumen actualizado. *Studies in Psychology*, 38(3), 582-607. doi:10.1080/02109395.2017.1340055
- Stroebe, M. (2021) *Thesis About your Dual Process Model of Coping with Bereavement* [Correo electrónico].
- Tizón, J. (2009). *Pérdida, Pena, Duelo. Vivencias, investigación y asistencia*. Paidós.
- Torres, N. (2008). Psicoeducación. En C. Gómez, G. Hernández, A. Rojas, H. Santacruz, & M. Uribe, *Psiquiatría Clínica. Diagnóstico y tratamiento en niños, adolescentes y adultos*. (3ra ed.). (pp. 681-686). Editorial Medica Panamericana.
- Van Teijlingen, E., & Humphris, G. (2019). *Psicología y sociología aplicadas a la medicina. Texto y Atlas en color*. (4ta ed.) ELSERVIER.

- VandenBos, G. R. (2015). *APA Dictionary of Psychology* (2da ed.). American Psychological Association.
https://www.academia.edu/40596461/American_Psychological_Association_APA_Dictionary
- Vela, M., Sánchez, J., Rossi, D., Neila, M., Ragone, F., Carrión, A., Mesa, Y., Maschi, C., Belamate, C. (2020). Comportamiento Psicométrico del Inventario de Síntomas Revisado SCL-90 R Administración Remota Durante Confinamiento por COVID-19 en el Gran Mendoza. FapUNIFESP SciELO. doi:10.1590/scielopreprints.802
- Vilajoana, J. (2017). *Duelo Anticipado en Familiares Cuidadores de Enfermos de Alzheimer y otras Demencias* [Tesis doctoral, Universitat de Barcelona]. Archivo digital.
https://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/461798/JVC_TESIS.pdf
- Worden, W. (2013). *El Tratamiento del Duelo. Asesoramiento Psicológico y Terapia* (4ta ed.). PAIDOS.

Anexos

Anexo I. Entrevista clínica semiestructurada

***Ficha de identificación.**

Nombre: _____ . Edad: _____ .

Fecha de Nacimiento: _____ . Ocupación: _____ .

Estado Civil: _____ . No. de Hijos: _____ . Sexo: _____ .

Domicilio: _____

_____ .

Mail: _____ . Teléfono: _____ .

Escolaridad: _____ . Nacionalidad: _____ .

Religión y/o Creencias: _____ .

Motivo de consulta: _____ .

Impresión del paciente (condiciones con las que llego críticas y observables).

ANTECEDENTES

Área Familiar.

¿Sus padres aún viven? _____

¿Tiene hermanos? _____ . ¿Cuántos? _____ ¿Qué número de hijo es? _____ .

¿Con quién vive? _____ .

¿Cómo se lleva con su padre? _____ .

¿Cómo se lleva con su madre? _____.

¿Cómo se lleva con sus hermanos? _____.

¿Ha tenido conflictos con su familia y con quién? _____.

¿Cómo lo ha controlado? _____.

¿Con quién se lleva mejor? _____.

¿Con quién se lleva peor? _____.

¿Por qué cree que se lleva mejor con el mejor? _____.

¿Por qué cree que se lleva peor con el peor? _____.

¿Tiene pareja? _____.

¿Cómo es su relación con su pareja? _____.

¿Tiene hijos? _____.

Como es su relación _____.

***Área Educativa.**

Que estudios curso: Guardería: _____, Maternal: _____, kínder _____ años _____,

Primaria _____ años _____ promedio _____, Secundaria _____ años _____ promedio _____,

Preparatoria _____ años _____ promedio _____, Universidad _____ años _____ promedio _____,

Otros _____.

¿Cómo se relacionó con la autoridad? _____.

***Laboral.**

¿Has trabajado alguna vez? SI NO ¿Cuántos trabajos has tenido? _____.

¿Por qué dejaste los anteriores? _____.

¿En qué puestos se ha desarrollado? _____.

¿Ha tenido ascensos? _____.

¿Ha tenido descensos? _____.

Relación con compañeros: _____.

Relación con jefes: _____.

¿Trabajas actualmente? SI NO Puesto: _____.

¿Cómo te sientes en tu trabajo? _____.

***Área de Salud.**

¿Qué enfermedades padece su familia y/o usted? _____.

¿Hay enfermedades crónicas en su familia? _____ ¿Cuál? _____.

Actualmente tiene enfermedades: _____.

¿Cuál? _____.

¿Cuántas horas duerme al día? _____.

¿Cuál es su alimentación? _____.

¿Tiene lesiones físicas? _____ ¿Cuál? _____.

¿Por qué se causaron? _____.

General.

¿Es alérgica/o a algún medicamento? _____ ¿Cuál? _____.

Toma algún medicamento: _____ Cuál: _____.

Tipo de sangre: _____.

Padece alguna de las siguientes adicciones, o ha consumido:

Alcohol: si no ¿Cuánto tiempo? _____ ¿Aun los consume? _____.

Fuma: si no ¿Cuánto tiempo? _____ ¿Aun los consume? _____.

Droga: si no ¿Cuál? _____ ¿Cuánto tiempo? ____ ¿Aun las consume? ____.

*Si el caso lo da, se le pregunta el:

Mujer:

¿Cómo fueron sus partos? _____.

¿Cuánto tiempo reposo en el hospital? _____.

¿Tuvo complicaciones en el parto o embarazo? _____.

¿Tiene secuelas de los partos? _____.

***Área Sexual.**

¿Cuál es su orientación sexual? _____.

¿Tiene una vida sexual activa? _____.

¿Tiene pareja actual? _____.

¿Cuánto tiempo lleva en esa relación? _____.

¿Cómo se siente en esa relación? _____

_____.

***Área Social y Pasatiempos.**

Tiene amigos: Sí No ¿Cuántos? _____.

¿Cómo son sus relaciones? _____.

¿Cómo mantiene esas relaciones? _____.

¿Hace ejercicio? Sí No ¿Cuál? _____.

¿Qué le gusta hacer en su tiempo libre? _____.

¿Cuál es el último libro que ha leído? _____.

¿Cuál es la última película que ha visto? _____.

¿Cuáles son sus pasatiempos? _____

_____.

¿Ha viajado? Si No ¿Ha dónde?: _____.

¿Con quién? _____ ¿Hace cuánto? _____.

*Describir un día entre semana: _____

_____.

*Describir un fin de semana: _____

_____.

DUELO

Se deben de rellenar los “_____” en las preguntas con el nombre del ser querido que falleció.

Antes de hablar sobre _____ quería saber si con anterioridad había pasado por la pérdida de algún otro ser querido, y como fue este proceso.

Me puede hablar acerca de _____.

¿Cómo se conocieron usted y _____?

¿Cómo era _____?

¿Cómo era su relación con _____?

¿Cuándo tenían problemas como lo solucionaban?

¿Cómo celebraban los buenos momentos?

Cuando convivía con _____ ¿Cómo se sentía?

¿Cómo considera que ha sido su proceso de duelo?

Hablando de la experiencia de vida (lo que hace día a día, las personas con las que convive, lo que disfruta de la vida, actividades cotidianas, etc.) ¿Cómo se ha visto afectada/modificada esta experiencia?

¿Tiene alguna actividad que le mantenga cerca o unido a _____? Cuénteme de ella.

A continuación, le hare una pregunta algo difícil, si no puede contestarla está bien por el momento.

¿Cómo falleció _____? (Incluir lugar, hace cuánto tiempo)

EMOCIONES

Cuando _____ falleció ¿Cómo se sintió?

¿Cómo se siente ahora?

¿Cuál es el sentimiento que más predomina?

¿Qué es lo que le hace sentir más _____ (sentimiento que más predomina), respecto al fallecimiento de _____?

¿Considera que estos sentimientos deberían continuar? ¿Por qué?

Cuándo tiene el apoyo de otros seres queridos ¿Cómo se siente?

Cuando esta solo ¿Cómo se siente?

¿Cuándo recuerda o piensa en la muerte de _____, como se siente?

COGNICIONES

¿Qué piensa acerca de la muerte? (en general)

¿Qué piensa acerca de la muerte de _____?

Cuándo tiene algún sentimiento negativo (tristeza, enojo, frustración, melancolía, etc.) por el fallecimiento de _____, ¿En qué piensa?

Cuando no piensa o su pensamiento no está centrado en la pérdida de _____, ¿qué actividades realiza? y ¿Qué otros pensamientos pueden llegar a tener?

