



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**MANEJO DEL DUELO DURANTE LA ADOLESCENCIA A TRAVÉS
DE LA ATENCIÓN PLENA**

TESIS

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA**

**PRESENTA:
AYLIN SÁNCHEZ CORTÉS**

MTRA. KARINA BEATRIZ TORRES MALDONADO



CIUDAD UNIVERSITARIA, CDMX 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.

ÍNDICE

AGRADECIMIENTOS

INTRODUCCIÓN

CAPÍTULO I

Duelo

Definiciones

Modelos para estudiar el duelo

Formas de evaluar el duelo

Duelo en la adolescencia

Depresión en adolescentes

Epidemiología

Intervenciones

Intervención en grupos

Programas de prevención en México

CAPÍTULO II

Antecedentes de la Terapia basada en Atención Plena

Primera generación

Segunda generación

Tercera generación

Atención plena

Aspectos y componentes de la atención plena

Evidencia de la eficacia

Atención plena en adolescentes

Atención plena en el tratamiento del duelo y la pérdida

CAPITULO III

Método

Planteamiento del problema y justificación

Objetivo general

Variables

Descripción del taller “Construyendo mi futuro abrazando el pasado”

Instrumentos

Estrategia o procedimiento

Cartas Descriptivas

Conclusiones

Referencias

Anexos

AGRADECIMIENTOS

A mis padres, Sylvia y Pedro, y a mi hermana mayor Zaira, los cuales son la base de mi existencia. A mis sobrinas y sobrinos que me alegran el corazón con su inocencia y risas. Y al resto de mi familia que presencié mi crecimiento desde el día uno.

A mis amigas y amigos más cercanos, que han sido parte de este proceso con risas y tristezas. A mi compañero de vida, Jorge, el soporte amoroso más cálido.

A mis profesoras de la Facultad de Psicología, profesionistas admirables y ejemplos a seguir.

Y sobre todo a mis seres queridos que ya no están en esta vida pero que me acompañaran por el resto de la mía. Erick García, joven amigo, Paz Rivera y Ángela Magaña, abuelas únicas, Sebastián, compañero felino, Diego, amistad de la infancia, Manuel Cortés, tío entrañable. Nos volveremos a ver.

Para todos ustedes, gracias.

INTRODUCCIÓN

En algún punto de nuestras vidas, todos los seres humanos pasamos por un proceso de duelo o pérdida. Ya sea la muerte de un ser querido, el divorcio de los padres, la separación de un vínculo cercano, el abandono de un hogar o país, o la pérdida de la salud física, todos pueden llegar a provocar un sentimiento profundo de pérdida y tristeza. Los sentimientos que provoca la pérdida suelen ser abrumantes, y depende de nuestra historia de vida la manera en la que la enfrentamos.

Normalmente la aparición de síntomas emocionales, cognitivos, conductuales y fisiológicos displacenteros disminuyen su intensidad a medida que se asimila la muerte y los cambios que trae consigo. Sin embargo, existen casos en los que las personas experimentan estos síntomas de manera sostenida en el tiempo después de la pérdida, a lo que en la literatura científica se le ha llamado duelo complicado.

Es posible que una pérdida se convierta en un duelo complicado cuando se viven dificultades económicas o situación de desempleo, aunado a la existencia de comorbilidad con trastornos mentales o toma de medicación psiquiátrica, entre otras circunstancias (Parro-Jiménez et al., 2021).

De acuerdo con lo encontrado en Monroy y Amador (2018), las personas con duelo complicado pueden presentar deseos de muerte como una aspiración para encontrarse con sus seres queridos o liberarse del malestar que les provoca la pérdida, o bien de los sentimientos de soledad que dificultan la socialización de los dolientes.

En apoyo al comentario anterior, la investigación de Rodríguez-Álvaro (2019), muestra que el duelo complicado tiene impacto en la salud física y mental a corto, mediano y largo plazo, lo cual se refleja en la presencia de dolor precordial, infartos, desequilibrio nutricional, pensamiento suicida, depresión, ansiedad e insomnio, estos síntomas pueden variar de acuerdo con la edad cronológica del doliente.

En nuestro contexto social actual y desde mayo del año 2020 en nuestro país, observamos un gran número de muertes causadas por el virus COVID-19. Hasta abril del año 2022 se reportaron 5 millones 739 mil 680 casos totales y 324 mil 334 defunciones por el coronavirus en México, lo que incluye muertes causadas directamente por el virus, complicaciones médicas agravadas e interrupción de la atención médica derivada de la pandemia (Organización Mundial de la Salud, 2022). La Organización Mundial de la Salud estima que las cifras de mortalidad reportadas por el gobierno de cada país son imprecisas y suman más del doble de las cifras oficiales individuales de cada país, sumando en total 15 millones de muertes causadas directamente por el virus COVID-19, ya que muchos países en la práctica no registraron las muertes durante la pandemia con causa del virus, sino por otras razones.

Aun cuando las cifras no sean exactas, es indudable que el virus ha impactado en la vida de miles de familias con la pérdida de un ser querido. Cada una de estas familias tuvo que pasar por momentos difíciles debido al impedimento de ver el cuerpo de la persona fallecida, la incertidumbre, falta de apoyo social, prohibición de rituales fúnebres y el aislamiento, además de vivir con síntomas propios o secuelas en la salud física. En el análisis de Sánchez (2020) se comprueba que el duelo durante la pandemia es entorpecido debido a la falta de percepción visual, auditiva y táctil que acompaña a la muerte, así como la ausencia del grupo inmediato. Es así como el duelo en el contexto actual se asemeja al duelo por un desaparecido, provocando la sensación de irrealidad, ambigüedad e incredulidad, lo que impide formar la representación mental de la muerte como algo irreversible e incluso llega a congelar o retardar el duelo.

Anunciar el fallecimiento de un ser querido es una labor complicada, más aún si se trata de explicárselo a niños, niñas y adolescentes (NNA). La comprensión de la muerte dependerá de la etapa del desarrollo en que se encuentren y al final debe generar

el aprendizaje de los cuatro conceptos base de la muerte: universalidad e inevitabilidad, irreversibilidad, no funcionalidad y la causalidad física. En el caso de la adolescencia, el desarrollo de un pensamiento abstracto facilita la comprensión de estas cuatro características de la muerte, sin embargo, el sentimiento de independencia común en esta etapa puede provocar que los adolescentes manifiesten más conductas de riesgo de lo esperado o por el contrario tomen una actitud adulta y madura, que les impide demostrar sentimientos de tristeza y pérdida (Ortiz, 2021).

Por lo general, las pérdidas durante la adolescencia suelen ser complicadas, ya que están atravesadas por el proceso de maduración y crecimiento emocional. Es muy importante prestar completa atención a una pérdida durante la adolescencia, puesto que los duelos no resueltos durante la infancia y esta etapa suelen traer consecuencias durante la adultez (Fonseca-Pedrero et al., 2019) por ejemplo, trastornos del estado de ánimo como la depresión.

De acuerdo con la Organización Panamericana de la Salud (2017), durante el 2015 el número de personas con depresión superaba los 300 millones, lo que equivale al 4,4% de la población mundial. Este trastorno se caracteriza por la presencia de tristeza profunda, falta de interés en actividades que anteriormente causaban placer, baja autoestima, sentimiento de culpa, distorsión del sueño y del apetito, fatiga extrema y disminución de la concentración y memoria, puede llegar a ser recurrente o crónico, lo que significa que las personas pueden vivirlo durante 6 meses o años de su vida.

Esta misma organización destaca que este trastorno representa la cuarta causa de discapacidad en vida saludable a nivel mundial y en México ocupa el primer lugar en la misma categoría en mujeres y el noveno en hombres. Así mismo, se estima que una de cada cinco personas sufrirá depresión antes de los 75 años, siendo la población más joven la de mayor riesgo.

Con base en lo anterior, el proceso de duelo no elaborado o que llegue a convertirse en complicado y tenga como consecuencia trastornos como la depresión, puede definirse como un problema de salud pública de urgente atención. De acuerdo con Parro-Jiménez et al. (2021), el apoyo social, el uso de estrategias de afrontamiento, el empleo de actividades agradables y la trascendencia o espiritualidad son los factores de protección más influyentes contra el duelo complicado.

Existen diversos tratamientos para el duelo complicado y sus consecuencias, incluso a nivel preventivo. Dentro de las distintas intervenciones se cuentan con las terapias cognitivo-conductuales (TCC) de tercera generación que proponen un replanteamiento de la psicología clínica en cuanto a evaluación, psicopatología y tratamiento. Dentro de sus principios básicos se encuentra el abandono de la lucha contra los síntomas y se asume una postura de cambio funcional y contextual. Una de estas terapias es la Terapia basada en Atención Plena o Mindfulness, que tiene como objetivo entrenar a la mente con el fin de aliviar la angustia, el miedo y los pensamientos obsesivos (Alonso-Llácer, et al. 2020). Los mecanismos de acción de la atención plena se ponen en marcha mediante técnicas de meditación y relajación budistas, las cuales durante los últimos años han sido adaptadas para la población con problemas de salud física y mental.

Debido a la creciente convergencia entre los modelos orientales (budistas) y los occidentales, la investigación de Park y Wada (2009) señala que las TCC de tercera generación basadas en la filosofía budista son una alternativa viable para el tratamiento del duelo y la pérdida.

Con base en la información presentada, sabemos que es importante acompañar un duelo o pérdida durante la adolescencia, ya que es en esta etapa en donde suelen iniciar los problemas de salud mental y emocional. Además, así como la salud mental,

el duelo suele ser un tema tabú en nuestra sociedad, por lo que no existe la motivación de buscar ayuda al momento de presentar síntomas emocionales que provocan una pérdida en la calidad de vida de los dolientes.

Es por ello que el objetivo de este trabajo es diseñar una propuesta de taller basada en la atención plena para adolescentes que atraviesan un proceso de duelo, que tenga como finalidad superar las pérdidas y promover una mejor calidad de vida. Este taller no requiere de financiamiento económico excesivo o un espacio controlado para su aplicación, lo que lo convierte en una alternativa viable para ser llevado a los grupos focales que lo necesiten.

CAPÍTULO I

Duelo

El duelo es un proceso psicosocial natural que se experimenta inmediatamente después de que existe una pérdida (Martínez, 2015) según Hernández y Navarrete (2009), el duelo se experimenta cuando hay una separación entre personas o a su vez ante la ausencia de algo, no solo se vive un duelo por la muerte de un ser querido, sino también por un divorcio, separación conyugal, la pérdida de un trabajo, una mudanza, una enfermedad o una graduación escolar (Park y Wada, 2009).

Durante este proceso de duelo se presentan conductas más o menos típicas entre las personas que lo padecen. En un duelo normal o no complicado se pueden observar una serie de comportamientos típicos que pueden clasificarse en cuatro categorías generales según Worden (2010): emociones, sensaciones físicas, cogniciones y conductas.

- 1) Las emociones más comunes presentes durante el duelo suelen ser tristeza, angustia, apatía, soledad, abandono, impotencia, ira, enojo, entre otras. Para Paul Ekman (2004), las emociones son reacciones del Sistema Nervioso Autónomo,

las cuales menciona como básicas cuyo acrónimo es MATEAS (Miedo, Alegría, Tristeza, Asco y Sorpresa): estas reacciones que al inicio de la vida son totalmente innatas, con el paso del tiempo, el desarrollo y la interacción social, se ven condicionadas por el contexto social.

- 2) En cuanto a las sensaciones físicas se encuentran una serie de síntomas como vacío o dolor en el estómago, boca seca, presión en el tórax o garganta, falta de aire, taquicardia, hipersensibilidad al ruido, falta de energía o cansancio, etc.
- 3) Por otro lado, las cogniciones más frecuentes incluyen incredulidad, confusión, preocupación, rumiaciones, pensamientos e imágenes recurrentes, alucinaciones visuales o auditivas, dificultades de atención, concentración y memoria.
- 4) Referente a las conductas se observan alteraciones del sueño y/o alimentación, aislamiento social, llanto y suspiros frecuentes, atesoramiento de objetos, hiper o hipo actividad, evitación de recordatorios del ser ausente o por el contrario visitas recurrentes a lugares que el ser querido frecuentaba, conversaciones imaginarias con la persona ausente, etc. La evitación experiencial es la acción de evitar frecuentar lugares que al doliente le recuerden a la persona perdida, lo que provoca que las personas eludan pensamientos traumáticos acerca de la pérdida. En consecuencia, se obstaculiza el proceso normal de duelo lo que impide resolver la pérdida de manera adecuada, ocasionando una serie de malestares psicoemocionales en las personas llamado duelo complicado.

El Trastorno de duelo complejo persistente (TDCP) o duelo complicado se ha incluido en el DSM 5 (American Psychiatric Association, 2014) en la sección 309.89 (F43.8), otros trastornos relacionados con traumas y estrés especificado, este trastorno “se caracteriza por la pena intensa y persistente y por reacciones de luto” (p. 289). Se debe considerar un tiempo de por lo menos un año con los siguientes síntomas para

diagnosticar un duelo complicado (American Psychiatric Association, 2014, como se citó en Monroy y Amador, 2018): tristeza o nostalgia severa, incapacidad de aceptar la pérdida, disminución del autoconcepto o la imagen propia y sentido de identidad. Lo anterior puede verse reflejado en el deseo intenso de seguir en contacto con los objetos pertenecientes a la persona perdida, la presencia de desesperanza, culpa o deseos de hacerse cargo de responsabilidades que no le competen a la persona en duelo (Monroy y Amador, 2018).

Definiciones

La palabra duelo proviene del latín medieval *duellum* que quiere decir guerra o combate, y del latín tardío *dolus* que significa dolor (Real Academia Española, s.f., definición 1). Es lo que se experimenta a partir de la pérdida o separación de una persona, lugar o cosa. Por otra parte la palabra pérdida proviene del latín tardío *perdita* y significa una carencia o privación de lo que se poseía.

Una de las primeras definiciones reconocidas del duelo fue la del médico psiquiatra Sigmund Freud en su trabajo titulado Duelo y melancolía, publicado en el año de 1915. Freud (citado en Dávila, 2008) describe al duelo como la reacción que existe a partir de la pérdida de un objeto amado, ya sea una persona o alguna abstracción como la libertad, la tranquilidad, etc. Recalca el hecho de que lo perdido puede ser algo material o también algo intangible.

Tizón (2004) entiende por duelo “El conjunto de fenómenos que se ponen en marcha tras la pérdida” (p. 20) no sólo los fenómenos psicológicos sino también psicosociales, antropológicos, sociales e incluso económicos. Para el autor es importante especificar que los procesos de duelo se refieren al conjunto de emociones, cogniciones y conductas relacionadas con la pérdida afectiva. Entendiendo al objeto de

duelo como el ser o representación mental que desate dicho proceso, puede ser una persona o un objeto inanimado.

Para Worden (2010) el duelo significa ‘‘la experiencia de quien ha perdido a un ser querido por la muerte. Se compone de pensamientos, sentimientos, comportamientos y cambios fisiológicos que varían en patrón e intensidad a lo largo del tiempo’’ (p. 18).

Por otra parte, desde la perspectiva constructivista de Niemeyer et al. (2009), se define al duelo como un proceso de reconstrucción de un mundo de significados que se ha puesto a prueba por la pérdida. Es decir, la pérdida que se experimente puede desafiar la validez de las creencias fundamentales de las personas y el sentido amplio de uno mismo. Por ejemplo, las muertes violentas provocan que se perciba al mundo como peligroso, impredecible o injusto, así como evocar a las personas la mortalidad humana e incluso una vida después de la muerte. En concreto, estas percepciones no eran consideradas antes de la pérdida por lo que la narrativa de la vida se pone en cuestión. Esta concepción teórica del duelo permite otorgarles a los dolientes las herramientas para fomentar la creación de una narrativa coherente que les ayude a integrar la realidad de la pérdida y generar nuevas alternativas para continuar su vida.

- Dentro de las definiciones más actualizadas, se encuentra la de Stroebe, Schut y Boerner (2017), quienes desde la tercera generación cognitivo/conductual, describen al duelo como una experiencia emocional que conlleva una serie de reacciones psicológicas, cognitivas/conductuales, sociales y físicas que la persona en duelo puede experimentar como resultado de la muerte de un ser querido. Es el trabajo de duelo al que se le atribuye el proceso cognitivo y emocional de confrontar la pérdida, repasando los eventos traumáticos a través de los recuerdos, el objetivo es el desapego del ser u objetivo perdido. Debido a la gravedad en la que una persona con duelo complicado puede encontrarse, a lo

largo de los años las corrientes psicológicas se han dado a la tarea de crear diversos modelos para estudiar este proceso psicológico.

Modelos para estudiar el duelo

Los primeros modelos para estudiar el duelo fueron basados en observaciones clínicas o de casos particulares, centrando la atención en el *trabajo de duelo*, un concepto utilizado para nombrar la serie de etapas o estadios por los que las personas tienen que pasar para superar su pérdida (Corona, Cruz y Reyes, 2017).

Una de las primeras investigaciones acerca del duelo fue la clasificación por etapas de Elisabeth Kübler realizada en 1969, quien postuló una división en cinco etapas del duelo: negación, ira, negociación, depresión y aceptación.

De acuerdo con Kübler (2019), durante la negación las personas no aceptan el hecho de haber perdido algo, se pierde el contacto con la realidad y se adopta una actitud de evitación y represión, funciona como mecanismo de defensa que ayuda a mitigar una noticia dolorosa y en la mayoría de los casos es temporal. La segunda fase es la ira, en donde se experimentan sentimientos de rabia, envidia, ira y resentimiento, es una etapa complicada para la familia y cuidadores debido al desplazamiento azaroso de estas emociones hacia quienes les rodean. En la negociación se buscan soluciones alternativas que den esperanza en un intento por posponer la inminente la muerte. En algunos casos se abandonan las conductas autodestructivas y se comprometen a cooperar con su recuperación. Posteriormente en la depresión los sentimientos son de dolor y resignación por lo que las personas pueden abandonar el tratamiento o las esperanzas. En cuanto se aceptan estas pérdidas inminentes las personas pasan a un estado de aceptación, conocida como la última etapa, significa un reconocimiento de la enfermedad o realidad, no se busca culpabilizar a los otros ni adoptar una posición de

derrota, se asume la responsabilidad de la pérdida y se toma una actitud de supervivencia.

Como lo resaltan Corona, Cruz y Reyes (2017), la teoría de Kübler está basada en la separación de conductas normales y conductas patológicas o complejas, lo que implica una serie de conductas esperadas para cada etapa. Principalmente este modelo fue utilizado para describir el proceso psicoemocional de las personas con enfermedades terminales, por lo tanto, era un modelo limitado a estas condiciones particulares, aunque con el paso del tiempo ha sido retomado y adaptado para explicar el proceso de duelo de las personas que han perdido algo o a alguien, esto puede deberse al lenguaje explicativo que utiliza y la sencillez del modelo mismo.

Por otra parte, el modelo de Worden (2010) está basado en el concepto de tareas, que implica dejar a un lado la pasividad de las fases o etapas e involucrar al doliente en su proceso de recuperación. Este enfoque de tareas brinda a la persona en duelo una sensación de esperanza, ya que brinda la sensación de que se puede hacer algo de manera activa para adaptarse a la pérdida, lo cual contrarresta el sentimiento de impotencia que experimentan muchas personas después de pasar por esta situación. El modelo del autor propone adaptarse a la pérdida a través de las siguientes cuatro tareas, las cuales requieren de un esfuerzo y no necesariamente tienen un orden cronológico.

Tarea I: Aceptar la realidad de la pérdida

La primera tarea implica afrontar la realidad de que la persona perdida no volverá, que el reencuentro es imposible y que la persona ha muerto. Existen algunas conductas que frenan el desarrollo de esta tarea, como permanecer en negación y conservar las cosas de la persona fallecida tal y como las dejó o minimizar la pérdida aparentando que no es un evento relevante. Aceptar la realidad de la pérdida toma tiempo, ya que se debe aceptar de manera intelectual y emocional. Una persona puede

estar consciente de que la persona no regresará, pero sus acciones pueden demostrar la esperanza de volverle a ver. Los rituales tradicionales como el funeral ayudan a las personas a aceptar la realidad, es difícil para el doliente acercarse a la realidad cuando no puede ver el cuerpo de la persona fallecida.

Tarea II: Elaborar el dolor de la pérdida

El dolor que se experimenta después de una pérdida es tanto físico como emocional, ninguna persona lo vive con la misma intensidad, pero es poco común que no se sienta alguno de los dos. La interferencia entre la sociedad y el doliente es lo que dificulta la realización de esta tarea. A la sociedad le puede incomodar los sentimientos del doliente, por lo que le invitara a no llorar, seguir con su vida y sentirse mejor lo más pronto posible. La negación de esta segunda tarea se traduce en no dejarse sentir. Con frecuencia esta es la tarea más compleja y difícil de pasar en el momento de la pérdida, ya que se deben de procesar sentimientos como la tristeza, ira, culpa y ansiedad. De no tener un ambiente social solidario es posible que más adelante se necesite regresar a esta tarea y experimentar estos sentimientos que se habían estado evitando.