¿Cómo interpreta/Qué significa para usted la muerte de _____?

(En caso de ser necesario)

Cuando tiene algún sentimiento positivo (felicidad, alegría, tranquilidad, paz, etc.) por el fallecimiento de _____, ¿Qué pasa por su mente/cabeza/que pensamiento tiene/en qué piensa?

PROBLEMAS/CONDUCTAS

¿Cómo pasa la mayor parte de su tiempo? Y ¿En qué actividades pasa la mayor parte de tu tiempo?

Tras la muerte de su ser querido, ¿Cuáles son los problemas más importantes a los que se enfrenta? (Problemas relacionados y no relacionados con la pérdida)

¿Cómo ha lidiado con estos problemas?

¿Cree que le ha funcionado y en qué medida?

¿Cree que recordar a _____ o su fallecimiento le impiden realizar ciertas actividades?

¿A tenido que aprender nuevas tareas, después del fallecimiento de _____? ¿Cuáles y cómo le fue?

¿Qué tan seguido evita pensar en _____ y en su fallecimiento?

Siguiendo con la pregunta anterior ¿Qué tan seguido evita lugares personas, programas de televisión, actividades, (en general eventos que estén vinculados a su ser querido) etc. que eran importantes para _____?

Orientación a la recuperación

¿A tenido que aprender alguna tarea o actividad que antes desempeñaba _____?

Cuándo piensa en su ser querido, en su fallecimiento y las circunstancias de este ¿Qué actividades puede y no puede realizar?

Cuando los sentimientos (negativos o positivos) son más intensos, ¿Realiza alguna actividad?
¿Cómo cuál?

Después del fallecimiento de _____ ¿ha realizado alguna actividad placentera?
¿Cuál? (En caso de que no, se debe de proceder a preguntará, la razón del por qué cree que no ha ocurrido)

Orientación a la pérdida

Cuando recuerda a _____, su vida juntos, y los momentos (positivos y negativos), que vivieron juntos y los sentimientos hacia que tenía hacía _____, ¿Se le dificulta realizar actividades básicas? (bañarse, alimentarse, cambiarse de ropa, lavarse los dientes, dormir, etc.) reírse

Cuando piensa en las circunstancias y acontecimientos que rodean la muerte de _____ ¿Considera que se encapsula por mucho tiempo en ello? ¿De qué manera se encapsula?

Al realizar ciertas actividades ¿Considera que se envuelve por mucho tiempo en ellas? Estas actividades pueden ser: llorar por la muerte de _____, observar fotos antiguas, recordar los momentos juntos o sentirse feliz de que _____ ya no sufre, o recordar sucesos placenteros con _____. (Modificar pregunta según corresponda)

Cuando piensa en el fallecimiento de _____ ¿Le gusta la compañía o prefiere lidiarlo en solitario? ¿Cuál sería la razón?

Oscilación

(No tienen que ser respuestas de tiempo exacto (cuatro a diez horas), pueden ser en términos cualitativos (poco tiempo, la mayor parte del tiempo, etc.)

¿Cuánto tiempo le dedica a pensar en su ser querido al día?

¿Cuánto tiempo le dedica al realizar otras actividades?

¿Considera que se le dificulta adoptar una nueva identidad? (Aclarar que no es necesario)

¿En qué actividades cree que ocupa más tiempo de su día a día?

Grupo A

Anhelar y añorar a _____.

Llorar por la muerte de _____.

Observar fotos antiguas con _____.

Imaginar cómo reaccionaría _____ ante alguna circunstancia.

Grupo B

Aprender tareas que _____ realizaba.

Reorganizar la vida sin _____.

Realizar nuevas actividades.

Reunirse con amigos.

Grupo C

Combinaciones las actividades/ circunstancias del Grupo A y B

Grupo D

Ninguna de las anteriores, otras actividades. (Especificar)

Al finalizar la entrevista se debe de dar soporte a la persona, tratar de que la persona se sienta un poco mejor de como llego, darle esperanza de que va a estar mejor a futuro, y de que no va a olvidar a su ser querido, sino que es una forma de honrarle, además de que si la persona que es paciente viene por ayuda psicológica es para continuar con la experiencia de la vida, pero sin dejar atrás a su ser querido, y que con la psicoterapia encontraran la forma.

Se le puede explicar que es el duelo, y que lo que está viviendo es un evento potencialmente fuerte, con la psicoterapia encontraran herramientas que le ayuden en su día a día.

La entrevista se puede cerrar de la siguiente forma: “Acaba de perder a un ser querido, una parte importante de su vida, a su _____ (insertar vinculo), por lo que su mundo cambio, pero eso no significa que su vida deba ser una mala experiencia o que no pueda disfrútala, juntos trataremos de encontrar una manera en que pueda disfrutar la vida sin que eso signifique dejar atrás a su ser querido”

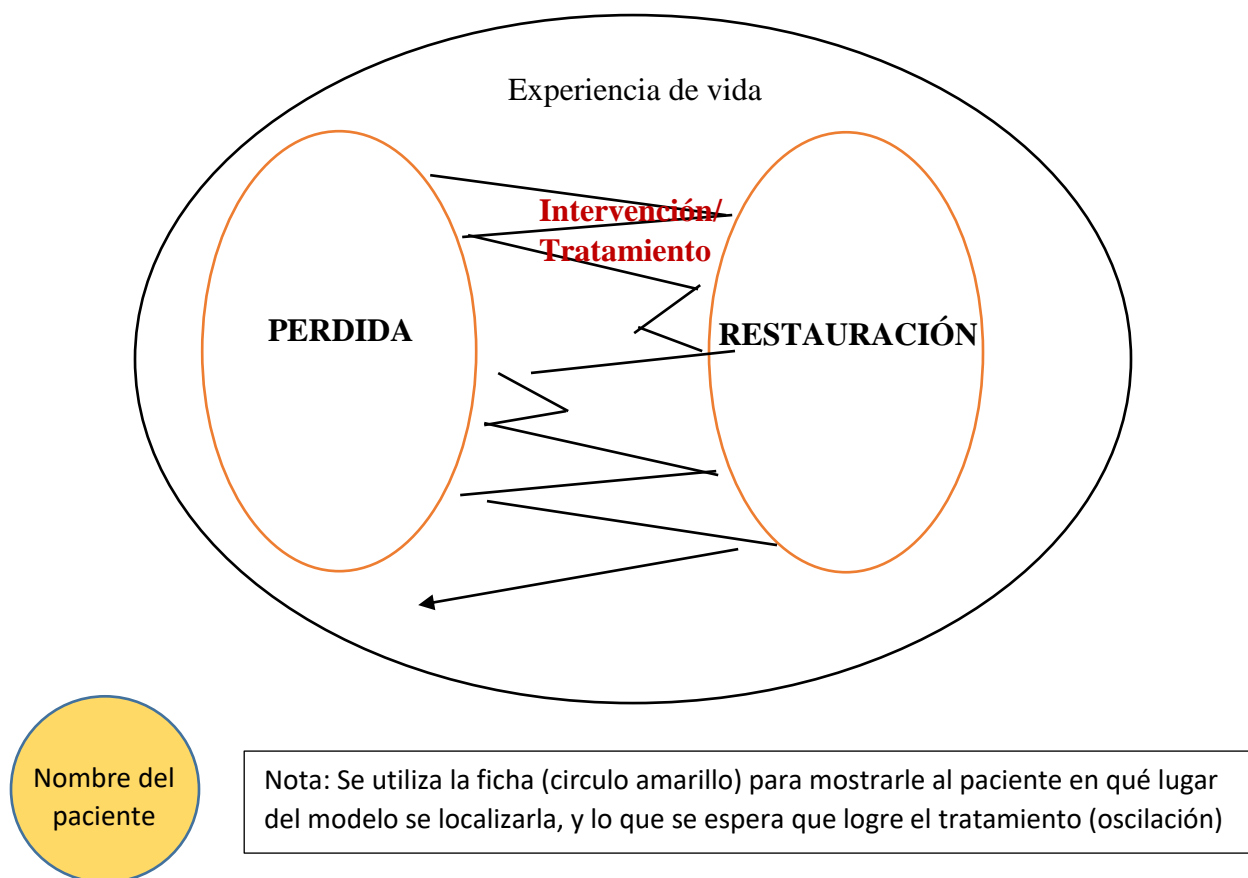
Nota: Adecuar las preguntas acordes a la identidad de género de la persona.