Tarea III: Adaptarse a un mundo sin el fallecido

Hay tres áreas de adaptación que se deben abordar para poder adaptarse completamente al mundo tras la pérdida de un ser querido. La primera área abarca las adaptaciones externas, el doliente tiene que redefinir la pérdida, hallar un sentido a esta y verle un beneficio propio. En la segunda área hay que hacer adaptaciones internas en cuanto a la identidad personal. Se refiere al impacto que tiene la pérdida en el autoconcepto, el amor propio y la sensación de eficacia personal. La tarea interna se basa en responder las preguntas ¿Quién soy ahora? ¿En qué soy diferente de cuando le quería? Y por último se deben realizar adaptaciones espirituales, ya que con frecuencia

después de una pérdida las creencias y valores se ponen en cuestión y el no realizar ajustes a las creencias trae como consecuencia la incapacidad de adaptarse a la pérdida.

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

Estos ajustes se dirigen hacia hallar un lugar adecuado para el fallecido en la vida emocional del doliente. El duelo finaliza cuando ya no hay una necesidad intensa de traer al presente a la persona fallecida, dejando paso a la posibilidad de crear nuevas relaciones habiendo colocado al ser querido en un lugar que le permite al doliente seguir con su vida de manera eficaz.

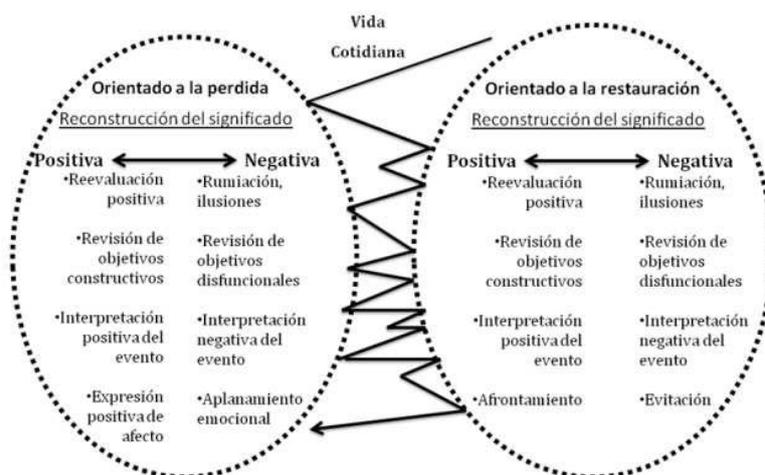
Con el transcurso de los años la investigación ha ido evolucionando, cada proyecto ha tratado de cubrir las limitaciones que dejan las propuestas pasadas desde diferentes enfoques psicológicos. Un ejemplo reciente es el Dual Process Model (DPM) o Modelo de Procesamiento Dual planteado por Stroebe y Schut en 2001. Este modelo describe el proceso adaptativo de las personas en duelo y difiere de los anteriores modelos ya que no se centra en el trabajo de duelo sino en la forma en la que se adaptan a la pérdida. El DPM señala que hay dos principales fuentes de estrés y ansiedad: la orientación a la pérdida y la orientación al restablecimiento. La investigación ha demostrado que no solo la pérdida produce sensaciones estresantes sino también los nuevos ajustes que las personas tienen que hacer en consecuencia a esta. De acuerdo con este modelo existe una constante oscilación o cambio de atención entre un funcionamiento orientado hacia la pérdida y un funcionamiento orientado hacia la restauración. El funcionamiento orientado hacia la pérdida se refiere a concentrarse en la experiencia de la pérdida en sí, por ejemplo, añorar a una persona que se ha ido, llorar la muerte de alguien, etc. En tanto que el funcionamiento orientado a la restauración

comprende las acciones que la persona en duelo realiza para ajustar su vida social, familiar, laboral, etc. Es decir, después del duelo algunas personas tienden a enfocarse en la pérdida, mientras que otras comienzan a generar conductas de evitación para no pensar en el dolor que les produce el duelo.

El punto clave de este modelo es la oscilación entre ambas esferas, aunque se encuentran interrelacionadas, no se pueden atender de manera simultánea. La oscilación es un proceso dinámico fundamental para lograr adaptarse al duelo. Se trata de la “alternancia entre el afrontamiento orientado a la pérdida y el orientado a la restauración, y de la alternancia entre el afrontamiento de uno de estos dos factores estresantes y el no afrontamiento en absoluto {distracción completa, actividades cotidianas no relacionadas}” (Stroebe, Schut y Boerner, 2017, p. 4).

Figura 1

Modelo de Procesamiento Dual: Vías de afrontamiento de la pérdida de Stroebe y Schut



Nota: La gráfica presentada en Aranda (2021) muestra las dos esferas de funcionamiento y las vías de afrontamiento ante el duelo. La orientación hacia la pérdida, positiva o negativa y la orientación a la reestructuración, de igual forma

positiva o negativa. La oscilación se muestra con una flecha angulada que cambia de dirección constantemente.

Otra diferencia del DPM es el funcionamiento de la negación durante todo el proceso de duelo y no exclusivamente en las fases iniciales como se manejaba en modelos anteriores. La negación se entiende como una respuesta adaptativa que permite a los dolientes habituarse de manera gradual a la pérdida (Rodríguez, 2021; Psicología y mente).

Formas de evaluar el duelo

Como se ha mencionado anteriormente el duelo es un proceso por el cual todas las personas pasan en algún momento de la vida. Algunos teóricos como Engel (1961, citado en Worden, 2010) se han preguntado si el duelo debe ser considerado una enfermedad debido al grado de deterioro psicológico que se produce en algunas personas. Engel consideraba que la pérdida de un ser querido es análoga al trauma de ser gravemente herido o quemado, por lo que el duelo debe ser mirado como el proceso de sanación que sucede después del trauma. El autor resalta que, así como se utilizan los términos sano y patológico a los traumas fisiológicos, es congruente utilizarlos al hablar del duelo. Worden (2010) difiere con esta terminología y propone usar el término adaptación, en consecuencia a las personas que presentan un mayor o menor grado de adaptación a los cambios que ocurren tras la pérdida.

Se puede considerar al duelo un proceso de desequilibrio mental, el cual varía de persona en persona, dependiendo del historial de pérdidas y problemas de salud mental de cada uno. Por ello es importante realizar una evaluación individual y determinar si la función del profesional de la salud es acompañar y compartir sus sentimientos de dolor por la pérdida o brindar psicoterapia específica y reglada en casos de duelo complicado o prolongado, ya sea a través de una modalidad individual o grupal (Díaz, 2011).

Para la evaluación del duelo Corona, Cruz y Reyes (2017) sugieren indagar los antecedentes de otras pérdidas y la forma en la que fueron afrontadas. Así como preguntar acerca del tipo de relación que se tenía con el objeto o persona perdida y los acontecimientos del evento traumático. Para obtener esta información es importante hacer uso de la entrevista clínica, una de las herramientas más utilizada en la evaluación del duelo (Barreto, De la Torre, y Pérez-Marín, 2012). De esta manera se consigue recabar información sobre las fortalezas y vulnerabilidades de la persona en duelo, redes de apoyo, formas de afrontamiento, funcionamiento familiar, etc.

Así mismo se puede hacer uso de instrumentos de medición, ya sean específicos del duelo u otras afecciones relacionadas que miden indicadores de duelo complicado. Actualmente los cuestionarios de medición de duelo complicado contienen escalas de medición de factores de protección y factores de riesgo, lo que los hace una herramienta auxiliar para la prevención de consecuencias más graves.

Los siguientes inventarios conservan un carácter general para medir duelo complicado y otras afectaciones del bienestar emocional:

Tabla 1

Instrumentos de medición de duelo complicado y variables relacionadas.

Instrumento	Características
Inventario de Experiencias en Duelo (García-García, et al., 2009)	Cuestionario de autoreporte de 135 ítems. Explora el área emocional, racional y somática de los dolientes.
Inventario Texas Revisado de Duelo (García-García, 2005)	Cuestionario de autoreporte con 8 ítems relacionados a conductas y sentimientos experimentados en el momento de la

	pérdida y 13 ítems sobre sentimientos actuales. Contiene cuatro categorías: ausencia de duelo, duelo retardado, prolongado y agudo.
Inventario de Duelo Complicado (Limonero, et al., 2009)	Cuestionario de autoreporte de 34 preguntas relacionadas con el duelo complicado.
Cuestionario de Riesgo de duelo Complicado (García, et al., 2002)	Cuestionario aplicado por profesionales de 8 ítems de respuesta tipo Likert. Identifica a dolientes en riesgo de duelo complicado.
Valoración del Riesgo de Complicaciones en la Resolución del Duelo (Barreto, et al., 2008)	Cuestionario aplicado por profesionales de cuidados paliativos de 19 ítems de respuesta tipo Likert. Valora el riesgo de duelo complicado.
Cuestionario de Aceptación y Acción-II (Bond, et al., 2011)	Cuestionario de 10 reactivos de respuesta tipo Likert. Mide la evitación experiencial y la aceptación psicológica.
Inventario de Calidad de Vida y Salud (Riveros, Sánchez-Sosa y Del Águila, 2008)	Cuestionario de 48 reactivos divididos en 12 áreas que evalúan preocupaciones, desempeño físico, aislamiento, percepción corporal, funciones

	<p>cognitivas, actitud ante el tratamiento, tiempo libre, vida cotidiana, familia, redes sociales, dependencia médica y relación con el médico.</p>
--	---

Nota. Los instrumentos referidos al duelo presentados en la tabla fueron recopilados por Barreto, De la Torre, y Pérez-Marín (2012) y Gil-Juliá, Bellver y Ballester (2008), los instrumentos agregados fueron sugeridos por Corona, Cruz y Reyes (2017) como una forma de complementar la evaluación del duelo.

Duelo en la adolescencia

En el metaanálisis presentado por Shulla y Toomey (2018) se encontró que en la adolescencia se es susceptible a las repercusiones del duelo, ya que conlleva la aparición de nuevos cambios del desarrollo. Diversos estudios de este metaanálisis advierten sobre las repercusiones perjudiciales de la pérdida en la salud mental de las y los adolescentes. Es por esto por lo que la intervención psicológica en el proceso de duelo adolescente se torna en un beneficio tanto para el individuo que lo transita como para el entorno que le rodea.

El duelo durante la adolescencia también puede convertirse en un duelo complicado. Como ya se mencionó con anterioridad, el duelo complicado se presenta como un estado de shock sostenido que afecta el bienestar vivencial en la adolescencia (Shulla y Toomey, 2018). Por lo que es importante retomar los resultados de Gallego e Isidro (2019), de acuerdo con los autores, cuando ocurre una pérdida durante la adolescencia se necesita del apoyo social y familiar para comprender el por qué una persona se ha ido. Además de un proceso de educación que les enseñe a llevar a cabo un

duelo sano por parte de la familia, el grupo de iguales o educación formal (escuela, psicoterapia individual o grupal) o informal (talleres, apoyo social, etc.).

La intervención psicológica en niños y adolescentes en proceso de duelo tiene como objetivo brindar un espacio que permita a los dolientes dar entrada al presente y a los nuevos retos de la vida (Barreto y Soler, 2007 citado en Martínez, 2015).

Depresión en adolescentes

De acuerdo con el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales 5 (2014) los trastornos depresivos comparten diversas características como “la presencia de un ánimo triste, vacío o irritable, acompañado de cambios somáticos y cognitivos que afectan significativamente a la capacidad funcional del individuo” (p.155), al igual que la pérdida del interés en todas o casi todas las actividades por las que antes se experimentaba placer al realizarlas. La depresión puede ocurrir en diferentes etapas de la vida, desde la infancia hasta la edad adulta mayor, incluso durante la adolescencia, y más frecuente de lo que se puede llegar a pensar.

La adolescencia es un periodo crítico del desarrollo humano en donde ocurren numerosos cambios biopsicosociales, algunos de ellos evolucionan y tienen una resolución de manera esperada, sin embargo, los cambios suelen ser tan sensibles que su progreso puede verse afectado. Estas últimas circunstancias se han asociado en diferentes estudios (Fonseca-Pedrero et al., 2019; Miranda-Mendizabal et al., 2019; Espandian et al., 2020; Franklin et al., 2017) con el inicio de problemas de salud mental, los cuales frecuentemente no son detectados a tiempo y traen consigo consecuencias graves en la edad adulta.

Investigaciones como la de Veytia et al. (2012) demuestran que los sucesos vitales estresantes que ocurren durante la adolescencia se relacionan con los síntomas de depresión, los de mayor incidencia son los problemas familiares, las interacciones

conflictivas entre pares y la muerte o separación temprana de los padres. Además de los cambios de escuela, domicilio o la ruptura de una relación de pareja.

De acuerdo con González-Forteza et al. (2015), los trastornos del estado de ánimo se presentan con mayor frecuencia en adolescentes que no estudian ni trabajan, y son menos frecuentes en zonas urbanas en donde la ocupación más predominante en adolescentes es la de estudiante, mientras que la condición de trabajar está estrechamente ligada a zonas rurales en donde existe una amplia falta de recursos. Es decir, la prevalencia de depresión en adolescentes es mayor en situaciones sociales desfavorables.

En México, los derechos que brindan una vida libre de violencia a las y los adolescentes, no están garantizados. Escobar (2019) resalta en su investigación, el significativo número de niñas, niños y adolescentes (NNA) que viven en un ambiente inseguro y de violencia en nuestro país. Los relatos presentados en esta investigación describen un contexto social que hace que NNA permanezcan constantemente afligidos, perturbados y con miedo o dolor por las experiencias que viven día con día.

La población adolescente es la más afectada por su contexto, el cual incluye reclutamiento al crimen organizado, desapariciones, robos, ataques sexuales, entre otros. Algunas de las consecuencias que responden a este entorno son el abandono escolar, el desarrollo de un comportamiento agresivo o autodestructivo, problemas para relacionarse y conflictos con la ley.

Además, muchos de los adolescentes mexicanos no ejercen sus derechos sociales, ya que cargan con la responsabilidad de la supervivencia de sus familias a través del ingreso económico, están preocupados por sobrevivir a su presente y temen por su futuro al buscar la manera de salir de sus lugares de origen.

La investigación acerca de la depresión durante la adolescencia es sustancial, ya que en esta etapa de la vida se tiene la oportunidad de prevenir un trastorno depresivo mayor o alguna condición de salud mental grave en la vida adulta.

Epidemiología

De acuerdo con la Organización Panamericana de la Salud (2017), durante el 2015 el número de personas con depresión superaba los 300 millones, lo que equivale al 4,4% de la población mundial. La prevalencia varía de acuerdo con variables como la región, la edad, ocupación y condiciones sociales; el riesgo de tener depresión aumenta a causa de la pobreza, el desempleo, acontecimientos importantes como la muerte o pérdida de un ser querido, una condición médica crónica y el consumo de alcohol, tabaco u otras sustancias. Se ha detectado que este trastorno es una de las principales causas de muertes por suicidio y discapacidad.

De acuerdo con Fonseca-Pedrero et al. (2019), la conducta suicida puede ser prevista a través de la detección de consumo de sustancias, síntomas de depresión y maltrato infantil como abuso sexual, físico y emocional. Es de vital importancia conocer las variables relacionadas con la conducta suicida para poder implementar estrategias de prevención.

En México, los desórdenes mentales, neurológicos y de consumo de sustancias, forman parte de las diez enfermedades más discapacitantes (Arámbulo-Muro et al., 2020). Y de acuerdo con la Encuesta Nacional de Comorbilidad en México (Medina-Mora et al., 2005) una de cada cinco personas con un trastorno psiquiátrico recibió algún tipo de atención para este problema y más del 75% de los casos graves y moderados no recibieron atención médica o psicológica.

A pesar de que la depresión es prevenible, detectable y tratable, existe la falta de acceso a un tratamiento de calidad para este problema a nivel mundial (Arámbulo-Muro et.al, 2020).

Las estimaciones fiables y actualizadas que se realizan a través de encuestas nacionales e internacionales sobre diferentes enfermedades o condiciones de salud son un componente esencial para la formulación de programas de intervención, políticas públicas, planificación y evaluación eficaces para la salud.

Intervenciones

La intervención durante el duelo tiene como objetivo proporcionar a las dolientes herramientas que les ayuden a adaptarse lo mejor posible a los cambios que ocurren durante este evento inevitable de la vida, así como prevenir complejidades perjudiciales en un futuro. Otros objetivos de la intervención o asesoramiento en procesos de duelo según Worden (2010) pueden ser a) aumentar la realidad de la pérdida y b) brindar herramientas para tratar tanto las emociones expresadas como las emociones que no suelen ser evidentes.

Existen diferentes niveles de la intervención en duelo, según lo recopilado en Shuts (2005), la intervención preventiva primaria está dirigida a mitigar sintomatología común del duelo, destinada a la población en duelo en general, mientras que la intervención preventiva secundaria está destinada a prevenir complicaciones de duelos en riesgo, y por último la intervención preventiva terciaria está compuesta de programas de tratamiento especializados para duelo complicado o patológico.

De acuerdo con Payás (2010), es fundamental que el profesional del duelo sea capaz de diferenciar entre los distintos tipos del duelo y las intervenciones que le benefician al doliente de acuerdo con esto. De no ser así, la evidencia demuestra que las intervenciones para duelo complicado o patológico pueden agravar la situación si son

aplicadas en un duelo no patológico (Neymeyer et al., 2009). También es importante identificar las necesidades que no están siendo satisfechas en el entorno del doliente y responder a ellas de manera específica, de lo contrario se ha identificado que las personas en duelo suelen abandonar sus procesos terapéuticos y de acompañamiento dada la incapacidad del profesional al momento de atender dichas necesidades. A continuación, se enlistan las principales necesidades relaciones de las personas en duelo de acuerdo con Payás (2010).

1. Ser escuchadas y creídas en toda su historia de pérdida
2. Se protagonistas y tener permiso de expresar sus emociones
3. Ser validadas en la forma de afrontar el duelo
4. Estar en una relación de apoyo desde la reciprocidad
5. Definirse en la forma individual y única de vivir el duelo
6. Sentir que su experiencia de duelo tiene un impacto en el otro
7. Estar en una relación donde el otro tome la iniciativa
8. Poder expresar amor y vulnerabilidad

De acuerdo con la autora, estas necesidades no suponen un indicio de patología ni complicaciones, son naturales y universales e incluso pueden estar presentes unas más que otras desde el inicio del duelo. El responder a estas necesidades significa atender de manera plena al doliente y proporcionarle un espacio seguro. Sin embargo, en el contexto actual de nuestro país, no solo es difícil que las personas que requieren de una intervención psicológica busquen estos espacios, sino también que tengan las posibilidades de acceder a ellas.

Las intervenciones tradicionales implican un mayor gasto de recursos en atención individual, requieren de más profesionales de la salud mental y espacios para proporcionar los mínimos requisitos de confidencialidad y privacidad. Las nuevas

alternativas de intervenciones grupales son prometedoras al cumplir con los requisitos mínimos de atención de calidad y menos gastos en recursos materiales, humanos y económicos.

Intervención en grupos

En comparación con la infancia, durante la adolescencia se suele tener un mayor grado de dificultad para expresar emociones. Las y los adolescentes suelen abrir sus sentimientos con pares o familiares con quienes sienten más confianza, y en menor medida con sus padres o cuidadores (Martínez, 2015), es por ello que las intervenciones conformadas en grupos de pares son ideales para tratar el duelo en esta etapa de la vida.

Payas (2010) retoma el concepto de trauma acumulativo para resaltar que la ausencia de un ambiente de protección y la falta de apoyo en personas en duelo, provocan complicaciones añadidas que en ocasiones suelen ser peor a la propia experiencia de la pérdida. Conforme a lo recopilado por Torres (2020), los grupos de autoayuda tienen como objetivo atender a la necesidad que señala Payas, ya que promueven el establecimiento de vínculos de soporte y diversos rubros como la empatía, comprensión, motivación, autoestima e incluso cambios conductuales.

A pesar de que la terapia grupal inició como un tratamiento para personas con enfermedades mentales, en la actualidad es considerada como una intervención idónea para personas que no necesariamente cumplen con los criterios de un trastorno mental. De acuerdo con lo expuesto en Torres (2020), se considera una alternativa viable para problemáticas que se dan en grupos grandes de personas, ya que requieren de menos atención en tiempo y ocupación de profesionales de la salud, a diferencia de las intervenciones individuales.

De acuerdo con lo expuesto en Bernal (2020), un modelo de intervención didáctica o grupal permite a los participantes involucrarse de manera activa en el

aprendizaje de nuevos conocimientos, así como da pie a la reflexión y formación de habilidades o hábitos que propician un cambio conductual en torno a los temas pertinentes que se planean revisar.

La conjugación de una intervención grupal y una intervención didáctica nos proporciona el espacio de un taller psicoeducativo, en donde se propicia una situación de enseñanza-aprendizaje que tenga como objetivo la obtención de conocimientos que mejoren sus habilidades y el desarrollo de la interacción entre pares.