Anexo II. Modelo de Procesamiento Dual de Afrontamiento para el Duelo

Modelo de Procesamiento Dual de Afrontamiento para el Duelo



Anexo III. Modelo de procesamiento dual de afrontamiento para el duelo simplificado



Anexo IV. Registro de Pensamientos Disfuncionales adaptado de Beck (1995)

Instrucciones: Cuando usted note que su estado de ánimo empeora, pregúntese: “¿Qué está pasando por mi mente en este momento?” y, tan pronto como sea posible, colóquelo por escrito y describa el pensamiento o la imagen mental en la columna correspondiente a Pensamiento automático.

Día/hora	Situación	Pensamientos automáticos	Emociones	Conducta	Respuesta adaptativa	Resultado
Jueves 9:30 a.m.	¿Qué acontecimientos reales, recuerdos o ensoñaciones le llevaron a esa emoción desagradable? ¿Qué sensaciones físicas experimentó? (si hubo alguna)	¿Qué pensamientos y/o imágenes pasaron por su mente? ¿En qué medida creyó en cada uno de ellos en ese momento?	¿Qué emociones (tristeza, ira, etc.) sintió en ese momento? ¿Qué grado de intensidad (0 a 100%) tenía cada emoción?	¿Qué acciones llevo a cabo como resultado de la situación? ¿Qué acciones llevo a cabo como resultado de sus pensamientos?	¿Qué distorsión cognitiva produjo? (Opcional) Utilizar alguna de las preguntas que aparecen al pie para generar una respuesta a los pensamientos automáticos ¿Cuánto cree usted en cada respuesta generada?	¿Cuánto cree usted ahora en cada pensamiento automático? ¿Qué emociones siente actualmente? ¿Con qué grado de intensidad? (¿0 a 100%) ¿Qué hará (o hizo) posterior a los nuevos pensamiento?

--	--	--	--	--	--	--

Preguntas para ayudar a componer una respuesta alternativa: 1) ¿Cuál es la evidencia de que el pensamiento automático es verdadero? ¿Y cuál de qué no lo es? 2) ¿Existe alguna otra explicación posible? 3) ¿Qué es lo peor que podría suceder? ¿Podría soportarlo? ¿Qué es lo mejor que podría ocurrir? ¿Cuál es la alternativa más realista? 4) ¿Cuál es el efecto de creer en este pensamiento automático? ¿Cuál podría ser el efecto de cambiar mi pensamiento? 5) ¿Qué debo hacer al respecto? 6) Si _____ [nombre de un amigo] se encontrara en esta situación y tuviese este pensamiento, ¿qué le diría?

Anexo V. Diagrama de conceptualización cognitiva. Adaptado de Beck (1995).

Nombre del paciente	
Fecha	
Diagnostico	
Datos relevantes	

<p>Creencia(s) Central(es)</p> <p>¿Cuál es la creencia más importante que tiene acerca de su persona?</p>	
---	--

<p>Presunciones/ Creencias / Reglas Condicionales</p> <p>¿Qué presunción positiva lo ayudo a soportar su creencia central?</p>	
<p>¿Cuál es la contraparte negativa de esta presunción?</p>	

<p>Estrategia (s) Compensatoria (s)</p> <p>¿Qué comportamientos lo ayudan a sobrellevar la creencia?</p>	
--	--

Situación 1	Situación 2	Situación 3
Pensamiento automático ¿Qué pasó por su mente? ¿Qué significa para usted el pensamiento automático?		
Emoción ¿Qué emoción asocia con el pensamiento automático?		
Comportamiento ¿Qué hizo entonces?		

Anexo VI. Formato de balance emocional

Aspectos negativos de la pérdida

Aspectos positivos de la pérdida

Interpretación negativa de la pérdida

Interpretación positiva de la pérdida

Sentido negativo de la pérdida

Sentido positivo de la pérdida

Conclusión:

Anexo VII. Formato de solución de problemas

Definición del problema

¿Cuál es el problema a solucionar? (Basado en hechos, descrito en términos concretos y como objetivos)

Problemática:

Generación de alternativas

Describir el abanico de posibles soluciones para superar el problema (cuantas más soluciones, mayor probabilidad de encontrar una solución apropiada y de ajuste)

Solución a):

Solución b):

Solución c):

Solución d):

Solución e):

Solución f):

Toma de decisiones

Predecir las posibles consecuencias más probables a las distintas alternativas, mediante un análisis costo-beneficio/ventajas-desventajas, después se realiza una valoración de subjetiva del valor que tiene la alternativa (0 (ningún valor) - 10 (mucho valor)) y posteriormente descartar aquellas que no son realistas o son inviables y finalmente elegir la alternativa más adaptativa.

Soluciones propuestas	Ventajas	Valoración (0-10)	Desventajas	Valoración (0-10)
Solución A				
Solución B				
Solución C				
Solución D				
Solución E				
Solución F				

Alternativa elegida:

Implementación de la solución y verificación

Plan de solución (controlar y evaluar las consecuencias). Planificar la solución, estableciendo los pasos necesarios para llevarla a cabo. Posteriormente se observan y evalúan los resultados.

Alternativa elegida:

¿Dónde, cuándo y horario en el que se va a realizar?

¿Cómo se va a llevar a cabo?:

Pasos a seguir:

¿Consiguió el resultado esperado? Y ¿Cómo fue dicho resultado?:

Calificación del resultado (0 al 10): _____

Anexo VIII. Ejemplos de técnicas de imaginación

Puede grabar en un dispositivo electrónico las instrucciones y cada vez que sienta la necesidad de una relajación profunda, cierre los ojos y escúchela.

Tensión muscular

Concéntrese en aquella parte del cuerpo donde sienta una mayor tensión muscular... Conceda a la tensión una imagen mental, por ejemplo, un peso que le oprime el estómago, una cuerda fuertemente anudada alrededor de los brazos, un candado que cierra su boca, un torno que le aprieta los hombros (según el lugar donde sienta la tensión). Ahora intente ver la relajación de esta imagen., imagine que está cubierto ligeramente por una capa de arena tibia... su pierna derecha... la izquierda... el estómago... el pecho... y los brazos. O imagínese que una cálida manta, lentamente... lentamente le está cubriendo los hombros y posteriormente todo el cuerpo...sienta la relajación en cada musculo...

Enfrentarse a lo desconocido.

Cierre los ojos... Imagínese que está en el bosque... Esta oscuro y sopla el viento... Se ha perdido... ¿Que siente en ese momento? Observe su cuerpo y las áreas que siente en tensión... Experimentelo durante un minuto... Ahora imagínese que encuentra un lugar para salir de este bosque oscuro y frio... Sienta como la tensión va desapareciendo de su cuerpo... Ira desapareciendo a medida que vaya encontrando un camino.... Sienta como toda la tensión va siendo eliminada de su cuerpo.... Usted está relajado.... Usted está seguro.... Se siente cómodo.

Crear las propias imágenes.

La técnica de las imágenes dirigidas incluye buscar una posición cómoda, cerrar los ojos, concentrarse en las propias sensaciones físicas y practicar una respiración profunda. Una forma de crear las propias imágenes es atender cualquier fantasía que le acuda a la mente.

Por ejemplo, puede que se pregunte cuanto rato le va a durar el dolor de cabeza que siente en este momento, cierre los ojos y deje que su imaginación le conteste a la pregunta. Imagínese distintos lugares: la playa, las calles de la ciudad, un arroyo, etc. De entre todas las escenas que ha imaginado, elija una donde relajarse y de la que solo usted disfrutara. ¿Qué olor percibe, como es su estructura, que ve, como se siente su cuerpo? Imagine que está haciendo algo que le relaja por ejemplo que está pescando, que está disfrutando de un buen libro en las manos. Para cuando se halle instalado en la escena que ha imaginado y se haya relajado en ella, su dolor de cabeza ya habrá desaparecido.

Anexo IX. Ejemplo de respiración

Respiración profunda

1. Aunque este ejercicio puede practicarse en distintas posiciones, la más recomendable es la que describimos a continuación: Acuéstese en el suelo sobre la alfombra o sobre una manta. Doble las rodillas y separe los pies unos 20 cm. Dirigiéndolos suavemente hacia afuera. Asegúrese de mantener la columna vertebral recta.
2. Explore su cuerpo en busca de signos de tensión.
3. Coloque una mano sobre el abdomen y otra sobre el tórax.
4. Tome aire, lenta y profundamente, por la nariz y hágalo llegar hasta el abdomen levantando la mano que había colocado sobre él. El tórax se moverá solo un poco y a la vez que el abdomen.
5. Cuando se haya relajado en la forma que indica el punto 4, sonría un poco, inhale aire por la nariz y sáquelo por la boca haciendo un ruido suave y relajante como el que hace el viento cuando sopla ligeramente. Con ello, su boca y su lengua se relajarán. Haga respiraciones largas, lentas y profundas las cuales hagan que se eleve y descienda el abdomen. Fíjese en el sonido y en la sensación que le produce la respiración a medida que va relajándose más y más.
6. Continúe con 5 a 10 minutos de respiración profunda una o dos veces al día durante unas cuantas semanas, luego, si lo desea, puede prolongarlo hasta 20 minutos.
7. Al final de cada sesión de respiración, dedique un poco de tiempo a explorar su cuerpo una vez más en busca de signos de tensión. Compare la tensión que siente al acabar el ejercicio con la que sentía al empezarlo.

8. Una vez que sienta familiarizado con la forma de respiración que se describe en el punto 4, practíquela siempre que le apetezca tanto si está sentado como si está de pie. Concéntrese en el movimiento ascendente y descendente de su abdomen, en el aire que sale de los pulmones y en la sensación de relajación que la respiración profunda le proporciona.
9. Cuando haya aprendido a relajarse mediante la respiración profunda, practíquela cada vez que note que va se sienta tenso.

Sesiones de intervención para duelo complicado como síndrome de orientación a la pérdida

Anexo X. Sesión 1

Objetivo general: Psicoeducar en cuanto al servicio de psicoterapia que se brindara (número de sesiones), el tratamiento a seguir, el modelo en el que se basa el tratamiento y en qué “lugar” de dicho modelo se encuentra, explicando así, como se conceptualiza el duelo complicado, además se psicoeduca en la terapia cognitiva y en la terapia de solución de problemas en sus postulados y como se relaciona con el duelo complicado.

Procedimiento/Actividad	Objetivo específico	Técnica/Terapia	Tiempo (min)	Materiales
Bienvenida, presentación del servicio y rapport	Presentar el servicio de psicoterapia, encuadre, duración, frecuencia y horario de cada sesión, realizar rapport y establecer los objetivos de la sesión.	-----	10	-----
Devolución de resultados	Informar los resultados de las pruebas psicométricas, así como su interpretación y como dichos resultados, en conjuntó a la entrevista, indican que la persona experimenta un duelo complicado y la inclinación a cierto síndrome, en este caso orientado a la pérdida.	-----	10	Presentación con los resultados

Psicoeducación del modelo	Psicoeducar en el Modelo de Procesamiento Dual de Afrontamiento para el Duelo y la conceptualización de duelo complicado como síndrome de orientación.	Psicoeducación	5	Anexo II
Ubicación del paciente en el modelo de duelo y ubicando	Mostar en que “lugar” del duelo complicado se localiza, y como se espera que la intervención lleve a la oscilación, para con ello continuar con la experiencia de la vida, con nuevas cogniciones y conductas, además de diferentes formas de manejar las emociones y desarrollarse en las diferentes áreas de su vida.	-----	5	Anexo III
Psicoeducar en la terapia cognitiva y terapia de solución de problemas	Psicoeducar sobre que es la terapia cognitiva y la terapia de solución de problemas, en que se basan, sus postulados principales, la relación con el duelo complicado y como serán utilizado en las próximas sesiones.	Psicoeducación	15	-----
Psicoeducación del tratamiento	Psicoeducar en las sesiones de intervención y los objetivos generales de estas.	-----	10	-----

Tarea	Llevar a la siguiente sesión copias de fotografías de su ser querido, de momentos que sean importantes juntos y fotografías de objetos que le recuerden a su ser querido.	-----	3	-----
Cierre	Resumir las actividades realizadas y lo aprendió, aclarar alguna duda y despedir al paciente.	-----	2	-----

Anexo XI. Sesión 2

Objetivo general: Expresar el fallecimiento del ser querido, las emociones y pensamientos vinculadas a ello, además de comenzar a aceptar la realidad de la pérdida.

Procedimiento/Actividad	Objetivo específico	Técnica/Terapia	Tiempo (min)	Materiales
Bienvenida	Introducirse al ambiente terapéutico, conocer a grandes rasgos como se encuentra física y psicológicamente la persona y algún suceso importante que ocurriera en la semana.	-----	5	-----
Expresión emocional	Evocar recuerdos del ser querido de forma gradual y comenzar el afrontamiento a la pérdida.	Exposición	45	Fotografías del ser querido

<p>Observar fotografías del ser querido u objetos del ser querido y narrar sobre el ser querido, las actividades que realizaba, eventos que vivieron juntos, etc. Obteniendo la mayor cantidad de información intentando rescatar eventos positivos como negativos.</p>				<p>y de objetos del ser querido. Hojas de papel Lápiz Pluma</p>
<p>Relajación de la actividad previa.</p>	<p>Reducir la carga cognitiva y emocional, para estar preparado para continuar con las actividades del día.</p>	<p>Técnica de relajación o respiración</p>	<p>5</p>	<p>-----</p>
<p>Tarea</p>	<p>Llevar a la siguiente sesión de las fotografías.</p>	<p>-----</p>	<p>2</p>	<p>-----</p>

Cierre	Resumir las actividades realizadas y lo aprendió, aclarar alguna duda y despedir al paciente.	-----	3	-----
--------	---	-------	---	-------

Anexo XII. Sesión 3

Objetivo general: Expresar el fallecimiento del ser querido, las emociones y pensamientos vinculadas a ello, además aceptar y procesar la realidad de la pérdida.

Procedimiento/Actividad	Objetivo específico	Técnica/Terapia	Tiempo (min)	Materiales
Bienvenida	Introducirse al ambiente terapéutico, conocer a grandes rasgos como se encuentra física y psicológicamente la persona y algún suceso importante que ocurriera en la semana.	-----	5	-----
Expresión emocional Narrar de forma escrita u oral la pérdida del ser querido, las circunstancias de muerte, los sucesos	Afrontar la realidad de la pérdida al expresar verbal o por escrito los sucesos asociados al fallecimiento y del fallecimiento en sí mismo.	Expresión emocional oral o verbal	45	Hojas blancas Lápiz Pluma Colores

asociados al fallecimiento y lo que la muerte del ser querido significa para la persona.				
Relajación de la actividad previa.	Reducir la carga cognitiva y emocional, para estar preparado para continuar con las actividades del día.	Técnica de relajación o respiración	5	-----
Tarea	Realizar una lista de consecuencias positivas y negativos de la pérdida (si no encuentra positivas, se deja para la próxima sesión).	-----	2	-----
Cierre	Resumir las actividades realizadas y lo aprendió, aclarar alguna duda y despedir al paciente.	-----	3	-----

Anexo XIII. Sesión 4

Objetivo general: Expresar el fallecimiento del ser querido, las emociones y pensamientos vinculadas a ello y trabajar en aceptar y procesar la pérdida del ser querido.

Procedimiento/Actividad	Objetivo específico	Técnica/Terapia	Tiempo (min)	Materiales
Bienvenida	Introducirse al ambiente terapéutico, conocer a grandes rasgos como se encuentra física y psicológicamente la persona y algún suceso importante que ocurriera en la semana.	-----	5	-----
Expresión emocional mediante un dialogo imaginario con el fallecido, guiado por el terapeuta.	Expresar las ideas, pensamientos, emociones y situaciones que la persona considere que no le ha dicho a su ser querido e imaginar las respuestas más favorables, haciendo énfasis en las situación es que considera que le impiden continuar con la experiencia de vida.	Imaginería mental	25	-----

Relajación de la actividad previa.	Reducir la carga cognitiva y emocional, para estar preparado para continuar con las actividades del día.	Técnica de relajación o respiración	5	Anexo VIII o IX
Reconstrucción del sentido	Construir un sentido positivo y negativo de la pérdida del ser querido, llegando a un balance de ambos elementos (se utiliza la lista que se dejó de tarea).	Balance emocional	20	Hojas de papel Pluma Lápiz Colores Anexo VI
Tarea	Anotar pensamientos que aparezcan cuando recuerde a su ser querido o se enfrente a alguna situación que evoque el recuerdo de su ser querido, y que le lleven a sentirse mal; además de anotar las situaciones que llevan a estos pensamientos.	-----	2	-----
Cierre	Resumir las actividades realizadas y lo aprendió, aclarar alguna duda y despedir al paciente.	-----	3	-----

Anexo XIV. Sesión 5

Objetivo general: Modificar pensamientos automáticos alrededor a la muerte del ser querido.