Careaga et al. (2006), citada en Bernal (2020), explica la esencia del taller como un lugar de trabajo en donde la obtención del conocimiento es a través de la vivencia y no la transmisión de conocimientos unidireccional. De igual forma, el taller nos fomenta a alimentar nuestros conocimientos sobre el tema en cuestión con ayuda del análisis de las experiencias de los participantes y sus necesidades.

Programas de prevención en México

Los avances en la investigación acerca de la depresión demuestran con firmeza que este problema de salud mental impacta de manera significativa en la población mundial. A pesar de esto la mayoría de los individuos no acuden a la asistencia médica por un diagnóstico y tratamiento, lo que ocasiona que continúen los números altos de personas con discapacidad a causa del padecimiento de depresión y otros trastornos de salud mental.

De acuerdo con Wang et al. (2007), México es uno de los países que muestra mayor retraso en la búsqueda de atención médica especializada. Se estima que en nuestro país las personas que requieren este tipo de asistencia tardan hasta 14 años en llegar a un tratamiento especializado (Medina-Mora et al., 2005). Aquellos que logran asistir a un tratamiento, reciben una atención breve de alrededor de cuatro sesiones de psicoterapia o dos visitas al médico o psiquiatra para la prescripción de medicamentos.

Los programas de prevención de problemas de salud mental son reducidos, en parte a la poca exigencia de tratamiento por parte de la población. La reducida solicitud de asistencia se asocia con el estigma que hay hacia dichos problemas, las limitadas clínicas que cuentan con este servicio, problemas de traslado, el desconocimiento hacia el tratamiento, entre otros (Berenzon et al., 2013).

El Instituto Mexicano de la Juventud (2016) proporciona información textual y videográfica en su página web para prevenir la depresión juvenil. El número telefónico de cabecera es la Línea de la Vida, el cual recomiendan para aquellas personas que lleguen a sentirse tristes o estresadas, también proporciona datos de hospitales, institutos, clínicas y centros a los cuales acudir si alguien llega a sentirse preocupado, triste, ansioso o enojado.

En la actualidad, México cuenta con una Guía de consulta para el médico de primer nivel de atención (2017) y tiene como objetivo “proporcionar información sobre cómo reconocer, detectar, tratar adecuada y oportunamente la depresión, evitar sus posibles complicaciones e impedir que evolucione hacia la cronicidad y resistencia” (p. 2). El contenido de dicha herramienta se sintetiza en la clasificación del trastorno, cuadro clínico, diagnóstico, tratamiento en primer nivel de atención, estrategias de prevención y una escala de depresión geriátrica abreviada.

Los niveles de atención a la salud son una forma de organizar los recursos para atender las necesidades de la población (Vignolo, et al., 2011). El primer nivel o primer contacto resuelve las demandas básicas y más frecuentes, realizan actividades de prevención de la enfermedad y promoción a la salud. En el segundo nivel de atención se encuentran los hospitales y servicios de medicina interna, pediatría, cirugía general y psiquiatría. Mientras que, en el tercer y último nivel, se prestan servicios especializados a problemas de salud poco prevalentes y complejos.

Los programas y herramientas de prevención como el anterior mencionado, son escasos en nuestro país. En general el personal de primer nivel de contacto no está capacitado para identificar y atender de manera eficaz problemas de la salud mental como la depresión o la ansiedad, lo que ocasiona una brecha significativa entre el primer nivel de atención a la salud y la atención especializada a la salud mental.

La depresión es un problema de salud pública que debe ser tomado en serio por las instituciones que tienen como obligación salvaguardar nuestro bienestar como ciudadanos y los programas de prevención deben crecer hasta llenar estas brechas de atención a la salud mental.

Dentro de la psicología los tratamientos a diversos problemas de salud mental han avanzado conforme cambia el panorama histórico-social y a la par de nuevas investigaciones del área. Contando actualmente con corrientes híbridas que responden a las nuevas demandas de la sociedad. El interés por abarcar y adaptarse a estas demandas ha llevado a la psicología a incluso incursionar en la fusión de la cultura oriental y occidental, abriendo el panorama a la investigación científica.

CAPÍTULO II

Antecedentes de la Terapia basada en Atención Plena

Primera generación

La primera generación de terapias de la conducta se ubica en la década de 1950, originada como oposición al psicoanálisis, paradigma dominante de la psicología fundada por el psicoanalista Sigmund Freud a finales del siglo XIX. La preocupación principal de estas teorías era la falta de fundamentación científica, por lo que este nuevo paradigma fue bien recibido por la comunidad psicológica.

Las dos principales teorías de esta generación, el condicionamiento clásico pavloviano y el condicionamiento operante skinneriano, lograron responder a la necesidad de resolver problemas clínicos como la ansiedad, el miedo y las obsesiones (Pérez, 2006). Este enfoque consideraba a las variables ambientales la principal fuente de cambio en la conducta, sin tomar en cuenta el procesamiento mental interno, además atendía situaciones particulares o los llamados estudios de caso, lo cual puede entenderse como limitantes de estas teorías. Debido a lo anterior y a que estos preceptos no terminaban de satisfacer a todos, nace la segunda generación, las terapias con enfoque cognitivo-conductual.

Segunda generación

La segunda generación de terapias de la conducta se ubica en la década de 1970, abre paso a una serie de intervenciones basadas en el enfoque cognitivo-conductual. Su objetivo era intentar llenar el vacío teórico que había entre el estímulo-respuesta propuesto por las terapias conductuales, con la metáfora de procesamiento de la información (Pérez, 2006). Algunos de los preceptos teóricos de la primera generación se trasladaron a la segunda, como los cambios de contenido o de primer orden, los cuales se producen a nivel individual sin tomar en cuenta otros factores. Aunque disminuyó la importancia de los principios conductuales, las cogniciones y emociones se abordaban libremente con el respaldo empírico de este tipo de cambios (Hayes, 2016).

Los postulados teóricos de la terapia cognitivo-conductual reconocen que la génesis de los problemas conductuales y emocionales es de naturaleza cognitiva, refiriéndose a los pensamientos, las creencias, percepciones, etc. La intervención de cambio o transformación del pensamiento no solo es el objetivo principal de las terapias cognitivo-conductual, sino también su más frecuente fuente de críticas, puesto que

considera que todo aquello que produce malestar o dolor debe ser erradicado a toda costa, utilizando estrategias o técnicas de control como la eliminación, supresión, evitación, sustitución, etc. (Mañas, 2007; Tai y Turkington, 2009 citado en Moreno-Coutiño, 2012). Sus principales teorías son generadas por los investigadores Aaron Beck y Albert Ellis, quienes proponían un modelo alternativo tanto para el psicoanálisis como para el conductismo, sin embargo, se terminó por asimilar de manera prominente esta última corriente, debido al gran desarrollo que tuvo en un intento por impedir el paso de nuevas alternativas.

La crisis teórica de esta segunda generación provocó un interés por buscar alterar la función de los eventos internos y no necesariamente su forma per se, centrándose en el contexto cognitivo y la forma de afrontar pensamientos específicos (Hayes, 2016).

Tercera generación

La tercera generación de terapias conductuales se sitúa alrededor de 1990, pero no es hasta el año 2004 cuando Hayes plantea esta nueva clasificación. Las terapias conductuales de tercera generación proponen un replanteamiento de la psicología clínica en cuanto a evaluación, psicopatología y tratamiento (Fragoso, 2019). En cuanto al tratamiento el principio básico es “el abandono de la lucha contra los síntomas y en su lugar la reorientación de la vida” (Moreno, 2012), redirigiendo la atención a la aceptación psicológica. Dentro de las terapias conductuales de tercera generación se encuentra la atención plena o mindfulness, y de acuerdo con Teasdale (2002, citado en Hayes, 2016) con el tiempo la Terapia Cognitiva Basada en Mindfulness demostró que es posible alterar la función de los pensamientos sin la necesidad de alterar primero su forma.

Según lo recopilado en Moreno-Coutiño (2012), las principales terapias de tercera generación que existen en la actualidad son: la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT), la Psicoterapia Analítica Funcional (FAP), la Terapia Dialéctica Conductual (DBT), la Terapia Breve Relacional (BRT), la Terapia Conductual Integrada de Pareja (TCIP), la Terapia de Activación Conductual (TAC), la Terapia de Reducción del Estrés Basada en la Atención Plena (REBAP), la Terapia Cognitiva con base en el estar atento (Mindfulness) y la Terapia basada en el estar atento para el trastorno de ansiedad generalizada.

Atención plena

La atención plena, conciencia plena o Mindfulness en inglés, es un entrenamiento de la atención que se basa en la filosofía budista y se integra dentro de las diferentes propuestas de intervención de la tercera generación de terapias conductuales (Moreno-Coutiño, 2012). El budismo es una religión que se originó en la India hace aproximadamente 2,500 años y que se ha logrado desplazar hasta occidente, adaptándose a la psicología de la salud a lo largo del siglo XX (Miró, 2006, citado en Moreno-Coutiño, 2012). De acuerdo con Park y Wada (2009), para el budismo el sufrimiento en la vida es inevitable y las experiencias de placer y dolor son transitorias, por lo que aceptar este principio implica dejar de concentrarse en huir del sufrimiento y vivir el aquí y el ahora a través de la práctica meditativa. Aceptar la impermanencia de las cosas, las personas y la propia vida, disminuye la sensación de ansiedad e intensifica las experiencias propias (Hasha, 2015). La vida es un ciclo que integra el nacimiento, la muerte y el renacimiento, por lo tanto, la muerte dentro del budismo no marca el final de la vida, se integra como un elemento más del ciclo de vida (Park y Wada, 2009).

La atención plena ha sido definida de diferentes maneras, sin embargo, se puede resumir que es una forma de prestar atención al momento presente sin juzgar (Tacón,

2011), aceptando cada pensamiento sentimiento o sensación tal y como es (Bishop et al., 2004, citado en Pérez y Botella, 2006). La conciencia plena busca mejorar el grado de atención y conciencia normal con el fin de vivenciar plenamente las experiencias de la vida. La práctica de la atención plena permite aliviar la angustia, el miedo y los pensamientos obsesivos a través de prestar atención a las sensaciones de nuestro cuerpo (Alonso-Llácer et al., 2020). Asimismo, la atención plena puede ser considerada como un rasgo cuando las personas poseen estas habilidades sin haber practicado la meditación con anterioridad, mientras que también puede ser considerada como un estado en el que las personas varían en su capacidad de atención dependiendo del contexto en el que se encuentren (Pérez y Botella, 2006).

A partir del 2002 la investigación se ha interesado por definir operacionalmente a la conciencia plena. Una de las primeras propuestas postula dos principales componentes de la conciencia plena: la atención (attention) y la percepción o darse cuenta (awareness) (Brown y Ryan, 2003, citado en Pérez y Botella, 2006). Con el tiempo se han consensuado diferentes componentes de la conciencia o atención plena, dentro de los cuales se integra la atención al momento presente o el aquí y el ahora, la apertura a la experiencia o mente de principiante, aceptación o actitud acrítica, dejar pasar, la intención, entre otros.

Aspectos y componentes de la Atención Plena

Uno de los principales aspectos de la atención plena es la meditación. Es importante resaltar que las meditaciones budistas fueron creadas para personas sanas (Ivanovski y Malhi, 2007) sin embargo, en la actualidad las adaptaciones clínicas occidentales están diseñadas para intervenir en problemas que pongan en riesgo la salud mental como la depresión y la ansiedad. Siguiendo a Simkin y Black (2014), la meditación de atención plena implica entrenar dos componentes de la meditación

vipassana, el primero es la atención focalizada que utiliza objetos explícitos a los que atender para que la mente no divague, y el segundo es la monitorización abierta, la cual implica ser consciente en todo momento de cualquier pensamiento o sentimiento que se produzca en la experiencia personal sin la necesidad de centrarse en un objeto explícito. Ambos componentes son la base de las intervenciones basadas en atención plena.

De acuerdo con las diversas escuelas del budismo, practicar la atención plena significa aplicar diversos componentes, los más destacados son: el momento presente, mente de principiante o apertura a la experiencia, aceptación, dejar pasar y compasión. A continuación, se describen brevemente estos componentes.

Momento presente

Se refiere a la atención centrada únicamente en el presente, evitando pensamientos del pasado o del posible futuro. Al reconocer la realidad adyacente y relacionarse con ella genera una sensación de bienestar en el ser humano. Este componente es aceptado por todos los modelos de atención plena y puede ir dirigido hacia la experiencia interna o la actividad que se está realizando (Bishop et al., 2004; Safran y Muran, 2005; Shapiro et al., 2006).

Mente de principiante o apertura a la experiencia

Implica la capacidad de observar las experiencias de la vida sin ningún tipo de filtro, como creencias o prejuicios, y acercarse a los eventos con curiosidad y deseo de saber más. Esta postura se toma por igual ante las experiencias placenteras como ante las experiencias displacenteras.

Aceptación

Este componente ayuda a las personas a reconocer y ser conscientes que las experiencias displacenteras son eventuales, limitadas y ocasionales, de esta manera no se recurrirá a conductas desadaptativas en un intento por evitar estas experiencias.

Dejar pasar

Se trata de no dejarse atrapar por pensamientos o sentimientos con el fin de no identificarse con ellos como reflejo del self o de la realidad. De esta manera se logra tener una perspectiva más amplia para relacionarse con ellos.

Compasión

Lo que diferencia al Budismo Mahayana del Budismo Theravada es el componente compasivo. De acuerdo con esta tradición, la liberación del sufrimiento se alcanza a través de la sabiduría y la compasión (Park y Wada, 2009). La compasión puede ayudar a las personas a reconstruir las conexiones con los demás a través del deseo que surge por aliviar el sufrimiento del otro.

Evidencia de la eficacia

Se ha demostrado que la aplicación de la atención plena en sus diferentes modalidades terapéuticas resulta efectiva al crear estados de ánimo positivos que logran mejorar el equilibrio emocional. Así mismo promueve valores como la empatía, la comprensión y la compasión con nuestra propia existencia y la de los demás (Siegel, 2007).

En Dekeyser et al. (2008) se encontró que la atención plena y la aceptación sin juzgar se asocian con un mejor reconocimiento de los sentimientos, más satisfacción corporal, menos ansiedad social y menor contagio de la angustia.

A continuación, se recopilan una amplia variedad de estudios que han demostrado la efectividad del tratamiento que emplea la atención plena en malestares psicológicos tales como estrés, ansiedad y depresión.

Tabla 1

Investigaciones basadas en atención plena en el tratamiento de malestares psicológicos

Investigación	Problemática	Hallazgos
---------------	--------------	-----------

<p>Chiesa, A., & Serretti, A. (2009). Mindfulness-based stress reduction for stress management in healthy people: a review and meta-analysis. <i>Journal of Alternative and Complementary Medicine</i>, 15(5), 593-600. 10.1089/acm.2008.0495</p>	<p>Indagar la eficacia de la terapia de la reducción del estrés basada en la atención plena (MBSR) en sujetos sanos con una muestra de 10 investigaciones diferentes del 2008 hacia atrás.</p>	<p>La MBSR es capaz de reducir los pensamientos rumiantes y síntomas de ansiedad, así como aumentar la empatía y la autocompasión.</p>
<p>Deyo, M., Wilson, K. A., Ong, J., & Koopman, C. (2009). Mindfulness and rumination: Does mindfulness training lead to reductions in the ruminative thinking associated with depression? <i>Explore: The Journal of Science and Healing</i>, 5(5), 265-271. 10.1016/j.explore.2009.06.005</p>	<p>Indagar la eficacia de la terapia de reducción del estrés basada en atención plena (MBSR) en ámbito de sintomatología depresiva, bienestar general y sobre todo pensamientos de rumiación, ya que este tipo de pensamientos predice el inicio posterior a la depresión.</p>	<p>La MBSR disminuye la rumia y los síntomas de depresión y a su vez aumenta la atención plena y el bienestar general.</p>
<p>Evans, S., Ferrando, S., Findler, M., Stowell, C., Smart, C., & Haglin, D. (2008). Mindfulness-based cognitive therapy for generalized anxiety disorder. <i>Journal of Anxiety Disorders</i>, 22(4), 716-721. 10.1016/j.janxdis.2007.07.005</p>	<p>Indagar la eficacia de la terapia cognitiva basada en la atención plena (MBCT) en adultos con Trastorno de ansiedad generalizada (TAG) mediante un curso que aborda temas de medidas de ansiedad, preocupación, síntomas depresivos, estados de ánimo y conciencia plena en la vida cotidiana.</p>	<p>Reducción significativa de ansiedad y sintomatología depresiva desde el inicio hasta el final del tratamiento, así como el aumento de la conciencia de las experiencias cotidianas.</p>
<p>Flugel-Colle, K. F., Vincent, A., Cha, S. S., Loehrer, L. L., Bauer, B. A., & Wahner-Roedler, D. L. (2010). Measurement of quality of life and participant experience with the mindfulness-based stress reduction program. <i>Complementary Therapies in Clinical Practice</i>, 16(1),</p>	<p>Indagar la eficacia de la terapia de reducción del estrés basada en atención plena (MBSR) en el tratamiento del dolor, trastornos del estado de ánimo, la artritis, los trastornos del sueño y el estrés.</p>	<p>Se mostró una mejora estadísticamente significativa en la calidad de vida, el bienestar físico, emocional y mental, bienestar espiritual, así como cambios en la frecuencia e intensidad del dolor, nivel de fatiga, apoyo, amigos y familiares, preocupaciones</p>

<p>36-40. 10.1016/j.ctcp.2009.06.008</p>		<p>financieras y legales.</p>
<p>Geary, C., & Rosenthal, S. L. (2011). Sustained impact of MBSR on stress, well-being, and daily spiritual experiences for 1 year in academic health care employees. <i>Journal of Alternative and Complementary Medicine</i>, 17(10), 939-944. 10.1089/acm.2010.0335</p>	<p>Indagar la eficacia de la terapia de reducción del estrés basada en atención plena (MBSR) en los niveles de estrés y espiritualidad, evaluados durante 1 año.</p>	<p>Se observó una mejoría en los cuestionarios de autoinforme del estrés y aumentó las experiencias espirituales diarias, los efectos de la terapia fueron estables durante al menos 1 año.</p>
<p>Goldin, P. R., & Gross, J. J. (2010). Effects of mindfulness-based stress reduction (MBSR) on emotion regulation in social anxiety disorder. <i>Emotion</i>, 10(1), 83-91. 10.1037/a0018441</p>	<p>Indagar la eficacia de la terapia de reducción del estrés basada en atención plena (MBSR) en pacientes con trastorno de ansiedad social (TAS) a través de una resonancia magnética,</p>	<p>Se muestra una mejoría síntomas de ansiedad y depresión, así como una disminución de la experiencia de la emoción negativa, reducción en la actividad de la amígdala y aumento en la actividad en las regiones del cerebro implicadas en el despliegue atencional.</p>
<p>Kearney, D. J., McDermott, K., Malte, C., Martinez, M., & Simpson, T. L. (2012). Association of participation in a mindfulness program with measures of PTSD, depression and quality of life in a veteran sample. <i>Journal of Clinical Psychology</i>, 68(1), 101-116. 10.1002/jclp.20853</p>	<p>Indagar la eficacia de la terapia de reducción del estrés basada en atención plena (MBSR) en veteranos con trastorno de estrés postraumático (TEPT) durante 6 meses.</p>	<p>Se muestran mejoras significativas en síntomas de depresión, activación conductual, aceptación y atención plena. Se señala a esta terapia como prometedora a la intervención para el TEPT.</p>
<p>Kimbrough, E., Magyari, T., Langenberg, P., Chesney, M., & Berman, B. (2010). Mindfulness intervention for child abuse survivors. <i>Journal of Clinical Psychology</i>, 66(1), 17-33. 10.1002/jclp.20624</p>	<p>Indagar la eficacia de la terapia de reducción del estrés basada en atención plena (MBSR) en adultos víctimas de abuso sexual infantil, evaluando síntomas depresivos, trastorno de estrés post traumático, ansiedad y</p>	<p>En 8 semanas se observaron cambios en los síntomas depresivos que se redujeron en un 65%, así como mejoras en todos los resultados post terapia y se mantuvieron hasta las 24 semanas de evaluación. Los síntomas de</p>

	atención plena.	evitación/entumecimiento fueron los que más se redujeron.
Klainin-Yobas, P., Cho, M. A., & Creedy, D. (2012). Efficacy of mindfulness-based interventions on depressive symptoms among people with mental disorders: a meta- analysis. <i>International Journal of Nursery Studies</i> , 49(1), 109-121. 10.1016/j.ijnurstu.2011.08.014	Indagar la eficacia de las terapias basadas en atención plena (MFIs) en los síntomas depresivos en personas con diversos desórdenes mentales, se revisaron 39 estudios realizados en 10 países.	Se observa que las MFIs son superiores a la atención estándar para reducir los síntomas depresivos y prevenir las recaídas. La terapia cognitiva basada en la exposición pareció ser la intervención más eficaz, seguida del programa de reducción del estrés basado en la atención plena la terapia conductual basada en la aceptación y el estrés menos con la atención plena.
Krusche, A., Cyhlarova, E., King, S., & Williams, J. M. G. (2012). Mindfulness online: a preliminary evaluation of the feasibility of a web-based mindfulness course and the impact on stress. <i>BMJ Open</i> . 10.1136/bmjopen-2011-000803	Indagar la eficacia de la terapia cognitiva basada en la atención plena (MBCT) en el estrés percibido en adultos, de manera online.	Reducción significativa en el estrés percibido, sobre todo en las personas con niveles de estrés más bajo al inicio de la intervención. Debido a estos resultados se consideran viables las terapias de atención plena en línea.
Matousek, R. H., Pruessner, J. C., & Dobkin, P. L. (2011). Changes in the cortisol awakening response (CAR) following participation in mindfulness-based stress reduction in women who completed treatment for breast cancer. <i>Complementary Therapies in Clinical Practice</i> , 17(2), 65-70. 10.1016/j.ctcp.2010.10.005	Indagar la eficacia de la terapia de reducción del estrés basada en atención plena (MBSR) en mujeres después de completar su tratamiento médico para el cáncer de mama, evaluando sintomatología depresiva y síntomas médicos.	Se encontró un cambio significativo en el cortisol, lo que implicó mejoras significativas en los niveles de estrés autoinformados, la sintomatología depresiva y los síntomas médicos.
Smith, B. W., Shelley, B. M., Dalen, J., Wiggins, K.,	Comparación de la terapia de reducción del estrés	Los participantes con MBSR mejoraron en los

<p>Tooley, E., & Bernard, J. (2008). A pilot study comparing the effects of mindfulness-based and cognitive-behavioral stress reduction. <i>Journal of Alternative and Complementary Medicine</i>, 14(3), 251-258. 10.1089/acm.2007.0641</p>	<p>basada en atención plena (MBSR) entre la terapia de reducción del estrés cognitivo-conductual (CBSR) utilizando ejercicios de yoga, meditación, y ejercicios de escaneo corporal. Evaluando estrés percibido, depresión, bienestar psicológico, neuroticismo, atracones, energía, dolor y atención plena.</p>	<p>ocho criterios a evaluar mientras que los sujetos participantes en la CBSR mejoraron en 6 de los ocho criterios. MBSR y CBSR pueden ser efectivos para reducir el estrés y la depresión percibidos, sin embargo, MBSR puede ser más efectivo para aumentar la atención plena y la energía, así como reducir el dolor.</p>
---	--	--

Por otra parte, la atención plena se ha centrado en el tratamiento de otros problemas de salud mental tales como las recaídas de la depresión (Segal, Williams y Teasdale, 2002), el trastorno límite de la personalidad (Linehan, 1993) y el abuso de sustancias (Marlatt, 2002).

Atención plena en adolescentes

Como lo mencionan Lizaso, et al. (2017), a partir de los 11 años de edad se tiene la capacidad de controlar diferentes mecanismos mentales, como el razonamiento hipotético-deductivo, la metacognición, el pensamiento abstracto y analítico, etc. Pensar de manera abstracta permite comprender la ironía, las metáforas y el sentido no literal de las cosas en general. Así mismo se observa una mejora en la atención selectiva y la memoria. Es típico observar en esta etapa la constante búsqueda de sensaciones nuevas y conductas de riesgo, por lo que la adolescencia se percibe como un periodo de vulnerabilidad.

La introspección realizada en esta etapa implica un análisis de los propios pensamientos, ideas y sentimientos, muchas veces alterados por un cierto grado de egocentrismo. Este egocentrismo adolescente genera sentimientos de enojo e inseguridad, sentimientos de pérdida y alteraciones en la autoestima. A pesar de esto,

también les ayuda desarrollar la capacidad de autocrítica y formar su identidad (Lizaso, et al., 2017).

Por otro lado, las características personales que benefician el desarrollo saludable de los adolescentes son presentadas en aquellos que ponen más atención a su cuerpo y muestran un interés genuino por su salud (Lizaso, et al., 2017).

Como ya se mencionó anteriormente, durante la adolescencia se presentan una serie de cambios que generalmente producen estrés y desajustes emocionales. Esta etapa del ciclo de vida demanda acompañamiento continuo en el crecimiento psicológico y emocional, ya que las características particulares que se presentan durante este periodo y el contexto social aumentan la probabilidad de disfunciones conductuales que ponen en riesgo la salud y la vida.

La investigación de la atención plena se ha centrado principalmente en la aplicación en adultos, sin embargo, se ha mostrado un interés genuino por adaptar los diversos tipos de intervenciones a población infantil y adolescente. Las adaptaciones consisten en aumentar gradualmente la duración de las prácticas formales de mindfulness a medida que avanza el curso o taller impartido, así como utilizar un lenguaje claro y concreto para su edad (Sibinga et al., 2011).

Copeland-Linder et al. (2016) declaran que las intervenciones basadas en la atención plena son favorecedoras para que los niños, adolescentes y padres mejoren la autorregulación y capacidad de hacer frente a los problemas, aspectos fundamentales para el tratamiento de los síntomas psicológicos asociados con el estrés.

Diversos estudios revelan la efectividad de la atención plena en población adolescente, demostrando un beneficio en distintos ámbitos, como la atención, las funciones ejecutivas, las relaciones interpersonales, las formas de afrontamiento y la autoconciencia (Lee et al., 2008; Semple et al., 2005; Flook et al., 2010). De igual

forma ayuda en la reducción del conflicto, estrés y ansiedad (Sibinga et al., 2008; Kerrigan et al., 2011; Sibinga et al., 2014).

Referente a población psiquiátrica Biegel (2009), realizó un estudio con el fin de evaluar el efecto del programa de reducción del estrés basado en la atención plena (MBSR) en 102 adolescentes (14-18 años) con trastornos heterogéneos principalmente del estado de ánimo y trastorno de ansiedad. El grupo diagnóstico presentó una reducción significativa del trastorno del estado de ánimo, entre otros resultados. Este estudio da evidencia de la eficacia de MBSR en poblaciones clínicas adolescentes.

En virtud de las limitaciones del tratamiento para el Trastorno de Déficit por Atención e Hiperactividad (TDAH), tanto farmacológico como psicológico, las intervenciones psicológicas se vieron orilladas a generar nuevas alternativas. El estudio de Meppelink, De Bruin, y Bögels (2016), muestra resultados prometedores en la reducción de los síntomas de TDAH debido a que la naturaleza de este tratamiento se dirige a los síntomas centrales de este trastorno.

En cuanto modelos escolares, las aplicaciones de este tipo de intervenciones manifiestan una reducción de somatización, autohostilidad, autolesiones y síntomas de estrés post traumático, estrés y ansiedad (Sibinga, et al., 2013; Sibinga, et al. 2016; Britton, et al. 2014; Kuyken, et al. 2013), así como una mejora en la atención, autocontrol, empatía, optimismo y respeto por los demás (Black y Fernando, 2014; Schonert-Reichl, 2015).

Esta pequeña muestra bibliográfica aporta pruebas preliminares de que las intervenciones basadas en atención plena son benéficas y factibles para su uso en población adolescente.

Atención plena en el tratamiento del duelo y la pérdida

La muerte en el budismo se considera un proceso, no un final. Desde esta perspectiva la vida humana se interpreta como un ciclo de nacimiento, muerte y renacimiento, en donde existe el cambio continuo de los elementos físicos, mentales y psíquicos (Park y Wada, 2009). Lo anterior recalca la base de la integración del enfoque budista/oriental al acompañamiento psicológico durante el duelo, enfocándose en la creación de una alternativa para el tratamiento del duelo o duelo complicado.

Dentro de las bases de esta conjetura teórica, se analiza el afrontamiento y la utilidad del dolor. Conocer la naturaleza transitoria del sufrimiento puede dar fuerza al doliente para soportar el dolor. Al vivir su duelo con atención plena, las personas pueden direccionar el dolor o sufrimiento a su crecimiento personal (Kumar, 2005). Sin minimizar los sentimientos de pérdida, el reconocer su duelo como un proceso de crecimiento les brinda a los dolientes la sensación de poder que les fue arrebatada en el momento de la pérdida, este momento cumbre en el acompañamiento del duelo con atención plena, debe ser elegido por el profesional de la salud, de ser visto cuando el doliente tiene síntomas intensos puede causar rupturas en la relación terapéutica (Calhoun y Tedeschi, 2006).

En cuanto a la relación con la persona ausente, los investigadores (Stroebe, Shuts y Boerner, 2017) se basan en la vía intermedia que promueve el budismo para favorecer el vínculo con el difunto. Dejando atrás las propuestas positivistas que rechazaban mantener una relación con la persona ausente y estableciendo en las intervenciones el reconocimiento de un vínculo cambiante con el difunto.

Con respecto a la meditación *Atiig* (citado en Park y Wada, 2009), recalca que la utilidad de esta práctica recae en la concentración y atención de las sensaciones físicas, las cuales suelen dejarse de lado cuando se pasa por un duelo. Es por ello que el

entrenamiento de la meditación de atención plena se utiliza para dirigir la energía de los dolientes hacia sus necesidades físicas y mejorar su salud en general.

Alonso-Llácer et al. (2020) señalan que la psicoterapia basada en atención plena puede ser considerada una herramienta útil en el proceso del duelo, ya que genera un desarrollo postraumático y ayuda en la focalización de sensaciones corporales que permiten mitigar síntomas como la angustia, pensamientos obsesivos y el miedo. Así mismo Payas (2015), señala como la concentración en la respiración y el silencio ayudan a tomar distancia de nuestros pensamientos, incluyendo los más abrumantes.

Desde esta perspectiva los autores proponen una adaptación de la REBAP para prevenir y tratar el duelo patológico. El programa MADED (Mindfulness para la aceptación del dolor y las emociones en el duelo o Mindfulness para la aceptación del dolor y las emociones en el duelo) demostró ser eficaz en el acompañamiento del duelo, debido a que la base del programa es el entrenamiento de la atención y autocompasión, su diseño logró promover la atención total a la vivencia de los síntomas físicos y el sufrimiento emocional y con ellos, integrar la pérdida de los participantes. Así mismo, alcanzó el objetivo de cambio en los esquemas mentales y filosofía de vida, tomando a la muerte como un proceso natural que se puede percibir como una oportunidad de crecimiento personal y espiritual.

Las intervenciones de tercera generación basadas en principios budistas resaltan como una alternativa viable para el acompañamiento, tratamiento o consejería durante el duelo. El principio básico que rige a estas intervenciones es reconocer que la muerte y el dolor son parte de la vida, lo que para muchos dolientes les reconforta reconocer en el momento adecuado, así mismo les es útil para aceptar su pérdida actual y afrontar las posibles pérdidas que tengan posteriormente. La atención plena y el aprendizaje de la

autocompasión no solo beneficia a los dolientes, sino también a los profesionales de la salud, quienes promueven la empatía, la compasión y el autocuidado.

CAPÍTULO III

Método

Planteamiento del problema y justificación

La adolescencia es un periodo crítico del desarrollo humano en donde ocurren numerosos cambios biopsicosociales, algunos de ellos evolucionan y tienen un desarrollo esperado, sin embargo, los cambios suelen ser tan sensibles que su progreso puede verse afectado. Estas últimas circunstancias se han asociado en diferentes estudios (Fonseca-Pedrero et al., 2019; Miranda-Mendizabal et al., 2019; Espandian et al., 2020; Franklin et al., 2017) con el inicio de problemas de salud mental, los cuales frecuentemente no son detectados a tiempo y traen consigo consecuencias graves en la edad adulta.

De acuerdo con González-Forteza et al. (2015), la prevalencia de depresión en adolescentes es mayor en situaciones sociales desfavorables. Escobar (2019) resalta en su investigación, el significativo número de niñas, niños y adolescentes (NNA) que viven en un ambiente inseguro y de violencia en nuestro país. Los relatos presentados en la investigación de Escobar describen un contexto social que hace que NNA permanezcan constantemente afligidos, perturbados y con miedo o dolor por las experiencias que viven día con día.

En nuestro contexto social actual observamos un gran número de muertes causadas por el virus COVID-19, la Organización Mundial de la Salud (2022) estima que las cifras de mortalidad reportadas por el gobierno de cada país son imprecisas y suman más del doble de las cifras oficiales individuales de cada país, sumando en total

15 millones de muertes causadas directamente por el virus COVID-19. Cada una de las familias que fue impactada por la muerte de un ser querido, tuvo que pasar por momentos aún más difíciles debido al impedimento de ver el cuerpo de la persona fallecida, la incertidumbre, falta de apoyo social, prohibición de rituales fúnebres y el aislamiento, además de vivir con síntomas propios o secuelas en la salud física. Sánchez (2020) comprueba que el duelo en el contexto actual se asemeja al duelo por un desaparecido, provocando la sensación de irrealidad, ambigüedad e incredulidad, lo que impide formar la representación mental de la muerte como algo irreversible e incluso llega a retardar el duelo.

La importancia de elaborar intervenciones para adolescentes en duelo reside en disminuir los factores de riesgo que pueden ocasionar un proceso de duelo no acompañado. Por ejemplo, un duelo complicado, depresión, ansiedad, conductas de riesgo, conducta suicida, afectación a la calidad de vida, entre otras.

Con este tipo de programas se podrá formalizar la atención del duelo a nivel de primer contacto, los recursos que se necesitan son mínimos ya que principalmente la atención plena ocupa técnicas de meditación y relajación para lo cual no se necesitan materiales o espacios costosos, incluso puede aplicarse en contextos rurales.

La psicoeducación podrá dotar de herramientas de apoyo a una gran parte de la población en duelo que no puede acceder a tratamiento especializado.

Objetivo General

Diseñar una propuesta de intervención psicoeducativa basada en la atención plena para adolescentes de 16 a 19 años que atraviesan un proceso de duelo, que tenga como objetivo acompañar los procesos de pérdida y mejorar la calidad de vida.

Esta propuesta está conformada por los siguientes elementos:

Variables

Variable independiente: Taller.

Descripción conceptual: Un taller es un lugar en donde se fomenta el aprendizaje mediante lo vivencial, está constituido por técnicas que facilitan la construcción de nuevo conocimiento, así como la interacción entre los participantes (Bernal, 2020).

Descripción operacional: El taller consta de 8 sesiones con una duración de 2 horas cada una y receso de 15 a 20 minutos, los participantes responden el Inventario de Calidad de Vida y Salud en la primera y última sesión y se comparan los resultados.

Variable dependiente: Duelo.

Descripción conceptual: De acuerdo con Stroebe, Schut y Boerner (2017), el duelo se refiere a la experiencia emocional de una serie de reacciones psicológicas, cognitivas/conductuales, sociales y físicas que la persona en duelo puede experimentar como resultado de la muerte de un ser querido.

Descripción operacional: El participante vivenció la pérdida de un ser, objeto o situación significativa para su vida hace menos de 6 meses. A partir de esta pérdida se observan cambios emocionales (sentimientos u emociones displacenteras, tristeza, angustia, ansiedad, enojo, etc.), conductuales (aislamiento, agresividad, apatía), cognitivos (pensamientos de rumiación, ideación suicida, disminución en la atención y memoria) medidos a través de la recopilación de información de la entrevista inicial y el Inventario de Calidad de Vida y Salud.

Diseño

Es un estudio clínico pre-post de grupos apareados.

Muestra o participantes

El taller está diseñado para ser aplicado en adolescentes de 16 a 19 años de edad que hayan tenido una pérdida significativa en un tiempo menor a 6 meses.

Contexto y escenarios

Se propone realizarlo en el Centro de Servicios Psicológicos “Dr. Guillermo Dávila” en un ambiente cerrado para mantener la privacidad de los relatos de pérdida.

Recursos humanos: El taller debe ser aplicado por un profesional de la salud mental (tesista o tallerista con supervisión) con conocimientos obligatorios en los temas de duelo, adolescencia y atención plena. Además de contar con conocimientos básicos complementarios de manejo de grupos, intervención en crisis y dinámicas de integración.

Materiales

- Hojas grandes de papel bond
- Plumones de colores
- Presentaciones digitales
- Silueta humana de papel tamaño real
- Etiquetas de papel con emociones escritas
- Cinta adhesiva
- Hojas tamaño carta
- Lápices
- Sillas
- Jarra con agua
- Arena
- Pañuelos desechables
- Un peluche
- Dibujo de un abrazo
- Un tarro mediano
- Recortes de revistas

- Pegamento en barra
- Lápices de colores
- Formato de planeador mensual
- Formato de cualidades
- Colchonetas, cobijas, tapete de yoga, ropa dispersa.
- Etiquetas blancas
- Juego Twister o similar
- Reconocimientos impresos

Descripción del taller “Construyendo mi futuro abrazando el pasado”

1. El taller consta de 8 sesiones, dos por semana, con una duración de 2 horas cada una y receso de 15 a 20 minutos, el número mínimo de participantes es de 5 personas y el máximo de 10. Por la naturaleza de los temas a tratar, se requiere de supervisión en vivo de un profesional calificado.

2. Temas:

- ¿Qué es el duelo?
- Experiencias de pérdida
- Identificar emociones y sensaciones físicas ante el duelo
- Funcionamiento de la atención plena
- Meditación de atención plena
- Indagar conductas de riesgo
- Sentimientos de universalidad del duelo
- Importancia del autocuidado
- Respiración y meditación
- Plan de vida
- Habilidades que se poseen ante el cambio

- Enseñanza del abandono contra las emociones displacenteras
- ¿Para qué sirve el dolor?
- Importancia de una red de apoyo
- Enseñanza del desapego al pasado
- Profundizar en las emociones
- Reconocimiento de la pérdida como parte de la identidad
- Desintegración de la culpa por sentimientos placenteros
- Autocompasión
- Adaptación al medio y práctica de atención plena

Instrumentos

1. Formulario socioeconómico: Elaborado específicamente para este estudio. (Anexo 1)
2. Cuestionario o formulario sobre tipo de pérdidas experimentadas en los últimos seis meses de su vida: Elaborado específicamente para este estudio. (Anexo 2)
3. Entrevista inicial (Cicero y Moreno, 2000). (Anexo 3)
4. Inventario de Calidad de Vida y Salud {InCaViSa} (Riveros, Sánchez-Sosa, y Del Águila, 2008). (Anexo 4)

Evalúa 12 áreas, cada una con cuatro reactivos. Dichas áreas son: - Preocupaciones - Desempeño físico - Aislamiento - Percepción corporal - Funciones cognitivas - Actitud ante el tratamiento - Tiempo libre - Vida cotidiana - Familia - Redes sociales - Dependencia médica - Relación con el médico. La aplicación es individual y dura aproximadamente 15 minutos. Cada reactivo se contesta con una escala tipo likert que va de Nunca, Casi nunca, Pocas veces, Frecuentemente, Casi siempre a Siempre. El inventario muestra adecuadas propiedades psicométricas de consistencia interna, validez concurrente y test re-test, así como sensibilidad para distinguir entre diferentes condiciones de salud.

Procedimiento

Fase 1: Detección de la pérdida

Mediante el apoyo del Centro de servicios psicológicos Dr. Guillermo Dávila, se seleccionarán a los participantes que cumplan con los siguientes criterios:

Criterios de inclusión:

- Tener de 16 a 19 años de edad.
- Sexo indistinto.
- Haber experimentado algún tipo de pérdida significativa (la muerte de un ser querido, divorcio de padres, separación de pares, mudanza, cambio de escuela, etc.) en los últimos 6 meses.
- Aceptar participar en el taller de manera voluntaria firmando un consentimiento informado.

Criterios de exclusión

- El taller no está diseñado para ser proporcionado a personas que tengan algún componente físico, cognitivo, emocional no derivado del duelo.

Después se les entregará una carta de consentimiento informado sobre la participación en la intervención psicoeducativa, la cual debe ser firmada por los participantes mayores de edad o bien por los padres de participantes menores de edad.

Fase 2: Evaluación inicial

Se les entregará el Inventario de Calidad de Vida y Salud (InCaViSa) para obtener los datos de su estado inicial.

Fase 3: Aplicación del taller

Se llevarán a cabo 8 sesiones, dos por semana, con una duración de 2 horas cada una y receso de 15 a 20 minutos.

Fase 4: Evaluación final

Nuevamente se les dará a llenar el Inventario de Calidad de Vida y Salud (InCaViSa) para obtener su estado de calidad de vida al finalizar el taller.

Fase 5: Evaluación del taller o posible análisis de datos

Para el análisis de datos se registrarán las respuestas del inventario InCaViSa en una hoja de concentración de datos en Excel. Posteriormente se realizará un análisis estadístico utilizando el programa SPSS para la elaboración de resultados, discusión y conclusiones.