Procedimiento/Actividad	Objetivo específico	Técnica/Terapia	Tiempo (min)	Materiales
Bienvenida	Introducirse al ambiente terapéutico, conocer a grandes rasgos como se encuentra física y psicológicamente la persona y algún suceso importante que ocurriera en la semana.	-----	5	-----
Psicoeducacion	Psicoeducar a la persona en el uso y aplicación del registro de pensamientos automáticos y el diagrama de conceptualización cognitiva.	Psicoeducacion	5	Anexo IV y Anexo V
Modificar pensamientos automáticos	Modificar cogniciones relacionadas con la muerte del ser querido las circunstancias de muerte y el impacto que tiene su pérdida en la vida de la persona.	Terapia cognitiva	40	Anexo IV y Anexo V
Relajación de la actividad previa.	Reducir la carga cognitiva y emocional, para estar preparado para continuar con las actividades del día.	Técnica de relajación o respiración	5	Anexo VIII o IX

Tarea	Practicar en casa los formatos de pensamientos automáticos, buscando creencias más adaptativas.	-----	2	Anexo IV y Anexo V
Cierre	Resumir las actividades realizadas y lo aprendió, aclarar alguna duda y despedir al paciente.	-----	3	-----

Anexo XV. Sesión 6

Objetivo general: Modificar creencias intermedias y centrales sobre la muerte del ser querido, así como aquellas que dificultan el vínculo continuo con el ser querido y la expresión de este.

Procedimiento/Actividad	Objetivo específico	Técnica/Terapia	Tiempo (min)	Materiales
Bienvenida	Introducirse al ambiente terapéutico, conocer a grandes rasgos como se encuentra física y psicológicamente la persona y algún suceso importante que ocurriera en la semana.	-----	5	-----
Revisar la práctica de los formatos (tarea de la sesión anterior)	Revisar la tarea de la sesión anterior y realizar correcciones, retroalimentación y reflexionar sobre como impacto la tarea en su día.	Psicoeducación	5	Anexo IV y Anexo V

<p>Modificar creencias intermedias y centrales.</p> <p>En caso de ser necesario se modifican distorsiones cognitivas durante este espacio.</p>	<p>Modificar cogniciones relacionadas con el fallecimiento del ser querido, el impacto que tiene su pérdida en la vida de la persona y las formas previas para continuar con el vínculo o sentido de cercanía con el ser querido.</p>	<p>Terapia cognitiva</p>	<p>40</p>	<p>Anexo IV y Anexo V</p>
<p>Relajación de la actividad previa.</p>	<p>Reducir la carga cognitiva y emocional, para estar preparado para continuar con las actividades del día.</p>	<p>Técnica de relajación o respiración</p>	<p>5</p>	<p>Anexo VIII o IX</p>
<p>Tarea</p>	<p>Practicar los formatos de pensamientos automáticos y diagrama de conceptualización cognitiva, buscando creencias más adaptativas.</p>	<p>-----</p>	<p>2</p>	<p>Anexo IV y Anexo V</p>
<p>Cierre</p>	<p>Resumir las actividades realizadas y lo aprendió, aclarar alguna duda y despedir al paciente.</p>	<p>-----</p>	<p>3</p>	<p>-----</p>

Anexo XVI. Sesión 7

Objetivo general: Modificar creencias que mantienen la evitación de oscilar y realizar las actividades del afrontamiento a la restauración.

Comenzar el proceso de oscilación entre las dos dimensiones del modelo.

Procedimiento/Actividad	Objetivo específico	Técnica/Terapia	Tiempo (min)	Materiales
Bienvenida	Introducirse al ambiente terapéutico, conocer a grandes rasgos como se encuentra física y psicológicamente la persona y algún suceso importante que ocurriera en la semana.	-----	5	-----
Revisar la práctica de los formatos (tarea de la sesión anterior)	Revisar la tarea de la sesión anterior y realizar correcciones, retroalimentación y reflexionar sobre como impacto la tarea en su día.	Psicoeducación	5	Anexo IV y Anexo V
Modificar creencias que impiden la oscilación y mantiene en el afrontamiento a la pérdida.	Modificar cogniciones que mantiene la evitación de oscilar y elaborar la dimensión de afrontamiento a la restauración.	Terapia cognitiva	40	Anexo IV y Anexo V

Relajación de la actividad previa.	Reducir la carga cognitiva y emocional, para estar preparado para continuar con las actividades del día.	Técnica de relajación o respiración.	5	Anexo VIII o IX
Tarea	Redactar una lista de problemas o actividades que no se han realizado posterior a la pérdida.	-----	2	-----
Cierre	Resumir las actividades realizadas y lo aprendió, aclarar alguna duda y despedir al paciente.	-----	3	-----

Anexo XVII. Sesión 8

Objetivo general: Aprender soluciones eficaces y adaptativas a las problemáticas que se presentan posterior al fallecimiento del ser querido (aprender a cocinar, manejar, labores domésticas, trámites legales, etc.). Ajustar la vida cotidiana tras la pérdida del ser querido y continuar con la experiencia de vida.

Procedimiento/Actividad	Objetivo específico	Técnica/Terapia	Tiempo (min)	Materiales
Bienvenida	Introducirse al ambiente terapéutico, conocer a grandes rasgos como se encuentra física y psicológicamente la persona y algún suceso importante que ocurriera en la semana.	-----	5	-----
Psicoeducacion	Psicoeducar a la persona en el uso y aplicación del formato de solución de problemas.	Psicoeducacion	5	Anexo VII
Desarrollar habilidades y soluciones para las diferentes problemáticas	Mediante la lista problemáticas que se dejó la sesión anterior se buscan soluciones planificadas a los problemas o eventos relacionados con el fallecimiento y con las actividades que hacia la persona fallecida.	Terapia de solución de problemas	40	Anexo VII

Relajación de la actividad previa.	Reducir la carga cognitiva y emocional, para estar preparado para continuar con las actividades del día.	Técnica de imaginación	5	Anexo VIII o IX
Tarea	Pensar y escribir en las formas en las que cree que mantiene el vínculo con su ser querido y los problemas (si existen) que dichas formas le han generado.	-----	2	
Cierre	Resumir las actividades realizadas y lo aprendió, aclarar alguna duda y despedir al paciente.	-----	3	-----

Anexo XVIII. Sesión 9

Objetivo general: Modificar creencias que dificultan continuar adaptativamente con el vínculo con el ser querido fallecido y establecer formas adaptativas de continuar con el vínculo. Con ello ajustar la vida cotidiana tras la pérdida del ser querido y continuar con la experiencia de vida.

Procedimiento/Actividad	Objetivo específico	Técnica/Terapia	Tiempo (min)	Materiales
Bienvenida	Introducirse al ambiente terapéutico, conocer a grandes rasgos como se encuentra física y psicológicamente la	-----	5	-----

	persona y algún suceso importante que ocurriera en la semana.			
Modificar creencias relacionadas al vínculo	Mediante la lista que se dejó de tarea la sesión anterior y una vez focalizados las creencias que generen dificultades en el día a día, se modifican dichas cogniciones que mantienen la forma actual de continuar el vínculo con el ser querido fallecido.	Terapia cognitiva	25	Anexo IV y Anexo V
Desarrollar nuevas formas de incorporar el vínculo	Generar alternativas adaptativas de continuar con el vínculo con el ser querido, de forma que le permita interactuar con su entorno y no sea perjudicial a futuro.	Terapia de solución de problemas	20	Anexo VII
Relajación de la actividad previa.	Reducir la carga cognitiva y emocional, para estar preparado para continuar con las actividades del día.	Técnica de imaginación	5	Anexo VIII
Tarea	Realizar una lista de actividades placenteras que realizaba antes de la pérdida.	-----	2	-----
Cierre	Resumir las actividades realizadas y lo aprendió, aclarar alguna duda y despedir al paciente.	-----	3	-----

Anexo XIX. Sesión 10

Objetivo general: Aprender soluciones eficaces y adaptativas a las problemáticas que se presentan posterior al fallecimiento del ser querido. Además, ajustar la vida cotidiana tras la pérdida del ser querido, mediante actividades placenteras/recreativas y continuar con la experiencia de vida.