Cartas Descriptivas

Taller “Construyendo mi futuro abrazando al pasado”



Centro de Servicios Psicológicos “Dr. Guillermo Dávila”

Coordinación de Centros de Atención y Servicios Psicológicos

Facultad de Psicología, UNAM

CARTA DESCRIPTIVA

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: Taller atención plena y duelo **RESPONSABLE ACADÉMICO:** Mtra. Karina Beatriz Torres Maldonado

ELABORADO POR: Aylin Sánchez Cortés **FECHAS:** Por definir

NÚMERO DE SESIONES: 8

OBJETIVO GENERAL: Facilitar la elaboración del duelo saludable en adolescentes mediante la integración de principios de atención plena.

SESIÓN: 1 **OBJETIVO(S) DE LA SESIÓN:** Introducir a los participantes en los conceptos básicos y la meditación de atención plena.

Tema	Objetivo	Actividades/Técnicas didácticas	Descripción/ Procedimiento	Materiales	Tiempo
Presentación y bienvenida.	Dar la bienvenida a los participantes e integrar al grupo mediante una dinámica.	Presentación de participantes y personal facilitador.	Cada participante dice su nombre y lo que esperan del taller, comienzan los facilitadores y después el resto de los integrantes.	NA	10 minutos
Normas de convivencia.	Establecer normas de convivencia con el grupo.	Círculo de discusión y lluvia de ideas.	En una hoja bond grande se escriben las propuestas de normas de convivencia, las primeras las escribe el personal facilitador y continúan con la participación del resto del grupo, señalando sus límites y propuestas diversas de normas.	Hoja grande de papel bond, plumones de colores.	10 minutos
Composición del taller y conceptos básicos.	Presentar la composición del taller y realizar ajustes. Introducir a los participantes a los	Presentación del taller.	Con ayuda de una presentación se proyecta al grupo la composición del taller en el siguiente orden: <ul style="list-style-type: none"> ● Se explica el objetivo principal del taller 	Presentación digital.	15 minutos

	conceptos básicos de la atención plena.		<ul style="list-style-type: none"> • Duración • Materiales por sesión • Temas a revisar Tiempo de preguntas, propuestas y/o ajustes		
Receso					20 minutos.
El duelo.	Dar a conocer el concepto de duelo.	Presentación del duelo.	Retomando la presentación de los conceptos básicos, se expone el concepto de duelo, iniciando una breve indagación en la pérdida de los participantes.	Presentación digital.	10 minutos.
Sensaciones físicas y emocionales.	Indagar el nivel de consciencia que tienen sobre las sensaciones corporales que provocan sus emociones.	Ejercicio ‘‘En dónde siento’’	Utilizando una silueta humana de papel tamaño real, los participantes escogen una emoción (previamente escritas) y la pegan en la parte del cuerpo en donde la sienten, pueden pasar cuantas veces quieran. Posteriormente se comparte cómo es esa sensación y qué hacen cuando la sienten.	Silueta humana de papel tamaño real, etiquetas de papel con diversas emociones escritas, cinta adhesiva.	15 minutos

Compromiso al taller por escrito.	Afianzar a los participantes al taller y generales un motivo más para quedarse.	Carta compromiso.	En una hoja de papel cada participante escribirá una carta con las razones por las cuales se compromete a quedarse en el taller, la cual debe ir firmada y entregada al personal facilitador, es opcional si alguien desea compartir su carta con los demás.	Hojas de papel, lápices y plumas.	10 minutos.
Primera evaluación.	Recabar el estado de calidad de vida con el que los participantes llegan al taller.	Entrega de cuestionario Inventario de Calidad de Vida y Salud (InCaViSa).	De manera individual cada participante debe contestar el cuestionario y entregarlo al personal facilitador.	Cuestionario Inventario de Calidad de Vida y Salud (InCaViSa) y lápices.	15 minutos
Meditación de atención plena.	Introducir a los participantes a la meditación de atención plena.	Ejercicio de meditación.	En posición de atención plena (sentados en una silla, manos y piernas descruzadas, mirada dirigida levemente hacia abajo, espalda erguida y cómoda) y con los ojos abiertos, deben concentrarse en su respiración durante 60	Sillas.	5 minutos

			segundos, al finalizar se discute cómo se sintieron.		
Cierre de la sesión y tarea para casa.	Recapitular lo que se revisó en la sesión y resolver dudas.	Círculo de discusión.	Se hace un breve repaso de lo que se vio en la sesión y se les pide traer para la siguiente sesión una lista de pensamientos que tienen con frecuencia.	NA.	10 minutos



Centro de Servicios Psicológicos ‘Dr. Guillermo Dávila’

Coordinación de Centros de Atención y Servicios Psicológicos

Facultad de Psicología, UNAM

CARTA DESCRIPTIVA

SESIÓN: 2 **OBJETIVO(S) DE LA** Identificar conductas de riesgo en los participantes mediante la enseñanza de los
 _____ **SESIÓN:** principios de la atención plena.

Tema	Objetivo	Actividades	Descripción/ Procedimiento	Materiales	Tiempo
Bienvenida.	Dar la bienvenida a los participantes y reforzar los nombres de los integrantes del grupo.	Ejercicio ¿Cómo me encuentro hoy?	Se les pregunta a los participantes cómo se encuentran y se repasan los nombres de los miembros del grupo. De manera breve se recuerdan las normas de convivencia y los conceptos	NA.	10 minutos

			básicos de la semana anterior.		
Atención plena.	Explicar el funcionamiento de la atención plena a través de un objeto.	Ejercicio ‘‘La mente en una jarra’’ demostración.	Utilizando una jarra con agua y arena en el fondo como analogía a la mente, se les demuestra a los participantes como se ve nuestra mente cuando tenemos muchos pensamientos y no podemos pararlos, agitado el agua y dejando que la arena suba. Cuando logramos concentrarnos y respirar la mente se vuelve más clara como el agua de la jarra, dejando la tempestad de pensamientos en el fondo.	Una jarra con agua, arena y un agitador.	15 minutos

Conductas riesgo	Identificar pensamiento de rumiación y conductas riesgo	Ejercicio "La mente en una jarra" ejecución.	<p>Cada participante toma la jarra por turnos y comparte uno o varios pensamientos que han tenido en mente en el último mes mientras agitan la arena de acuerdo a la frecuencia con la que piensan en ello, el ejercicio se comienza con la frase: "en el último mes he estado pensado mucho en..."</p> <p>Al terminar el ejercicio se comparte en el grupo cómo se sintieron al ver el movimiento de la arena en la jarra mientras describen sus sentimientos.</p>	Una jarra con agua, arena y un agitador.	25 minutos
------------------	---	--	---	--	------------

Receso					20 minutos
--------	--	--	--	--	------------

Meditación de atención plena	Introducir en la práctica de la meditación de atención plena y resolver dudas	Meditación "El momento presente"	<p>Todos los participantes se colocan en posición de atención plena y comienzan a respirar como su cuerpo se los pida, mientras el facilitador repite las siguientes frases "no juzgues tu respiración, escuchala, atiendela", "si comienzas a pensar en otra cosa que no es tu respiración, regresa amablemente a tu respiración" "no te juzgues por pensar en algo más que tu respiración" "regresa tranquilamente al sonido y sentido de tu respiración". Poco a poco los participantes regresan la atención a grupo y comienza una retroalimentación de la actividad.</p>	Sillas	35 minutos
------------------------------	---	----------------------------------	---	--------	------------

Cierre de la sesión y tarea.	Cerrar la sesión, dejar tarea y resolver dudas.	Tarea práctica.	Cada día deben repetir el ejercicio "el momento presente" 5 min y escribir en una bitácora las sensaciones y pensamientos que tienen durante la actividad.	NA	15 minutos
------------------------------	---	-----------------	--	----	------------



Centro de Servicios Psicológicos ‘Dr. Guillermo Dávila’

Coordinación de Centros de Atención y Servicios Psicológicos

Facultad de Psicología, UNAM

CARTA DESCRIPTIVA

SESIÓN: 3

**OBJETIVO(S) DE LA
SESIÓN:**

Los participantes reforzarán el sentimiento de universalidad del grupo mediante la exposición de su pérdida.

Tema	Objetivo	Actividades	Descripción/ Procedimiento	Materiales	Tiempo

Bienvenida y revisión de tarea.	Dar la bienvenida a los participantes y afianzar los nombres de los integrantes del grupo. Revisar la tarea que se dejó.	Recordar nombres. Revisar la tarea.	Se les preguntará cómo se sienten y de manera aleatoria se les hará repetir el nombre de los miembros del grupo, después compartirán cómo se sintieron realizando el ejercicio ‘el momento presente’ y se resolverán dudas.	NA.	10 minutos
La pérdida.	Escribir los acontecimientos de su pérdida.	Narración externa.	Para esta actividad se les pide escribir en una o varias hojas los acontecimientos de su reciente pérdida escrita en tercera persona.	Hojas de papel, lápices y plumas	20 minutos

Escucha activa.	Indagar en los acontecimientos de su pérdida y generar sentimientos de empatía.	Actividad de escucha activa.	Los participantes que se sientan listos para compartir su carta serán escuchados atenta y activamente por el resto del grupo, cada integrante tendrá consigo un objeto consolador y podrá ofrecerlo a la persona que narra en el momento en el que lo crea necesario, los objetos a elegir son: pañuelos desechables, un peluche, un dibujo de dos personas abrazándose, una nota con la frase "lo siento mucho" y una nota con la frase "me siento similar".	Pañuelos desechables, un peluche, un dibujo de dos personas abrazándose, una nota con la frase "lo siento mucho" y una nota con la frase "me siento similar".	25 minutos
Lo que siento yo, lo siente el otro.	Crear un sentimiento de universalidad en el grupo.	El tarro de la similitud.	En el centro del grupo se coloca un tarro en el cual los participantes deben colocar una moneda de plástico cada que escuchen una frase con la que se sientan identificados, dentro de la lista se encontraran sentimientos,	Un tarro.	20 minutos

			emociones, pensamientos y conductas típicas del duelo. Al finalizar se les preguntará cuál creen que es el sentido de la actividad y si les hizo darse cuenta de algo.		
Receso					15 minutos
Autocuidado.	Procurar las necesidades básicas de los participantes y alentarlos a cuidar de sí mismos.	La importancia de comer, dormir y moverse.	Con la ayuda de una presentación se les recuerda a los participantes los beneficios de comer por lo menos tres veces al día, dormir y descansar su cuerpo y salir a caminar para despejar la mente. En el transcurso de la presentación el personal facilitador debe recopilar los hábitos que tienen los participantes y profundizar en las áreas de oportunidad.	Presentación digital.	15 minutos

Cierre y tarea.	Cerrar la sesión, dejar tarea y resolver dudas.	Tarea de compromiso.	Todos los participantes deberán escribir en una hoja de papel bond grande el hábito que se comprometen a realizar hasta la siguiente sesión, puede ser desayunar a una misma hora, dormir temprano o hacer caminata 10 minutos al día.	Hoja de papel bond grande. Plumones de colores.	10 minutos
Meditación de atención plena.	Relajar a los participantes y practicar la meditación de atención plena.	Ejercicio de meditación.	En posición de atención plena, se les pide centrar la atención en su respiración. De manera aleatoria se les recuerda regresar la atención a la respiración de manera amable y sin juzgarse.	NA.	5 minutos



Centro de Servicios Psicológicos "Dr. Guillermo Dávila"

Coordinación de Centros de Atención y Servicios Psicológicos

Facultad de Psicología, UNAM

CARTA DESCRIPTIVA

SESIÓN: 4 **OBJETIVO(S) DE LA SESIÓN:** Los participantes reconocerán sus habilidades personales ante el cambio mediante la creación de un plan de vida

Tema	Objetivo	Actividades	Descripción/ Procedimiento	Materiales	Tiempo
Bienvenida.	Dar la bienvenida a los participantes y revisar la tarea	Ejercicio ¿Cómo me encuentro hoy? Revisión de tarea.	Se les pregunta de manera general cómo se sienten en ese momento, después cada participante comenta las dificultades y facilidades que tuvieron al realizar el hábito que eligieron. Se les recuerda la importancia de comer, dormir y moverse, posteriormente se hace una retroalimentación grupal.	NA	10 minutos

<p>Plan o proyecto de vida.</p>	<p>Indagar en los intereses y pasatiempos de los participantes.</p> <p>Comenzar un proyecto de vida.</p>	<p>Ejercicio ¿Qué me gustaría estar haciendo?</p>	<p>Con ayuda de recortes de revistas variados, los participantes elaboran un collage sobre sus pasatiempos, incluyendo actividades que siempre han querido realizar, después comparten con el grupo su collage y lo explican. Al finalizar todas las presentaciones, dibujan una tabla en una hoja blanca con tres columnas, en la primera deben colocar las actividades que ya no realizan, en la segunda las actividades que les gustaría retomar y en la tercera columna las actividades que más desean hacer. Una vez terminada la tabla se forman parejas e intercambian tablas, la indicación es ayudar al otro a idear un plan o estrategia para retomar las actividades</p>	<p>Recortes de revistas, hojas de papel, pegamento, lápices de colores, plumas y plumones.</p>	<p>35 minutos</p>
---------------------------------	--	---	---	--	-------------------

			que siempre han deseado hacer.		
Receso					15 minutos
Reconocimiento de habilidades ante el cambio.	<p>Reconocer habilidades, estrategias y cualidades que los participantes poseen.</p> <p>Identificar las necesidades de los participantes ante el cambio</p>	Presentación y actividad de listado	<p>Con ayuda de una presentación, el personal facilitador explica cuáles son las habilidades, cualidades o estrategias que podemos llegar a tener cuando ocurre un cambio en nuestra vida, proporcionando a los participantes una tabla con 15 opciones a elegir de la cuales debe ir resaltando con un marcatextos si cree poseer esa característica y a su vez debe marcar con un color diferente las opciones que crea que necesita desarrollar. Al finalizar la actividad se exponen de manera breve las actividades que se pueden hacer para comenzar a</p>	<p>Presentación digital</p> <p>Lista de cualidades</p> <p>Marcatextos y lápices de madera de colores diversos</p>	25 minutos

			desarrollar las diferentes estrategias ante el cambio.		
Metas a corto plazo	Generar en los participantes metas a corto plazo	Planeador mensual	A todos los participantes se les entrega un formato de planeador con una cuadrícula para 31 días y un apartado para enlistar. Se les explica que el planeador funciona para plantearse objetivos de manera mensual y agendar actividades. Para ejemplificar cada uno debe proponerse objetivos sencillos que abarquen un mes agendar de 2 a 4 actividades para alcanzar sus objetivos. Cierre de sesión y tarea: Se recapitula lo visto en la sesión haciendo una ronda de preguntas, posteriormente	Formato de planeador mensual	25 minutos
Cierre de sesión y tarea	Cerrar la sesión, dejar tarea y resolver dudas.	Revisión de la sesión	Se recapitula lo visto en la sesión haciendo una ronda	NA	5 minutos

		Tarea	de preguntas, posteriormente se les pide traer, en la medida de lo posible, su ropa favorita puesta para estar cómodos y/o un tapete de yoga, cobija ligera o similar.		
Meditación de atención plena	Relajar a los participantes y practicar la meditación de atención plena	Ejercicio de meditación	En posición de atención plena se les pide centrar la atención en su respiración. De manera esporádica se les recuerda regresar la atención a la respiración de manera amable y sin juzgarse.	NA	5 minutos



Centro de Servicios Psicológicos ‘Dr. Guillermo Dávila’

Coordinación de Centros de Atención y Servicios Psicológicos

Facultad de Psicología, UNAM

CARTA DESCRIPTIVA

SESIÓN: 5 **OBJETIVO(S) DE LA SESIÓN:** Los participantes aprenderán la utilidad de las emociones displacenteras mediante la identificación de las mismas.

Tema	Objetivo	Actividades	Descripción/ Procedimiento	Materiales	Tiempo
Bienvenida	Dar la bienvenida a los participantes y preguntarles cómo se encuentran	¿Cómo me siento hoy?	Se da la bienvenida a los participantes y se indaga en su estado de ánimo.	NA	10 minutos

El dolor	Comenzar a identificar el dolor emocional	Actividad: ¿En dónde está mi dolor?	Para esta actividad la primera indicación es recortarse sobre el piso boca arriba con los ojos cerrados. Mientras el personal facilitador narra una meditación guiada para identificar las sensaciones de su cuerpo, incomodidad en los pies, cabellos que lastiman o ropa que pica, después les pedirá identificar otro tipo de sensaciones, nudo en el estómago, en la garganta, calor en la cara, ardor en los ojos, etc., y termina por pedirles que identifiquen en donde sienten su dolor emocional, la tristeza, el sufrimiento, la añoranza, etc.	Colchonetas, cobijas, tapete de yoga o ropa dispersa.	20 minutos
----------	---	-------------------------------------	---	---	------------

<p>La tristeza y el extrañar</p>	<p>Reconocer la utilidad del dolor</p>	<p>Narración: ‘‘Hola, soy tu dolor’’.</p>	<p>Una vez que identifiquen su dolor emocional en la misma posición en la que se encuentran, se les enseñará el principio de atención plena de abandono de la lucha contra su dolor. El personal facilitador les pedirá que imaginen ese dolor emocional como un ente fuera de ellos el cual les está contando cómo se siente, se les brindan ejemplos como cansado, agotado, sin energía para seguir. A continuación se les informa un mensaje general que su dolor quiere hacerles llegar, ‘‘me siento cansado de luchar, déjame alojarme en ti un poco más y después me iré’’, continuando con ‘‘no me quiero quedar mucho tiempo contigo, es solo que no tengo a donde ir, además me ha gustado como se siente estar contigo, estás comenzando a hacer cosas que te gustan, intentas comer y</p>	<p>Colchonetas, cobijas o ropa dispersa</p>	<p>20 minutos</p>
----------------------------------	--	---	--	---	-------------------

			<p>dormir bien y también me gusta cuando das paseos, ríes o te diviertes, eso que haces me ayuda a sanar mis heridas’’, ‘‘quiero agradecerte por hacerme un espacio y dejar que me aloje un rato más, pero por favor ya no me hagas a un lado, me siento cansado, prometo que no molestaré más después de un tiempo, solo no me calles cuando quiero decirte algo, abrázame cuando siento ganas de llorar y escúchame si tengo algo que decir, atentamente, tu dolor’’.</p> <p>Después de una breve pausa, el personal facilitador les pide realizar la meditación ‘el momento presente’ al terminar se recuestan de lado y poco a poco se levantan hasta quedarse sentados en el piso.</p>		
--	--	--	---	--	--

Receso					15 minutos
Contención	Identificar si algún participante necesita contención o atención especializada	Círculo de discusión	Sentados en el piso, se les pide compartir brevemente cómo se sintieron haciendo el ejercicio del dolor.	NA	10 minutos
Red de apoyo	Identificar la red de apoyo de los participantes y brindarles herramientas para formarla.	¿Quién me gustaría que me acompañara?	En una hoja de papel los participantes dibujan una silueta humana por cada persona de su vida que les haga sentir seguros y apoyados al igual que por cada persona que les gustaría que los estuviera apoyando. Posteriormente se realiza una lluvia de ideas con frases que pueden usar para pedir ese apoyo, cada quien anota en su hoja la frase con la que se sienta más cómodo y se compromete a ponerla en práctica con	Hojas de papel, colores, lápices y plumas.	30 minutos

			cualquiera de las personas que dibujó.		
Cierre de sesión y tarea	Cerrar la sesión, dejar tarea y resolver dudas.	Tarea práctica	Se recapitula lo revisado en la sesión, se les reitera la importancia de no luchar contra su dolor y se les deja de tarea realizar una actividad en compañía de su dolor, puede ser ver una película, salir a caminar o escuchar música. escucharlo y tener paciencia hasta que deje de sentirse tan abrumante.	NA	5 minutos
Meditación de atención plena	Relajar a los participantes y practicar la meditación de atención plena	Ejercicio de atención plena	En posición de atención plena se les pide centrar la atención en su respiración. De manera esporádica se les pide recuerda regresar la atención a la respiración de manera amable y sin juzgarse.	NA	10 minutos



Centro de Servicios Psicológicos ‘Dr. Guillermo Dávila’

Coordinación de Centros de Atención y Servicios Psicológicos

Facultad de Psicología, UNAM

CARTA DESCRIPTIVA

SESIÓN: 6 **OBJETIVO(S) DE LA** Los participantes aprenderán a desapegarse del pasado mediante la aceptación de
 _____ **SESIÓN:** la pérdida como parte de su identidad.

Tema	Objetivo	Actividades	Descripción/Procedimiento	Materiales	Tiempo
Bienvenida	Dar la bienvenida a los participantes y revisar la tarea	¿Cómo me encuentro hoy?	Se reciben a los participantes con un saludo y se les agradece por asistir a la esta sesión. A continuación, se les pregunta cómo se encuentran y si alguien desea compartir cómo se sintieron después de la última sesión.	NA	10 minutos

Asuntos pendientes	Resolver asuntos pendientes con su pérdida	Carta de despedida	En una o varias hojas de papel los participantes escriben una carta de despedida a aquello que perdieron narrando en tercera persona. En cuanto terminen tienen la opción de compartir con el grupo o guardar su carta.	Hojas de papel y plumas	20 minutos
Desapegarse del pasado.	Retomar el desapego al pasado y alentar a pensar en su futuro	Ejercicio “caminar y soltar”	Para esta actividad se les pide ponerse de pie en un extremo del aula, concentrándose en el equilibrio de su cuerpo y las sensaciones en sus músculos y huesos. En cuanto se dé la indicación deben comenzar a caminar hacia el otro extremo del salón pensando en que cada paso es un paso hacia el futuro, pueden hacerlo en la velocidad que lo sientan pertinente y prestar atención en sus sensaciones	NA	20 minutos

			físicas. Al finalizar se comparte con el grupo lo que sintieron y pensaron al caminar hacia el futuro.		
Receso					15 minutos
Mi pérdida es parte de mi persona	Reconocer a la pérdida como parte de su identidad	Asumir la pérdida	Con ayuda de etiquetas para la ropa, se les pide a los participantes escribir en cada una, una cualidad que les haga ser quienes son hoy en día, pueden escribir pasatiempos, habilidades, gustos, descripciones físicas, etc. Una vez que hayan escrito todas se las van a ir colocando en ropa de manera visible, al finalizar el personal facilitador les invitará a reflexionar sobre la pérdida que vivieron como una cualidad más de su persona. Aquellos que se sientan identificados pueden	Etiquetas de papel con adhesivo suave y plumones	20 minutos

			escribir "mi pérdida" en una etiqueta y colocarla con el resto de las etiquetas. Para finalizar se forma un círculo y se comparte cómo se sienten con respecto a la pérdida como una cualidad que los hace ser quienes son hoy en día.		
Diversión y pérdida	Comenzar a desintegrar sentimientos de culpa por sentir sentimientos placenteros	Juego de twister NOTA: Se puede intercambiar este juego por las cartas "UNO" si el grupo no presenta una buena integración grupal	Apoyados en las reglas del juego "twister" los participantes comienzan una o dos rondas del juego, promoviendo la diversión entre el grupo. En el momento en que deseen parar se les alienta a continuar divirtiéndose el resto de su semana.	Juego de twister	20 minutos
Cierre de sesión y tarea	Cerrar la sesión, dejar tarea y resolver dudas.	Resumen de la sesión Tarea práctica	Para finalizar se retoman puntos claves de la sesión y se les agradece por confiar y participar en el taller,	NA	5 minutos

			haciendo hincapié en la sugerencia de hacer cosas que les hagan reír o divertirse		
Meditación de atención plena	Relajar a los participantes y practicar la meditación de atención plena	Ejercicio de atención plena	En posición de atención plena, se les pide cerrar los ojos y centrar la atención en su respiración. De manera esporádica se les recuerda regresar la atención a la respiración de manera amable y sin juzgarse.	NA	10 minuto



Centro de Servicios Psicológicos ‘Dr. Guillermo Dávila’

Coordinación de Centros de Atención y Servicios Psicológicos

Facultad de Psicología, UNAM

CARTA DESCRIPTIVA

SESIÓN: 7

**OBJETIVO(S) DE LA
SESIÓN:**

Los participantes obtendrán herramientas para desarrollar conductas autocompasivas.

Tema	Objetivo	Actividades	Descripción/Procedimiento	Materiales	Tiempo
Bienvenida	Dar la bienvenida a los participantes y revisar la tarea	Bienvenida	Se les pregunta cómo se sienten y si quieren compartir cómo se sintieron la sesión anterior. Posteriormente cada uno comparte la actividad que realizó para reír o divertirse.	NA	10 minutos

Autocompasión	Indagar ejercicios de autocompasión que los participantes han tenido	Recordar cuando apoyamos a alguien	Sentados formando un círculo se les pide pensar en alguna ocasión en la cual apoyaron a alguien mientras esa persona se sentía inadecuada, insegura, estaba sufriendo o fracasaba. Posteriormente se expone con el resto del grupo qué acciones tomaron para apoyar a la otra persona y se les invita a pensar en alguna palabra que pueda describir el tema que se está revisando.	NA	20 minutos
Receso					20 minutos
Kindfulness	Generar en los participantes el sentimiento de autocompasión	Ejercicio “Hola, me llamo____y he pasado por una pérdida”	A cada participante se le entrega un dibujo de una figura humana y una carta cerrada. Cada carta contiene una descripción breve de la situación actual de la silueta humana que les tocó, la cual	Dibujo en papel de una figura humana, lápices y plumones de colores diversos y	35 minutos

			<p>está inspirada en la historia real de los participantes, después de leer la carta, se les pide otorgarle un nombre a la silueta humana y dibujarles cosas o palabras que crean que necesiten. Al finalizar cada uno lee en voz alta su carta y explica lo que le ha dibujado y para que lo necesita.</p>	<p>carta personalizada.</p>	
<p>Kindfulness</p>		<p>Revisión</p>	<p>Antes de cerrar la sesión se les revela el tema que se revisó en esta sesión, la compasión. Se revisa qué es la compasión, para que sirve y en qué acciones podemos verla, después se les pide contestar de manera escrita la siguiente pregunta: ¿Cómo me puedo ayudar a mí en la situación en la que me encuentro?</p>	<p>NA</p>	<p>15 minutos</p>

			Al finalizar se realiza una ronda de preguntas.		
Cierre y tarea	Cerrar la sesión, dejar tarea y resolver dudas.	Tarea práctica	Se recapitula lo que se vió en esta sesión y se les pide realizar un acto de autocompasión durante los días intermedios a la próxima sesión.	NA	10 minutos
Meditación de atención plena	Relajar a los participantes y practicar la meditación de atención plena	Ejercicio de atención plena	En posición de atención plena, se les pide cerrar los ojos y centrar la atención en su respiración. De manera esporádica se les recuerda regresar la atención a la respiración de manera amable y sin juzgarse.	NA	10 minutos



Centro de Servicios Psicológicos ‘Dr. Guillermo Dávila’

Coordinación de Centros de Atención y Servicios Psicológicos

Facultad de Psicología, UNAM

CARTA DESCRIPTIVA

SESIÓN: 8 **OBJETIVO(S) DE LA** Los participantes reconocerán sus propios avances y los del grupo en el taller.
 _____ **SESIÓN:** _____

Tema	Objetivo	Actividades	Descripción/Procedimiento	Materiales	Tiempo
Bienvenida	Dar la bienvenida a los participantes y revisar la tarea	Bienvenida	Preguntar a los participantes cómo se sienten de estar en la última sesión.	NA	10 minutos
Evaluación final	Recabar el estado de calidad de vida con el	Entrega de cuestionario Inventario de Calidad de Vida y Salud (InCaViSa)	De manera individual cada participante debe contestar	Cuestionario Inventario de Calidad de Vida y	15 minutos

	que los participantes se van del taller		el cuestionario y entregarlo al personal facilitador.	Salud (InCaViSa) Lápices	
Recopilación	Resumir los temas más importantes que se revisaron en el taller	Recorrido del taller	Con ayuda de una línea del tiempo en papel se resumen los temas y momentos más importantes del taller, invitando a los participantes a añadir concepto y aprendizaje de cada sesión	Línea del tiempo de papel	20 minutos
Reconocimientos	Reconocer el esfuerzo y avances de cada participante	Entrega de reconocimiento	Sentados en un círculo se hace mención en voz alta del nombre de cada participante con una breve descripción del valor que añadió al grupo, dando	Reconocimientos impresos	30 minutos

			espacio para que el resto del grupo le reconozca o agradezca lo que deseen al participante en mención.		
Cierre	Cierre de sesión	Agradecimiento por su participación	Se les agradece a los participantes por haber asistido hasta el final en el taller y se les recuerda la importancia de su asistencia para la investigación psicológica.	NA	15 minutos

Discusión

El duelo es un proceso que de manera obligatoria experimentamos en algún momento de nuestra vida, suele provocarnos sentimientos abrumantes que frenan nuestro día a día, por lo que puede ser la causa de riesgos a largo plazo en la salud mental y física de las personas.

A raíz de la expansión del virus COVID-19, vivenciamos diferentes tipos de pérdidas como el libre tránsito, acudir a eventos recreativos, trabajo, escuela, separación de nuestro medio social y sobre todo múltiples descensos en la población. Dadas las cifras oficiales de muertes por la actual pandemia, es probable que cada persona haya perdido a algún familiar o ser querido durante el confinamiento. Perder a un ser querido durante estas condiciones entorpece el proceso de duelo de muchas personas, al no poder ver el cuerpo en persona o poder realizar rituales fúnebres. El riesgo de lo anterior recae en la salud mental y emocional de la población, aunado a que en nuestro país son pocos los servicios de acompañamiento de salud mental que existen para atender estos casos.

En el caso del duelo durante la adolescencia, se considera clave brindar un acompañamiento constante debido a la alta probabilidad que hay en esta etapa de la vida de presentar conductas de riesgo. Por lo que se considera una etapa de la vida en la que hay que prestar atención a los eventos traumáticos que acontecen en los adolescentes, evitando así el desarrollo de trastornos depresivos y del estado de ánimo.

Es por esto la importancia de crear opciones de atención accesibles y eficaces que ayuden a las personas a vivir un duelo seguro acompañado de profesionales que brinden herramientas para adaptarse lo mejor posible a los cambios causados por el duelo, así como prevenir problemas más graves causados por un duelo inatendido.

Las propuestas de intervención terapéutica basadas en atención plena han tenido resultados óptimos en diversas problemáticas de salud física y mental, como la depresión, ansiedad, trastornos alimenticios, de la personalidad, entre otros. De acuerdo con las investigaciones interesadas en población infantil y adolescente, estas intervenciones ayudan a mejorar la autorregulación, la atención hacia el cuerpo y las emociones, el cuidado de su salud y la capacidad de enfrentarse a diversos problemas. Realizar una intervención basada en esta corriente de tercera generación de manera grupal, da como resultado una intervención de calidad que ocupa menos recursos económicos, humanos y materiales.

Además, en la adolescencia se observa facilidad para compartir experiencias entre pares, por lo que un grupo es ideal para tratar el duelo, el taller puede ser ajustado de acuerdo con las necesidades que presente el grupo, de manera que los criterios de inclusión se tornen a un tipo de duelo o pérdida en específico.

La atención plena en el tratamiento del duelo y la pérdida brinda la oportunidad de explorar el sufrimiento experimentado con el fin de comprender el dolor y los procesos inevitables de la vida. El reconocer a la pérdida como una oportunidad de crecimiento da fortaleza a los dolientes para continuar con su vida al mismo tiempo que aceptan su dolor. Prestar atención a los malestares físicos a través de la meditación previene problemas de salud física y proporciona sensaciones de control y tranquilidad sobre su estado de ánimo.

La enseñanza principal de las intervenciones basadas en atención plena durante el duelo es reconocer que la muerte y el dolor son parte de la vida y si se consolida este aprendizaje se pueden afrontar de mejor manera futuras pérdidas.

Conclusiones

En este trabajo de investigación se partió desde el interés por darle continuidad a los diversos estudios que aplican las terapias de tercera generación, en especial la atención plena, para abordar variables psicológicas. Debido al origen teórico de la atención plena, es importante continuar con la expansión de la investigación en el tratamiento de padecimientos de la salud mental y de esta manera contar con alternativas para el tratamiento psicológico.

El duelo es una variable compleja que comparte conceptos a abordar con la atención plena, como lo es la muerte, la pérdida, el cambio, la resiliencia, el control de pensamientos, la compasión, entre otros. Al abordar el duelo desde esta perspectiva nos brinda un panorama teórico innovador y elaborado para las disciplinas que atienden el duelo.

Se eligió a la población adolescente para probar el tratamiento ya que se considera una etapa de la vida en la que se necesita prestar atención a la evolución de los cambios biopsicosociales que se presentan. Incluso cuando el comportamiento natural del adolescente sea intenso en su conducta, inestable de pensamiento e incierto en su sentir, el profesional de la salud debe apoyar para una sana maduración de todas las áreas a desarrollar. Enfatizando el especial soporte cuando se vive un evento traumático durante esta etapa, como lo es una pérdida significativa.

En conclusión, un taller para el duelo en adolescentes basado en atención plena es ideal para la práctica clínica breve que requiera de atender este evento de manera eficaz. Debido a su alta adaptabilidad a las necesidades de cada participante, la flexibilidad de cada actividad y el emparejamiento que existe entre las bases de la atención plena y el nivel de pensamiento abstracto que existe en la adolescencia.

Se recomienda continuar con la investigación de las variables abordadas en este estudio y llevarlo a la práctica en un ambiente controlado. De esta manera en un futuro pueda ser considerado como la principal forma de acompañamiento en el duelo adolescente en el sector público de salud de nuestro país.

Referencias

- Alonso-Llácer, L., Barreto Martín, P., Ramos-Campos, M., Mesa-Gresa, P., Lacomba-Trejo, L. y Pérez-Marín, M. (2020) Mindfulness and grief: The MADED program Mindfulness for the acceptance of pain and emotions in grief. *Psicooncología* 17(1), 105-116. doi: 10.5209/psic.68244
- American Psychiatric Association. (2014). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. DSM-V. Editorial médica panamericana.
- Arámburo-Muro T., Bautista-Arredondo S., Cerecero-García D., y Macías-González F. (2020). Síntomas depresivos y cobertura de diagnóstico y tratamiento de depresión en población mexicana. *Salud Pública México* 62(6), 840-850. <https://doi.org/10.21149/11558>
- Aranda, M. (2021). El mindfulness y su eficacia en adultos en duelo [Trabajo de suficiencia profesional de licenciatura] Universidad de Lima.
- Barreto, P., De la Torre, O., y Pérez-Marín, M. (2012). Detección de duelo complicado. *Psicooncología*, (9)2-3, 355-368. DOI: 10.5209/rev_PSIC.2013.v9.n2-3.40902
- Barreto, P., Yi, P., Martínez, E., Espinar, V., Fombuena, M., y Soler, C. (2008). Complicated Grief risk factors in palliative care's patients. *Palliat Med*, 32(4), 512-13.
- Berenzon, S., Lara, M., Medina-Mora, M., y Robles, R. (2013). Depresión: estado del conocimiento y la necesidad de políticas públicas y planes de acción en México, *Salud pública de México*, 55(1), 74-80.
- Bernal, E. (2020). ¿Terapia conductual y 10 mg de diazepam? Una aproximación farmacológica para psicólogos por medio de una intervención grupal. [Tesis de Licenciatura, Universidad Nacional Autónoma de México]. TESIUNAM.
- Biegel, M., Brown, W., Shapiro, S. y Schubert, C. (2009). Reducción del estrés basada en la atención plena para el tratamiento de pacientes psiquiátricos ambulatorios

- adolescentes: un ensayo clínico aleatorizado. *Revista de Consultoría y Psicología Clínica*, 77 (5), 855–866.
- Bishop, S., Lau, M., Shapiro, S., Carlson, L., Anderson, N., Carmody, J., Segal, Z., Abbey, S., Speca, M., Velting, D., y Devins, G. (2004). Mindfulness: a proposed operational definition. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 11(3), 230-241.
- Black, D., y Fernando, R. (2014). Mindfulness training and classroom behavior among lower-income and ethnic minority Elementary school children. *Journal of Child and Family Studies*, 23(7), 1242–6. DOI: [10.1007/s10826-013-9784-4](https://doi.org/10.1007/s10826-013-9784-4)
- Bond, F., Hayes, S., Baer, R., Carpenter, K., Orcutt, H., Waltz, T., et al. (2011). Preliminary psychometric properties of the Acceptance and Action Questionnaire - II: A revised measure of psychological inflexibility and experiential avoidance. *Behavior Therapy*, 42, 676-688.
- Britton, W., Lepp, N., Niles, H., Rocha, T., Fisher, N., y Gold, J. (2014). A randomized controlled pilot trial of classroom-based mindfulness meditation compared to an active control condition in sixth grade children. *Journal of School Psychology*, 52(3), 263–78. DOI: [10.1016/j.jsp.2014.03.002](https://doi.org/10.1016/j.jsp.2014.03.002).
- Calhoun, L. y Tedeschi, R. (2006). Las bases del crecimiento postraumático: un marco ampliado. Manual de crecimiento postraumático: Investigación y práctica. *Lawrence Erlbaum Associates*. 3-23.
- Centro Nacional De Programas Preventivos y Control De Enfermedades (2017). Guía de Consulta para el Médico de Primer Nivel de Atención Atención. Depresión en la Persona Adulta Mayor. Secretaria de Salud Pública.

- Chiesa, A., & Serretti, A. (2009). Mindfulness-based stress reduction for stress management in healthy people: a review and meta-analysis. *Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 15(5), 593-600.
- Cicero, M. y Moreno, S. (2000). *Teoría y Técnica de la entrevista*. Impromar.
- Copeland-Linder, N., Perry-Parrish, C., Sibinga, E. y Webb, L. (2016). Mindfulness-Based Approaches for Children and Youth, *Current Problems in Pediatric and Adolescent Health Care*, 46(6), 172-178. DOI: 10.1016/j.cppeds.2015.12.006.
- Corona, Z., Cruz J. y Reyes, M. (2017). *Duelo: Tratamiento basado en la terapia de aceptación y compromiso (ACT)*. Manual Moderno.
- Dávila, Y. (2008). *Propuesta de un Taller para el manejo de Duelo (pérdida física) con enfoque Cognitivo-Conductual TREC*. [Informe Profesional de Servicio Social de Licenciatura]. Universidad Nacional Autónoma.
- Dekeyser, M., Raes, F., Leijssen, M., Leysen, S., y Dewulf, D. (2008). Mindfulness skills and interpersonal behaviour. *Personality and Individual Differences*, 44(5), 1235-1245. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.paid.2007.11.018>
- Deyo, M., Wilson, K. A., Ong, J., & Koopman, C. (2009). Mindfulness and rumination: Does mindfulness training lead to reductions in the ruminative thinking associated with depression? *Explore: The Journal of Science and Healing*, 5(5), 265-271.
- Díaz, J. (2011). Estudio de variables asociadas a la psicoterapia grupal en los procesos de duelo patológico. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 31(1), 93-107.
- Escobar, R. (2019). Inseguridad en México, adolescentes y derechos humanos. *Revista Cuestión Urbana*, (6),17-25.
- Espandian, A., González, M., Reijas, T., Florez, G., Ferrer, E., Saiz, P., Salgado-Barreira, A., González, A., Brenlla, J., Docasar, L., y Bobes, J. (2020). Factores predictores

- de riesgo de repetición de intento de suicidio en una muestra de pacientes ambulatorios. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 13(1):11-21.
<https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2019.03.003>
- Evans, S., Ferrando, S., Findler, M., Stowell, C., Smart, C., & Haglin, D. (2008). Mindfulness-based cognitive therapy for generalized anxiety disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 22(4), 716-721.
- Flook, L., Smalley, S., Kitil, M., Galla, B., Kaiser-Greenland, S., Locke, J., Ishijima, E., y Kasari, C. (2010). Effects of mindful awareness practices on executive functions in elementary school children. *Journal of Applied Social Psychology*, 6(1), 70–95.
- Flugel-Colle, K. F., Vincent, A., Cha, S. S., Loehrer, L. L., Bauer, B. A., & Wahner-Roedler, D. L. (2010). Measurement of quality of life and participant experience with the mindfulness-based stress reduction program. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 16(1), 36-40.
- Fragoso, T. (2019). *Efecto de un taller de atención plena compasiva para niños y adolescentes* [Tesis de licenciatura no publicada] Universidad Nacional Autónoma de México.
- Franklin J., Ribeiro J., Fox K., Bentley K., Kleiman E., Huang X., Musacchio K., Jaroszewski A., Chang B. y Nock M. (2017). Factores de riesgo de pensamientos y conductas suicidas: un metanálisis de 50 años de investigación, 143(2), 187-232.
- Fonseca-Pedrero, E., Reynales-Shigematsu, L., Rivera-Rivera, L., Séris-Martínez, M., y Vázquez-Salas, A. (2019). Prevalencia y factores psicológicos asociados con conducta suicida en adolescentes, *Salud Pública de México*, 62(6), 672-681.