Procedimiento/Actividad	Objetivo específico	Técnica/Terapia	Tiempo (min)	Materiales
Bienvenida	Introducirse al ambiente terapéutico, conocer a grandes rasgos como se encuentra física y psicológicamente la persona y algún suceso importante que ocurriera en la semana.	-----	5	-----
Generar herramientas para afrontar los cambios en su vida	Aprender conductas para adaptarse de forma adecuada a los cambios que tiene en su vida día posterior a la pérdida de su ser querido.	Terapia de solución de problemas	40	Anexo VII
Actividad placentera	Afrontar el realizar actividades placenteras (utilizando la lista de tarea) sin su ser querido y tener un espacio en su vida para realizar actividades que disminuya el	Exposición	10	Material audiovisual que resulte agradable a la

	estrés y promueva la distracción de las actividades terapéuticas			persona. Rompecabezas Juego de mesa Colores
Tarea	Realizar durante 3 días una actividad placentera. Escribir una lista de situaciones en donde detecte emociones desbordantes o pensamientos automáticos que difieren a lo trabajado en las sesiones anteriores.	-----	3	-----
Cierre	Resumir las actividades realizadas y lo aprendió, aclarar alguna duda y despedir al paciente.	-----	3	-----

Anexo XX. Sesión 11

Objetivo general: Desarrollar estrategias adaptativas para afrontar y regular las emociones desbordantes o que produzcan malestar que están relacionadas a la pérdida del ser querido. Ajustar la vida cotidiana tras la pérdida del ser querido y continuar con la experiencia de vida.

Procedimiento/Actividad	Objetivo específico	Técnica/Terapia	Tiempo (min)	Materiales
Bienvenida	Introducirse al ambiente terapéutico, conocer a grandes rasgos como se encuentra física y psicológicamente la persona y algún suceso importante que ocurriera en la semana.	-----	5	-----
Modificar creencias restantes	Modificar cogniciones no adaptativas que aún se presenten en situaciones específicas que se obtiene gracias a la lista de tarea de la sesión pasada, focalizando a cogniciones ligadas a emociones desbordantes.	Terapia cognitiva	15	Anexo IV y Anexo V
Generar herramientas para manejar emociones desbordantes	Aprender formas adaptativas de regular las emociones que resulten desbordantes.	Terapia de solución de problemas.	15	

Actividad placentera	Afrontar el realizar actividades placenteras sin su ser querido y generar un espacio en su viuda para realizar actividades que disminuya el estrés y promueva la distracción de las actividades terapéuticas.	Exposición	5	Material audiovisual que resulte agradable a la persona. Rompecabezas Juego de mesa Colores
Post test	Evaluar las conductas, emociones y pensamientos actuales del paciente, así como medir los cambios que ha tenido la persona de forma objetiva.	-----	15	Instrumentos psicométricos.
Tarea	Practicar todas las herramientas adquiridas y detectar alguna creencia que no sea adaptativa.	-----	2	Anexo IV, V Y VII
Cierre	Resumir las actividades realizadas y lo aprendió, aclarar alguna duda y despedir al paciente.	-----	3	-----

Anexo XXI. Sesión 12

Objetivo general: Ajustar la vida cotidiana tras la pérdida del ser querido y continuar con la experiencia de vida.

Procedimiento/Actividad	Objetivo específico	Técnica/Terapia	Tiempo (min)	Materiales
Bienvenida	Introducirse al ambiente terapéutico, conocer a grandes rasgos como se encuentra física y psicológicamente la persona y algún suceso importante que ocurriera en la semana.	-----	5	-----
Desarrollar soluciones a problemas no vinculados a la pérdida	Aprender soluciones adaptativas a problemáticas que no estén relacionadas a la pérdida pero que surjan en su vida diaria (obtenidos de la tarea de la sesión anterior).	Terapia de solución de problemas	20	Anexo VII
Mantenimiento de habilidades y creencias aprendidas	Recordar, reforzar y continuar practicando las herramientas, nuevas conductas y creencias aprendidas en las sesiones	Terapia de solución de problemas Terapia cognitiva	20	Anexos IV, V, VII

Devolución de resultados	Presentar la información del pos test, y mostrarle la comparación con los anteriores puntajes, para observar el cambio que ha tenido.	-----	5	Presentación
Despedida	Resumir las actividades realizadas y lo aprendió, agendar sesión de seguimiento y despedir al paciente de forma simbólica de la intervención mediante un alimento.	10	5	Alimentos
Cierre	Resumir las actividades realizadas y lo aprendió, aclarar alguna duda y despedir al paciente.	-----	5	-----

Sesiones de intervención para duelo complicado como síndrome de orientación a la restauración

Anexo XXII. Sesión 1

Objetivo general: Psicoeducar en cuanto al servicio de psicoterapia que se brindara (número de sesiones), el tratamiento a seguir, el modelo en el que se basa el tratamiento y en qué “lugar” de dicho modelo se encuentra, explicando así, como se conceptualiza el duelo complicado, además se psicoeduca en la terapia cognitiva y en la terapia de solución de problemas en sus postulados y como se relaciona con el duelo complicado.

Procedimiento/Actividad	Objetivo específico	Técnica/Terapia	Tiempo (min)	Materiales
Bienvenida, presentación del servicio y rapport	Presentar el servicio de psicoterapia, encuadre, duración, frecuencia y horario de cada sesión, realizar rapport y establecer los objetivos de la sesión.	-----	10	-----
Devolución de resultados	Informar los resultados de las pruebas psicométricas, así como su interpretación y como dichos resultados, en conjunto a la entrevista, indican que la persona experimenta un duelo complicado y la inclinación a cierto síndrome, en este caso orientado a la restauración.	-----	10	Presentación con los resultados

Psicoeducación del modelo	Psicoeducar en el Modelo de Procesamiento Dual de Afrontamiento para el Duelo para afrontar la pérdida y la conceptualización de duelo complicado como síndrome de orientación.	Psicoeducación	5	Anexo II
Ubicación del paciente en el modelo de duelo y ubicando	Mostar en que “lugar” del duelo complicado se localiza, y como se espera que la intervención lleve a la oscilación, para con ello continuar con la experiencia de la vida, con nuevas cogniciones y conductas, además de diferentes formas de manejar las emociones y desarrollarse en las diferentes áreas de su vida.	-----	5	Anexo III
Psicoeducar en la terapia cognitiva y terapia de solución de problemas	Psicoeducar sobre que es la terapia cognitiva y la terapia de solución de problemas, en que se basan, sus postulados principales, la relación con el duelo complicado y como serán utilizado en las próximas sesiones.	Psicoeducación	15	-----

Psicoeducación del tratamiento	Psicoeducar en las sesiones de intervención y los objetivos generales de estas.	-----	10	-----
Tarea	Intentar acercarse al dolor de la pérdida mediante fotografías o recordar al ser querido, y redactar una lista de pensamientos que surgen al realizar esta tarea.	-----	3	-----
Cierre	Resumir las actividades realizadas y lo aprendió, aclarar alguna duda y despedir al paciente.	-----	2	-----

Anexo XXIII. Sesión 2

Objetivo general: Modificar creencias que impiden realizar actividades relacionadas con el fallecimiento del ser querido (hablar del ser querido, llorar por el fallecido, ver fotografías, recordar al ser querido, etc.). Comenzar el proceso de oscilación con la otra dimensión.

Procedimiento/Actividad	Objetivo específico	Técnica/Terapia	Tiempo (min)	Materiales
Bienvenida	Introducirse al ambiente terapéutico, conocer a grandes rasgos como se encuentra física y psicológicamente la persona y algún suceso importante que ocurriera en la semana	-----	5	-----

Psicoeducacion	Psicoeducar a la persona en el uso y aplicación del registro de pensamientos automáticos y el diagrama de conceptualización cognitiva.	Psicoeducacion	5	Anexo IV y Anexo V
Modificar distorsiones cognitivas de las dificultades de realizar actividades relacionadas a afrontar la pérdida del ser querido	Mediante la lista que se dejó de tarea la sesión pasada y una vez localizados los pensamientos a modificar, se trabaja con dichos pensamientos automáticos que eviten realizar el afrontamiento a la pérdida	Terapia cognitiva	40	Anexo IV y Anexo V
Descansar de la actividad previa.	Reducir la carga cognitiva y emocional, para de esta forma estar preparado para continuar con las actividades del día.	Técnica de relajación o respiración	5	Anexo VIII o Anexo IX
Tarea	Continuar con los formatos de registro de pensamiento y diagrama de conceptualización con cogniciones que aparezcan al recordar a su ser querido, tratando de desarrollar o encontrar las creencias intermedias.	-----	2	Anexo IV y Anexo V

Cierre	Resumir las actividades realizadas y lo aprendió, aclarar alguna duda y despedir al paciente.	-----	3	-----
--------	---	-------	---	-------

Anexo XXIV. Sesión 3

Objetivo general: Modificar las creencias que mantienen la evitación de confrontar de la realidad del fallecimiento del ser querido.

Continuar con el proceso de oscilación

Procedimiento/Actividad	Objetivo específico	Técnica/Terapia	Tiempo (min)	Materiales
Bienvenida	Introducirse al ambiente terapéutico, conocer a grandes rasgos como se encuentra física y psicológicamente la persona y algún suceso importante que ocurriera en la semana.	-----	5	-----
Modificar creencias centrales e intermedias que mantienen la evitación	Modificar las cogniciones que mantienen la evitación a afrontar la realidad de la pérdida y la pérdida del ser querido en sí misma.	Terapia cognitiva	45	Anexo IV y Anexo V

Descansar de la actividad previa.	Reducir la carga cognitiva y emocional, para de esta forma estar preparado para continuar con las actividades del día.	Técnica de relajación o respiración	5	Anexo VIII o Anexo IX
Tarea	Llevar a la siguiente sesión copias de fotografías de su ser querido, de momentos que sean importantes juntos y fotografías de objetos que le recuerden a su ser querido.	-----	2	-----
Cierre	Resumir las actividades realizadas y lo aprendió, aclarar alguna duda y despedir al paciente.	-----	3	-----

Anexo XXV. Sesión 4

Objetivo general: Expresar el fallecimiento del ser querido, las emociones y pensamientos vinculadas a ello, además de comenzar a aceptar la realidad de la pérdida.

Procedimiento/Actividad	Objetivo específico	Técnica/Terapia	Tiempo (min)	Materiales
Bienvenida	Introducirse al ambiente terapéutico, conocer a grandes rasgos como se encuentra física y psicológicamente la persona y algún suceso importante que ocurriera en la semana	-----	5	-----
Expresión emocional Observar fotografías del ser querido u objetos del ser querido y narrar sobre el ser querido, las actividades que realizaba, eventos que vivieron juntos, etc. La mayor	Evocar recuerdos del ser querido de forma gradual y comenzar el afrontamiento a la pérdida.	Exposición	45	Fotografías del ser querido y de objetos del ser querido. Hojas de papel Lápiz Pluma

cantidad de información que se proporcione sobre la vida del ser querido, intentando rescatar eventos positivos como negativos. Resumiendo la vida de la persona y lo que significaba para la persona.				
Relajación de la actividad previa.	Reducir la carga cognitiva y emocional, para estar preparado para continuar con las actividades del día.	Técnica de relajación o respiración	5	Anexo VIII o Anexo IX
Tarea	Llevar a la siguiente sesión de nuevo las fotografías.	-----	2	-----
Cierre	Resumir las actividades realizadas y lo aprendió, aclarar alguna duda y despedir al paciente.	-----	3	-----

Anexo XXVI. Sesión 5

Objetivo general: Expresar el fallecimiento del ser querido, las emociones y pensamientos vinculadas a ello, además aceptar y procesar la realidad de la pérdida.

Procedimiento/Actividad	Objetivo específico	Técnica/Terapia	Tiempo (min)	Materiales
Bienvenida	Introducirse al ambiente terapéutico, conocer a grandes rasgos como se encuentra física y psicológicamente la persona y algún suceso importante que ocurriera en la semana	-----	5	-----
Expresión emocional Narrar de forma escrita u oral la pérdida del ser querido, las circunstancias de muerte, los sucesos asociados al fallecimiento y lo que la muerte del ser querido significa para la persona.	Afrontar la realidad de la pérdida al expresar verbal o por escrito los sucesos asociados al fallecimiento y del fallecimiento en sí mismo.	Expresión emocional oral o verbal	45	Fotografías del ser querido y de objetos cercanos Hojas blancas Lápiz Pluma Colores

Relajación de la actividad previa.	Reducir la carga cognitiva y emocional, para estar preparado para continuar con las actividades del día.	Técnica de relajación o respiración	5	Anexo VIII o Anexo IX
Tarea	Realizar una lista de consecuencias positivas y negativos de la pérdida (si no encuentra positivas, se deja para la próxima sesión).	-----	2	-----
Cierre	Resumir las actividades realizadas y lo aprendió, aclarar alguna duda y despedir al paciente.	-----	3	-----

Anexo XXVII. Sesión 6

Objetivo general: Expresar el fallecimiento del ser querido, las emociones y pensamientos vinculadas a ello y trabajar en aceptar y procesar la realidad de la pérdida.

Procedimiento/Actividad	Objetivo específico	Técnica/Terapia	Tiempo (min)	Materiales
Bienvenida	Introducirse al ambiente terapéutico, conocer a grandes rasgos como se encuentra física y psicológicamente la persona y algún suceso importante que ocurriera en la semana	-----	5	-----
Expresión emocional mediante un dialogo imaginario con el fallecido, guiado por el terapeuta.	Expresar las ideas, pensamientos, emociones y situaciones que la persona considere que no le ha dicho a su ser querido e imaginar las respuestas más favorables, haciendo énfasis en las situación es que considera que le impiden continuar con la experiencia de vida.	Imaginería mental	25	-----

Relajación de la actividad previa.	Reducir la carga cognitiva y emocional, para estar preparado para continuar con las actividades del día.	Técnica de relajación o respiración	5	Anexo VIII o Anexo IX
Reconstrucción del sentido	Construir un sentido de la pérdida del ser querido positiva y negativa, llegando a un balance de ambos elementos (se utiliza la lista que se dejó de tarea).	Balance emocional	20	Hojas de papel Pluma Lápiz Colores Anexo VI
Tarea	Anotar problemáticas o dificultades que surjan al experimentar la dimensión de afrontamiento a la pérdida, como dificultades para encontrar un espacio para llorar la pérdida o sentimientos de culpa por no asistir al funeral.	-----	2	-----
Cierre	Resumir las actividades realizadas y lo aprendió, aclarar alguna duda y despedir al paciente.	-----	3	-----

Anexo XXVIII. Sesión 7

Objetivo general: Modificar creencias que mantengan la ausencia de oscilación. Aprender soluciones eficaces y adaptativas a las problemáticas que aparezcan posterior a la confrontación con la pérdida del ser querido y promover la oscilación.

Procedimiento/Actividad	Objetivo específico	Técnica/Terapia	Tiempo (min)	Materiales
Bienvenida	Introducirse al ambiente terapéutico, conocer a grandes rasgos como se encuentra física y psicológicamente la persona y algún suceso importante que ocurriera en la semana.	-----	5	-----
Modificar creencias sobre no centrarse únicamente en la pérdida	Modificar pensamientos y creencias sobre no centrarse únicamente en la pérdida, sino continuar realizando otras actividades (No enfrascarse en uno solo).	Terapia cognitiva	20	Anexo IV y Anexo V
Descansar de la actividad previa.	Reducir la carga cognitiva y emocional, para de esta forma estar preparado para continuar con las actividades del día.	Técnica de relajación o respiración	5	Anexo VIII o Anexo IX

Psicoeducacion	Psicoeducar a la persona en el uso y aplicación del formato de solución de problemas.	Psicoeducacion	5	Anexo VII
Buscar soluciones a problemáticas (orientadas a la restauración)	Gracias a la tarea de la sesión anterior se desarrollan soluciones planificadas a problemáticas que aparezcan posterior a la confrontación con el ser querido. (No haber asistido al funeral, realizar llamadas telefónicas a familiares, etc.)	Terapia solución de problemas	20	Anexo VII
Tarea	Escribir las formas en las que mantiene el vínculo con su ser querido y los problemas (si existen) que dichas formas le han generado.	-----	2	-----
Cierre	Resumir las actividades realizadas y lo aprendió, aclarar alguna duda y despedir al paciente.	-----	3	-----

Anexo XXIX. Sesión 8

Objetivo general: Modificar cogniciones que dificultan continuar adaptativamente con el vínculo con el ser querido fallecido y establecer formas adaptativas de continuar con el vínculo.

Procedimiento/Actividad	Objetivo específico	Técnica/Terapia	Tiempo (min)	Materiales
Bienvenida	Introducirse al ambiente terapéutico, conocer a grandes rasgos como se encuentra física y psicológicamente la persona y algún suceso importante que ocurriera en la semana	-----	5	-----
Modificar creencias	Modificar cogniciones relacionadas con la manera en que se establecía el vínculo con el querido y buscar nuevas formas más adaptivas de acuerdo a lo trabajado de incorporar el vínculo con la persona fallecida a la vida actual.	Terapia cognitiva	25	Anexo IV y Anexo V
Descansar de la actividad previa.	Reducir la carga cognitiva y emocional, para de esta forma estar preparado para continuar con las actividades del día.	Técnica de relajación o respiración	5	Anexo VIII o Anexo IX

Establecer estrategias para incorporar el vínculo de forma adaptativa	Desarrollar estrategias para incorporar el vínculo con el ser querido, de forma que sea adaptativas e incorporen las nuevas creencias.	Terapia solución de problemas.	20	Anexo VII
Tarea	<p>Practicar el formato de pensamientos automáticos con pensamientos que aparezcan al interactuar con situaciones relacionadas con el ser querido.</p> <p>Redactar una lista de situaciones o problemáticas tanto antiguas como recientes que se vinculen con el ser querido</p>	-----	2	Anexo IV y Anexo V
Cierre	Resumir las actividades realizadas y lo aprendió, aclarar alguna duda y despedir al paciente.	-----	3	-----

Anexo XXX. Sesión 9

Objetivo general: Aprender soluciones eficaces y adaptativas a las problemáticas que se presentan posterior al fallecimiento del ser querido ya sean recientes (llamar a familiares, realizar “otro” funeral, ritos específicos) o que se evitaran por estar estrechamente relacionada al ser querido (Informar a la empresa donde trabaja, modificar testamento, sacar ropa vieja, organizar sus pertenencias, aprender a cocinar, tareas que hacia la persona fallecida, etc.).

Procedimiento/Actividad	Objetivo específico	Técnica/Terapia	Tiempo (min)	Materiales
Bienvenida	Introducirse al ambiente terapéutico, conocer a grandes rasgos como se encuentra física y psicológicamente la persona y algún suceso importante que ocurriera en la semana.	-----	5	-----
Aprender soluciones adaptativas a problemáticas (antiguas o nuevas)	Generar estrategias y soluciones para afrontar las problemáticas “nuevas” que surgieron posterior a afrontar la perdida, así como problemáticas que ya existían, pero se realizaron de forma errónea por estar estrechamente relacionadas con el ser querido y/o su	Terapia de Solución de Problemas	45	Anexo VII

	fallecimiento (Localizados gracias a la tarea de la sesión pasada).			
Descansar de la actividad previa.	Reducir la carga cognitiva y emocional, para de esta forma estar preparado para continuar con las actividades del día.	Técnica de imaginación	5	Anexo VIII
Tarea	Practicar la solución de problemas a los problemas relacionados con la pérdida del ser querido. Identificar situaciones donde aún le cueste trabajo expresar las emociones o sean desbordantes.	-----	2	Anexo VII
Cierre	Resumir las actividades realizadas y lo aprendió, aclarar alguna duda y despedir al paciente.	-----	3	-----

Anexo XXXI. Sesión 10

Objetivo general: Desarrollar estrategias adaptativas para afrontar y regular las emociones desbordantes o que produzcan malestar que están relacionadas a la pérdida del ser querido. (Darse tiempo para llorar la pérdida, sin juzgar el llanto; conversar con familiares y amigos del ser querido). Ajustar la vida cotidiana tras la pérdida del ser querido y continuar con la experiencia de vida.

Procedimiento/Actividad	Objetivo específico	Técnica/Terapia	Tiempo (min)	Materiales
Bienvenida	Introducirse al ambiente terapéutico, conocer a grandes rasgos como se encuentra física y psicológicamente la persona y algún suceso importante que ocurriera en la semana	-----	5	-----
Aprender herramientas para manejar emociones que aun sean desbordantes	Aprender formas de regulación emocional para aquellas que aun resulten abrumadoras o desbordantes, teniendo una respuesta adaptativa hacia ellas (Obtenidas de la tarea de la sesión anterior).	Terapia de solución de problemas	40	Anexo VIII

Realizar actividad que no esté relacionada a la perdida	Afrontar el realizar actividades placenteras sin su ser querido, tener un espacio en su vida para realizar actividades que disminuya el estrés y sea de disfrute personal, y promueva la distracción de las actividades terapéuticas	Exposición	10	Material audiovisual que resulte agradable a la persona. Rompecabezas Juego de mesa Colores
Tarea	Identificar situaciones o problemas en las áreas de su vida que requieran atención posterior a la perdida.	-----	2	-----
Cierre	Resumir las actividades realizadas y lo aprendió, aclarar alguna duda y despedir al paciente.	-----	3	-----

Anexo XXXII. Sesión 11

Objetivo general: Aprender soluciones eficaces y adaptativas a las problemáticas que se presentan posterior al fallecimiento del ser querido, oscilar entre las dos dimensiones del modelo y ajustar la vida cotidiana tras la pérdida del ser querido y continuar con la experiencia de vida.

Procedimiento/Actividad	Objetivo específico	Técnica/Terapia	Tiempo (min)	Materiales
Bienvenida	Introducirse al ambiente terapéutico, conocer a grandes rasgos como se encuentra física y psicológicamente la persona y algún suceso importante que ocurriera en la semana	-----	5	-----
Aprender nuevas formas de adaptarse a los cambios una vez afrontada la pérdida e incorporarla a la vida cotidiana	Aprender nuevas formas de adaptarse a los cambios que la pérdida trajo consigo (desarrollar una nueva identidad con los amigos, compartir la noticia con compañeros de trabajo en dado de caso de no hacerlo por no afrontar la pérdida, etc.).	Terapia de solución de problemas	30	Anexo VII

Realizar actividad que no esté relacionada a la perdida	Afrontar el realizar actividades placenteras sin su ser querido, tener un espacio en su vida para realizar actividades que disminuya el estrés y sea de disfrute personal, y promueva la distracción de realizar actividades terapéuticas	Exposición	5	audiovisual Material audiovisual que resulte agradable a la persona. Rompecabezas Juego de mesa Colores
Post test	Evaluar las conductas, emociones y pensamientos actuales del paciente, así como medir los cambios que ha tenido la persona de forma objetiva.	-----	15	Instrumentos psicométricos
Tarea	Practicar todas las herramientas adquiridas y detectar alguna creencia que no sea adaptativa	-----	2	Anexo IV, V Y VII
Cierre	Resumir las actividades realizadas y lo aprendió, aclarar alguna duda y despedir al paciente.	-----	3	-----

Anexo XXXIII. Sesión 12

Objetivo general: Ajustar la vida cotidiana tras la pérdida del ser querido y continuar con la experiencia de vida.

Procedimiento/Actividad	Objetivo específico	Técnica/Terapia	Tiempo (min)	Materiales
Bienvenida	Introducirse al ambiente terapéutico, conocer a grandes rasgos como se encuentra física y psicológicamente la persona y algún suceso importante que ocurriera en la semana.	-----	5	-----
Desarrollar estrategias	Continuar desarrollando las estrategias emocionales para afrontar la pérdida en aquellas situaciones que aun sean desbordantes.	Terapia de solución de problemas	20	Anexo VII
Mantenimiento de habilidades y creencias aprendidas	Recordar, reforzar y continuar practicando las herramientas, nuevas conductas y creencias aprendidas en las sesiones	Terapia de solución de problemas Terapia cognitiva	20	Anexos IV, V, VII

Devolución de resultados	Presentar la información del postest, y mostrarle la comparación con los anteriores puntajes, para observar el cambio que ha tenido.	-----	5	Presentación
Despedida/Cierre	Resumir las actividades realizadas y lo aprendió, agendar sesión de seguimiento y despedir al paciente de forma simbólica de la intervención mediante un alimento.	-----	5	Alimento
Cierre	Resumir las actividades realizadas y lo aprendió, aclarar alguna duda y despedir al paciente.	-----	5	-----