- Franklin, J. C., Ribeiro, J. D., Fox, K. R., Bentley, K. H., Kleiman, E. M., Huang, X., Musacchio, K. M., Jaroszewski, A. C., Chang, B. P., & Nock, M. K. (2017). Risk factors for suicidal thoughts and behaviors: A meta-analysis of 50 years of research. *Psychological Bulletin*, *143*(2), 187–232. <https://doi.org/10.1037/bul0000084>
- Gallego, A. e Isidro, A. (2019). El duelo de la muerte en la etapa de la adolescencia, *International Journal of Developmental and Educational Psychology* (1), 93-101.
- García-García, J., Landa, V., Grandes, G., Mauriz, A., y Andollo, I. (2002). Adaptación al español del cuestionario de riesgo de duelo complicado (CRDC). *Med Pal*, *9*(2), 10-11.
- García-García, J., Landa, V., Triguero, M., y Gaminde, .I. (2009). Inventario de Experiencias en Duelo (IED): adaptación al castellano, fiabilidad y validez. *Aten Primaria*, *27*(2), 86-93.
- García-García, J., Landa, V., Triguero, M., y Gaminde, .I. (2005). Inventario Texas Revisado de Duelo (ITRD): adaptación al castellano, fiabilidad y validez. *Aten Primaria*, *35*(7), 63-70.
- Geary, C., & Rosenthal, S. L. (2011). Sustained impact of MBSR on stress, well-being, and daily spiritual experiences for 1 year in academic health care employees. *Journal of Alternative and Complementary Medicine*, *17*(10), 939-944.
- Gil-Juliá, B., Bellver, A., y Ballester, R. (2008). Duelo: evaluación, diagnóstico y tratamiento. *Psicooncología*, *5*(1), 103-116.
- Goldin, P. R., & Gross, J. J. (2010). Effects of mindfulness-based stress reduction (MBSR) on emotion regulation in social anxiety disorder. *Emotion*, *10*(1), 83-91.
- González-Forteza, C., Hermsillo de la Torre, A., Peralta, R., Vacio-Muro, M., y Wagner, F. (2015). Depresión en adolescentes. Un problema oculto para la salud pública y

- práctica clínica. *Boletín Médico del Hospital Infantil de México*, 72(2), 149-155.
<https://doi.org/10.1016/j.bmhmx.2015.05.006>
- Hasha, M. (2015). Mindfulness practices for loss and grief, *Bereavement Care* (34)1, 24-28.
- Hernández, R. y Navarrete H. (2009). *La formación del psicólogo para intervenir en el impacto del duelo y el divorcio en adolescentes*. [Tesis de licenciatura] Universidad Nacional Autónoma de México.
- Hayes, S. (2016). Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies – Republished Article. *Behavior Therapy* (47), 869-8685.
- Instituto Mexicano de la Juventud. (2016). *La atención temprana de la depresión previene suicidios*. Recuperado el 30 junio del 2021 <https://www.gob.mx/salud/es/articulos/la-atencion-temprana-de-la-depresion-previene-suicidios?idiom=es>
- Ivanovski, B., & Malhi, G. (2007). The psychological and neurophysiological concomitants of mindfulness forms of meditation. *Acta Neuropsychiatrica*, 19(2), 76-91. doi:10.1111/j.1601-5215.2007.00175.x
- Kearney, D. J., McDermott, K., Malte, C., Martinez, M., & Simpson, T. L. (2012). Association of participation in a mindfulness program with measures of PTSD, depression and quality of life in a veteran sample. *Journal of Clinical Psychology*, 68(1), 101-116.
- Kerrigan, D., Johnson, K., Stewart, M., Magyari T., Hutton, N., Ellen, J., y Sibinga, E.M. (2011). Perceptions, experiences, and shifts in perspective occurring among urban youth participating in a mindfulness-based stress reduction program. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 17(2), 96–101.

- Kimbrough, E., Magyari, T., Langenberg, P., Chesney, M., & Berman, B. (2010). Mindfulness intervention for child abuse survivors. *Journal of Clinical Psychology, 66*(1), 17-33.
- Klainin-Yobas, P., Cho, M. A., & Creed, D. (2012). Efficacy of mindfulness-based interventions on depressive symptoms among people with mental disorders: a meta-analysis. *International Journal of Nursing Studies, 49*(1), 109-121.
- Krusche, A., Cyhlarova, E., King, S., & Williams, J. (2012). Mindfulness online: a preliminary evaluation of the feasibility of a web-based mindfulness course and the impact on stress. *BMJ Open*.
- Kumar, S. (2005). *Afligirse conscientemente: una guía espiritual y compasiva para sobrellevar la pérdida*. New Harbinger.
- Kuyken, W., Weare, K., Ukoumunne, O., Vicary, R., Motton N., Burnett, R., Cullen, C., Hennelly, S., y Huppert, F. (2013) Effectiveness of the mindfulness in schools programme: non-randomised controlled feasibility study. *The British Journal of Psychiatry, 203*, 1-6. <http://dx.doi.org/10.1192/bjp.bp.113.126649>.
- Kübler-Ross, E. (2019). *Sobre la muerte y los moribundos*. Alivio del sufrimiento psicológico. Debolsillo.
- Linehan, M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York: Guilford.
- Limonero, J., Lacasta, M., García, J., Maté, J., y Prigerson, H. (2009). Adaptación al castellano del inventario de duelo complicado. *Medi Paliat, 16*(5), 291-97.
- Lizaso, I., Acha, J., Reizabal, L., y García, A. (2017). *Desarrollo biológico y cognitivo en el ciclo vital*. Pirámide.

- Lee, J., Semple, R.J., Rosa, D., Miller, L. (2008). Mindfulness-based cognitive therapy for children: results of a pilot study. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 22(1):15–28.
- Marlatt, G. (2002). Buddhist philosophy and the treatment of addictive behavior. *Cognitive and Behavioral Practice*, 9, 44–50.
- Matousek, R. H., Pruessner, J. C., & Dobkin, P. L. (2011). Changes in the cortisol awakening response (CAR) following participation in mindfulness-based stress reduction in women who completed treatment for breast cancer. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 17(2), 65-70.
- Medina-Mora, M., Borges, G., Lara, C., Benjet, C., Blanco, J., Fleiz, C., Villatoro, J., y Zambrano, J. (2005). Prevalence, service use, and demographic correlates of 12-month DSM-IV psychiatric disorders in Mexico: Results from the Mexican National Comorbidity Survey. *Medicina psicológica*, 35(12), 1773-1783. doi:10.1017/S0033291705005672
- Meppelink, R., De Bruin, E., y Bögels, S. (2016). Meditation or Medication Mindfulness training versus medication in the treatment of childhood ADHD a randomized controlled trial. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 16(3), 487-534.
- Martínez, C. (2015). *Tratamiento para el proceso de duelo en niños y adolescentes* [Tesis de licenciatura, Universidad Nacional Autónoma de México]. BIDIUNAM.
- Medina- Mora, M., Borges, G., Muñoz, C., Benjet, C. et al. (2003). Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: resultados de la encuesta nacional de epidemiología psiquiátrica en México. *Salud Mental*, 26, 1-13.
- Miranda-Mendizabal, A., Castellví, P., Parés-Badell, O., Alayo, I., Almenara, J., Alonso, I., Blasco, M., Cebrià, A., Gabilondo, A., Gili, M., Lagares, C., Piqueras,

- J.,Rodríguez-Jiménez, T., Rodríguez-Marín, J., Roca, M., Soto-Sanz, V., Vilagut, G., y Alonso, J. (2019). Gender differences in suicidal behavior in adolescents and young adults: systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *Int J Public Health* 64, 265–283. <https://doi.org/10.1007/s00038-018-1196-1>
- Monroy, D. y Amador, R. (2018). Duelo complicado. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, (21)2, 621-638.
- Moreno Coutiño, A. (2012). Terapias cognitivo-conductuales de tercera generación (TTG): La atención Plena / Mindfulness. *Revista Internacional de Psicología*, 12(1), 1-18, DOI: 10.33670/18181023.v12i01.66
- Neimeyer, R., Burke, L., Mackay, M., y Stringer, J. (2009). Grief Therapy and the Reconstruction of Meaning: From Principles to Practice. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 40, 73-83.
- Organización Mundial de la Salud. (2017). *Desarrollo en la adolescencia. Organización Mundial de la salud*. Recuperado el 30 de junio del 2021 de: https://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es/
- Organización Mundial de la Salud. (2022). Casos y muertes totales registrados por país: Nivel de Coronavirus. Recuperado el 30 de junio del 2022 de: <https://www.elfinanciero.com.mx/nacional/2022/05/02/covid-19-en-mexico-reportan-5-mil-755-nuevos-casos-y-200-muertes-desde-el-25-de-abril/>
- Organización Panamericana de la Salud. (2017). *Depresión y otros trastornos mentales comunes. Estimaciones sanitarias mundiales*. Recuperado el 30 junio del 2021 <https://iris.paho.org/handle/10665.2/34006>
- Ortíz, A. (2021). Duelo en infancia y adolescencia y en tiempos de COVID-19. *Revista Psiquiátrica Infanto-Juvenil*, 38(1), p. 3-11.

- Park, J. y Wada, K. (2009). Integrating Buddhist Psychology into Grief Counseling, *Death Studies*, 33(7), 657-683, DOI: 10.1080/07481180903012006
- Parro-Jiménez, E., Morán N., Gesteira C., Sanz J. y García-Vera M. (2021) Duelo complicado: una revisión sistemática de la prevalencia, diagnóstico, factores de riesgo y de protección en población adulta de España, 37 (2), 189-201.
- Payás, A. (2010). *Las tareas del duelo: Psicoterapia de duelo desde un modelo integrativo-relacional*. Paidós.
- Payàs A. (2015). *El mensaje de las lágrimas: Una guía para superar la pérdida de un ser querido*. Paidós Ibérica.
- Pérez, M. (2006). La terapia de conducta de tercera generación. *EduPsykhé Revista de Psicología y Psicopedagogía* (5)2, 159-172.
- Pérez, M. y Botella, L. (2006). Conciencia plena (Mindfulness) y psicoterapia: Concepto, evaluación y aplicaciones clínicas. *Revista de Psicoterapia* (17)66, 77-120.
- Real Academia Española. (s.f.). Duelo. En *Diccionario de la lengua española*. Recuperado en 07 de septiembre de 2021, de <https://dle.rae.es/duelo>
- Rivero, A., Sánchez, J., y Del Águila, M. (2009). *Inventario de Calidad de Vida y Salud*. Manual Moderno.
- Riveros, A., Sánchez-Sosa, J. y Del Águila, M. (2008). *Inventario de Calidad de Vida y Salud (InCaViSa)*. Manual Moderno.
- Rodríguez-Álvaro, M. (2019). Impacto del duelo complicado. Una lectura a través del lenguaje del cuidado, 13 (3), 13-38.
- Rodríguez, E. (2021). *El Modelo del Proceso Dual del Duelo: un enfoque alternativo. Otra manera de entender el duelo que aparece por el dolor ante la pérdida de alguien querido*. Psicología y mente. Recuperado el 23 de noviembre de 2021 de <https://psicologiaymente.com/clinica/modelo-proceso-dual-duelo>

- Safran, J. y Muran, J. (2005). *La alianza terapéutica. Una guía para el tratamiento relacional*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Sánchez, T. (2020). Duelo silente y furtivo: dificultad para elaborar las muertes por pandemia de COVID-19, *Studia Zamorensia*, 19, 43-65.
- Sartorius, N., Üstün, T., Lecrubier, Y., & Wittchen, H. (1996). Depression Comorbid with Anxiety: Results from the WHO Study on Psychological Disorders in Primary Health Care. *Diario británico de la psiquiatría*, 168(S30), 38-43. doi:10.1192/S0007125000298395
- Schonert-Reichl, K., Oberle, E., Lawlor, M., Abbott, D., Thomson, K., Oberlander, T. F., y Diamond, A. (2015) Enhancing Cognitive and social-emotional development through a simple-to-administer mindfulness-based school program for elementary school children: a randomized controlled trial. *Developmental Psychology Journal*, 51(1):52–66. <http://dx.doi.org/10.1037/a0038454>.
- Segal, Z., Williams, J., y Teasdale, J. (2002). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse*. Guilford Press.
- Segal, Z., Williams, J., y Teasdale, J. (2002). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse*. Guilford Press.
- Semple, R., Reid, E., y Miller, L. (2005). Treating anxiety with mind-fulness: an open trial of mindfulness training for anxious children. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 19(4), 379–92.
- Shapiro, S., Carlson, L., Astin, J., y Freedman, B. (2006). Mechanisms of mindfulness. *Journal of Clinical Psychology*. 62(3), 373-386.
- Shulla, R. y Toomey R. (2018). Sex differences in behavioral and psychological expression of grief during adolescence: A meta-analysis. *Journal of Adolescence* (65), 219-227.

- Schut, H., y Stroebe, M. (2005). Interventions to enhance adaptation to bereavement. *Journal of palliative medicine*, 8(1), 140.
- Sibinga, E., Stewart, M., Magyari, T., Welsh, C., Hutton, N., Ellen, J. (2008). Mindfulness-based stress reduction for HIV-infected youth: a pilot study. *Explore*, 4(1), 36–7.
- Sibinga, E., Perry-Parrish, C., Thorpe, K., Mika, M., y Ellen, J. (2014). A small mixed method RCT of mindfulness instruction for urban youth. *Explore*, 10(3), 180–6.
- Sibinga, E., Perry-Parrish, C., Chung, S., Johnson, S., Smith, M., y Ellen, J. (2013). School based mindfulness instruction for urban male youth: a small randomized controlled trial. *Prev Med*, 57(6), 799–801.
- Sibinga, E.S., Webb, L., Ghazarian, S., y Ellen, J.M. (2016). School-based mindfulness instruction: an RCT. *Pediatrics*, 137(1), 1–8.
- Sibinga, E., Kerrigan, D., Stewart, M., Johnson, K., Magyari, T., y Ellen, J. (2011). Mindfulness-based stress reduction for urban youth. *Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 17(3):213–8.
- Siegel D. (2007). Mindfulness training and neural integration: differentiation of distinct streams of awareness and the cultivation of well-being. *Social cognitive and affective neuroscience*, 2(4), 259–263. <https://doi.org/10.1093/scan/nsm034>
- Smith, B., Shelley, B., Dalen, J., Wiggins, K., Tooley, E., & Bernard, J. (2008). A pilot study comparing the effects of mindfulness-based and cognitive-behavioral stress reduction. *Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 14(3), 251-258.
- Stroebe, M. y Schut, H. (2001). Modelos de afrontamiento del duelo: una revisión. *Manual de investigación sobre el duelo: consecuencias, afrontamiento y atención*, 39(4), 375–403.

- Stroebe, M., Schut, H, y Boerner, K. (2017). Models of coping with bereavement: an updated overview, *Studies in Psychology*, 38(3), 582–607. DOI: <https://doi.org/10.1080/02109395.2017.1340055>
- Tacón, A. (2011). Mindfulness: Existential, Loss, and Grief Factors in Women with Breast Cancer, *Journal of Psychosocial Oncology*, 29(6), 643-656, DOI: 10.1080/07347332.2011.615382
- Tizón, J. (2004). *Pérdida, pena, duelo. Vivencias, investigación y asistencia*. Paidós-Fundación Vidal Barraquer.
- Torres, N. (2020). Influencia de un taller psicoeducativo sobre bienestar psicológico subjetivo en depresión, ansiedad, calidad de vida y bienestar psicológico de usuarios de un centro comunitario. [Tesis de licenciatura, Universidad Nacional Autónoma de México.]. TESIUNAM.
- Veytia, M., González, N., Andrade, P., y Oudhof, H. (2012). Depresión en adolescentes. El papel de los sucesos vitales estresantes. *Salud Mental*, 35(1), 37-43.
- Vignolo, J. Vacarezza, M. Alvarez, C y Sosa A. (2011). Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud. *Archivo de Medicina Interna*, 33(1). 7-11.
- Wang, P., Angermeyer, M., Borges, G., Bruffaerts, R., Tat Chiu, W., Girolamo, G., et al. (2007). Delay and failure in treatment seeking after first onset of mental disorders in the World Mental Health Survey Initiative. En: Kessler R, Ustun TB, eds. *The WHO World Mental Health Surveys*.
- Worden, W. (2010). *El tratamiento del duelo: asesoramiento psicológico y terapia*. Paidós.

Anexos

Anexo 1 Formulario socioeconómico



Formulario socioeconómico

Fecha: _____

1. Información del solicitante

Nombre(s)	Apellido paterno	Apellido materno
Edad	Fecha de nacimiento	Lugar de nacimiento
Escolaridad terminada <input type="checkbox"/> Primaria <input type="checkbox"/> Secundaria <input type="checkbox"/> Preparatoria <input type="checkbox"/> Universidad <input type="checkbox"/> Posgrado <input type="checkbox"/> Ninguno		Estudiando actualmente <input type="checkbox"/> Primaria <input type="checkbox"/> Secundaria <input type="checkbox"/> Preparatoria <input type="checkbox"/> Universidad <input type="checkbox"/> Posgrado <input type="checkbox"/> Ninguno
Domicilio	Teléfono propio	Teléfono de recados

¿Sufre alguna discapacidad? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	¿Cuál?	¿Recibe tratamiento?
---	--------	----------------------

¿Sufre algún padecimiento mental diagnosticado? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	¿Cuál?	¿Recibe tratamiento?
---	--------	----------------------

El lugar donde vive es: <input type="checkbox"/> Rentado <input type="checkbox"/> Propio <input type="checkbox"/> Propio (de mis padres)	¿Cuenta con los siguientes Servicios de Equipamiento? <input type="checkbox"/> Energía eléctrica <input type="checkbox"/> Drenaje <input type="checkbox"/> Agua potable <input type="checkbox"/> TV * paga <input type="checkbox"/> Lavadora de Ropa <input type="checkbox"/> Refrigerador <input type="checkbox"/> Teléfono fijo <input type="checkbox"/> Teléfono celular <input type="checkbox"/> Horno de microondas <input type="checkbox"/> PC,Laptop, Ipad
Característica del lugar donde vive <input type="checkbox"/> 1 Nivel <input type="checkbox"/> 2 Nivel <input type="checkbox"/> Sala <input type="checkbox"/> Comedor <input type="checkbox"/> Cocina <input type="checkbox"/> No. de Recamaras <input type="checkbox"/> No. de Baños <input type="checkbox"/> Patio <input type="checkbox"/> Cochera <input type="checkbox"/> Otro	¿De qué material es su piso? <input type="checkbox"/> Tierra <input type="checkbox"/> Cemento <input type="checkbox"/> Otro
	¿De qué material es su techo? <input type="checkbox"/> Ladrillo <input type="checkbox"/> Concreto <input type="checkbox"/> Lámina <input type="checkbox"/> Otro
Tipo de combustible <input type="checkbox"/> Tanque de gas <input type="checkbox"/> Gas estacionario	¿Tu familia cuanta con automóvil? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Otro ¿Cuál?

2-.Integrantes del hogar e ingresos económicos

Nombre	Edad	Parentesco	Escolaridad	Ocupación	Ingreso mensual

Firma del solicitante

Anexo 2 Cuestionario de pérdidas



Cuestionario de pérdidas

Fecha: _____

Nombre del solicitante: _____

1. ¿En los últimos seis meses has experimentado alguna pérdida significativa para ti?
2. ¿A quién o qué perdiste?
3. ¿Recuerdas la fecha exacta de tu pérdida o un aproximado?
4. ¿Qué sentiste el día de tu pérdida?
5. ¿Aún te sientes de esa manera o el sentimiento ha cambiado?
6. ¿Qué cambió a partir de ese día?
7. ¿Sientes que tu dolor ha mejorado?
8. ¿Qué ha mejorado el dolor que sientes?
9. ¿De quién has recibido apoyo tras tu pérdida?
10. Redacta brevemente los hechos de aquel día

11. ¿Por qué te interesa recibir apoyo profesional?

Anexo 3 Entrevista



Entrevista

Fecha: _____

Nombre del solicitante: _____

Área escolar

1. ¿Te gusta la escuela? ¿por qué?
2. ¿Cuál es tu materia favorita y por qué?
3. ¿Cuáles han sido tus logros académicos?
4. ¿Tuviste o tienes conflictos con los profesores, directores, prefectos o compañeros de la escuela? ¿Por qué?
5. ¿Recibiste o aún recibes apoyo para realizar tus tareas por parte de tus padres o tutores?
6. ¿Tuviste cambios de diferentes escuelas? ¿Fue fácil adaptarse a las nuevas escuelas?
7. ¿Consideras que tenías/tienes problemas de aprendizaje o atención?

8. ¿Hay algo con lo que no te sientes satisfecho en la escuela?
9. ¿Sufriste acoso escolar alguna vez? ¿cómo fue?
10. ¿Estás satisfecho con tu trayectoria escolar? ¿Por qué?

Área social

1. ¿Recuerdas a qué edad tuviste tu primer amigo?
2. ¿Cómo estableces nuevas relaciones amistosas?
3. ¿Has perdido alguna amistad?
4. Actualmente, ¿tienes amigos íntimos? ¿Cuántos?
5. ¿Qué actividades te gusta hacer con tus amigos?
6. ¿Has tenido relaciones amorosas?
7. ¿Cuántas relaciones amorosas has tenido?
8. ¿Cómo han sido tus relaciones de pareja?
9. De estas relaciones de pareja, ¿Cuáles rupturas han impactado más en tu vida y por qué?
10. ¿Actualmente tienes pareja?

Área familiar

1. ¿Cuántas personas y quiénes integran tu familia primaria (padres y hermanos)?
2. ¿Cómo se llevan tus padres?
3. ¿Cómo te llevas tú con tus padres? ¿Por qué?
4. ¿Tienes hermanos? ¿Cuántos?
5. ¿Qué lugar ocupas entre tus hermanos?
6. De toda tu familia ¿a quién consideras tu mayor apoyo y por qué?
7. ¿Cómo es la relación entre los integrantes de tu familia?
8. Pláticame ¿cómo es la relación con cada uno de tus hermanos?
9. ¿Cuáles consideras que han sido los acontecimientos en tu familia primaria más importantes que han marcado tu vida?
10. ¿Has perdido a algún familiar? ¿Cómo fue para ti?

Área de salud propia

1. ¿Has tenido o tienes alguna enfermedad que consideres importante?
2. ¿A qué edad se presentó esta enfermedad?
3. ¿Cómo impactó/impacta esta enfermedad en tu vida?

4. ¿Actualmente consumes algún medicamento?
5. ¿Te han intervenido quirúrgicamente?
6. ¿Cómo viviste la cirugía?
7. ¿Consumes o has consumido alguna sustancia tóxica (como tabaco, alcohol, o alguna otra droga, etc)?
8. ¿A qué edad comenzaste a consumirla?
9. ¿Con qué frecuencia la consumes?
10. ¿Practicas algún deporte o actividad física?
11. ¿Regularmente cuántas horas duermes al día?
12. ¿Tienes problemas para conciliar el sueño?
13. ¿Has recibido algún tratamiento psicológico o psiquiátrico?
14. ¿Hace cuánto tiempo?
15. ¿Cuánto duró tu tratamiento?
16. ¿Cuál fue el motivo?

17. ¿Cuál fue la razón por la que dejaste de asistir?

Logros, fracasos, eventos traumáticos

1. ¿Qué haces en tu tiempo libre?
2. Relata detalladamente cómo es tu rutina en un día común.
3. ¿Hay algo que hayas hecho que consideres como un logro?
4. ¿Hay alguna meta u objetivo que te hayas planteado y hayas cumplido?
 - En caso que responda sí o no preguntar: ¿Cuál? ¿Por qué lo considera así?
5. ¿Alguna vez te has decepcionado de algo que no hayas cumplido?

¿Hay algo que te parezca importante mencionar y que no hayamos hablado?

Anexo 4 Inventario de Calidad de Vida y Salud

INVENTARIO DE CALIDAD DE VIDA Y SALUD (InCaViSa)

Dra. Angélica Riveros Rosas
Juan José Sánchez-Sosa, PhD
Mark del Águila, PhD




 84-2

INSTRUCCIONES

Los siguientes enunciados se refieren a su salud y actividades cotidianas. Por favor conteste encerrando en un círculo la opción que mejor describa su situación. Si le parece que la pregunta no se aplica a usted en lo absoluto, déjela en blanco. Conteste con toda confianza y franqueza, para este cuestionario no existen respuestas buenas ni malas.

Por favor siéntase en absoluta libertad de solicitar ayuda en caso de cualquier duda, o bien para leer o llenar el cuestionario, con todo gusto le atenderemos.

EJEMPLO

Hay situaciones o cosas que me hacen sentir mucho miedo o terror.

0%	20%	40%	60%	80%	100%
Nunca	Casi Nunca	Pocas Veces	Frecuente-Mente	Casi Siempre	Siempre

Encerraría en un círculo "CASI NUNCA" si siente miedo o terror muy rara vez en su vida. Si pensara que siente miedo o terror en todo momento, encerraría en un círculo "SIEMPRE".

0%	20%	40%	60%	80%	100%
Nunca	Casi Nunca	Pocas Veces	Frecuente-Mente	Casi Siempre	Siempre

Reciba de antemano nuestro agradecimiento por su cooperación y recuerde: *con toda confianza y conteste con la verdad.*

 **Manual Moderno**[®]
 D.R. © 2009
 Editorial El Manual Moderno, S.A. de C.V.
 Av. Saiton 206, Col. Hipódromo, 06100 México, D.F.

ISBN: 978-607-448-012-2 (Obro completo)
 ISBN: 978-607-448-014-6 (Cuestionario)

Ninguna parte de esta publicación puede ser reproducida, almacenada en sistema alguno de tarjetas perforadas o transmitida, por otro medio electrónico, mecánico, fotocopiador, registrado, etcétera - sin permiso por escrito de la Editorial.

Nota: Este cuadernillo está impreso en azul. NO LO ACEPTE si no cumple ese requisito

© Editorial El Manual Moderno. Fotocopiar sin autorización es un delito.

Las siguientes preguntas se refieren únicamente a cómo ha pensado o sentido durante las últimas dos semanas, por favor tenga en mente sus creencias, esperanzas, gustos y preocupaciones pero sólo en los últimos quince días.

1. Creo que si me cuido mi salud mejorará.

0%	20%	40%	60%	80%	100%
Nunca	Casi Nunca	Pocas Veces	Frecuente- Mente	Casi Siempre	Siempre

2. Creo que me enfermo más fácilmente que otras personas

0%	20%	40%	60%	80%	100%
Nunca	Casi Nunca	Pocas Veces	Frecuente- Mente	Casi Siempre	Siempre

Durante las últimas 2 semanas...

PREOCUPACIONES

3. Me preocupa que algunas veces necesito ayuda económica con los gastos de mi enfermedad.

0%	20%	40%	60%	80%	100%
Nunca	Casi Nunca	Pocas Veces	Frecuente- Mente	Casi Siempre	Siempre

4. Me preocupa que algunas veces mi enfermedad es una carga para los demás.

0%	20%	40%	60%	80%	100%
Nunca	Casi Nunca	Pocas Veces	Frecuente- Mente	Casi Siempre	Siempre

5. Me preocupa que alguien se sienta incómodo(a) cuando está conmigo por mi enfermedad.

0%	20%	40%	60%	80%	100%
Nunca	Casi Nunca	Pocas Veces	Frecuente- Mente	Casi Siempre	Siempre

6. Me molesta que otras personas me cuiden demasiado debido a mi enfermedad

0%	20%	40%	60%	80%	100%
Nunca	Casi Nunca	Pocas Veces	Frecuente- Mente	Casi Siempre	Siempre

Durante las últimas 2 semanas...

DESEMPEÑO FÍSICO

7. Tengo suficiente energía para mis actividades cotidianas.

0%	20%	40%	60%	80%	100%
Nunca	Casi Nunca	Pocas Veces	Frecuente- Mente	Casi Siempre	Siempre

8. Si es necesario, puedo caminar dos o tres cuerdas fácilmente.

0%	20%	40%	60%	80%	100%
Nunca	Casi Nunca	Pocas Veces	Frecuente- Mente	Casi Siempre	Siempre

9. Puedo cargar las bolsas del mandado sin hacer grandes esfuerzos.

0%	20%	40%	60%	80%	100%
Nunca	Casi Nunca	Pocas Veces	Frecuente- Mente	Casi Siempre	Siempre

10. Puedo subir varios pisos por las escaleras sin cansarme demasiado.

0%	20%	40%	60%	80%	100%
Nunca	Casi Nunca	Pocas Veces	Frecuente- Mente	Casi Siempre	Siempre

Durante las últimas 2 semanas...

AISLAMIENTO

11. Siento que soy un estorbo, inútil o incompetente.

0%	20%	40%	60%	80%	100%
Nunca	Casi Nunca	Pocas Veces	Frecuente- Mente	Casi Siempre	Siempre

12. Me siento tan vacío(a) que nada podría animarme.

0%	20%	40%	60%	80%	100%
Nunca	Casi Nunca	Pocas Veces	Frecuente- Mente	Casi Siempre	Siempre

13. Me parece que desde que enfermé no confían en mí como antes.

0%	20%	40%	60%	80%	100%
Nunca	Casi Nunca	Pocas Veces	Frecuente- Mente	Casi Siempre	Siempre

14. Me siento solo(a) aun estando en compañía de otros.

0%	20%	40%	60%	80%	100%
Nunca	Casi Nunca	Pocas Veces	Frecuente- Mente	Casi Siempre	Siempre

Durante las últimas 2 semanas...

PERCEPCIÓN CORPORAL

15. Me siento poco atractivo(a) porque estoy enfermo(a).

0%	.20%	.40%	.60%	.80%	.100%
Nunca	Casi Nunca	Pocas Veces	Frecuente- Mente	Casi Siempre	Siempre

16. Me siento restringido(a) por mi peso.

0%	.20%	.40%	.60%	.80%	.100%
Nunca	Casi Nunca	Pocas Veces	Frecuente- Mente	Casi Siempre	Siempre

17. Me da pena mi cuerpo.

0%	.20%	.40%	.60%	.80%	.100%
Nunca	Casi Nunca	Pocas Veces	Frecuente- Mente	Casi Siempre	Siempre

18. Mi cuerpo se ve diferente porque estoy enfermo(a)

0%	.20%	.40%	.60%	.80%	.100%
Nunca	Casi Nunca	Pocas Veces	Frecuente- Mente	Casi Siempre	Siempre

Durante las últimas 2 semanas...

FUNCIONES COGNITIVAS

19. Se me olvida en dónde puse las cosas.

0%	.20%	.40%	.60%	.80%	.100%
Nunca	Casi Nunca	Pocas Veces	Frecuente- Mente	Casi Siempre	Siempre

20. Se me olvidan los nombres.

0%	.20%	.40%	.60%	.80%	.100%
Nunca	Casi Nunca	Pocas Veces	Frecuente- Mente	Casi Siempre	Siempre

21. Tengo dificultades para concentrarme y pensar.

0%	.20%	.40%	.60%	.80%	.100%
Nunca	Casi Nunca	Pocas Veces	Frecuente- Mente	Casi Siempre	Siempre

22. Tengo problemas con mi memoria.

0%	.20%	.40%	.60%	.80%	.100%
Nunca	Casi Nunca	Pocas Veces	Frecuente- Mente	Casi Siempre	Siempre

Durante las últimas 2 semanas...

ACTITUD ANTE EL TRATAMIENTO

23. Me fastidia tomar tantas medicinas.

0%	20%	40%	60%	80%	100%
Nunca	Casi Nunca	Pocas Veces	Frecuente- Mente	Casi Siempre	Siempre

24. Los efectos de las medicinas son peores que la enfermedad.

0%	20%	40%	60%	80%	100%
Nunca	Casi Nunca	Pocas Veces	Frecuente- Mente	Casi Siempre	Siempre

25. Me da pena que los demás noten que tomo medicinas.

0%	20%	40%	60%	80%	100%
Nunca	Casi Nunca	Pocas Veces	Frecuente- Mente	Casi Siempre	Siempre

26. Me siento incómodo(a) con mi médico.

0%	20%	40%	60%	80%	100%
Nunca	Casi Nunca	Pocas Veces	Frecuente- Mente	Casi Siempre	Siempre

Durante las últimas 2 semanas...

FAMILIA

27. El amor de mi familia es lo mejor que tengo.

0%	20%	40%	60%	80%	100%
Nunca	Casi Nunca	Pocas Veces	Frecuente- Mente	Casi Siempre	Siempre

28. Me siento a gusto entre los miembros de mi familia.

0%	20%	40%	60%	80%	100%
Nunca	Casi Nunca	Pocas Veces	Frecuente- Mente	Casi Siempre	Siempre

29. Mi familia me comprende y me apoya.

0%	20%	40%	60%	80%	100%
Nunca	Casi Nunca	Pocas Veces	Frecuente- Mente	Casi Siempre	Siempre

30. Mi familia cuida mis sentimientos.

0%	20%	40%	60%	80%	100%
Nunca	Casi Nunca	Pocas Veces	Frecuente- Mente	Casi Siempre	Siempre

Durante las últimas 2 semanas...

TIEMPO LIBRE.

31. Desde que enfermé dejé de disfrutar mi tiempo libre.

0%	.20%	.40%	.60%	.80%	100%
Nunca	Casi Nunca	Pocas Veces	Frecuente- Mente	Casi Siempre	Siempre

32. Me siento triste cuando veo a personas que hacen las cosas que antes hacía.

0%	.20%	.40%	.60%	.80%	100%
Nunca	Casi Nunca	Pocas Veces	Frecuente- Mente	Casi Siempre	Siempre

33. Desde que enfermé, dejé de pasar el rato con mis amigos.

0%	.20%	.40%	.60%	.80%	100%
Nunca	Casi Nunca	Pocas Veces	Frecuente- Mente	Casi Siempre	Siempre

34. Mi enfermedad interfiere con mis actividades sociales, como visitar a mis amigos o familiares.

0%	.20%	.40%	.60%	.80%	100%
Nunca	Casi Nunca	Pocas Veces	Frecuente- Mente	Casi Siempre	Siempre

Durante las últimas 2 semanas...

VIDA COTIDIANA.

35. Desde que enfermé mi vida diaria se ha vuelto difícil.

0%	.20%	.40%	.60%	.80%	100%
Nunca	Casi Nunca	Pocas Veces	Frecuente- Mente	Casi Siempre	Siempre

36. Desde que enfermé mi vida diaria dejó de ser placentera.

0%	.20%	.40%	.60%	.80%	100%
Nunca	Casi Nunca	Pocas Veces	Frecuente- Mente	Casi Siempre	Siempre

37. Ahora que estoy enfermo(a) la vida me parece aburrida.

0%	.20%	.40%	.60%	.80%	100%
Nunca	Casi Nunca	Pocas Veces	Frecuente- Mente	Casi Siempre	Siempre

38. Dejé de disfrutar mi vida diaria porque estoy enfermo(a).

0%	.20%	.40%	.60%	.80%	100%
Nunca	Casi Nunca	Pocas Veces	Frecuente- Mente	Casi Siempre	Siempre

Durante las últimas 2 semanas...

DEPENDENCIA MÉDICA.

39. Espero que el médico cure todos mis síntomas.

0%	.20%	.40%	.60%	.80%	.100%
Nunca	Casi Nunca	Pocas Veces	Frecuente- Mente	Casi Siempre	Siempre

40. Sólo el médico puede hacer que me sienta mejor.

0%	.20%	.40%	.60%	.80%	.100%
Nunca	Casi Nunca	Pocas Veces	Frecuente- Mente	Casi Siempre	Siempre

41. No me importa que tengo, solo quiero que el médico me cure.

0%	.20%	.40%	.60%	.80%	.100%
Nunca	Casi Nunca	Pocas Veces	Frecuente- Mente	Casi Siempre	Siempre

42. El responsable de que me cure es el médico.

0%	.20%	.40%	.60%	.80%	.100%
Nunca	Casi Nunca	Pocas Veces	Frecuente- Mente	Casi Siempre	Siempre

Durante las últimas 2 semanas...

RELACIÓN CON EL MÉDICO.

43. Disfruto asistir al médico.

0%	.20%	.40%	.60%	.80%	.100%
Nunca	Casi Nunca	Pocas Veces	Frecuente- Mente	Casi Siempre	Siempre

44. Me gusta hablar con el médico sobre mi enfermedad

0%	.20%	.40%	.60%	.80%	.100%
Nunca	Casi Nunca	Pocas Veces	Frecuente- Mente	Casi Siempre	Siempre

45. Visitar al médico se ha convertido en una parte importante de mi vida.

0%	.20%	.40%	.60%	.80%	.100%
Nunca	Casi Nunca	Pocas Veces	Frecuente- Mente	Casi Siempre	Siempre

46. Necesito atención médica constantemente.

0%	.20%	.40%	.60%	.80%	.100%
Nunca	Casi Nunca	Pocas Veces	Frecuente- Mente	Casi Siempre	Siempre

Durante las últimas 2 semanas...

REDES SOCIALES

47. Tengo a quien recurrir cuando tengo problemas de dinero.

0%	.20%	.40%	.60%	.80%	.100%
Nunca	Casi Nunca	Pocas Veces	Frecuente-Mente	Casi Siempre	Siempre

48. Cuando las cosas me salen mal, hay alguien que me puede ayudar.

0%	.20%	.40%	.60%	.80%	.100%
Nunca	Casi Nunca	Pocas Veces	Frecuente-Mente	Casi Siempre	Siempre

49. Hay alguien con quien puedo hablar sobre decisiones importantes.

0%	.20%	.40%	.60%	.80%	.100%
Nunca	Casi Nunca	Pocas Veces	Frecuente-Mente	Casi Siempre	Siempre

50. Si necesito arreglar algo en casa, hay alguien que puede ayudarme.

0%	.20%	.40%	.60%	.80%	.100%
Nunca	Casi Nunca	Pocas Veces	Frecuente-Mente	Casi Siempre	Siempre

BIENESTAR Y SALUD

51. En general, ¿cómo evaluaría su calidad de vida?

Elija una letra en la siguiente escala y enciérrela en un círculo.



La Peor
calidad de vida
posible

La Mejor
calidad de vida
posible

Tan mala o peor
que estar muerto(a)

BIENESTAR Y SALUD

52. Mi salud en general es...

.....
 Muy Mala Mala Regular Buena Muy Buena Excelente

53. En comparación con el año pasado ¿cómo evaluaría su salud en general ahora?

.....
 Muy Mala Mala Regular Buena Muy Buena Excelente

54. En los últimos siete días: ¿Ocurrió algún hecho que influyera claramente en su bienestar? (por ejemplo: disgustos, problemas de salud, intranquilidad, etc.).

NO SI, por favor describa: _____

55. En los últimos seis meses: ¿Ha ocurrido algún suceso importante para usted que cambió su vida? (por ejemplo: muerte o enfermedad grave de un familiar cercano, salida de un hijo de la casa, cambio de domicilio o de trabajo, separación).

NO SI, por favor describa: _____

56. Por favor indique su padecimiento y desde hace cuánto tiempo lo padece:

COMENTARIOS GENERALES

57. Si desea comentar algo más acerca de su enfermedad o del cuestionario, por favor escríbalo aquí. En caso de que necesite más espacio utilice el reverso de ésta página.

© Editorial El Manual Moderno. Fotocopiar sin autorización es un delito.

Nota: Este cuadernillo está impreso en azul. NO LO ACEPTE si no cumple ese requisito.

SÍNTOMAS FÍSICOS

INSTRUCCIONES

La siguiente es una lista de preguntas sobre los síntomas físicos más frecuentes que pudiera tener. Por favor conteste encerrando en un círculo la opción que mejor refleje su propio caso. Todas las preguntas se refieren a cómo se sintió usted en los **últimos 7 días**.

1. ¿Dolor de cabeza?

No Tuvo Un Poco Moderadamente Mucho Muchísimo

2. ¿Dolores musculares?

No Tuvo Un Poco Moderadamente Mucho Muchísimo

3. ¿Dolor en articulaciones? (codo, rodillas, muñecas, ingle, dedos, etc.)

No Tuvo Un Poco Moderadamente Mucho Muchísimo

4. ¿Hinchazón de tobillos y/o piernas?

No Tuvo Un Poco Moderadamente Mucho Muchísimo

5. ¿Problemas para ver?

No Tuvo Un Poco Moderadamente Mucho Muchísimo

6. ¿Problemas para oír?

No Tuvo Un Poco Moderadamente Mucho Muchísimo

7. ¿Comezón o lesiones en la piel? (llagas de cama, hongos, ampollas, resequedad, etc.)

No Tuvo Un Poco Moderadamente Mucho Muchísimo

8. ¿Tos molesta?

No Tuvo Un Poco Moderadamente Mucho Muchísimo

9. ¿Problemas al orinar? (ardor, cambio de color, por su frecuencia o cantidad, etc.)

No Tuvo Un Poco Moderadamente Mucho Muchísimo

10. ¿Tics, tartamudeo?

No Tuvo Un Poco Moderadamente Mucho Muchísimo

11. ¿Mal olor, por ejemplo, en aliento, por sudoración, etc.?

No Tuvo Un Poco Moderadamente Mucho Muchísimo

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Edad: _____

Sexo: Femenino Masculino

¿Vive solo? Si No

En caso de haber respondido no, por favor escriba las edades de las personas con quienes vive y la relación o parentesco que tienen con usted

Edad	Sexo	Relación o parentesco
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Escolaridad (marque uno):

- Primaria incompleta: Escriba hasta qué grado estudió: _____
- Primaria completa
- Secundaria incompleta: Escriba hasta qué grado estudió: _____
- Secundaria completa
- Estudios comerciales: Escriba de qué tipo: _____
- Bachillerato incompleto: Escriba hasta qué grado estudió: _____
- Bachillerato completo
- Estudios Universitarios. Escriba la carrera y último semestre o grado obtenido: _____

¿Cuál es su ocupación?: _____

Ingreso promedio mensual \$ _____

Ingreso promedio mensual de los habitantes en su casa \$ _____

Gracias por su participación y paciencia

**HOJA DE PERFIL
INVENTARIO DE CALIDAD DE VIDA Y SALUD
(InCaViSa)**

Nombre _____

Edad _____

Tiempo desde el inicio del padecimiento _____

Padecimiento _____

Calificación percentilar en C.V.

	Puntuación total	Muy alta	Alta	Baja	Muy baja
Preocupaciones		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Desempeño físico		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Aislamiento		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Percepción corporal		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Funciones cognitivas		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Actitud ante el tratamiento		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tiempo libre		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vida cotidiana		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Familia		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Redes sociales		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dependencia médica		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Relación con el médico		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Notas:

