



**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA
DE AGUASCALIENTES**

CENTRO DE CIENCIAS SOCIALES Y HUMANIDADES

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA

TESIS

**DUELO COMPLICADO POR SUICIDIO: EFECTIVIDAD DEL TRATAMIENTO
DE DUELO BASADO EN LA TERAPIA DE ACEPTACIÓN Y COMPROMISO
(ACT)**

PRESENTA

Diana Lucía Domínguez Mercado

**PARA OBTENER EL GRADO DE MAESTRA EN INVESTIGACIÓN EN
PSICOLOGÍA**

TUTOR

Dra. Alicia Edith Hermosillo de la Torre

COMITÉ TUTORAL

Dra. Cecilia Méndez Sánchez

Mtro. José Ignacio Cruz Gaitán

Aguascalientes, Ags, 22 de noviembre de 2018.



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA
DE AGUASCALIENTES

DR. JOSÉ LUIS ELOY MORALES BRAND
DECANO INTERINO DEL CENTRO DE CIENCIAS SOCIALES Y HUMANIDADES
P R E S E N T E

Por medio del presente como comité tutorial designado del estudiante **DIANA LUCIA DOMINGUEZ MERCADO** con ID 150482, quien realizó la tesis titulada: **DUELO COMPLICADO POR SUICIDIO: EFECTIVIDAD DEL TRATAMIENTO DE DUELO BASADO EN LA TERAPIA DE ACEPTACIÓN Y COMPROMISO (ACT)** y con fundamento en el Artículo 175, Apartado II del Reglamento General de Docencia, nos permitimos emitir el **VOTO APROBATORIO** para que ella pueda proceder a imprimirla y así continuar con el procedimiento administrativo para la obtención del grado.

Pongo lo anterior a su digna consideración y sin otro particular por el momento, me permito enviarle un cordial saludo.

ATENTAMENTE

“Se Lumen Proferre”

Aguascalientes, Ags., a 14 de noviembre de 2018.

Dra. Alicia Edith Hermosillo de la Torre
Tutor de Tesis

Dra. Cecilia Méndez Sánchez
Lector interno

Mtro. José Ignacio Cruz Gaitán
Lector externo

c.c.p.- Interesado

c.c.p.- Secretaría Técnica del Programa de Posgrado de la Maestría en Investigación en Psicología



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA
DE AGUASCALIENTES

CENTRO DE CIENCIAS SOCIALES
Y HUMANIDADES

Asunto: Conclusión de Tesis
DEC. CCS Y H OF. N° 0897

**DRA. EN ADMÓN. MARÍA DEL CARMEN MARTÍNEZ SERNA
DIRECTORA GENERAL DE INVESTIGACIÓN Y POSGRADO
P R E S E N T E.**

Por este conducto le informo que el documento final de Tesis/Trabajo Práctico Titulado: **“DUELO COMPLICADO POR SUICIDIO: EFECTIVIDAD DEL TRATAMIENTO DE DUELO BASADO EN LA TERAPIA DE ACEPTACIÓN Y COMPROMISO (ACT)”**, presentado por la sustentante **DIANA LUCIA DOMINGUEZ MERCADO** con ID. 150482, egresada de la **MAESTRÍA EN INVESTIGACIÓN EN PSICOLOGÍA**, cumple las normas y lineamientos establecidos institucionalmente para presentar el examen de grado.

Sin más por el momento, aprovecho la oportunidad para enviarle un cordial saludo.

**A T E N T A M E N T E
“SE LUMEN PROFERRE”**

Aguascalientes, Ags., 20 de Noviembre del 2018.

**MTRA. MARÍA ZAPOPAN TEJEDA CALDERA
DECANA**

c.c.p. Dr. Francisco Javier Pedroza Cabrera. Secretario de Investigación y Posgrado del CCS y H.
c.c.p. Dr. Pedro Palacios Salas. Secretario Técnico del Posgrado
c.c.p. Mtra. Imelda Jiménez García. Jefa del Depto. De Control Escolar
c.c.p. Lic. Diana Lucia Domínguez Mercado. Egresada de la Maestría en Investigación en Psicología
c.c.p. Archivo

Agradecimientos

La realización de esta tesis se debe al apoyo de diversas personas que estuvieron presentes durante el desarrollo y consolidación de ésta, por ello me permito dedicarle unas palabras a cada una ellas.

Primeramente, quisiera agradecer al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología por haberme proporcionado una beca para la realización de esta investigación, a la Universidad Autónoma de Aguascalientes por el subsidio proporcionado durante estos dos años, también agradecer al Centro de Salud Mental “Agua Clara” por permitirme el acceso a la institución, sin su apoyo esta investigación no podría haber sido posible.

Ahora me gustaría agradecer a mi tutora Alicia Edith Hermosillo de la Torre, por permitirme adentrarme al mundo de la investigación y por el impulso que me dio para realizar un posgrado, así también por su apoyo durante todos los años que hemos estado trabajando juntas. Quiero agradecerle por su comprensión, su calidad humana, su amistad, sus palabras de aliento en los momentos difíciles y por brindarme tiempo a pesar de sus múltiples ocupaciones y agendas apretadas es algo que valoro mucho, infinitas gracias Edith.

También quiero agradecerle a Cecilia Méndez por aceptar ser parte mi comité, por estar pendiente de mis avances, por las horas de retroalimentación y por tener ese compromiso en mí para hacer mi labor con ética y profesionalismo, gracias Cecy.

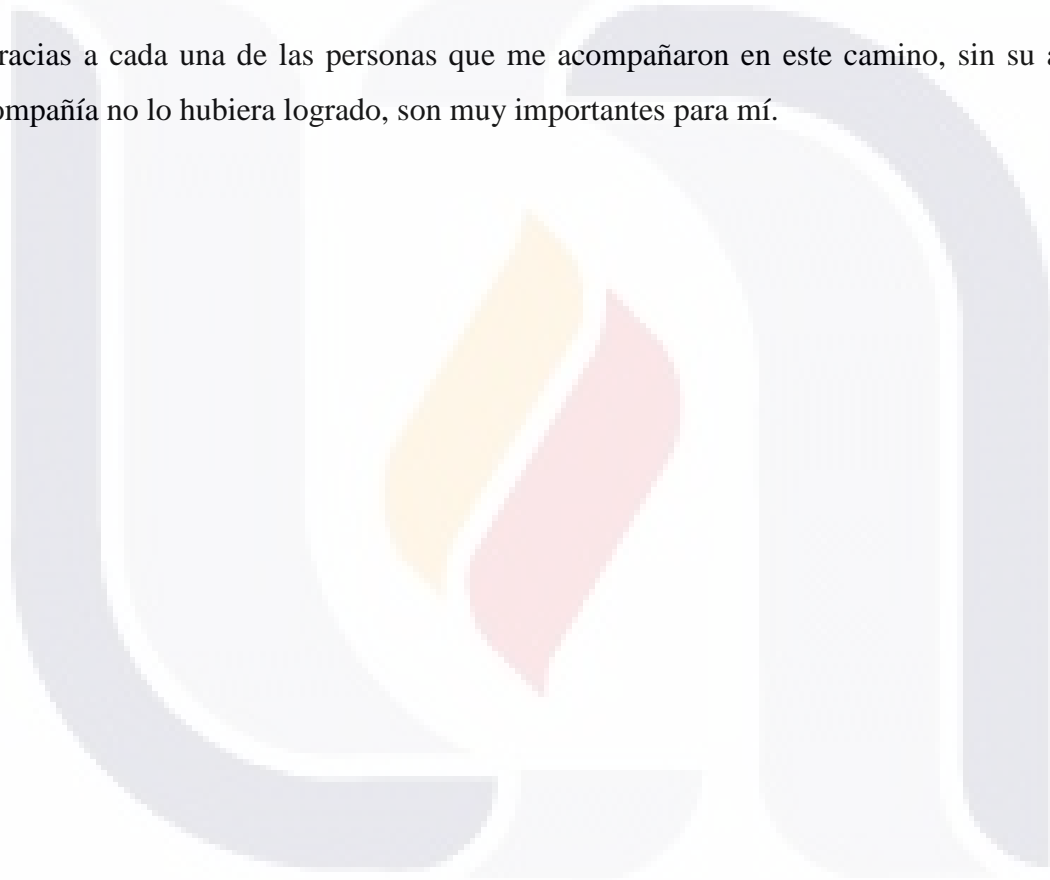
Asimismo, quiero agradecer al Mtro. José Ignacio Cruz Gaitán por haber aceptado ser mi lector externo y por permitirme realizar una estancia en la Clínica de Duelo, donde al compartirme sus conocimientos y opiniones me permitió generar una perspectiva diferente para el acercamiento a los pacientes enfrentándome a mis miedos y dudas profesionales, procediendo en la investigación de la mejor forma posible, Gracias Pepe.

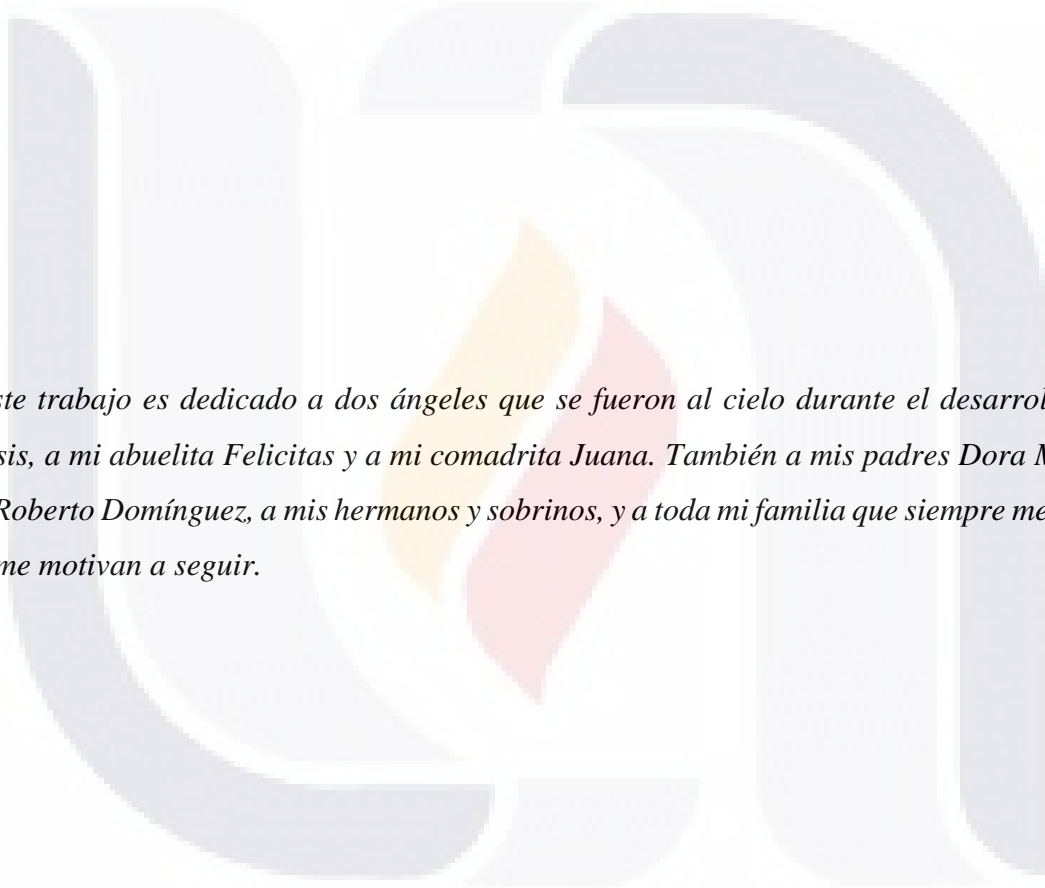
Ahora me gustaría agradecer a mi familia, en primer lugar a mis papás, a mi mamá quien fue testigo del proceso y del estrés vivido, pero con su amor, comprensión, paciencia y escucha hizo que esto fuera más llevadero, gracias mamita por motivarme a seguir adelante y por confiar en mí, te amo. También a mis hermanos Doris y Roberto, a mis sobrinos Dani y

Camila, a mis tíos y primos que todos ellos con su alegría, bromas, palabras de aliento me motivan a seguir y terminar con entusiasmo.

Finalmente pero no menos importante quiero agradecer a mis amigos que estuvieron antes y durante la maestría, Karen Giselle, Montse, Ruth, More, Belén, Marce y Caro que a pesar de no tener mucho tiempo libre siempre abrían un espacio para escucharme, apoyarme y darme ánimos. A mis compañeras y amigas de la maestría Andy, Cinthia y Goretti con quienes compartía mi estrés y me ayudaban a generar soluciones, gracias chicas.

Gracias a cada una de las personas que me acompañaron en este camino, sin su apoyo y compañía no lo hubiera logrado, son muy importantes para mí.





Este trabajo es dedicado a dos ángeles que se fueron al cielo durante el desarrollo de la tesis, a mi abuelita Felicitas y a mi comadrita Juana. También a mis padres Dora Mercado y Roberto Domínguez, a mis hermanos y sobrinos, y a toda mi familia que siempre me apoyan y me motivan a seguir.

Índice General

Capítulo 1 8

Conceptualización de duelo normal y complicado 8

 1.1 Duelo normal y duelo complicado 11

 1.2 Dificultades en la resolución del duelo 15

 1.3 Epidemiología de duelo y sus dolientes 16

El tratamiento del duelo: intervenciones psicológicas basadas en la evidencia 21

 2.1 Intervenciones psicológicas para el tratamiento del duelo complicado: Enfoques y modelos teóricos..... 22

 2.2 Intervenciones psicológicas dirigidas a la solución de duelo complicado por suicidio

 2.3 Intervenciones psicológicas para duelo complicado en México 28

Capítulo 3 31

Las Psicoterapias Conductuales Contextuales Funcionales y su aplicación en el tratamiento del duelo complicado 31

 3.1 Tipos de Psicoterapias Contextuales 32

 3.1.1 *Terapia de activación conductual (AC)* 32

 3.1.2 *Terapia Dialéctico Conductual (DBT)* 34

 3.1.3 *Psicoterapia Analítico Funcional (FAP)* 35

 3.1.4 *Terapia de Aceptación y compromiso (ACT)* 36

 3.2 La Terapia de Aceptación y Compromiso en el tratamiento psicológico del duelo complicado por suicidio 40

 3.3 Psicoterapia Conductual Contextual para el Tratamiento de Personas con Duelo Complicado por Suicidio: Tratamiento basado en la ACT 43

Capítulo 4 47

Método 47

4.1 Diseño	47
4.2. Definición de variables	48
4.3 Hipótesis de investigación.....	50
4.4 Participantes	50
4. 5 Materiales e Instrumentos	51
4.6 Procedimiento	53
<i>Etapa 1: de búsqueda, contacto e invitación de filiales participantes.....</i>	<i>53</i>
<i>Etapa 2: Fase A línea base retrospectiva.....</i>	<i>54</i>
<i>Etapa 3: Fase B intervención</i>	<i>54</i>
<i>Etapa 4: Fase A´ retirada del tratamiento</i>	<i>54</i>
4.7. Análisis de los Datos	54
Capítulo 5.....	56
Resultados.....	56
5.1 Efectividad del tratamiento	56
5.1.1 Paciente “LM”	56
5.1.2 Paciente “CV”.....	61
5.1.3 Paciente “EE”.....	65
5.2 Seguimiento de los procesos básicos del hexaflex en el transcurso de la intervención	68
5.2.1 Procesos básicos del hexaflex al inicio de la intervención.....	68
5.2.2 Seguimiento de los procesos básicos del hexaflex al finalizar la intervención...74	
5.2.3 Descripción de las sesiones de intervención	76
Capítulo 6.....	83
Discusión	83
Capítulo 7.....	91

Conclusiones91
Referencias.....93
Anexos105
 Anexo A: Estudio de Caso LM106
 Anexo B: Estudio de Caso CV.....124



Índice de Figuras y Tablas

Figura 1 Suicidios 2000-2017.....18

Figura 2 Tipos de intervenciones en tanatología29

Figura 3 Modelo de flexibilidad e inflexibilidad psicológica..... 39

Figura 4 Puntaje del nivel de Evitación Experiencial en LM..... 57

Figura 5 Puntaje de duelo complicado en LM57

Figura 6 Puntajes de síntomas Psicopatológicos en LM.....58

Figura 7 Modos usuales de afrontamiento de LM..... 59

Figura 8 Puntaje del nivel de evitación experiencial de CV..... 61

Figura 9 Puntaje de duelo complicado en CV..... 62

Figura 10 Puntajes de síntomas Psicopatológicos de CV.....63

Figura 11 Puntajes de los modos usuales de afrontamiento de CV..... 63

Figura 12 Puntaje de EE para Evitación Experiencial y Duelo Complicado..... 66

Figura 13 Puntaje de ED para evitación Experiencial y Duelo Complicado..... 67

Figura 14 Valoraciones de flexibilidad psicológica de LM.....69

Figura 15 Valoraciones de flexibilidad psicológica de CV.....71

Figura 16 Valoraciones de flexibilidad psicológica de EE.....72

Figura 17 Valoraciones de flexibilidad psicológica de ED.....73

Figura 18 Valoraciones de flexibilidad psicológica antes y al finalizar la intervención de LM.....75

Figura 19 Valoraciones de flexibilidad psicológica antes y al finalizar la intervención de CV.....76

Tabla 1 Criterios para diagnóstico de Trastorno de duelo complejo persistente.....14

Tabla 2 Suicidios y las estimaciones de los afectados por suicidio en los años 2016 y 2017..... 20

Tabla 3 Sesiones propuestas para la intervención de duelo por suicidio..... 45

Tabla 4 Características de los casos participantes..... 50

Tabla 5 Puntajes de Calidad de Vida y Salud de LM en Fase A y A'60

Tabla 6 Puntajes de Calidad de Vida y Salud de CV en Fase A y A.'64
Tabla 7 Reporte de cada una de las sesiones en ambos casos78
Tabla 8 Descripción de las sesiones a las que asistieron los casos que no finalizaron el
tratamiento 81



Resumen

Cuando una persona pierde a un ser querido experimenta una serie de reacciones negativas que con el paso del tiempo tienden a disminuir denominado duelo normal. Este proceso puede llegar a complicarse cuando la muerte es traumática o estigmatizada como el suicidio, pues se agregan sentimiento de culpa, vergüenza, estigma, búsqueda de una explicación y aislamiento, haciendo que el proceso se vuelva más difícil de sobrellevar necesitando el apoyo terapéutico (García-Viniegras y Pérez, 2012; Garcíandía, 2013). Sin embargo, la APA no ha reconocido un tratamiento eficaz en la intervención de duelo. Por lo tanto la presente tesis tiene el objetivo de evaluar el nivel de efectividad de un protocolo para la intervención de duelo complicado desde la Terapia de Aceptación y Compromiso (Cruz-Gaitán, Reyes y Corona, 2017). Participaron 6 mujeres entre 20 y 54 años que experimentaron una muerte por suicidio, de las cuales solo dos terminaron la intervención. Se utilizó un diseño de caso único ABA', la fase A consistió en la realización de la línea base de la VD (evitación experiencial) y evaluación de variables intervinientes a través de pruebas psicométricas, en la fase B se implementó el protocolo y se evaluó la VD, finalmente la fase A' que es retirada del tratamiento. En los resultados se observó una reducción en la evitación experiencial al finalizar el tratamiento, mostrando menor evitación durante la fase B. En cuanto a la solución del duelo complicado se observó una disminución notable. En la evaluación de los 90 síntomas psiquiátricos se observó que los síntomas de depresión y ansiedad disminuyeron en especial este último. Los hallazgos sugieren que el tratamiento mostró ser efectivo en la reducción de conductas de evitación experiencial y en la resolución de duelo.

Palabras clave: Duelo Complicado, Efectividad, Suicidio, Terapia de Aceptación y Compromiso, ACT

Abstract

When a person loses a loved one he experiences a series of negative reactions that tend to diminish over time, called normal grief. This process can become complicated when death is traumatic or stigmatized as suicide, because they add guilt, shame, stigma, search for an explanation and isolation, making the process more difficult to cope with in need of therapeutic support (García-Viniegras & Pérez, 2012, Garcíandía, 2013). However, the APA has not recognized an effective treatment in the grief intervention. Therefore, this thesis has the objective of evaluating the level of effectiveness of a protocol for the intervention of complicated grief from the Therapy of Acceptance and Commitment (Cruz-Gaitán, Reyes & Corona, 2017). Six women between 20 and 54 years old who experienced a death by suicide participated, of which only two finished the intervention. A unique ABA' case design was used, phase A consisted in the realization of the baseline DV (experiential avoidance) and evaluation of intervening variables through psychometric tests, in the B phase the protocol was implemented and evaluated the DV, finally the phase A' that is withdrawn from the treatment. In the results, a reduction in experiential avoidance was observed at the end of the treatment, showing less avoidance during phase B. Regarding the complicated grief solution, a notable decrease was observed. In the evaluation of the 90 psychiatric symptoms, it was observed that the symptoms of depression and anxiety decreased, especially the latter. The findings suggest that the treatment showed to be effective in the reduction of experiential avoidance behaviors and in the resolution of mourning.

Key words: complicated grief, effective, suicide, Therapy of Acceptance and Commitment, ACT

Capítulo 1

Conceptualización de duelo normal y complicado

Existen diferentes formas de entender la naturaleza y características del duelo, el cual desde su punto general refiere a diversos tipos de pérdida como muerte de un ser querido, ruptura amorosa, pérdida de algún miembro del cuerpo, pérdida del trabajo o status, por mencionar algunos. En este trabajo se abordará únicamente el duelo entendido como pérdida un ser querido donde se han identificado diferentes maneras de conceptualizarlo como una respuesta, como un proceso, o bien como una experiencia.

El duelo como respuesta se conceptualiza como la reacción inmediata que tiene el individuo ante el fallecimiento de un ser amado y sus posibles consecuencias. En palabras de Freud (1856/1939) el duelo es una “reacción frente a la pérdida de una persona amada o una abstracción que haga sus veces, como la patria, la libertad, un ideal, etc., trayendo consigo graves desviaciones de la conducta normal en la vida, sin considerarlo patológico” (p. 241). La definición que aporta Freud muestra como el duelo no necesariamente se presenta cuando se pierde a un ser querido, sino que representa cualquier tipo de pérdida que pueda ser significativa para la persona. En este mismo sentido García-Viniegras y Pérez (2012) y Pérez-Cuesta y Nicuesa (1999) conciben al duelo como una reacción adaptativa normal que se presenta cuando una persona pierde algo propio, esta pérdida produce un malestar y una serie de sentimientos involucrados que necesitan de tiempo para ser superados obligando al sujeto afectado a plantearse su propia muerte y a rehacer su vida desde una perspectiva distinta.

Hablar de duelo como proceso es entenderlo como una situación que para ser superada de forma óptima es necesario el paso del tiempo para que emociones, sentimientos y pensamientos que surgen a partir de la pérdida puedan ser modificados naturalmente, el cual puede ser definido como:

...proceso cognitivo de enfrentar una pérdida, de repasar los acontecimientos antes y en el momento de la muerte, de centrarse en los recuerdos y de trabajar por el

desapego de los fallecidos, y requiere un esfuerzo activo, continuo y esforzado para conciliar la pérdida (Stroebe, 1992, p. 33).

Esta definición fue retomada por William Worden en el 2004 quien a partir de ella propuso cuatro tareas por las que pasa el doliente para superar su pérdida, aceptar la realidad de la pérdida, elaborar el dolor del duelo, adaptarse a un nuevo mundo sin el ser querido y reubicar emocionalmente al ser querido; otros autores han considerado al duelo como un proceso que ayuda a equilibrar su vida después de la muerte y que además puede tener implicaciones a nivel biológico, individual y social (Pereira, 2010), en la cual el paso del tiempo es fundamental para lograr el equilibrio, sin embargo no existe un tiempo establecido para que esto suceda.

Ahora bien, el duelo como experiencia considera el evento de pérdida como una vivencia por la que todos pasan, independientemente de cómo se presente y se supere. Inicialmente autores como Stroebe y Schut (2005) lo reconocen como una experiencia debilitante que causa una gran cantidad de dolor emocional, debido a la pérdida de un ser querido; por su parte Bourgeois por su parte (2006) lo concibe como una experiencia universal que pone a prueba las estrategias biopsicosociales adaptativas del ser humano sin considerarlo patológico debido a que sus síntomas son transitorios. Asimismo Sands y Tennant en el 2010, afirman que es una experiencia transformadora de aprendizaje que no depende de un cambio epistemológico, donde los participantes experimentan un cambio en su ser en el mundo; finalmente Waller et al. (2016) consideran que se trata de una experiencia universal, donde las personas pueden experimentar un dolor intenso que puede afectar negativamente su bienestar físico y psicosocial. Cada una de estas definiciones permiten conocer y profundizar en el tema desde una perspectiva en particular, sin embargo se puede observar que la mayoría de ellos aclara que la pérdida debe ser de una persona amada, que produce malestar y que es necesario el paso del tiempo para afrontarlo, aunque no exista un tiempo definido.

Como puede observarse el duelo queda conceptualizado desde diversas aproximaciones, pues percibirlo como reacción o experiencia únicamente remite al malestar inmediato que produce para pérdida, sin embargo no son reflexionadas considerando las

consecuencias que esto implica a largo plazo como sucede con la concepción de duelo como proceso, ya que el tener una diversidad de conceptualizaciones lo que provoca es una confusión teórica y una incompreensión desde el foco del que se está analizando, por lo que se reconoce la necesidad de tener una definición única en las que se conciba al duelo como una entidad que involucra experiencias, reacciones y procesos de adaptación, en el que no solo está involucrado el sujeto, sino también el contexto en el que se está desarrollando esa experiencia, lo que lleva a tener una visión más integral de esta afección, puede proporcionar mayor comprensión.

La concepción de duelo que se considera más completa es la que concibe a éste como un proceso, ya que es la que incluye aspectos diversos que influyen para una adaptación a la pérdida, lo que ayuda a la propuesta de intervenciones o modelos que pueden ser aplicados en situaciones reales, por ello se profundizará más en este capítulo.

El duelo conceptualizado como un proceso ha sido trabajado por Kübler Ross (1972), Bowlby (1986) y Worden (2004) a través de un modelo de fases o tareas, así como por Stroebe y Schut (1999) mediante el modelo de procesamiento dual.

Elizabeth Kübler-Ross (1972) propuso un modelo de cinco fases que se presentaban en un orden determinado, sin embargo no establecía un tiempo para la superación de cada una de las fases, dichas fases son negación, ira, negociación, depresión y aceptación; una persona al experimentar una de ellas por la pérdida de un ser querido logra adaptarse a un ambiente con esa ausencia. Posteriormente J. Bowlby (1986) con su Teoría del Apego propone una serie de 4 fases vinculadas al duelo similares a las de Kübler-Ross respecto a las reacciones que se presentan, con la diferencia que en esta propuesta no se presenta un desarrollo secuencial de las fases ni del tiempo para superar cada una de éstas, éstas inician por un estado de aturdimiento, seguido por enfado, añoranza y búsqueda, pasando a un momento de desesperanza y desorganización para finalizar en la organización.

Por último William Worden (2004) plantea un modelo de tareas que tienen que ser completadas para adaptarse a la pérdida, la diferencia se encuentra en que aquí se le da a la persona en duelo un rol activo que implica que ella puede hacer algo para su recuperación,

primero tiene que aceptar la pérdida para poder trabajar en las emociones y el dolor, posteriormente adaptarse a un medio sin el ser querido, pero recolocar emocionalmente, dentro de este modelo las tareas no tienen que presentarse en orden y al igual que el modelo de fases no se establece un tiempo para el cumplimiento de dichas tareas.

Al analizar la propuesta de modelo de fases y tareas han surgido diversos cuestionamientos a su planteamiento especialmente en la consideración de la individualidad, ya que en esta lógica los dolientes muestran respuestas discretas en un progreso que se plantea como constante y lineal, asumiendo que es posible predecir la resolución del duelo de una forma natural y universal; sin embargo, se ha observado casos en los que las personas no logran adaptarse a la pérdida tal como se planteaba. Tomando en cuenta estas consideraciones propone un modelo que pretende dar una nueva visión al proceso de duelo.

El modelo de procesamiento dual de afrontamiento descrito por Stroebe y Schut (1999), indica que en el proceso de duelo se dan dos mecanismos de afrontamiento, uno que está orientado hacia la pérdida, el cual focaliza su atención en la confrontación de la experiencia de pérdida (como expresar emociones, recordar, rumiar, etcétera.); y el otro que está orientado hacia la restauración, donde se incluye estrategias para manejar los estresores consecuentes de la pérdida (como asumir nuevos roles, reconstrucción de creencias, por mencionar algunos). Se asume que la clave para llevar a cabo un proceso favorable está en oscilar entre uno y otro mecanismo hasta que se logre una reorganización a largo plazo. Si se concentra sólo en el mecanismo orientado hacia la pérdida se corre el riesgo de no adaptarse a ella. Este tipo de duelos son los que necesitan ser comprendidos con mayor profundidad ya que al no resolverse de manera natural necesitan ser intervenidos con tratamientos psicológicos efectivos y eficaces en su resolución.

1.1 Duelo normal y duelo complicado

La distinción entre duelo normal y duelo complicado también llamado patológico, ha sido utilizada especialmente, en los últimos tiempos en la práctica psicológica clínica. Como ya se mencionó, esta distinción ha sido abordada en las propuestas de Worden (2004) y Payás (2010) principalmente, aunque también ha sido complementada por Barreto y Soler (2007) y Echeberrúa y Herrán (2007).

El duelo normal comprende un amplio rango de sentimientos y conductas que son normales después de una pérdida. Las manifestaciones del duelo normal abarcan sentimientos de tristeza, enfado, culpa, soledad, impotencia, emancipación, alivio, insensibilidad y sensación de despersonalización. De igual forma pueden manifestarse sensaciones físicas como fatiga, vacío en el estómago, opresión en el pecho y garganta, hipersensibilidad al ruido, falta de aire, debilidad muscular, falta de energía o resequedad de la boca. Están presentes cogniciones de incredulidad, confusión, preocupación, idea de presencia del fallecido y alucinaciones; así como ciertas conductas problema entre las que destacan las relacionadas con los trastornos del sueño y trastornos alimentarios, conducta distraída, aislamiento social, soñar con el fallecido, evitar recuerdos del él, buscarlo y llamarlo en voz alta, suspirar, hiperactividad desasosegada, llanto, visita de lugares o llevar consigo objetos que se lo recuerdan y atesoramiento de objetos que le pertenecían (Worden, 2004).

Ante la pregunta de ¿cuándo ha culminado el duelo?, resulta imposible establecer un momento definitivo, ya que en este proceso influyen las características individuales; sin embargo, un punto de referencia para distinguir que el duelo ha acabado es cuando la persona es capaz de pensar en el fallecido sin dolor aun cuando permanece una sensación de tristeza al pensar en alguien que se ha querido y perdido (Payás, 2010). Es importante notar que tal sensación no presenta la misma intensidad ya que se ha logrado la asimilación de nuevos significados, la reorganización de nuevos esquemas mentales y una reestructuración interna del mundo ante la pérdida.

Con respecto al duelo complicado, Payás (2010) señala que, es necesario tener en cuenta el tiempo transcurrido a partir de la muerte de la persona y conocer que tanto se ha deteriorado su calidad de vida y sus relaciones sociales, además de identificar si los síntomas se mantienen o se van agravando. El problema psicopatológico se plantea cuando la persona experimenta un sufrimiento difícil de tolerar, se encuentra clínicamente deprimida y no cuenta con recursos psicológicos suficientes o sus estrategias de afrontamiento son erróneas, por más de seis meses después de la pérdida y muestra dificultad para adaptarse a la nueva situación que lo puede poner en riesgo de presentar conductas suicidas (Latham y Prigerson,

2004). Es entonces cuando se dice que la persona tiene un duelo patológico y necesita de ayuda externa para salir adelante y readaptarse a su vida cotidiana (Echeberrúa y Herrán, 2007).

Worden (2004) por su parte, identifica algunos subtipos de duelo complicado: a) duelo crónico, es aquel que tiene una duración excesiva y nunca llega a una conclusión satisfactoria; b) duelo retrasado, aquel en el que la persona pudo haber tenido una reacción emocional en el momento de la pérdida pero que no fue suficiente, de tal forma que en el futuro la persona puede experimentar síntomas del duelo intensos ante una situación de pérdida; c) duelo exagerado, la persona experimenta la intensificación de un duelo normal, se siente desbordada y recurre a una conducta desadaptativa y d) duelo enmascarado, los individuos que experimentan síntomas y conductas que le causan dificultades, pero no se dan cuenta ni reconocen que están relacionados con la pérdida.

Desde la psiquiatría el duelo complicado es identificado a partir de una serie de criterios y síntomas. El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5) le da el nombre de duelo complejo persistente, mientras que la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud en su versión onceava (CIE-11) lo nombra trastorno de duelo prolongado; para que dicho trastorno pueda ser diagnosticado se presentan una serie de criterios que son compatibles en ambos manuales excepto la variable tiempo, ya que el DSM-5 considera que puede ser diagnosticado después de 12 meses de la pérdida y el CIE-11 considera 6 meses después (CIE, 2017; Doering y Eisma, 2016; Asociación Americana de Psiquiatría, 2014).

Los criterios de diagnóstico que propone el DSM-5 son: la muerte de alguien cercano y que al menos cualquiera de los síntomas descritos en el criterio B y C estén presentes casi todos los días en un nivel clínicamente significativo que incapacita su funcionamiento de manera persistente por al menos doce meses en el caso de los adultos, o bien seis meses en el caso de los niños y que dicha reacción sea desproporcionada a las normas culturales y convencionales de la sociedad a la que pertenece (ver Tabla 1).

Tabla 1

Criterios para diagnóstico de Trastorno de duelo complejo persistente

Criterio	Descripción	Manifestaciones
A	Muerte de alguien cercano.	No aplica.
B	Al menos uno de los síntomas varios días a la semana y persiste durante al menos 12 meses en adultos y 6 meses para niños en duelo.	Anhelos/añoranza persistente. Pena y malestar emocional intensos. Preocupación en relación al fallecido. Preocupación circunstancias de muerte.
C	Al menos seis de los síntomas varios días a la semana y persiste durante al menos 12 meses en adultos y 6 meses para niños en duelo: Malestar reactivo a la muerte.	Dificultad para aceptar la muerte. Experimentar incredulidad o anestesia emocional. Dificultades para recordar de manera positiva. Amargura o rabia en relación a la pérdida. Valoraciones desadaptativas acerca de uno mismo. Evitación excesiva de los recuerdos.
	Al menos seis de los síntomas varios días a la semana y persiste durante al menos 12 meses en adultos y 6 meses para niños en duelo: Alteración social/de la identidad.	Deseos de morir. Dificultades para confiar en otros. Sentimientos de soledad o desapego de otros individuos. Vida sin sentido o vacía. Confusión acerca del rol o identidad. Dificultad a mantener intereses o hacer planes de futuro.
D	Malestar clínicamente significativo o disfunción en áreas sociales, laborales u otras áreas importantes.	No aplica.
E	La reacción de duelo es desproporcionada o inconsistente con las normas culturales, religiosas, o apropiadas a su edad.	No aplica.

Criterios para diagnosticar un Duelo Complejo Persistente según el DSM-V. Elaboración propia con información de la Asociación Americana de Psiquiatría, 2014.

Es importante mencionar que desde el punto de vista psiquiátrico existe un diagnóstico diferencial con otras afecciones, en el trastorno depresivo, por ejemplo, existe sintomatología

similar solo que las causas no siempre son por la muerte de alguien cercano a diferencia del duelo complejo persistente que sus reacciones están centradas en la pérdida; mientras que en el estrés postraumático se identifica que el malestar es derivado del acontecimiento traumático y a diferencia de duelo complejo persistente el malestar se centra en pensamientos y aspectos en relación con el fallecido.

1.2 Dificultades en la resolución del duelo

Existen factores que pueden ayudar a predecir dificultades en la resolución del duelo. Barreto y Soler (2007) proponen tres tipos de factores, los cuales son: a) Situacionales, los cuales tienen que ver con el modo en el que se ha producido la muerte (inesperada, causada por aspectos naturales, accidentes, homicidios o suicidios), también si se tiene el objeto de duelo (ausencia de cuerpo, abortos), en caso de ser causado por enfermedad se toma en cuenta la duración de la agonía, así como estresores adicionales al fallecimiento (pérdida de empleo, cambio de domicilio, problemas económicos, otras enfermedades); b) Personales, relacionado con las variables individuales que influyen como lo es la edad, género, personalidad, si tiene alguna religión como apoyo, duelo anteriores no resueltos; y c) Intrapersonales, van enfocados a la relación que tenía con el fallecido (en especial si era conflictiva, ya que puede generar autorreproches), el parentesco tiene mucho que ver debido a que entre más cercanos se dificulta más el proceso o el grado de apoyo social que el fallecido representaba.

El duelo complicado puede ser además traumático, cuando la causa de muerte es por homicidio o suicidio, ya que además de los criterios mencionados se agregan reacciones más intensas con mayor duración, pues este suceso se considera como uno de los procesos más difíciles de superar (Barreto y Soler, 2007; Worden, 2004). Como consecuencias funcionales de presentar duelo complejo por esta causa se encuentra un déficit en el funcionamiento laboral y social acompañado de comportamientos perjudiciales para la salud, como un aumento del consumo de tabaco y alcohol.

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

Dicho duelo se caracteriza por presentar sentimientos de rechazo, vergüenza, enfado con la persona fallecida, sentimiento de culpa, estigma, sentimientos de abandono y autodestructivos, se generan preguntas encaminadas al reclamo y la recriminación, por la búsqueda de una explicación y/o la necesidad de dar sentido, además de la dificultad para adaptarse a la pérdida y reorganizar su vida. Como consecuencia los dolientes muestran pensamientos rumiantes relacionados con las acciones que pudieron hacer para incitar o evitar para que su ser querido se quitara la vida y se aíslen debido al estigma social que representa (García-Viniegras y Pérez, 2012; Garciandía, 2013; Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida, 2010; Jordan y Neymeyer, 2003; Losantos, Díaz y Pastor, s.f.).

El duelo complicado por suicidio también tiene consecuencias al interior de la familia sobreviviente. Una de mayor riesgo es la conversión del suicidio en un secreto familiar que poco a poco adquiere la característica de tema tabú, del cual no se puede platicar ni preguntar, favoreciendo a que los integrantes continúen preguntándose si ellos tuvieron la culpa o si pudieron hacer algo para evitarlo. Además del estigma familiar se genera un estigma social con el cual la sociedad juzga este hecho como incorrecto, mirando a los sobrevivientes como posibles responsables al no poder evitar este suceso (Garciandía, 2013).

1.3 Epidemiología de duelo y sus dolientes

Caracterizar epidemiológicamente y socio-demográficamente a los dolientes les es de utilidad para trabajar sobre la mejora en su calidad de vida y reconocer el impacto que está teniendo en la sociedad, con la finalidad de determinar el nivel de atención e intervención que se tiene que dar a la población que se ve principalmente afectada considerando las condiciones urbanas en las que se viven. Por ello, este apartado pretende ilustrar la tendencia suicida en el mundo, en México y especialmente en Aguascalientes, para posteriormente realizar estimaciones de los posibles usuarios del tratamiento para duelo complicado por suicidio.

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), el suicidio es un problema que está presente en todo el mundo. Se estima que aproximadamente 800 000 personas se quitan la vida cada año en el mundo, en el año 2012 se registraron 804 000

muertes por suicidio, ubicándose en la décima causa de muerte con una la tasa de mortalidad "global" normalizada por edad de 11.4 por 100 000 habitantes lo que representa un deceso por cada 40 segundos (OMS, 2012). Existen diversas variables que resultan importantes para el análisis de este fenómeno, como lo son el nivel socioeconómico, el sexo y la edad principalmente.

Por su parte, en México las tasas de suicidio oscilan de 4 a 5 por cada 100 mil habitantes y durante los últimos años ha mostrado una tendencia a la alza. Según este organismo en el periodo comprendido entre los años 2000 a 2013, la tasa de suicidio en México se incrementó de 3.4 a 4.9 suicidios por cada 100 mil habitantes. Reconociendo que el fenómeno del suicidio en el país puede analizarse al margen de las profundas diferencias y desigualdades que se encuentran a lo largo de su territorio. De acuerdo con los registros oficiales sobre estadísticas de mortalidad del año 2013 en nuestro país (INEGI, 2015), algunos Estados de la República Mexicana se acercaron a la tasa mundial y pasaron la tasa nacional que es de 5 por 100 000 habitantes (Aguascalientes con una tasa de 9.2 personas por cada 100 mil habitantes, Quintana Roo con una tasa de 8.8 personas por cada 100 mil habitantes y Campeche con una tasa de 8.5 por cada 100 mil habitantes).

De manera específica, el estado de Aguascalientes se ha convertido en un foco de análisis ya que ha ocupado el primer lugar en tasa de suicidios total, en el que los adolescentes y jóvenes han ocupado el tercer lugar nacional en suicidios, identificando que su prevalencia ha aumentado considerablemente en los últimos años, como puede observarse en la Figura 1. Desde el año 2000 al 2013 se presentó un incremento de suicidios a más del doble de su prevalencia de 37 a 68 casos, del cual el sexo masculino tuvo una predominancia evidente presentando al menos el triple de los casos que las mujeres. El grupo de edad de 26 a 30 años fue quien presentó mayores casos seguido de 21 a 25 años y más de 50 años. Del año 2004 al 2007 las cifras fueron disminuyendo gradualmente de 65 casos a 39, al igual que a nivel nacional y mundial la razón de hombre/mujer se mostró más casos de hombre por cada mujer; en Aguascalientes la razón fue de 3/1, los grupos de edad más concurridos fueron las personas con más de 50 años seguido por personas entre 16 y 20 años de edad (Procuraduría General de Justicia del Estado, 2007). A diferencia de la prevalencia nacional del año 2008 al 2015 los casos de suicidio se triplicaron de 48 a 125, aunque en México no se alcanza a duplicar

la cifra. A partir del año 2008 los casos de suicidio que se presentaron año con año aumentaron considerablemente, en ese año se presentaron 48 casos, en el año 2015 casi se triplicó con 125 suicidios (Procuraduría General de Justicia del Estado de Aguascalientes, 2016), para el 2016 se presentaron 127 casos y en el 2017 se presentaron 151 suicidios consumados (Centro de Comando, Control, Comunicación y Cómputo Estatal (C4), 2017, 2018).

Figura 1. Suicidios 2000-2017

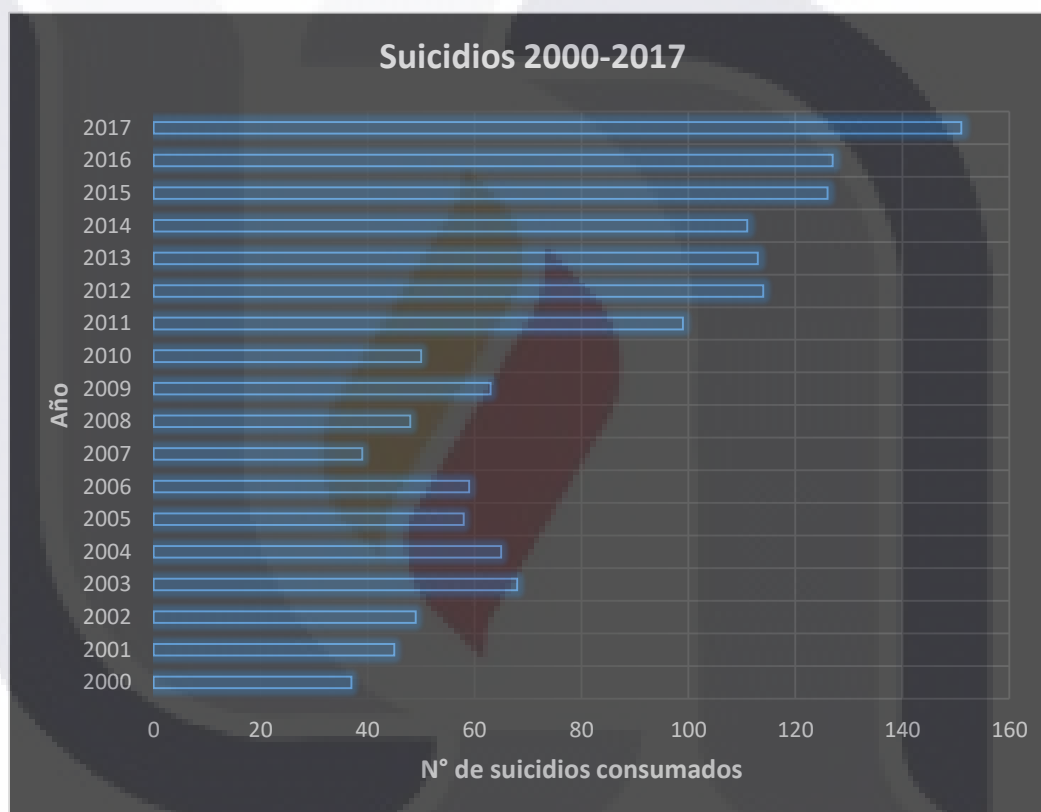


Figura 1. Frecuencia de suicidios en Aguascalientes de los últimos 17 años. Elaboración propia con datos retomados de C4 (2017 y 2018) y Procuraduría General de Justicia del Estado, 2007.

Todas estas las cifras mostradas revelan lo preocupante de la situación, sin embargo, en ellas no se ve reflejado el impacto que deja en las personas afectadas por una muerte por suicidio. Dada esta preocupación y esta ausencia de impacto la OMS (2008), generó unas

estimaciones de personas que se ven afectadas determinando que por cada persona que se suicida existen seis personas que son afectadas de manera directa por el vínculo afectivo estrecho y perturbadora y al menos veinte personas más afectadas de manera indirecta donde el vínculo no es fuerte solo fraternal.

De las personas que se ven afectadas ya sea de forma directa o indirecta, se calcula que entre el 10% y el 20% de las personas que han sufrido la pérdida de un ser querido no son capaces de integrar la experiencia y desarrollan problemáticas intensas, lo que dificulta adaptarse a la pérdida, teniendo como consecuencias alteraciones a nivel físico, psiquiátrico, conductual y emocional que ya han sido mencionadas (News in Health, 2009).

Considerando la propuesta de la OMS para determinar aproximadamente cuantas personas se ven afectadas directa e indirectamente por una muerte por suicidio, se puede estimar que de acuerdo a la cifra de muertes por suicidio al año, sería alrededor de 80,000 y 160,000 personas las que pasan por un duelo complicado en el mundo, en México entre 634 y 1,267, y específicamente en Aguascalientes para el año 2016 hubo 762 personas afectadas directamente de las cuales entre 76 y 152 pueden presentar duelo complicado y 2540 personas se verían afectadas indirectamente como se observa en la Tabla 2.

Comprender el proceso de duelo es complejo debido a las diversas formas en las que reaccionan las personas cuando pierden a un ser querido y aún más complejo cuando a pesar del paso del tiempo no se ha logrado aceptar esta pérdida. Sin embargo este capítulo ayudó a identificar las características que permiten hacer distinción entre un duelo normal de un duelo complicado en el que ayudan los manuales psiquiátricos con los criterios que proponen, pero ir aún más allá de éstos y comprender que otros aspectos por los que puede desarrollarse un duelo complicado como experimentar una muerte inesperada y estigmatizada como lo es el suicidio. Si bien las aproximaciones conceptuales no son del todo precisadas, las características que la literatura ha mostrado han sido esclarecedoras y muestran una orientación integrada, pues, así como toma en cuenta el suceso, también reconoce aspectos contextuales que lo rodean y cuestiones individuales que influyen en su adaptación o complicación.

Tabla 2

Suicidios y las estimaciones de los afectados por suicidio en los años 2016 y 2017

Municipio Año	N° de suicidios		N° Afectados directamente		N° Afectados indirectamente	
	2016	2017	2016	2017	2016	2017
Aguascalientes	93	108	558	648	1860	2160
Asientos	0	1	0	6	0	20
Calvillo	5	5	30	30	100	100
Cosío	5	0	30	0	100	0
El llano	1	4	6	24	20	80
Jesús María	6	16	36	96	120	320
Pabellón de A.	1	3	6	18	20	60
Rincón de R.	4	2	24	12	80	40
San Francisco	8	9	48	54	160	180
San José de G	2	3	12	18	40	60
Tepezalá	2	0	12	0	40	0
Total	127	151	762	906	2540	3020

Frecuencia de suicidios en Aguascalientes en el año 2016 y 2017, junto con las estimaciones del número de personas afectadas por esas muertes por suicidio. Elaboración propia con datos retomados de C4 (2017 y 2018) y OMS, 2008.

En este capítulo logró observarse también, como las diferentes concepciones de duelo dieron pauta para la evolución de modelos que pudieran aplicarse en intervenciones, logrando concluir que el concepto como proceso junto con el modelo dinámico de procesamiento dual son una opción viable para la atención de un duelo complicado por suicidio, ya que toma en cuenta acciones individuales y su función dentro del proceso, por lo que se considera poco viable el clasificar al duelo complicado por medio de elementos nosológicos. Finalmente con la ubicación de mayor prevalencia junto con la edad de las personas que se suicidaron, se puede estimar tanto el número como las características que presentan los afectados directamente, que en el caso de Aguascalientes serían: la pareja sentimental e hijos, seguido por padres, hermanos, amigos, compañeros de trabajo, los cuales dentro del contexto donde viven no cuentan con espacios suficientes para una atención psicológica, por lo que se observa la necesidad de fomentar mayores espacios que permitan la atención a este tipo de población.

Capítulo 2

El tratamiento del duelo: intervenciones psicológicas basadas en la evidencia

En los últimos años se ha desarrollado un gran interés por emplear tratamientos psicológicos breves, efectivos y eficaces para el abordaje clínico de diferentes problemáticas psicológicas (Echeberrúa, Salaberría, De Corral y Polo-López, 2010). Una de ellas es el duelo complicado, condición en la que las personas que lo enfrentan presentan un deterioro significativo en su calidad de vida y un decremento importante de su productividad y participación social. Los costes personales y sociales asociados a éste imprimen una gran carga económica en los sistemas de producción y de atención a la salud en todos los países del mundo (OMS, 2014).

Diversos estudios muestran que los tratamientos psicológicos basados en la evidencia son los más indicados para la atención del duelo, tanto en su fase de acompañamiento como en la de resolución de la pérdida (Currier, Neimeyer y Berman, 2008; Jordan y Neimeyer, 2003; Stroebe y Schut, 2005). El psicoterapeuta posee el entrenamiento preciso para proporcionar el sistema de apoyo social necesario en todo el trabajo de duelo y esencialmente permite al paciente la elaboración del mismo favoreciendo la creación de un medio propicio para que el paciente lo supere (Worden, 2004). En los casos de duelo por suicidio, la intervención profesional psicológica es especialmente importante ya que es una situación donde el paciente experimenta el proceso de duelo en un ambiente invalidante y socialmente estigmatizante que dificulta la expresión adecuada de emociones que disminuyen la red de apoyo social y como ya se había mencionado en el capítulo uno, las reacciones en este tipo de duelo son muy complejas (García-Viniegras y Pérez, 2012).

Con la finalidad de estudiar, depurar y mejorar los tratamientos psicológicos disponibles, la División 12 de la American Psychological Association (APA) creó en 1993 un grupo llamado Task Force para la obtención de tratamientos basados en la evidencia, los cuales son intervenciones psicológicas que tienen sustento empírico de su eficacia, ya que han sido comprobadas experimentalmente y han generado manuales estandarizados para que otros psicólogos puedan implementarlos con la confianza de que la intervención funciona. Con ello se pretende reducir los problemas metodológicos causados por variables del terapeuta al hacer recomendaciones clínicas ante problemas específicos (Arbona, 2009;

Rosa-Alcázar, Rosa-Alcázar, Rosa-Alcázar, 2009). En ese mismo año se publicó un informe sobre la promoción y la difusión de procedimientos psicológicos donde reconocía la existencia de tratamientos eficaces y buscaba garantizar que la evidencia presentada fuera la adecuada para la aplicación de una intervención, catalogando a la evidencia como tratamientos establecidos y tratamientos probablemente eficaces, esta clasificación parecía ser un tanto ambigua ya que los expertos miembros del grupo de Task Force eran quien determinaban a cuál categoría correspondía (APA, 1993).

Lo anterior permitió que miembros de la División 12 consideraran tres conceptos distintos para conformar evidencia de algún tratamiento: eficacia, efectividad y eficiencia. Los tratamientos eficaces son los que están respaldados por al menos dos ensayos controlados aleatorios rigurosos que muestran su superioridad a las condiciones de control de placebo u otro tratamiento, también cuentan con un manual y han sido puestos a prueba en el ámbito clínico. Los tratamientos efectivos son aquellos que tienen la posibilidad de aplicarse en un contexto clínico y que el tratamiento sea aceptado por los pacientes, además de que los resultados son benéficos en situaciones clínicas comunes y con pacientes ordinarios, sin embargo, no ha demostrado tener una evidencia empírica sólida. Finalmente, el tratamiento eficiente ha demostrado que los beneficios son gracias a la intervención y no a otras variables ajenas, lo que permite que la terapia sufra algunas modificaciones para ofrecerla a un menor costo pero que aún así se cumplan los objetivos establecidos (APA, 2006; Arbona, 2009; Chambless y Ollendick, 2001; Echeberrúa, Salaberría, de Corral y Polo-López, 2010).

Hay que tomar en cuenta que la exigencia social nos obliga a demostrar que un tratamiento es eficaz, lo que implica que ya fue probado en población controlada, que también son efectivos en la práctica clínica habitual y que son eficientes, lo que implica tener beneficios a menores costos tanto para los pacientes como para las instituciones que ofrecen estos servicios (Iglesias et al., 2004; Rosa-Alcázar, Rosa-Alcázar, Rosa-Alcázar, 2009; Moriana y Martínez, 2011).

2.1 Intervenciones psicológicas para el tratamiento del duelo complicado: Enfoques y modelos teóricos

Desde la psicología se han propuesto diversas psicoterapias que pueden ayudar a la superación del duelo, principalmente tienen una concepción teórico-metodológica que se

implementa en modalidad grupal y/o individual. Se ha encontrado que algunas intervenciones con modalidad grupal permiten evaluar el duelo dentro desde una óptica de encuentro y empatía con otros compañeros de grupo identificando sentimientos, recuerdos y síntomas semejantes a los propios, a la par que se analizan nuevos vínculos durante el tiempo en el que se desarrolla la Terapia de Grupo (Díaz-Curiel, 2010). Sin embargo, esta modalidad no ha mostrado resultados concluyentes de su efectividad, ya que distintos autores han encontrado resultados disímiles, mientras algunos investigadores indican que sus resultados son efectivos, otros muestran que los resultados no siempre se deben al tratamiento en duelo complicado sino a que los pacientes obtienen un alivio al proporcionarles un espacio en el que logren desahogarse emocionalmente. Una posible explicación a estas diferencias es la forma en la que incluyeron a los participantes pues no en todos los grupos se integraron únicamente a personas que tuvieran duelo complicado (Díaz-Curiel, 2010; Sanz, García y Carbajo, 2014).

Respecto a la modalidad individual se conoce que existen diferentes psicoterapias como la Terapia Narrativa propuesta por Neimeyer, la Terapia de Creación Literaria de Van der Houwen, Schut, Van den Bout, Stroebe y Stroebe (2009), la Terapia Integrativa-Relacional de Payás (2010), las Terapias Gestálticas (Beem, Hooijkaas, Cleiren, Schut, Garssen, Croon, Jabaaij, Goodkin, Wind, y de Vries, 1999), la Intervención de Apoyo Social (Balk, Tyson-Rawson y Colletti-Wetzel, 1993) y las Terapias con enfoque Cognitivo Conductual (Malkinson, 2001). Es importante aclarar que no todas las intervenciones psicológicas para la atención del duelo están enfocadas en la resolución de duelo complicado, ni se enfocan en la resolución de tareas o adaptación a la pérdida. A continuación, se describen cada una de las intervenciones mencionadas.

La *Terapia Integrativa-Relacional* es aquella donde aspectos afectivos, cognitivos, conductuales, fisiológicos y relacionales de la persona son tomados en conjunto. Parte de la premisa de que el proceso de duelo es por la ruptura de la relación con el ser querido, por lo que entonces debe elaborarse dentro de otra relación. En esta psicoterapia resalta la importancia que se le da a la relación terapéutica, donde la transferencia se ve como una oportunidad para el cambio terapéutico. Utiliza estrategias específicas de intervención

dependiendo del objetivo que se plantee, pero siempre orientadas a facilitar la conexión con la vivencia de la pérdida, con estrategias que están pensadas para abordar elementos del trauma, para el manejo de las defensas de evitación, para elaborar aspectos relacionales, para suscitar aspectos de nuevo significado y para promover cambios en la vida del doliente (Payás, 2010).

Neimeyer (2014) propone un tratamiento *Constructivista* para la atención del duelo. Busca identificar si la construcción de un acontecimiento es funcional o disfuncional con el objetivo de construir sistemas de significados que tengan coherencia interna, gocen de apoyo social y den cierta seguridad, ayudando a anticipar y a participar en las experiencias que dan forma a las narrativas de sus vidas, pretendiendo esbozar un diseño para la comprensión de los procesos adaptativos que acompañan al duelo. Pone de manifiesto cómo es la realidad de la muerte, teniendo en cuenta sus construcciones idiosincráticas, pretende otorgar un papel activo para el afrontamiento de desafíos que presenta la pérdida, revelando los significados personales de la pérdida, sin sugerir aspectos “normales” o patologizar. También se encuentra la Terapia de Creación Literaria la cual parte del supuesto que la expresión escrita sólo puede beneficiar a aquellos que están en riesgo de desarrollar problemas o que experimentan problemas psicológicos importantes como resultado de su pérdida. Con un marco explicativo indica que el efecto se da por que la traducción de experiencias en el lenguaje y la construcción de una narrativa coherente del acontecimiento permite integrar pensamientos y sentimientos, lo que lleva a una sensación de resolución y reducción de sentimientos negativos asociados con la experiencia, esto ayudando a disminuir pensamientos intrusivos y rumiantes (Van der Houwen, Schut, Van den Bout, Stroebe y Stroebe, 2009; O'Connor, Nikoletti, Kristjanson, Loh y Willcock, 2003).

Desde la terapia *Gestalt* también se han realizado intervenciones en duelo. El objetivo de estas intervenciones es proporcionar principalmente un espacio de consejería, para que la persona encuentre los recursos necesarios para encontrar un equilibrio y logre manejar los aspectos inconclusos que impiden que funcione de forma sana y enérgica, siendo capaz de sentir lo que necesita y de saber cómo manejarse a sí mismo y a su ambiente (Descalzo, 2009). Los elementos centrales de la intervención van dirigidos a una adaptación a la nueva

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

situación a través de la reconstrucción de una nueva relación con el fallecido y a ponerse en contacto con sus propias necesidades y sentimientos por medio de la utilización de técnicas como: localizar el dolor dentro de su cuerpo y visualización guiada por mencionar algunas (Beem, et. al, 1999).

La intervención de *Apoyo Social*, derivado de la Teoría del Apoyo social postula que el impacto de eventos estresantes se reduce directamente gracias al soporte de los otros (Durá y Garcés, 1991). Está sustentada en el marco conceptual desarrollado por Moss (1986) quien propuso algunas tareas adaptativas para el manejo de una crisis (establecer y comprender el significado personal del evento, confrontar la realidad y responder a los requisitos situacionales, mantener las relaciones interpersonales y el equilibrio emocional, preservar una auto-imagen satisfactoria y conservar un sentido de auto-eficacia) y tres dominios de habilidades de afrontamiento que son: el enfrentamiento centrado en la evaluación, hacer frente a problemas y el afrontamiento emocional. La intervención pretende resolver el duelo y las dificultades asociadas con éste a través de la educación con respecto a las tareas de adaptación y habilidades de afrontamiento pertinentes a las crisis de la vida a través de la apertura de canales de comunicación en especial con personas que están pasando por la misma situación (Balk, Tyson-Rawson y Colletti-Wetzel, 1993).

La *Terapia Cognitivo Conductual* (Malkinson, 2001; Ellis y Dryden, 1997) concibe al duelo como la persistencia a lo largo del tiempo, sin efecto decreciente de las creencias irracionales dominantes (distorsionadas) con respecto al evento de pérdida, al fallecido y al yo. El duelo disfuncional prolongado está relacionado con las circunstancias del evento de pérdida y mediado por la capacidad cognitiva del individuo, ya que en su mayoría las creencias irracionales que se presentan son "*Esta pérdida nunca debería haberme sucedido a mí y nunca voy a superarlo*", "*La vida no vale la pena*", "*Prefiero morir que pasar por este terrible dolor*". En el duelo complicado, las intervenciones incluyen discusiones lógicas, empíricas y pragmáticas rigurosas combinadas con otras formas de disputa empírica (es decir, detención del pensamiento, replanteamiento, práctica de declaraciones racionales y comportamientos alternativos). Estas intervenciones giran alrededor de cuatro objetivos: el primero es identificar las creencias irracionales (exigencia dirigida a sí mismo, otros, y el

mundo); el segundo es explicar y enseñar las conexiones entre las creencias y las consecuencias; el tercero es identificar y evaluar las consecuencias específicas individuales (es decir, lenguaje específico para describir emociones, comportamientos y reacciones fisiológicas) y el cuarto es enseñar y practicar respuestas de duelo apropiadas, más sanas (racionales) cognitivas, emocionales, conductuales y fisiológicas.

2.2 Intervenciones psicológicas dirigidas a la solución de duelo complicado por suicidio

En lo que respecta a intervenciones dirigidas al duelo complicado por suicidio se encuentra la Terapia Cognitivo Conductual la cual se implementa dentro del sistema familiar donde se proponen algunas sesiones familiares, con el objetivo ofrecer a los familiares un marco de referencia para sus reacciones de duelo, involucrar el procesamiento emocional, mejorar la interacción efectiva y mejorar la resolución de problemas. Pretende una reestructuración cognitiva y consolidación de apoyo mediante la comunicación asertiva. Se ha identificado que no reduce el riesgo de presentar ideación suicida ni de presentar un alto nivel de depresión, sin embargo, puede ayudar a prevenir reacciones maladaptativas de duelo y las percepciones de culpa entre parientes y cónyuges. En México la terapia enfocada a la resolución de un duelo complicado no ha presentado evidencia científica de su eficacia hasta el momento (De Groot, de Keijser, Neeleman, Kerkhof, Nolen y Burger, 2007).

En México se ha propuesto una intervención para duelo complicado por suicidio basada en el Contextualismo Funcional (Hayes y Brownstein, 1986). El tratamiento considera como unidad de análisis fundamental a las acciones o conductas que el usuario realiza en función de su contexto y en función de eventos relacionamente enmarcados (eventos dotados de significado), mismos que resultan en secuencias de estímulo-resultado dadas entre éste, el psicoterapeuta y el evento de pérdida. La intervención psicológica ha sido adaptada a la idiosincrasia y cultura mexicana, específicamente a la que se vive en la región centro-occidente del país, aunque se dice que esta terapia tiene resultados positivos no ha mostrado estudios empíricos que muestren su efectividad.

Hasta el momento no se ha encontrado una amplia evidencia empírica de intervenciones para duelo por suicidio, sin embargo, se han realizado diversos estudios que abordan intervenciones diseñadas para duelo complicado independientemente de la causa de

muerte y las comparan con tratamientos tradicionales, encontrando ventajas en las intervenciones que identifican y resuelven las tareas de duelo que se complica (Currier, Neimeyer y Berman, 2008).

De acuerdo a los tratamientos que se realizan para abordar duelo se ha encontrado evidencia empírica que permite caracterizar a la población doliente, Sveen y Walby (2008) realizaron una revisión sistemática de 41 estudios exploratorios localizados en dos bases de datos (PsychINFO y MEDLINE), dichos estudios tenían las siguientes características: tener al menos un grupo control, con atención individual, que reportaran aspectos subjetivos de la experiencia además de medidas psicométricas, que la causa de muerte fuera suicidio y que la forma de medición cuantitativa con las mismas medidas para el grupo control y el experimental. Los resultados fueron analizados según variables de salud mental y de duelo, identificando qué aspectos operacionales se presentaban, encontrando que los dolientes por pérdida por suicidio reportan mayores niveles de rechazo, vergüenza, estigma, necesidad de ocultar la causa de muerte y culpabilidad que todos los demás grupos que han perdido a alguien en diferentes circunstancias; sin embargo, no tuvo diferencias significativas entre dolientes por suicidio y otro tipo de dolientes; resultados similares encontraron Bailey, Kral y Dunham en 1999.

En ese mismo año Currier, Neimeyer y Berman realizaron otro meta-análisis donde analizaron 61 estudios controlados localizados en cuatro bases de datos (PsycINFO, PsycARTICLES, Medline y Dissertation Abstracts International) que cumplieran con varios requisitos como, que estuviera dirigido a la atención del duelo en dos modalidades (individual y grupal), que el terapeuta fuera experto, que todos los estudios compararan un grupo de dolientes que recibieron terapia de duelo con un grupo de personas que no recibieron ningún tipo activo de intervención. Encontraron que un tratamiento para dolientes con duelo complicado tuvo resultados significativamente mejores que con población que no presentaba un duelo complicado, respecto a la modalidad no se encontraron diferencias significativas entre un tratamiento grupal y un tratamiento individual. Estos resultados son consistentes con los encontrados por Jordan y Neimeyer (2003) quienes habían llegado a la conclusión de que la eficacia de las intervenciones es mayor en estudios donde los afligidos trabajan para la

angustia relacionada con su pérdida. Asimismo Stroebe y Schut (2005) indicaron que las intervenciones tempranas en duelo interfieren en el proceso natural del mismo y no son recomendables, a diferencia de las intervenciones en duelo complicado ya que el ser humano tiende a ser resiliente y no es necesario un tratamiento psicológico.

Como se pudo observar la evidencia empírica no es contundente, ya que en la revisión sistemática todos los estudios fueron cuasi-experimentales, que si bien son de ayuda para identificar variables implicadas en las intervenciones, no hay evidencia que demuestre el nivel de efectividad que tiene, y los estudios controlados del meta-análisis no están enfocados a muertes por suicidio, por lo tanto, es suficientemente justificable que se lleven a cabo estudios que pretendan dar cuenta de la efectividad y/o eficacia de estos tratamientos.

2.3 Intervenciones psicológicas para duelo complicado en México

De acuerdo con la Sociedad Mexicana de Psicología (2011), en el país la demanda de atención psicológica por la pérdida de un ser querido es muy baja comparando con las principales demandas (rompimientos amorosos, los desórdenes alimenticios, traumas infantiles o por circunstancias dolorosas en la edad adulta, por temor a la inseguridad y violencia en nuestro país). Se reconoce que el apoyo psicológico para duelo en México es un servicio que se ofrece cada vez más, principalmente en las zonas urbanas, sin embargo de acuerdo a nuestra cultura y educación, muchas de las personas que necesitan el servicio no lo solicitan por vergüenza (Salero-Narváez, 2013). Reconociendo la necesidad de este servicio se crearon dos instituciones dedicadas a la atención de duelo: la Asociación Mexicana de Tanatología en el año de 1988 y el Instituto Mexicano de Tanatología en 1994 (Salero-Narváez, 2013; Asociación Mexicana de Tanatología, 2009; Instituto Mexicano de Tanatología, s.f.).

Analizando algunas publicaciones de las intervenciones de duelo en México que se han realizado en la Asociación Mexicana de Tanatología se encontró que las intervenciones pudieron organizarse en seis grupos: Abordaje tanatológico, Acompañamiento desde la perspectiva de Worden, abordaje desde la Narrativa de Neimeyer, Psicoterapia Gestalt, intervención en grupos de autoayuda, intervenciones alternativas y proporcionar tips. De estos grupos se reconoce que implementan en su mayoría intervenciones que están enfocadas

a proporcionar tips y recomendaciones de cómo actuar para enfrentar y superar su pérdida con éxito; el tratamiento que menos se implementa es el grupal (grupos de autoayuda) los cuales están a cargo por un especialista donde la finalidad es que los integrantes del grupo compartan su experiencia, permitiendo una mayor empatía, sentimiento de comprensión y alivio o con intervenciones alternativas las cuales dentro de sus tratamientos incluyen aspectos psicológicos complementadas con otro tipo de técnicas o estrategias de afrontamiento como lo es el arte, la respiración, la meditación, acupuntura, entre otros (Ver Figura 2).

Figura 2. Tipos de intervenciones en tanatología

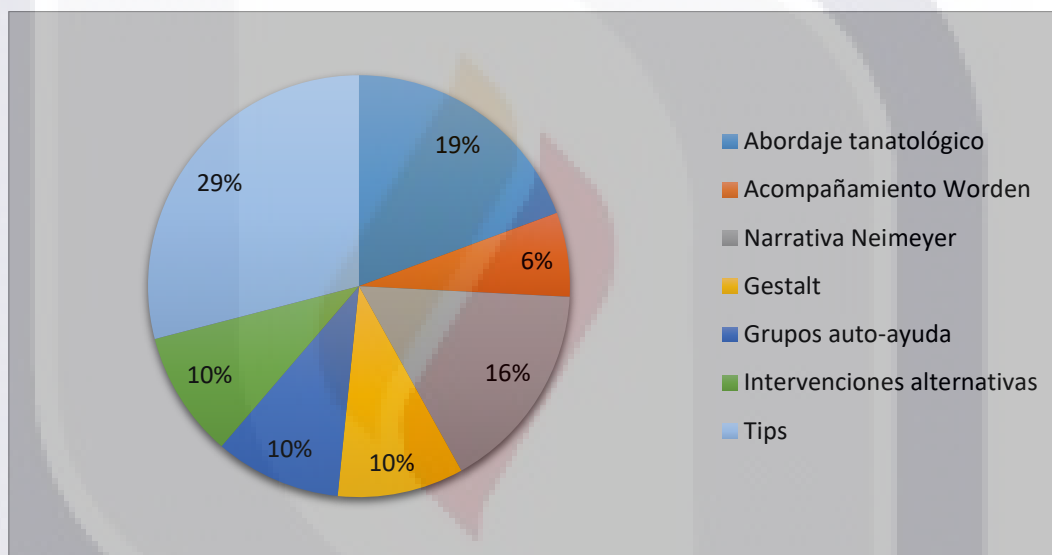
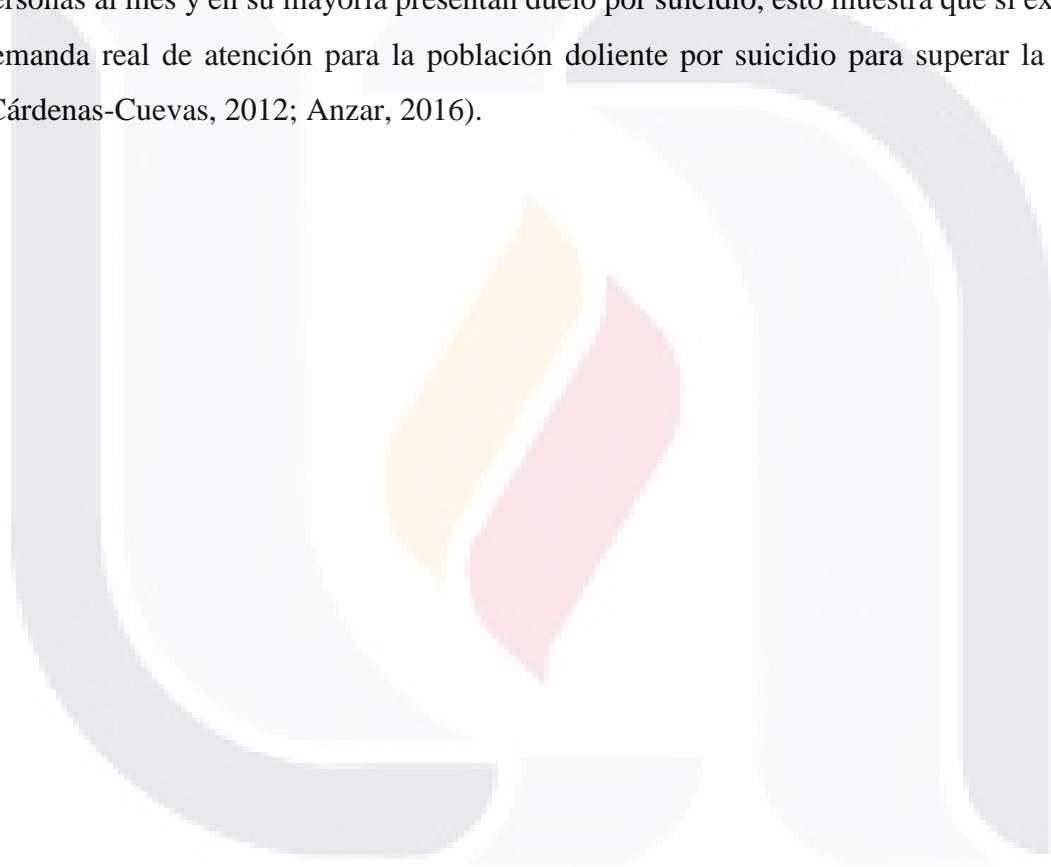


Figura 2. Gráfica que muestra el porcentaje de las intervenciones que se realizan en tanatología en México.

Como puede observarse existe una variedad de intervenciones para atender un duelo complicado, sin embargo, se reconoce la necesidad de implementar tratamientos más sistematizados que permitan tener una evidencia más contundente de su efectividad. Para ello en México se ha creado un primer programa institucional en atención a duelo. La clínica de duelo por suicidio, iniciada por el Dr. Roque Quintanilla Montoya en el año 2009 y

establecida formalmente hasta el 2012 con el objetivo de ofrecer a la comunidad un espacio de interacción terapéutica que minimice los costos, las lesiones psicológicas y que le dé una mejor calidad de vida al doliente, ofreciendo atención en diversas modalidades como psicoterapia individual, familiar, intervención en crisis y talleres de psicoeducación, los cuales pueden otorgarse dependiendo de la gravedad del caso y del momento del duelo en que se encuentre el paciente, todo desde un enfoque Contextual Funcional. La atención ha aumentado debido a la demanda que han identificado, pues acuden aproximadamente 40 personas al mes y en su mayoría presentan duelo por suicidio, esto muestra que si existe una demanda real de atención para la población doliente por suicidio para superar la pérdida (Cárdenas-Cuevas, 2012; Anzar, 2016).



Capítulo 3

Las Psicoterapias Conductuales Contextuales Funcionales y su aplicación en el tratamiento del duelo complicado

Se denomina psicoterapias de tercera generación a aquellas que están consideradas en una tercera fase de desarrollo de la terapia de la conducta, dicho desarrollo fue generado por las necesidades de la población del siglo XXI, precedida por la Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) y la Terapia Conductual radical, esta última considerada como la punta del desarrollo de las terapias conductuales. Antes de hablar de las terapias de tercera generación es conveniente ilustrar como ha sido la evolución de este movimiento. *La primera generación* se aplicaba dentro del contexto clínico el conductismo radical bajo el esquema de condicionamiento clásico (estímulo-respuesta) utilizando técnicas de desensibilización sistemática y de exposición; ante esto surge *la segunda generación* que pretendía dar un giro a la terapia conductista radical implementando un esquema de estímulo-procesamiento de información-respuesta, indicando que las cogniciones son las causas de los problemas emocionales, dejando de lado el aspecto contextual y adoptando un modelo internalista y nosológico (Pérez, 2006). El identificar ciertas limitaciones en la TCC da pauta a la evolución hacia una *tercera generación* en la década de los noventa, ésta retoma los preceptos del conductismo clásico y desarrolla el análisis funcional-contextual el cual es frecuente y relevante en la situación clínica. Desde este punto de vista los eventos psicológicos, incluyendo los trastornos, se consideran como el resultado entre la interacción del individuo con su medio ambiente teniendo en cuenta su historia y circunstancias actuales (Pérez, 2008).

Estas terapias tienen como fundamento el pragmatismo y están enmarcadas dentro del conductismo tradicional. Basada en la Teoría de los Marcos relacionales, que contempla el efecto de las contingencias, pero su foco de análisis es el lenguaje y la cognición concebidos como aprendizaje relacional entendida como una respuesta operante que consiste en aprender, desde muy temprano y a través de numerosos ejemplos, a relacionar eventos condicionalmente hasta que se produce la abstracción de la clave contextual que los relaciona y aplica a eventos nuevos distintos. Responder a un estímulo en términos de otro y la transformación de funciones paralelas, es clave para entender el sufrimiento humano (Luciano y Valdivia-Salas, 2006).

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

Tiene como objetivo el proponer una mejor explicación de la cognición y el lenguaje humano, a la vez de proponer una estrategia metodológica para la investigación (Zettle, Hayes, Barnes-Holmes y Biglan, 2016). Ha sido utilizada principalmente en el ámbito clínico, en el cual se conjunta un grupo específico de terapias surgidas recientemente desde la tradición conductual que comparten algunos elementos y características (Mañas, 2007). Estas características coinciden en que no se pretende la eliminación o reducción de síntomas cognitivos para el cambio de conducta, sino que se orientan a la alteración de su función a través de la modificación del contexto en el que estos síntomas cognitivos resultan problemáticos, parte de la premisa de que no se entiende la conducta sino se entiende su contexto de acuerdo a su historia y a las circunstancias actuales. Posee un punto de vista científico y pretende predecir e influir en las acciones del paciente (Roldán, s. f.).

Son tres las principales aportaciones que muestran las terapias de tercera generación, la primera de ellas es que se aleja del modelo médico y nosológico pretendiendo desmedicalizar a los problemas psicológicos, no se pretende quitar o cambiar el malestar sino más bien pretende que la persona reoriente su vida a una de mayor calidad, sin necesidad de tomar en cuenta las etiquetas o clasificaciones psiquiátricas. La segunda es que los trastornos psiquiátricos tienen un inicio en común identificado como el Trastorno de Evitación Experiencial (TEE), el cual ocurre cuando una persona no está dispuesta a establecer contacto con sus experiencias privadas y se comporta con la finalidad de alterarlas, tanto en la forma, frecuencia o intensidad, así como las condiciones que las generan (Luciano, Gutiérrez y Rodríguez, 2005). Finalmente, la tercera aportación es que los principios teóricos pueden ser transferidos a una práctica clínica (Pérez, 2006); las terapias que la integran son la Activación Conductual, la Terapia Dialéctica Conductual, la Psicoterapia Analítico Funcional y la Aceptación y Compromiso (Vallejo, 2010).

3.1 Tipos de Psicoterapias Contextuales

3.1.1 Terapia de activación conductual (AC)

La activación conductual es un modelo que se basa en la visión de que los factores ambientales conducen a pérdidas o niveles crónicamente bajos de refuerzo positivo, lo que a su vez conduce a los síntomas afectivos y conductuales de la depresión. En el tratamiento se

les enseña a los clientes a tomar medidas activas para resolver los problemas ambientales que precipitaron su malestar usando técnicas tales como el monitoreo diario de actividades y la programación de actividades. Dentro de este modelo ven al cliente no como un enfermo, sino como alguien preso de una situación vital en la que no hay alicientes lo que explicaría el bajo estado anímico, que lo conduce a un alivio a corto plazo, pero también lo conduce a evitar continuamente y a aumentar la dificultad para resolver los problemas que precipitan la depresión creándoles nuevos problemas (Cuijpers, Van Straten y Warmerdam, 2007; Barraca, 2009).

La principal técnica que se implementa tiene que ver con la explicación que se le hace al cliente de su patrón de evitación del papel del evento o estímulo desencadenante, la respuesta que obtiene y lo que sucede después, que sería un inicio al estímulo desencadenante (Martell, Addis y Jacobson, 2001). Los desencadenantes pueden consistir en eventos de vida negativos importantes (por ejemplo, poner fin a una relación o grandes dificultades de relación) o una acumulación de eventos negativos crónicos negativos o estresores (por ejemplo, estrés financiero, desacuerdos menores), así como estímulos relacionados con estos eventos negativos de la vida (por ejemplo, recordatorios de estos eventos negativos). Las respuestas a estos desencadenantes pueden consistir en respuestas conductuales y emocionales tales como afecto negativo, llanto, fatiga y anhedonia, así como otros síntomas entre los que se encuentran el enojo, la frustración entre otros. Cuando los clientes experimentan estos síntomas, es crucial que el terapeuta exprese al cliente que, en función del contexto, estas respuestas tienen sentido, es decir, dados los desencadenantes, el individuo debe responder de acuerdo a la manera en que él o ella se sienten. En lugar de enfocarse en la respuesta en sí, el terapeuta típicamente se enfoca en el patrón evitativo que puede ocurrir en respuesta a estos síntomas (por ejemplo retirarse socialmente y no abordar el conflicto interpersonal).

Este tipo de terapia ha sido implementada en intervenciones para la depresión encontrando que la terapia de activación conductual resultó el mejor tratamiento para los sujetos con depresión mayor ya que, aunque era igual de eficaz que los medicamentos, tenían menos abandonos y, en consecuencia, presentaban menos recaídas, además de que sus resultados se mantenían por un tiempo más prolongado (Barraca, 2009).

3.1.2 Terapia Dialéctico Conductual (DBT)

Su fundadora es Marsha Linehan, quien diseñó la DBT como un programa de tratamiento integral para pacientes de alto riesgo diagnosticados con Trastorno Límite de la Personalidad (TLP), incluyendo conductas suicidas. Parte de la idea de que los comportamientos problemáticos de individuos emocionalmente desregulados derivan de una combinación de factores biológicos y ambientales, donde los factores son una vulnerabilidad biológica a la desregulación emocional y un entorno social invalidante, que se entiende como aquél que permanentemente niega o pasa por alto los comportamientos de un sujeto dado, independientemente de su validez actual. Desde una perspectiva DBT, muchos comportamientos problemáticos están influenciados por dos factores significativos: la falta de importantes capacidades interpersonales de auto-regulación y de tolerancia de socorro, y factores personales y ambientales que inhiben el uso de aquellas habilidades que las personas ya pueden tener. Estos factores personales y ambientales también interfieren con el desarrollo de nuevas habilidades y capacidades, además de reforzar comportamientos inapropiados, desregulados y disfuncionales (Linehan, 2003).

Esta terapia surge como una modificación a la terapia cognitivo-conductual de la cual retoma el entrenamiento en habilidades sociales, tareas comportamentales, escalas de síntomas y análisis del comportamiento que están centradas en la búsqueda de cambio conductual, adicionando estrategias de aceptación y de validación que buscan transmitir a los pacientes la idea de que ellos son aceptables tal como son y que sus comportamientos tienen sentido (Gempeler, 2008).

El tratamiento DBT es integral e incluye modalidades como terapia individual, entrenamiento en habilidades, coaching telefónico y asistencia al terapeuta. La primera es la encargada de mantener la motivación al cambio, de manejar todas las conductas problemáticas del cliente de una manera sistemática (fuera y dentro de la sesión), conducir un análisis conductual colaborativo, formular hipótesis acerca de las posibles variables que influyen en el problema generar posibles cambios (soluciones conductuales), probar las soluciones y evaluarlas. La segunda modalidad está dirigida a desarrollar habilidades necesarias de forma grupal para combatir la desregulación emocional, entre estas habilidades

se encuentran las de efectividad interpersonal, regulación emocional, tolerancia al malestar y camino medio, complementada con ejercicios de conciencia plena (mindfulness). La tercera modalidad el paciente puede recurrir al contacto telefónico para obtener apoyo en la utilización de las habilidades que están siendo trabajadas, evitar la automutilación y fortalecer la relación terapéutica. La cuarta y última modalidad hace énfasis en el apoyo a los terapeutas, donde un conjunto de colegas se organiza para apoyarse en las dificultades que pueden aparecer durante la implementación del tratamiento (Gempler, 2008; Linehan, 2003; Rathus y Miller, 2015). Esta terapia ha demostrado evidencia empírica de su eficacia y ha sido reconocida por la División 12 de la APA, al tener ensayos clínicos aleatorizados tanto para la atención de TLP como para conducta suicida (Division 12 of the American Psychological Association, 2016).

3.1.3 Psicoterapia Analítico Funcional (FAP)

Este modelo terapéutico está basado en los principios del análisis del comportamiento, sus principales exponentes son Kohlenberg y Tsai. En su modelo plantean la importancia del cambio en el contexto para conseguir modificar el comportamiento de los individuos, en donde la conducta se concibe como el acto en contexto (el comportamiento está en función del ambiente y hay una mutua afectación). Tiene como aspecto original el de la muestra de comportamientos disfuncionales que el paciente presenta durante la sesión clínica usando la relación terapéutica como modelo de relación interpersonal a generalizar (Muñoz-Martínez y Coletti, 2015). Produce el cambio a través de contingencias de reforzamiento naturales y curativas que suceden dentro de una relación terapeuta-cliente emocional, cercana y con un alto grado de implicación.

Para esta intervención es importante el aprendizaje en vivo, lo que implica que durante la sesión se realicen ensayos para afrontar problemas del contexto, debido a que el paciente está buscando tratamiento para problemas de la vida diaria, y al hacerlo actúa del mismo modo disfuncional en el contexto clínico. En la FAP estas apariciones in vivo (por ejemplo, a tiempo real) de los problemas del cliente son denominadas Conductas Clínicamente Relevantes-tipo 1 (CCR1). Por otra parte, Conductas Clínicamente Relevantes tipo 2 (CCR2) son mejorías reales que suceden en la sesión. Esta intervención emplea tres

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

principales estrategias dentro del espacio terapéutico, que implican estar atento a la aparición de CCR, el terapeuta debe ser hábil en su detección, así como fomentar naturalmente a que los clientes abandonen patrones autoinculporios y cambiarlos por patrones más productivos hacia la vida; asimismo provocar CCR2 realizando una reconstrucción de los problemas para el cambio conductual ad hoc, sin afectar la relación cliente-terapeuta y reforzar CCR2 cuidando que el terapeuta muestre reacciones genuinas, que el cliente no lo vea como una falta de sinceridad o una respuesta forzada (Kohlenberg, Tsai, Ferro, Valero, Fernández, Virué-Ortega, 2004).

Las acciones por parte del terapeuta que buscan reforzar, bloquear, extinguir y facilitar la generalización de las CCRs a la vida cotidiana del consultante, se denominan Reglas Terapéuticas, las cuales buscan ayudar a que el terapeuta tenga una guía que soporte su práctica apoyada en los principios que sustentan el modelo.

Aunque este tratamiento es efectivo por sí mismo y se utiliza principalmente para trabajar especialmente con consultantes que presentan problemas en el establecimiento, mantenimiento y finalización de las relaciones interpersonales, también tiene una función integradora, pudiendo complementarse con otra intervención demostrando resultados favorecedores, ya que reduce la disparidad en la relación entre cliente-terapeuta. La FAP no afirma que otros tipos de intervenciones no sean eficaces, simplemente afirma que las intervenciones en tiempo real son más poderosas e incrementan la probabilidad de resultados terapéuticos positivos (Muñoz-Martínez y Coletti, 2015).

3.1.4 Terapia de Aceptación y compromiso (ACT)

Fundada por Steve C. Hayes en la década de los noventa. Al igual que las terapias anteriores está fundada en el conductismo radical, surgiendo como una alternativa al trabajo psicoterapéutico con pacientes de consulta externa, con problemas graves de índole emocional y donde el terapeuta no tiene un control directo sobre el ambiente donde viven (Kohlenberg, Tsai, Ferro, Valero, Fernandez y Virué-Ortega, 2004).

Presenta como premisa la condición humana con virtudes y desventajas, específicamente las de placer-sufrimiento, donde aclara que esas son dos realidades de un

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

mismo marco, uno no puede existir sin el otro. Por lo que se considera necesario reconocer al sufrimiento como parte de la vida ya que la sociedad hedonista ha fomentado buscar experiencias placenteras y evitar las dolorosas (Luciano y Valdivia-Salas, 2006).

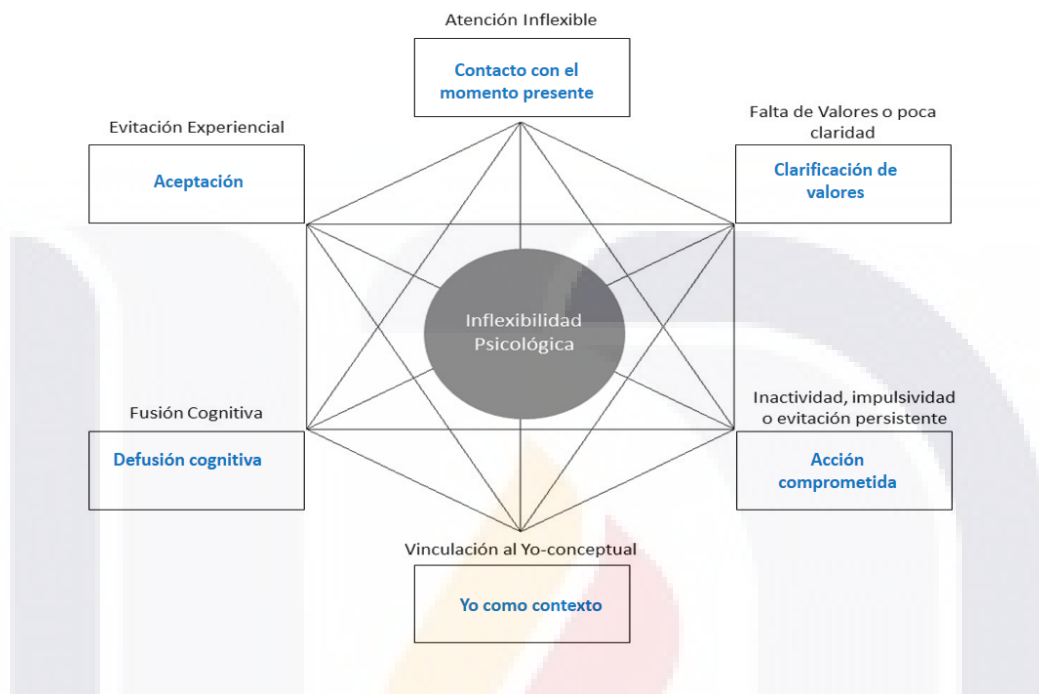
Siguiendo con el concepto de condición humana, el sufrimiento psicológico es una parte inseparable de la vida humana, la ACT considera que la evitación de experiencias dolorosas tiene en muchas ocasiones costos que pueden ser muy altos, ya que esta evitación les genera un malestar que se va haciendo crónico con el paso del tiempo, con una vida limitada y un coste personal muy elevado, a lo que se le denomina Trastorno de Evitación Experiencial (TEE). La evitación es considerada una solución que puede tener efecto a corto plazo, pero que los costos son excesivos, por lo que en vez de ser una solución pasa a convertirse en un problema. El sufrimiento incluye circunstancias conformadas por contextos verbales a través de los cuales una persona reaccionará a eventos de acuerdo a las relaciones que ha conformado, como características del TEE, la persona muestra que ha aprendido a responder ante la presencia de eventos privados vividos aversivamente con diferentes topografías o reacciones, aunque todas bajo una premisa común, la eliminación o evitación del evento privado, teniendo como resultado una paradoja ya que la persona está pendiente en hacer lo que cree que debe hacer para eliminar el sufrimiento, sin embargo, a largo plazo lo que obtiene es que aquello que le hace sufrir cada vez está más presente en su vida (Wilson y Luciano-Soriano, 2002; Luciano, Gutiérrez y Rodríguez, 2005).

El objetivo de la ACT es lograr una flexibilidad psicológica, lo que implica ponerse en contacto con el momento presente, para cumplirlo es necesario tener en cuenta seis procesos principales los cuales se dibujan como si fueran los seis vértices de un hexágono, todos interconectados para vencer la inflexibilidad. A esta imagen de seis vértices se le denomina *hexaflex* (Ver Figura 3). El análisis del modelo de flexibilidad psicológica indicará las características del patrón de inflexibilidad de la evitación experiencial y las actuaciones clínicas se orientarán a potenciar aquellos aspectos más endebles en aras de facilitar la flexibilidad con los eventos privados mientras uno orienta su vida hacia lo que verdaderamente importe (Luciano y Valdivia-Salas, 2006). Los seis procesos considerados en el hexaflex son los responsables de la adaptabilidad humana, la aceptación es entendida como la toma de conciencia no crítica de los eventos privados; la defusión cognitiva pretende

alterar el contexto en el que se producen los pensamientos para disminuir el impacto y la importancia de eventos privados difíciles, ya que tienden a ver estos eventos como perjudiciales por lo que necesitan ser controlados y eliminados, enseñando entonces al paciente a experimentar los eventos por lo que son y no por lo que le provocan; una visión del Yo como contexto intenta dar un sentido trascendente de sí mismo donde el sentido de sí es el contexto en el cual ocurren eventos privados como pensamientos, sentimientos, recuerdos y sensaciones; tener contacto con el presente, se promueve un contacto efectivo, abierto y sin defensa ni juicios con el momento actual, suscitando la observación en el medio y en sí mismo; además de etiquetar y describir sus experiencias sin evaluarlas; clarificar los valores, entendidos como cualidades elegidas de la acción intencional, donde los clientes son desafiados a considerar lo que quieren en su vida para representar en diferentes ámbitos, para que con ellos como motivación pueda hacer frente a los obstáculos que se avecinen, así como tener una acción comprometida que permite definir una dirección general como meta, para evitar las barreras psicológicas se promueve hacer y mantener compromisos específicos, los cuales gradualmente van aumentando (Hayes y Strosahl, 2004). Con estos seis aspectos se pretende llegar a una flexibilidad psicológica, que en esencia muestra principios como distinguir a un ser humano consciente del contenido psicológico con el que se está luchando, con la disponibilidad de aceptar ese cambio, pero también que tiene la obligación de hacer algo que se acerque más a la meta establecida.

ACT está especialmente ajustada para pacientes o personas que muestran el trastorno de evitación experiencial de un modo crónico y, por lo tanto, tienen un patrón rígido de interacción con el medio privado, un patrón que responde a la fusión cognitiva y a las dificultades en establecer el distanciamiento de los contenidos del yo. Aunque la aceptación también está incluida en otro tipo de intervenciones, dentro de este modelo es importante la aceptación de los eventos privados que están en el camino que el cliente elige para su vida como un compromiso elegido con la vida y, por tanto, un compromiso con lo que este lleve consigo según la historia personal.

Figura 3. Modelo de flexibilidad e inflexibilidad psicológica



Modelo unificado de Flexibilidad /Inflexibilidad Psicológica, donde se muestran los procesos centrales en azul, que son los responsables de la flexibilidad psicológica. Retomado de Hayes, Strosahl y Wilson, 2015.

Al haber dado una pequeña introducción respecto a lo que cada una de las terapias de tercera generación proponen, se ha visto que algunas de ellas funcionan específicamente para una problemática particular como DBT que se especializa en atención a personas TLP y con tentativa de suicidio, la AC se especializa en depresión, por su parte la FAP trata especialmente problemas en las relaciones interpersonales y la ACT se especializa en la atención del TEE. Teniendo en cuenta que el sufrimiento humano viene de procesos básicos normales y considerando que la flexibilidad psicológica favorece a varios procesos de conducta, la ACT puede ser una opción para la atención de duelo complicado, así como ya se explicó en el Capítulo 1 las reacciones ante una pérdida por suicidio pueden verse limitadas por el estigma del hecho, lo que lleva a que los dolientes desarrollen un patrón rígido de interacción con sus eventos privados.

3.2 La Terapia de Aceptación y Compromiso en el tratamiento psicológico del duelo complicado por suicidio

La ACT es un tratamiento centrado en los valores como medio para el cambio conductual importando la experiencia que el cliente lleve a sesión, intentando centrarse en los valores del paciente y no en los síntomas porque sería perder la dirección de la vida, otorgando un espacio psicológico a los eventos temidos a través de la desactivación del lenguaje y la potenciación de la dimensión del yo-contexto. Así también, considera que es mejor actuar de acuerdo a los valores elegidos por el paciente, asumiendo que el sufrimiento es normal, por lo tanto se tiene que tomar como una señal de que está cerca de lo que realmente importa, también considerar que hay más vida en un momento de dolor que en uno de alegría y por parte del terapeuta, asumir que todas las personas esperan, sueñan y quieren una vida mejor (Wilson y Luciano-Soriano, 2002).

La ACT es considerada una de las terapias más sólidas con aspectos novedosos como en el que se resalta que no trata de cambiar o reducir los pensamientos/sensaciones/recuerdos molestos, sino que trata de alterar su función y de favorecer la flexibilidad en la regulación del comportamiento. Pretende generar las condiciones para que el paciente aprecie la paradoja de su comportamiento y potenciar las interacciones clínicas que le permitan al paciente tomar conciencia plena y abierta del flujo de los eventos privados (Luciano y Valdivia-Salas, 2006). Ha sido aplicada ante diferentes problemáticas como trastornos de ansiedad, patrones rígidos de comportamiento, consumo de sustancias como tabaco o alcohol, impulsividad, problemas de pareja, enfermedades biológicas entre otros (Páez y Gutiérrez, 2012).

También ha sido implementada en casos de duelo con resultados efectivos. Luciano y Cabello en el 2001 realizaron un estudio de caso donde abordaron un duelo complicado considerando su afeción como una forma de Evitación Experiencial. La intervención tuvo una duración de 28 sesiones divididas en tres fases: la primera fase constó de 17 (de la 1 a la 17) sesiones de trabajo intensivo y procuró fomentar una desesperanza creativa, un esclarecimiento de valores, así como una visión del yo-como contexto y no como concepto, así como el control un problema; la fase dos incluyó 8 sesiones (de la 18 a la 25) las cuales estaban encaminadas al reconocimiento de barreras que el paciente presenta y a hacer

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

evidente los cambios que hasta ahora han presentado; finalmente la fase tres consiste en las últimas tres sesiones de seguimiento dando una revisión general de los cambios o las barreras hacia la acción comprometida, a los quince días, al mes y a los cuatro meses de haber terminado el tratamiento (de la 26 a la 28).

Como ya se había mencionado en capítulos anteriores las reacciones de una persona ante la pérdida de un ser querido, son diversas, pero en esencia todas provocan un malestar y un dolor intenso, en especial cuando la muerte es por causas violentas o estigmatizadas como el suicidio, ya que frecuentemente tratan de evitar hacer contacto con los eventos privados, por lo que una reducción de síntomas no se considera lo más adecuado, pues las personas que pierden a alguien importante regularmente son sobreprotegidas o toleradas en aras a un supuesto beneficio que puede potenciar las propias conductas depresivas en vez de potenciar contingencias para hablar de su pérdida que le permita sentirse validado y tomar una nueva dirección en su vida. En este caso lo que se considera pertinente es trabajar sobre la aceptación de los eventos privados, que el paciente se permita sufrir sin etiquetarlo como algo negativo y promover acciones que dirijan su vida actual.

Considerando a la flexibilidad psicológica como objetivo principal de ACT en la intervención de un duelo complicado, el ilustrar la manera que cada uno de los componentes del hexaflex puede relacionarse con las manifestaciones de duelo sería de ayuda para evaluar la pertinencia de la necesidad de atender a estas situaciones. Se puede decir que el proceso iniciaría con la atención inflexible que es cuando la persona no está viviendo su momento presente, sino que está pendiente del pasado o del futuro, aspecto que se presenta en dolientes por suicidio pues que su atención está focalizada en el pasado, ya sea recordando momentos que vivió con la persona o con el evento del suicidio apareciendo con frecuencia la palabra “hubiera”, por lo tanto lo que se pretende es que la persona sea capaz de vivir el momento presente, ya que es el único momento en el que la persona puede actuar para marcar una diferencia en su experiencia de vida.

Después de que el cliente es capaz de vivir el momento presente, se continúa trabajando con la evitación experiencial que es cuando el individuo trata de evitar emociones dolorosas y fusionarse con el contenido doloroso por lo que pierden el contacto con el

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

momento presente, cuando la pérdida es por suicidio los dolientes pueden recurrir a conductas de riesgo o evitativas para sentirse mejor como lo es tomar alcohol en exceso o no estar en la vivienda el mayor tiempo posible. Estas soluciones son inmediatas, pero no logran su cometido a largo plazo, por lo que se pretende que el cliente identifique que sus opciones de solución no son las mejores para que pueda aceptar nuevas propuestas (Hayes, Luoma, Bond, Masuda, y Lillis, 2006).

Después de abordar la evitación experiencial, se trata con la fusión cognitiva, que se refiere a la incapacidad para detectar el actual proceso de pensamiento como diferente de los productos del pensar, por ejemplo en duelo por suicidio se presenta comúnmente pensamientos de *“yo pude haber hecho algo, para evitarlo”* o *“nunca voy a superar esta pérdida”*, por lo tanto comienza a regular su comportamiento como limitar su contacto con los otros, llorar todo el tiempo o ir frecuentemente a su tumba. Por lo tanto, se pretende que el cliente adquiera una defusión cognitiva, donde sea capaz de identificar el pensamiento que se está presentando, y que su conducta no va a depender de ese pensamiento (Wilson y Luciano-Soriano, 2002).

Al haber trabajado los tres aspectos anteriores se aborda la vinculación con el yo-como-concepto, el cual es considerado como una forma extrema de fusión cognitiva ya que se vincula el ser con la vivencia, lo que implica que esto les ayuda a definirse como persona, por ejemplo a quienes están pasando por un duelo se presenta de la siguiente forma *“yo estoy deprimido”*, *“yo estoy triste”*, *“yo no puedo con esto”*; lo anterior trae como consecuencia una limitación conductual, pues si está deprimido no puede hacer cosas que no estén relacionadas más que con el sentirse deprimido, por lo que se pretende que el cliente observe esta situación, pero que contemple más opciones de comportamiento (Eifert, Forsyth, Arch, Espejo, Keller, Langer, 2009)

El trabajo anterior lleva inmediatamente al abordaje sobre la falta de claridad de los valores ya que se considera que los valores pueden dar un nuevo significado, propósito y vitalidad a una serie de comportamientos (Hayes, 2004). Los dolientes pueden sentirse “estancados” ya que su comportamiento se vuelve habitual y automático, a menudo al servicio de sentirse mejor y no de vivir mejor, por lo que se considera importante identificar

cuáles son los valores para cada individuo ya que eso les ayuda a dar un sentido y orientación a sus conductas, cosa que se liga con el último elemento del hexaflex el cual va dirigido a comprometerse a actuar en función de los valores ya clarificados.

El paciente de ACT sufre, sin embargo en sesión es expuesto a situaciones que de otra forma evitaría, lo que busca es que experimente el dolor, pero con el objetivo de alterar su función y aliviar el malestar. Aunque el cliente realice acciones que pueden resultarle aversivas son importantes para lo que desee en la vida. La implementación de esta terapia ha mostrado resultados positivos gracias al uso de metáforas, ejercicios y paradojas que provocan cambios en los contextos verbales, ya que permite una abstracción de la clave ante las respuestas de evitación, por lo tanto, los terapeutas que implementan estas intervenciones deben tener conocimiento de aspectos conceptuales y teóricos, pero también que sea capaz de llevar a cabo estos en la práctica clínica. Es útil en casos donde los tratamientos encaminados a la reducción de síntomas no son efectivos (Luciano y Cabello, 2001).

Debido a que en este trabajo el duelo complicado es considerado como un proceso dinámico, en el cual una persona está evitando entrar en contacto con su malestar, caracterizar al duelo como un trastorno que cumple criterios nosológicos no sería de utilidad, ya que no se pretende reducir los síntomas, pues sería una solución que llevaría a una forma más sofisticada de que el paciente continúe evitando, dando soluciones momentáneas a problemas más complejos. Por lo tanto, se considera que aplicar un protocolo basado en ACT sería una opción.

3.3 Psicoterapia Conductual Contextual para el Tratamiento de Personas con Duelo Complicado por Suicidio: Tratamiento basado en la ACT

Al identificar que la ACT puede aplicarse para duelo complicado y en especial para duelo complicado por suicidio, en México se propuso un protocolo de intervención su estructura intercesión consta de ocho sesiones semanales con duración de una hora aproximadamente (Ver Tabla 3), la primera está dirigida a la realización de la evaluación que consta de una entrevista, la aplicación de cuatro instrumentos y analizar la función de la información obtenida. Las siguientes seis sesiones van orientadas a los objetivos del hexaflex y en la última pretende que la persona utilice lo aprendido en las sesiones anteriores para

despedirse de personas significativas; todas estas sesiones se desarrollan dentro del siguiente esquema intrasesión, iniciando con ejercicios de mindfulness para promover el contacto con el aquí y el ahora, después hablar sobre aspectos importantes transcurridos en la semana para continuar con la intervención donde se abordan aspectos del hexaflex y la implementación de ejercicios, para finalizar con las tareas a realizar durante la semana (Cruz-Gaitán, Reyes y Corona-Chávez, 2017).

En la sesión de evaluación se realiza una entrevista inicial, donde se exploran aspectos derivados de la pérdida, como el tiempo que ha transcurrido, el vínculo, cuáles han sido sus reacciones y que ha hecho para tratar de solucionarlo. También se aplican cuatro instrumentos: el Inventario de duelo complicado (IDC-R-ECEP), el Cuestionario de aceptación Acción (AAQ-II-YUC), el Inventario de Síntomas Psicopatológicos SCL-90 y el Inventario de calidad de vida (InCaViSa). Al corroborar que presenta un duelo complicado se pasaría a las sesiones de intervención, en caso de no presentar duelo complicado, pero solicitar la ayuda pasa a un proceso de acompañamiento.

La segunda sesión está dirigida a conocer la experiencia vivida después de la pérdida y que estrategias ha implementado, a partir de ello fomentar la desesperanza creativa ilustrando a través de la metáfora del hombre en el hoyo el problema del control y su ineficacia para manejar la situación, finalizando la sesión con el contrato terapéutico.

En la tercera sesión se trabaja sobre la aceptación, donde primero identifiquen las áreas que se han visto afectadas por la dificultad de enfrentar el impacto de la pérdida, se utiliza el ejercicio del genio para que el cliente dirija sus acciones a una vida que quiere, al final de la sesión se le deja una tarea para que practique en la semana.

La cuarta sesión pretende abordar la defusión cognitiva, por medio del ejercicio de pastel de chocolate que demuestra que los eventos privados tienen una naturaleza arbitraria, haciéndola evidente con la metáfora del experto en arte, que demuestra las consecuencias de la fusión cognitiva, al final de la sesión se deja como práctica de la semana que se registre lo dicho por el experto en arte.

Tabla 3

Sesiones propuestas para la intervención de duelo por suicidio

Estilo de Respuesta	Número de Sesión	Componente de la Intervención	Objetivo de la Sesión
Centrado: Conciencia del presente	1	Evaluación	Integrar la información obtenida de los instrumentos, con el reconocimiento de los patrones de los problemas de los clientes a partir de la identificación de las relaciones funcionales
	2	Mindfulness, Desesperanza Creativa y Compromiso	Mostrar al cliente que los intentos de control de los eventos privados (ej. pensamientos, sentimientos, sensaciones y emociones) no le han llevado más que aumentar de manera importante su sufrimiento. Se trata de hacerle comprender que los intentos de control del sufrimiento no son la solución, sino que potencian el problema.
	3	Reconocimiento de Barreras	Mostrar como alternativa a la manera que ha lidiado con sus eventos privados radica en la disposición y aceptación.
Abierto: Defusión Aceptación	4	Defusión cognitiva	Ayudar al cliente a disminuir la conexión literal que tiene con los contenidos de su mente, buscando principalmente alterar la función del pensamiento, más que su forma.
	5	Clarificación de valores	Ayudar a los clientes a plantearse valores en función de lo que desean y no en función de lo que quieren evitar.
Comprometido: Valores y acción comprometida y YO como contexto	6	Acciones hacia valores	Ayudar a los clientes a plantearse valores en función de lo que desean y no en función de lo que quieren evitar.
	7	YO como contexto	Ayudar a poner en contexto las experiencias de duelo que experimenta la persona distanciados de lo que dice su mente y actuando en relación a sus valores.
	8	Despedida	Fomentar en el cierre del tratamiento un ambiente que fortalezca la capacidad de despedirse de personas significativas

Sesiones propuestas por Cruz-Gaitán, Reyes y Corona, 2017, incluyendo estilo de respuesta desarrollado por sesión y los objetivos de cada una. Elaboración propia.

La quinta sesión pretende clarificar los valores que le dan dirección al paciente, la metáfora del profesor del aula muestra de una forma clara cuales son los aspectos importantes

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

en la vida de una persona, para que el paciente identifique los propios y les dé un significado, dejando como tarea aclarar los valores.

La sesión seis lleva al paciente a una acción comprometida, ilustrando por medio de la metáfora “el invitado grosero” las características y consecuencias del compromiso, pasando al ejercicio de las primeras acciones hacia los valores que implica planear acciones que ayuden a acercarse a los valores que ya ha clarificado junto con sus posibles obstáculos y las soluciones alternas que puede generar, dejando como tarea que comience a llevar a cabo su plan.

En la última sesión de intervención, que es la 7, se aborda el proceso de yo como contexto utilizando la metáfora de” jugando ajedrez”, junto con el ejercicio de “qué dice mi Mente” para modificar la relación que se tiene con los pensamientos, dejando como tarea que practique la observación de sus sensaciones y pensamientos, pero también que actúe.

La sesión final (8) es la de despedida donde se abordan las posibles recaídas, se hace un repaso del proceso por el que pasó y se hacen evidente las mejoras que se observaron que puede seguir utilizando, se hace un ejercicio de cartas de despedida donde ambos paciente y terapeuta expresan su experiencia sobre el proceso terapéutico fomentando la capacidad para despedirse de personas significativas y se aplican nuevamente los cuatro cuestionarios de la sesión de evaluación.

Capítulo 4

Método

De acuerdo a lo desarrollado en los capítulos anteriores, se observa que ante la existencia de un gran número de personas que experimentan la pérdida de un ser querido por suicidio, resulta necesario el desarrollo de tratamientos psicológicos eficaces en nuestro contexto social. En México se cuenta con un tratamiento para la atención a este tipo de problemáticas que no ha sido evaluado de forma sistemática. El tratamiento denominado “*Psicoterapia Conductual Contextual para el Tratamiento de Personas con Duelo Complicado por Suicidio: Tratamiento basado en la ACT*” mismo al que se ha hecho referencia en capítulos anteriores parece ser prometedor en este tipo de consultantes por lo que la evaluación de su efectividad constituye el objetivo del presente estudio.

4.1 Diseño

Se planteó un diseño observacional de estudio de caso de acuerdo a la nomenclatura empleada por Montero y León (2002) con fases ABA´ a fin de analizar la efectividad del mismo (Kazdin 2011, 2001; Roussos 2007). En este tipo de diseño establece una línea base de conductas del sujeto, quien es a su vez su propio control; asimismo, permite hacer manipulaciones sobre el tratamiento presentando al menos dos condiciones, fase A que es línea base y retorno a la línea base y fase B que corresponde a la intervención psicológica. Es importante destacar que el diseño elegido da apertura a realizar inferencias causales limitadas de acuerdo a lo descrito por Romeiser, Hickman, Harris y Heriza (2008).

Fase A: línea base retrospectiva (LIBARE). Consistió en la obtención de una línea base retrospectiva de las conductas de evitación experiencial (variable dependiente) responsables de la complicación del duelo a partir de la evaluación de los 6 meses anteriores a la fecha de aplicación. Esta LIBARE se aplicó en un solo momento guiado por ejercicio de mindfulness, indicando al paciente que se recuerde a sí mismo en los seis meses anteriores identificando ¿qué vivía? y ¿cómo se sentía? en ese momento. Se procedió de igual forma para los 4 y 2 meses anteriores a la intervención. También incluyó la evaluación de variables moderadoras como la flexibilidad cognitivo-emocional (modos de afrontamiento), la calidad

de vida-salud y síntomas psicopatológicos (depresión, ansiedad, ideación paranoide, psicoticismo, somatización, obsesividad-compulsividad y sensibilidad interpersonal).

Fase B: intervención. Consistió en la implementación del tratamiento protocolizado de siete sesiones implementadas a razón de una sesión por semana, con evaluación de evitación de evitación experiencial inter-sesiones, para monitorear si el TEE se modificó con la intervención.

Fase A': retirada del tratamiento. Se realizó la evaluación del mismo comportamiento descrito en la fase A una vez que se haya retirado el tratamiento de intervención.

Resulta importante mencionar que en el diseño no sólo tomó en consideración las amenazas a la validez interna implementando medidas que aseguraran la integridad de la variable independiente, sino considerando también el potencial impacto multi-dimensional que tiene el tratamiento, incluyendo la evaluación de variables intervinientes que de acuerdo con la evidencia empírica revisada, tienen relación con la evitación experiencial.

4.2. Definición de variables

Variable Independiente:

Tratamiento de Duelo complicado basado en ACT (TDC-ACT): Tratamiento basado en la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) emanado de la Teoría de los Marcos Relacionales (Hayes, Barnes-Holmes y Roche, 2001). La descripción de dicho tratamiento fue mencionado en el Capítulo 3 (una mayor descripción se puede consultar en Cruz-Gaitán, Reyes y Corona-Chávez, 2017).

Variable Dependiente:

Evitación Experiencial

Conceptual: “falta de voluntad para ponerse en contacto con experiencias privadas particulares (p.e.: sensaciones corporales, emociones, pensamientos, recuerdos,

predisposiciones conductuales) e intentar alterar la forma o la frecuencia de esos eventos y el contexto que los ocasiona” (Hayes, Wilson, Giford, Follette y Strosahl, 1996, p.1154).

Operacional: entre mayor sea la puntuación directa mayor grado de Evitación Experiencial presenta.

Las variables moderadoras se definen e interpretan de la siguiente manera:

Flexibilidad Cognitivo Emocional

Conceptual: modos habituales con los que una persona se enfrenta cognoscitiva y afectivamente a la realidad y con los que interpreta y valora su relación con ella. Estos modos son construidos por los propios sujetos como consecuencia de sus predisposiciones y experiencias (Hernández, 1991).

Operacional: puntuación T, la cual será interpretada por Baremos en percentiles de muestras generales de adolescentes y adultos diferenciados por sexo en población española. Una puntuación T arriba de 60 indica que se encuentra en un nivel alto.

Calidad de Vida y Salud

Conceptual: Percepción de satisfacción que tiene el sujeto en diversos aspectos de su vida cotidiana. Brinda una medida del bienestar tanto a nivel macroeconómico como individual dependiendo de los indicadores empleados (Fernández-Ballesteros, 1998).

Operacional: Se obtiene la puntuación directa la cual es contrastada con los puntos de cortes establecidos para población adulta, el cual indica si se encuentra entre lo normal o muy alto o muy bajo.

Síntomas de Psicopatologías

Conceptual: Síntomas que un sujeto ha experimentado durante los últimos días, identificando patrones de síntomas presentes (Casullo, 2004).

Operacional: Se obtiene el promedio de cada subárea, el cuál es convertido a puntuación T con los Baremos de población no clínica diferenciada por sexo. Si la puntuación T es mayor a 65 indica que se encuentra en probable riesgo de presentar esa sintomatología y si es mayor a 80 indica un alto riesgo de presentarlo.

4.3 Hipótesis de investigación

El tratamiento es efectivo en la disminución de conductas de evitación experiencial y por tanto en la resolución del duelo complicado ($A > A'$) los puntajes directos son menores en comparación a los obtenidos antes de iniciar el tratamiento.

4.4 Participantes

Participaron seis mujeres con edades entre los 20 y 54 años de edad, con una edad media de 39, de estado civil 2 estaban casadas, 2 vivían en unión libre, 1 era soltera y 1 viuda, pertenecientes a un nivel socioeconómico medio bajo, remitidos es su mayoría (5 casos) por el Centro Estatal de Salud Mental Familiar Agua Clara, adscrito a la Dirección de Salud Mental y Adicciones de la Secretaría de Salud y el caso restante por parte de la Unidad de Atención e Investigación de Psicología (UAIP), adscrita al Departamento de Psicología de la Universidad Autónoma de Aguascalientes (ver Tabla 4).

Tabla 4

Características de los casos participantes

Caso	Edad	Parentesco	Remitido	Estado civil
1:LM	23	Pareja	UAIP	Soltera
2:CV	20	Mamá	Agua Clara	Unión Libre
3:EE	52	Hijo	Agua Clara	Casada
4:ED	32	Pareja	Agua Clara	Unión Libre
5:BN	53	Hijo	Agua Clara	Casada
6: IL	54	Esposo	Agua Clara	Viuda

Tabla 4. Características de las participantes, se observa la edad de la participante el parentesco con la persona que perdió por suicidio y de que institución fue canalizada.

4.4.1 Criterios de inclusión:

- a) Personas mayores de 12 años dadas las exigencias del tratamiento requiere un pensamiento formal.
- b) Tener más de seis meses de la pérdida (de acuerdo con el CIE-11).
- c) Que la pérdida haya sido por suicidio.
- d) Que otorguen su consentimiento para la utilización de la información y audio grabar las sesiones de tratamiento.

4.4.2 Criterios de exclusión:

- a) Que presenten duelo complicado por muerte distinta a suicidio.
- b) Que en el momento presente estén bajo tratamiento psiquiátrico o reciba otro tipo de ayuda.
- c) Que no hayan tenido contacto con el protocolo TDC-ACT.

4.5 Materiales e Instrumentos

Se aplicaron cinco instrumentos dirigidos a conocer el nivel de duelo complicado y de evitación experiencial que presentan, así como conocer la calidad de vida que refieran e identificar si tienen algún síntoma psicopatológico.

4.5.1 Cuestionario de Aceptación y Acción II versión adaptada por Patrón, 2010 del Acceptance and Action Questionnaire II (AAQ-II) de Hayes et al., 2004. Este cuestionario está dirigido a evaluar cómo una persona reacciona y actúa ante situaciones indeseables y que tanto intenta controlarlos. Es una escala con 10 reactivos con 7 opciones de respuesta tipo Likert, la puntuación va desde 1 “completamente falso” hasta 7 “completamente cierto”. Entre mayor sea la puntuación mayor grado de Evitación Experiencial presenta, en este trabajo se comparará la puntuación directa de la Fase A con A´ del mismo participante su confiabilidad interna es de 0.89.

4.5.2 Inventario de Duelo Complicado, IDC versión adaptada de Gamba-Collazos y Navia, 2017 de Prigerson et al., 1995 Permite evaluar los síntomas asociados a un duelo y diferenciar casos normales de casos con duelo

complicado, es una escala de 21 ítems con 5 opciones de respuesta de escala tipo Likert que va desde 0 (nunca) hasta 4 (siempre). Los autores establecieron que un puntaje mayor a 25 corresponde a duelo complicado.

- 4.5.3 Test de estrategias cognitivo-emocionales, Moldes creado por Hernández-Guanir, 2010. Pretende conocer las estrategias cognitivo-emocionales (“moldes mentales”) utilizadas para anticipar, interpretar, reaccionar, evaluar y explicar la realidad en situaciones que afectan a la identidad, intereses o proyectos. Su conocimiento de estas estrategias facilita la comprensión, manejo y modificación de emociones y comportamientos, aspectos centrales de las inteligencias socioafectivas o alternativas (inteligencia intrapersonal, interpersonal o emocional). Está integrado por 87 ítems registrados por escala tipo Likert con 5 opciones que va de 1 “muy en desacuerdo” a 5 “muy de acuerdo”. la puntuación directa es convertida en puntuación T, la cual será interpretada por Baremos de muestras generales de adolescentes y adultos diferenciados por sexo en población española. Una puntuación T arriba de 60 indica que se encuentra en un nivel alto.
- 4.5.4 Inventario de los 90 síntomas (CSL 90) creado por Degoratis, Lipman y Covi, 1973 (adaptado para población Mexicana por Cruz-Fuentes, López, Blas-García, González y Chávez, 2005). Permite valorar y detectar síntomas de alguna(s) de nueve psicopatologías a evaluar (somatización, obsesivo-compulsivo, sensibilidad interpersonal, depresión, ansiedad, ansiedad fóbica, ideación paranoide, psicoticismo) a partir de la intensidad que el sujeto perciba a partir de una semana previa a la aplicación. Consta de 90 ítems con una escala de respuesta tipo Likert de cinco opciones que van desde 0 (para nada) hasta 4 (demasiado). La puntuación T con los Baremos de población no clínica diferenciada por sexo. Si la puntuación T es mayor a 65 indica que se encuentra en probable riesgo de presentar esa sintomatología y si es mayor a 80 indica un alto riesgo de presentarlo.
- 4.5.5 Inventario de Calidad de Vida y Salud (InCaViSa) creada por Riveros, Sánchez-Sosa y Del Águila, 2008. Permite evaluar la percepción de satisfacción del sujeto ante diversos aspectos de su vida cotidiana; está

dividido en doce áreas: 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, y una escala visual análoga de Bienestar y Salud. Consta de 53 reactivos con seis opciones de respuesta tipo Likert, que van desde nunca (0%) hasta siempre (100%). Se obtiene la puntuación directa la cual es contrastada con los puntos de cortes establecidos en cada área para población adulta, ubicándolo entre normal, muy alto o muy bajo.

- 4.5.6 Formato de consentimiento informado, el cual aborda aspectos básicos de las sesiones de intervención como días, duración, número de faltas permitidas, así como la autorización para audio grabar las sesiones y para la utilización de la información con fines de investigación, asegurando la confidencialidad de los datos del paciente. Este documento se firma en común acuerdo por parte tanto del paciente como el terapeuta.
- 4.5.7 10 materiales de apoyo y seis anexos del TCD-ACT para realización de ejercicios de los consultantes que se utilizarán en diferentes momentos de la intervención (Ver en Cruz et al, 2017).
- 4.5.8 Grabadora de audio, Sony IC Recorder modelo (ICD-P320) para cada una de las sesiones del tratamiento.

4.6 Procedimiento

En el procedimiento se implementaron cuatro etapas que a continuación se describen:

Etapas 1: de búsqueda, contacto e invitación de filiales participantes

Para la localización de los filiales sobrevivientes se buscó la colaboración con el Centro de Salud Mental “Agua Clara” en el área de Salud Comunitaria perteneciente al departamento de Salud Mental. Dicha institución otorgó información de los sobrevivientes por suicidio durante el primer semestre del año 2017 y autorizó que se atendieran a los pacientes en sus instalaciones. Se contactó vía telefónica a las personas afectadas indagando cómo ha sido para ellas pasar por este proceso y ofreciéndoles la atención psicológica por la tarde en las instalaciones de “Agua Clara”, concretando citas y una vez que acudieron se le

explicó el objetivo de la investigación donde se le pide su participación y se firma el consentimiento informado.

Etapa 2: Fase A línea base retrospectiva

Se realizó una evaluación profunda a través de una entrevista semi-estructurada para conocer cómo se vivió el evento y las consecuencias que ha tenido hasta la actualidad que le impiden adaptarse a su pérdida, identificando las conductas evitativas que realiza el paciente y las características de su inflexibilidad psicológica. Para completar la evaluación se aplicaron los instrumentos IDC, AAQ-II (LIBARE), InCaViSa, SCL-90 y MOLDES. La LIBARE se aplicó en un solo momento guiado por ejercicio de mindfulness, se le indicó a la paciente que cerrara los ojos y recordara eventos que hayan sucedido hace seis meses atrás reconociendo que vivía y cómo se sentía en ese momento para que respondiera la escala de acuerdo a ese sentir, haciendo lo mismo para 4 y 2 meses antes de la intervención.

Etapa 3: Fase B intervención

Durante las siguientes siete semanas se realizó la intervención siguiendo el protocolo de “Duelo Complicado por Suicidio desde la Terapia de Aceptación y Compromiso” Se supervisó el cumplimiento del objetivo de cada sesión y la identificación del componente a tratar en cada una de ellas. Se evaluó en nivel de evitación experiencial presente después de cada dos sesiones.

Etapa 4: Fase A´ retirada del tratamiento

Al finalizar el tratamiento se evaluó con la aplicación de IDC, AAQ-II, InCaViSa, SCL-90 y MOLDES, con la instrucción que se tenía que responder considerando como se siente en el momento presente.

4.7. Análisis de los Datos

Para analizar la efectividad del tratamiento en cuestión se recurrió al análisis tradicional intra-sujeto comparando las diferencias de los puntajes registrados de la variable dependiente en las distintas fases y condiciones del tratamiento, tal y como lo proponen

Bono-Cabré y Arnau-Gras (2014), Kratochwill, Hitchcock, Horner, Levin, Odom, Rindskopf y Shadish (2013). Se analizaron la estabilidad, variabilidad y tendencia de los datos. También se incluye un análisis de los seis procesos en los que interviene ACT por medio de la *Herramienta Hexaflex de Seguimiento de Casos* propuesto por Wilson y DuFrene (2009).



Capítulo 5

Resultados

Los resultados obtenidos tras la implementación de la intervención “*Psicoterapia Conductual Contextual para el Tratamiento de Personas con Duelo Complicado por Suicidio: Tratamiento basado en la ACT*” con personas que presentaron duelo complicado por suicidio se muestran en dos grandes apartados. En el primero se muestra la efectividad que tuvo el tratamiento en la remisión del duelo complicado y la disminución de la evitación experiencial. El segundo de los apartados se centra en la descripción de los aspectos más relevante observados durante el proceso de intervención de las participantes incluidas en el presente estudio desde un análisis del modelo de flexibilidad psicológica.

Participaron un total de 6 pacientes, mujeres con un rango de edad de 20 a 54 años, 2 casadas, 2 en unión libre, 1 soltera y 1 viuda, pertenecientes a un nivel socioeconómico medio bajo. Dos de ellas culminaron el tratamiento, 2 pacientes asistieron aproximadamente al 40% de las sesiones de intervención y las dos restantes solamente asistieron a la entrevista.

5.1 Efectividad del tratamiento

5.1.1 Paciente “LM”

En los resultados de la evitación experiencial se mostró que los mayores puntajes fueron en la Fase A (37,43 y 46), mientras que los menores puntajes se observaron durante la intervención en la Fase B donde aún el puntaje más alto sigue siendo menor que los observados en la fase A (7 puntos). Pudo observarse que en la Fase A' el puntaje fue mayor que en la fase B (3 puntos), sin embargo este puntaje siguió siendo menor que el obtenido en la Fase A lo que indicó que la paciente presenta una mayor flexibilidad psicológica (Ver Figura 4).

Respecto al duelo complicado y recordando que el punto de corte es 25, se observó que en la evaluación de la Fase A la paciente presentó duelo complicado ya que obtuvo un puntaje de 29, en la retirada del tratamiento presentó un puntaje de 16 lo que indicó una reducción de 13 puntos como puede observarse en la Figura 5.

Figura 4. Puntajes del nivel de Evitación Experiencial en LM

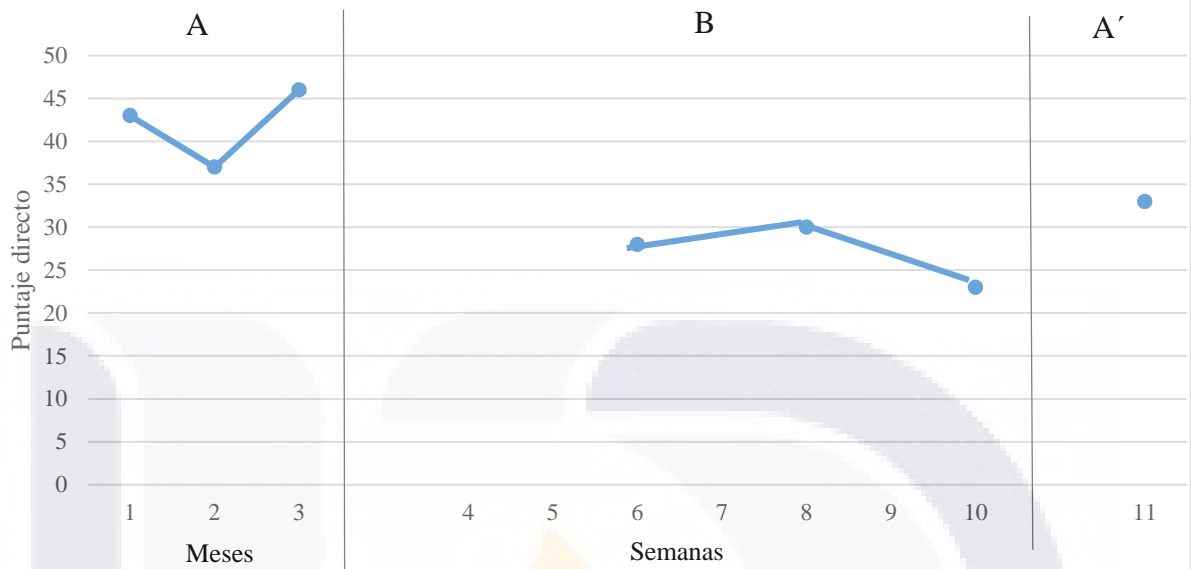


Figura 4. Se presentan los valores observados de la Evitación Experiencial obtenidos por el AAQ-II, en cada una de las fases del diseño. Se muestra el número de observaciones realizadas la Fase A muestra la línea base retrospectiva a seis meses realizadas en un solo momento, los valores de la fase B fueron obtenidos en la tercera, quinta y séptima sesión de intervención, finalmente la Fase A' es el valor obtenido una semana después de haber terminado el tratamiento.

Figura 5. Puntaje de duelo complicado en LM

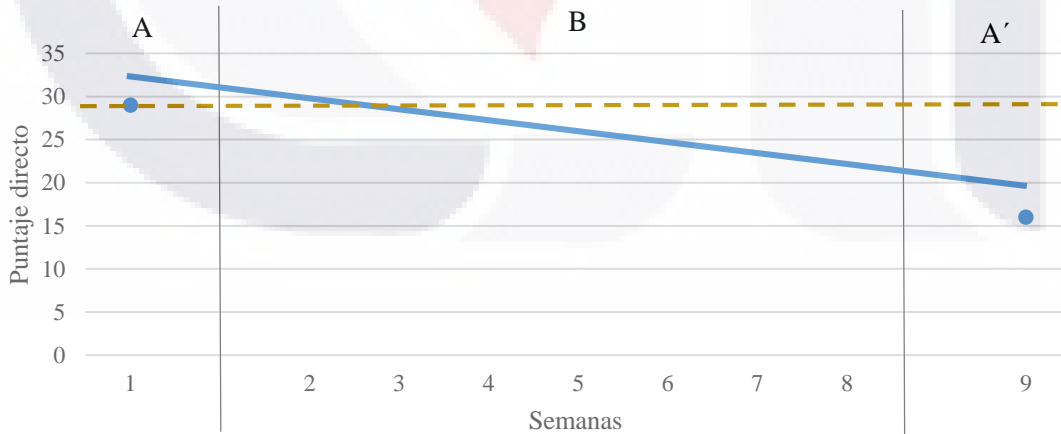
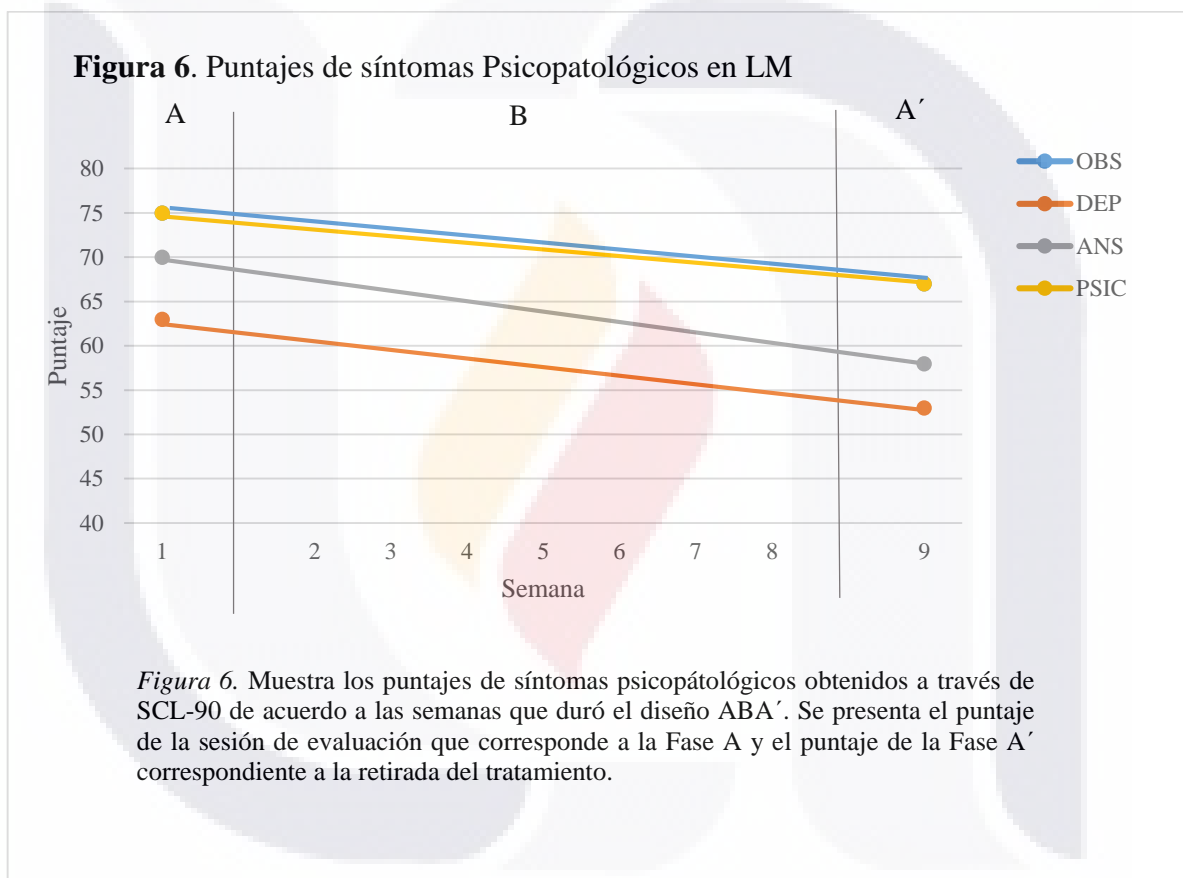
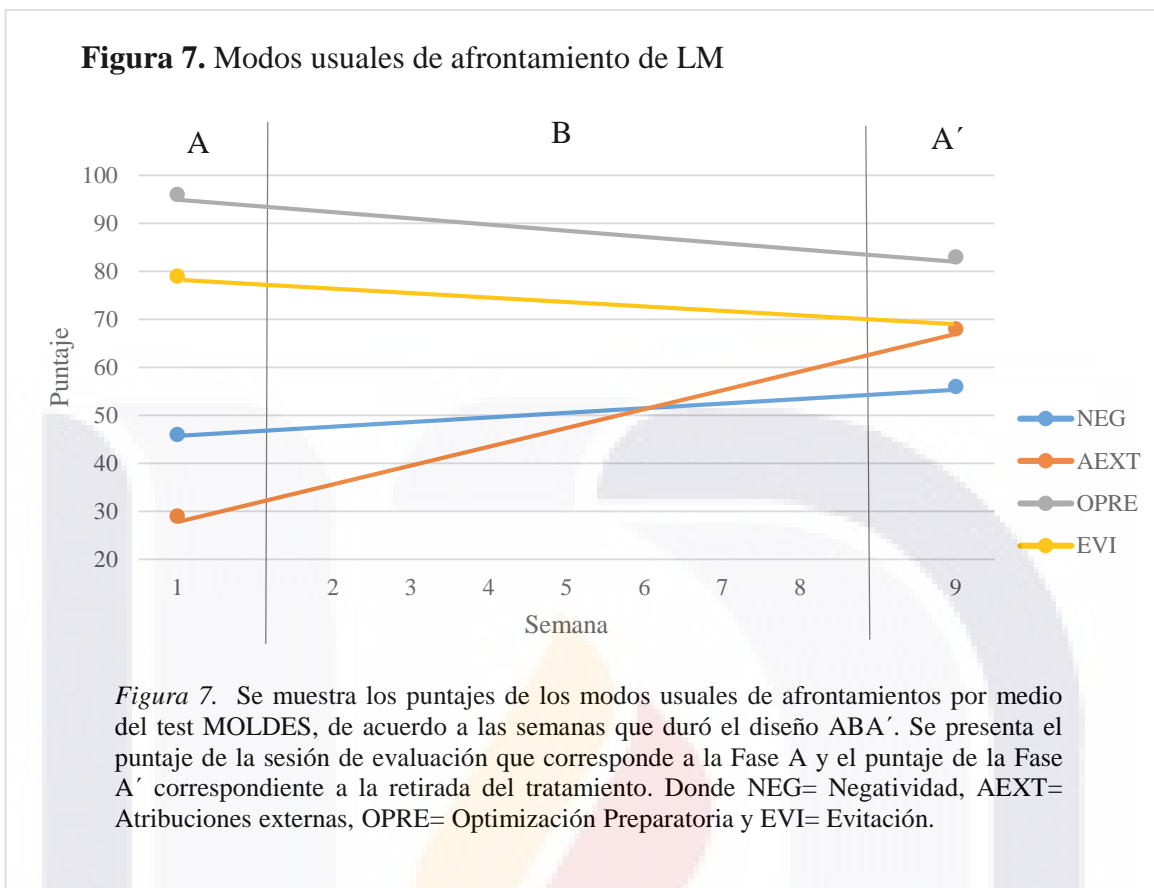


Figura 5. En este gráfico se muestran los puntajes obtenidos del IDC de acuerdo a las semanas que duró el diseño ABA'. Se presenta el puntaje de la sesión de evaluación que corresponde a la Fase A y el puntaje de la Fase A' correspondiente a la retirada del tratamiento.

En los síntomas Psicopatológicos, durante la Fase A se observó que los mayores puntajes fueron registrados en los síntomas obsesivo-compulsivo, estado depresivo, estado ansioso y psicoticismo. Tras la implementación del tratamiento se observó (como lo muestra la Figura 6) que los síntomas obsesivo-compulsivo disminuyeron 8 puntos (de 75 a 67), los síntomas depresivos se redujeron 10 puntos (de 63 a 53), los síntomas de ansiedad disminuyeron 12 puntos (de 70 a 58) y los síntomas psicóticos se redujeron 8 puntos (de 75 a 67). En cuanto a las demás dimensiones evaluadas permanecieron sin cambios.



Por lo que refiere a los modos usuales de afrontamiento (véase la Figura 7) las dimensiones en las que se observaron cambios después de implementar el tratamiento fueron la dimensión de negatividad que aumentó de 46 a 56 (10 puntos más), la dimensión de atribuciones externas tuvo un gran aumento de 29 a 68 (39 puntos más), y la dimensión de optimización preparatoria tuvo un descenso de 96 a 83 (13 puntos menos).



En el Inventario de Calidad de Vida y Salud se observó que LM presentó en la fase A una relación negativa con la familia, el desempeño físico de la mayoría está deteriorado y su percepción corporal es negativa, así como una disminución en su capacidad de memoria y concentración, con una limitación en su vida cotidiana. En la Fase A' se observó que mejoró el desempeño físico, se disminuyeron las preocupaciones y las actividades de su vida cotidiana ya no dependen de su proceso de duelo, se mantuvieron la dificultades en las capacidades cognitivas y en la relación negativa de la familia, las actividades en el tiempo libre se disminuyeron, así como la relación con médico o en este caso el terapeuta (cómo puede observarse en la tabla 5).

Tabla 5

Puntajes de Calidad de Vida y Salud de LM en Fase A y A´

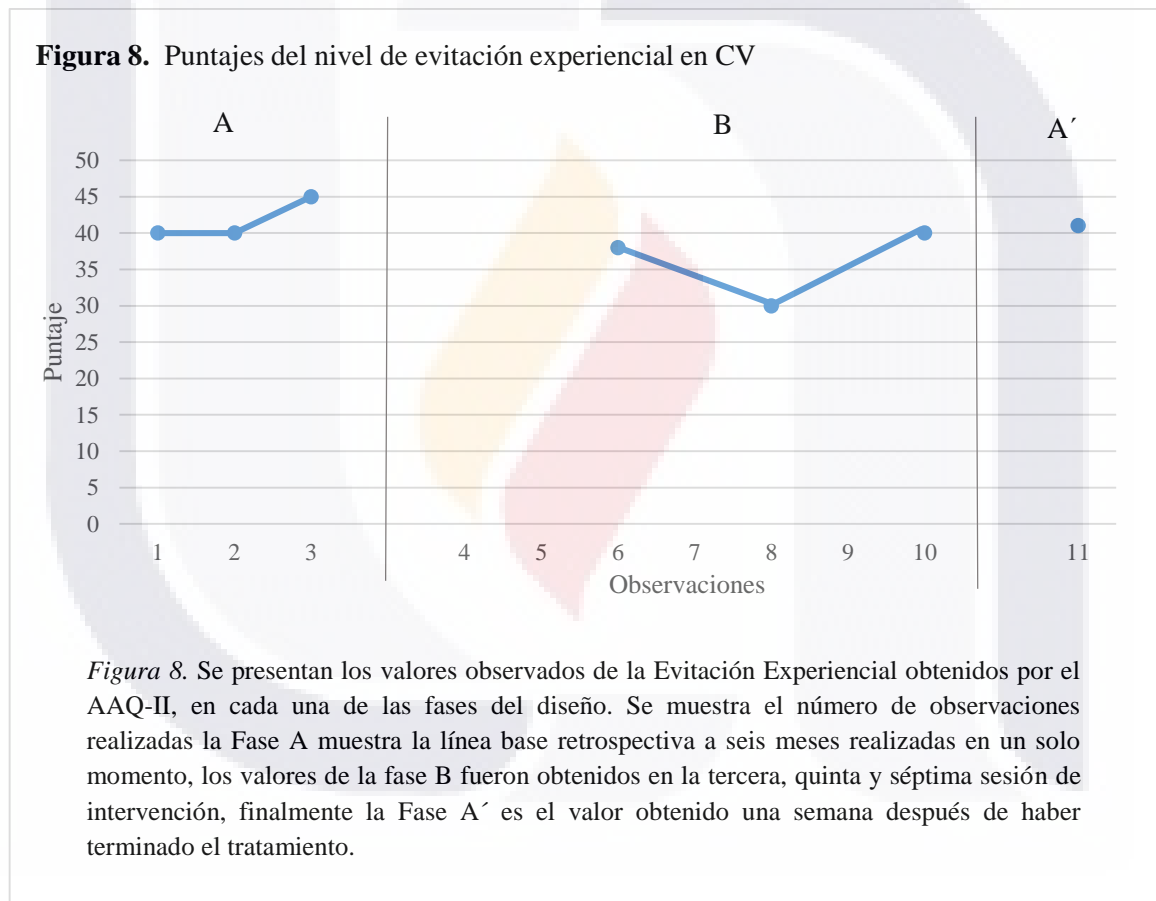
AREA	PUNTO DE CORTE	LM	
		A	A´
Preocupaciones	>7	9	5
Desempeño físico	>14	9	17
Aislamiento	>5	5	6
Per. Corporal	<4	2	7
Cognitivas	>1 Y <6	10	11
Actitud al tx	<6	0	0
Tiempo libre	<4	3	5
Vida cotidiana	<3	33	3
Familia	>17	13	10
Red social	>14	14	12
Dependencia	<13	0	6
Relación con medico	>6 Y <14	14	5

Tabla 5. Puntajes obtenidos del INCAVISA comparando Fase A y A´ en LM, considerando el punto de corte.

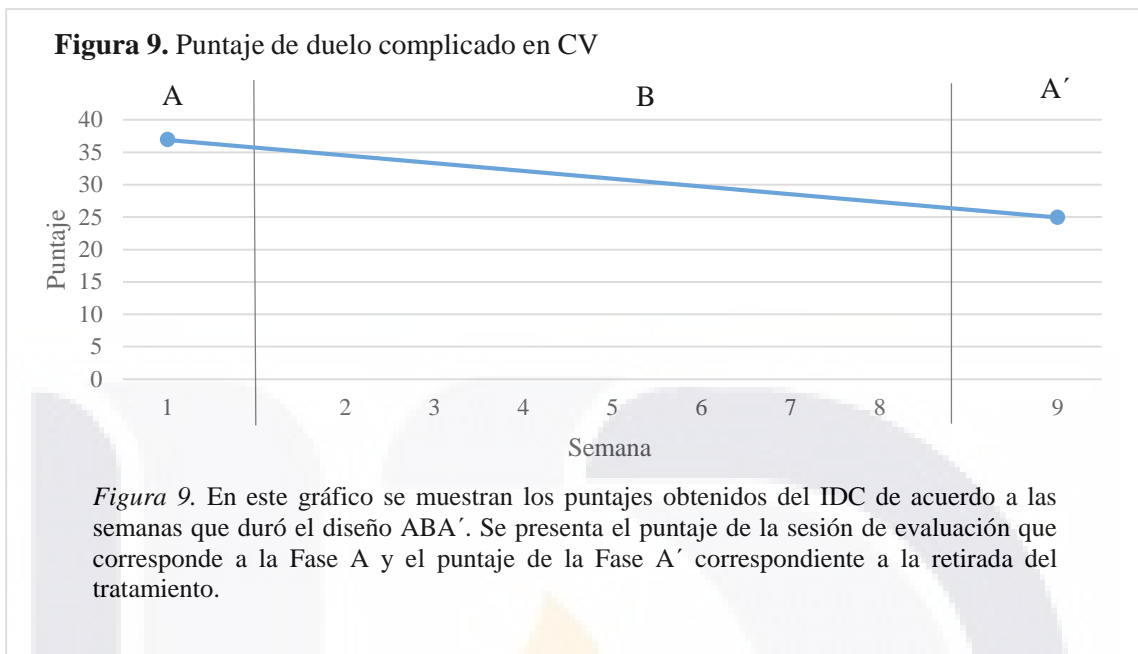
Por lo tanto los resultados sugieren que el duelo se resolvió, se redujeron los síntomas psicopatológicos, incrementaron sus atribuciones externas, aumentó su desempeño físico, y disminuyeron sus preocupaciones retomando las actividades en relación a la vida cotidiana; sin embargo, la disminución de las conductas evitativas así como el incremento de la flexibilidad psicológica se vieron apenas disminuidas. Por otro lado, también se vieron puntajes más bajos en la interacción familiar y las redes sociales.

5.1.2 Paciente “CV”

En los resultados observados con CV también se registró un regreso a la línea base con la evitación experiencial después de finalizado el tratamiento (se observó que los mayores puntajes fueron en la Fase A [40, 40 y 45], el menor puntaje [30] se observó en la Fase B y en A´ se identificó un puntaje igual al de la línea, incluso levemente por arriba [41]). Estos resultados sugieren que al no haber una disminución de la evitación experiencial se deriva que el tratamiento no favoreció el desarrollo de una mayor flexibilidad psicológica (Ver Figura 8).

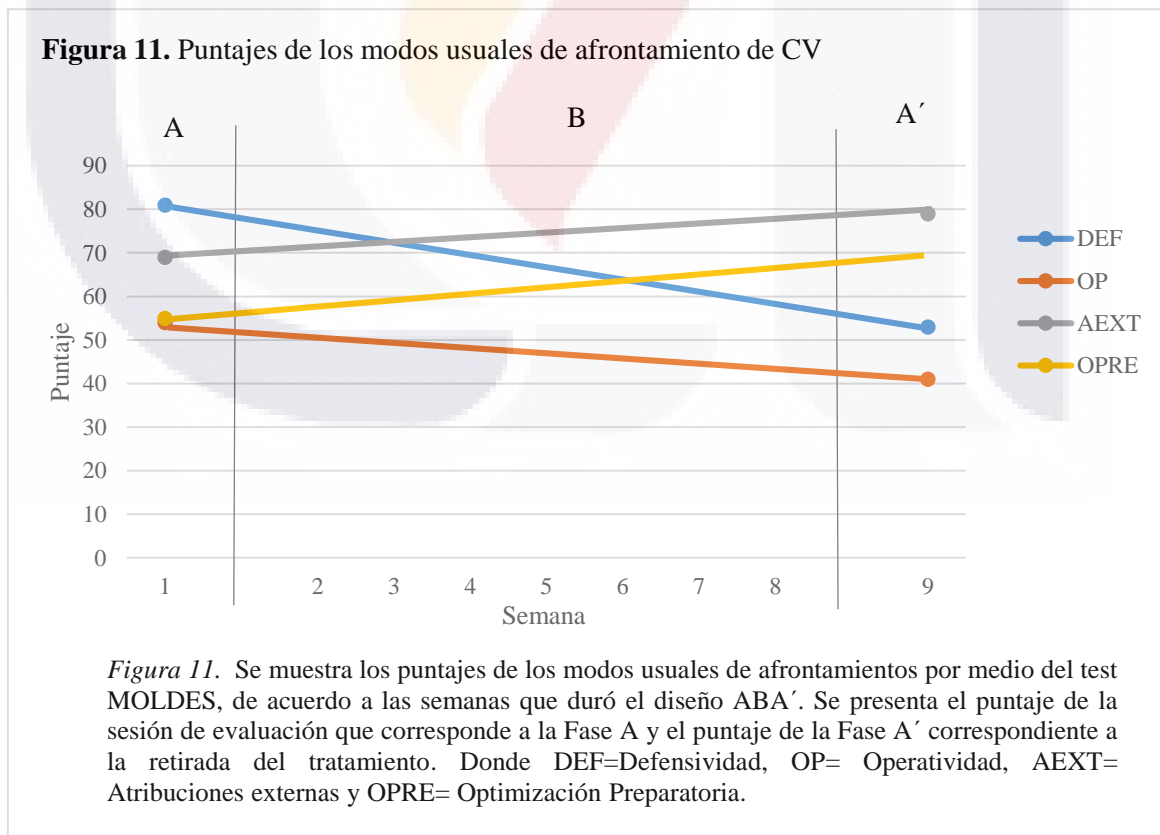
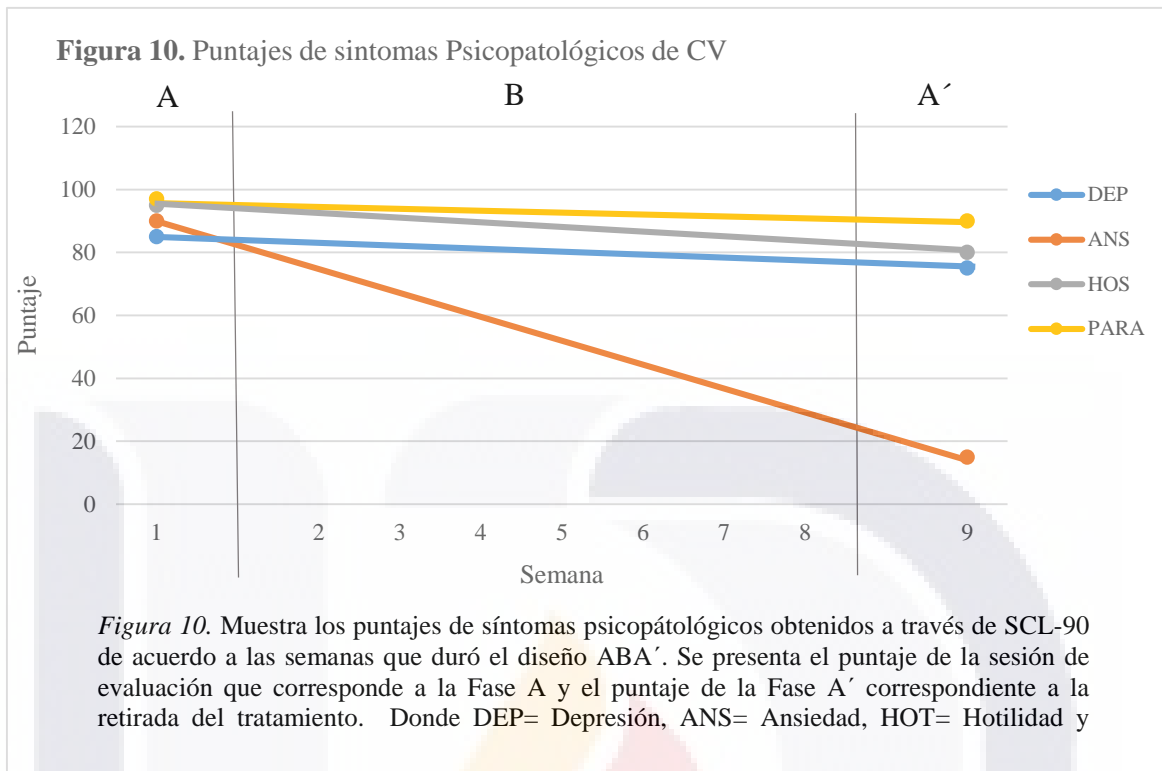


No obstante lo anterior, el duelo complicado logró resolverse tras la aplicación del tratamiento ya que se observó que en la Fase A sí presentaba duelo complicado con un puntaje de 37 puntos (12 puntos arriba del punto de corte) y al finalizar el tratamiento el puntaje se redujo hasta el límite del punto de corte que son los 25 puntos (ver Figura 9).



En los síntomas Psicopatológicos durante la Fase A se observó que los mayores puntajes fueron los síntomas de depresión (85), los síntomas de ansiedad (90), la hostilidad (95), y la ideación paranoide (97). En la Fase A' se mostró que estos síntomas se redujeron, la sintomatología depresiva se redujo 10 puntos, los síntomas de ansiedad se redujeron 75 puntos, la hostilidad disminuyó 15 puntos y la ideación paranoide se redujo 7 puntos tal y como se muestra en la Figura 10.

Por otra parte, en los modos usuales de afrontamiento se observó que la dimensión de defensividad disminuyó 28 puntos (de 81 a 53); asimismo, la dimensión de operatividad que disminuyó 13 puntos (de 54 a 41). En cambio las atribuciones externas aumentaron 10 puntos (de 69 a 79) y la optimización preparatoria aumentó 13 puntos (de 55 a 68). Las otras dimensiones no tuvieron modificaciones significativas tuvieron menos de 3 puntos de diferencia (ver Figura 11).



En el Inventario de Calidad de Vida y Salud se observó que CV en la Fase A presentó una relación negativa con la familia, el desempeño físico deteriorado y su percepción corporal fue negativa, con una limitación en su vida cotidiana. Comparando esos resultados con la Fase A' se observó que hubo un incremento en el desempeño físico, en considerar su tiempo libre y en que la relación con el terapeuta aumentó aunque la dependencia a él se mantuvo estable (ver Tabla 6).

Tabla 6

Puntajes de Calidad de Vida y Salud de CV en Fase A y A'

AREA	PUNTO DE CORTE	CV	
		A	A'
Preocupaciones	>7	3	0
Desempeño físico	>14	9	18
Aislamiento	>5	5	3
Per. Corporal	<4	6	6
Cognitivas	>1 Y <6	5	8
Actitud al tx	<6	0	0
Tiempo libre	<4	3	8
Vida cotidiana	<3	8	7
Familia	>17	15	10
Red social	>14	19	11
Dependencia	<13	6	6
Relación con medico	>6 Y <14	9	15

Tabla 6. Puntajes obtenidos del INCAVISA comparando Fase A y A' en CV, considerando el punto de corte.

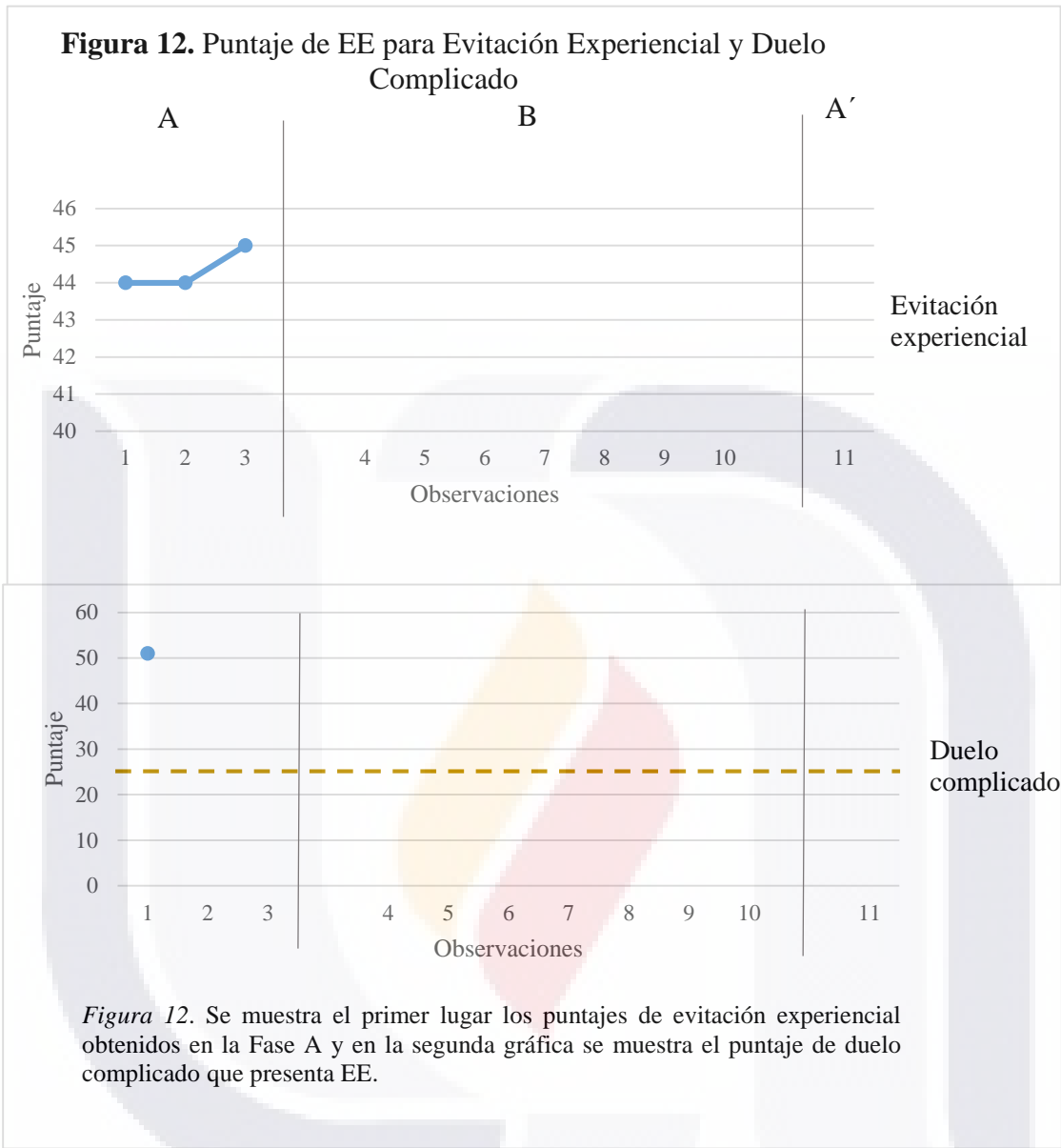
De acuerdo a todos los resultados obtenidos se observó que el duelo complicado en CV quedó en la línea divisoria entre Duelo complicado y no complicado, hubo reducción poco evidente en las conductas evitativas lo que indicó que no hubo mayor flexibilidad psicológica, se redujeron los síntomas psicopatológicos, analizando los modos usuales de afrontamiento el cambio que más llamó la atención fue la reducción de 28 puntos de la defensividad y respecto a la calidad de vida se observó que desempeño físico aumentó y así como tener más tiempo libre.

5.1.3 Paciente "EE"

Los resultados de EE se observó que los valores obtenidos de evitación experiencial fueron 44, 44 y 45 en la línea base retrospectiva. En cuanto al análisis de duelo complicado se observa que el puntaje obtenido fue de 51 lo que corresponde al doble del punto de corte establecido, lo que confirmó la presencia de duelo complicado (ver Figura 12).

En los síntomas Psicopatológicos se observó que en todos los síntomas presentó puntajes elevados (mayores a 90 puntos) y en los modos usuales de afrontamiento se observó un muy bajo nivel de atribuciones externas (28 puntos) y una implicación vital baja (39 puntos), presentó un nivel alto de defensividad (63 puntos) y un nivel muy alto de optimización auto-potenciadora (89 puntos) en la que reconoció sus cualidades y valoró sus éxitos, en todas las demás dimensiones los puntajes se encuentran dentro de la norma.

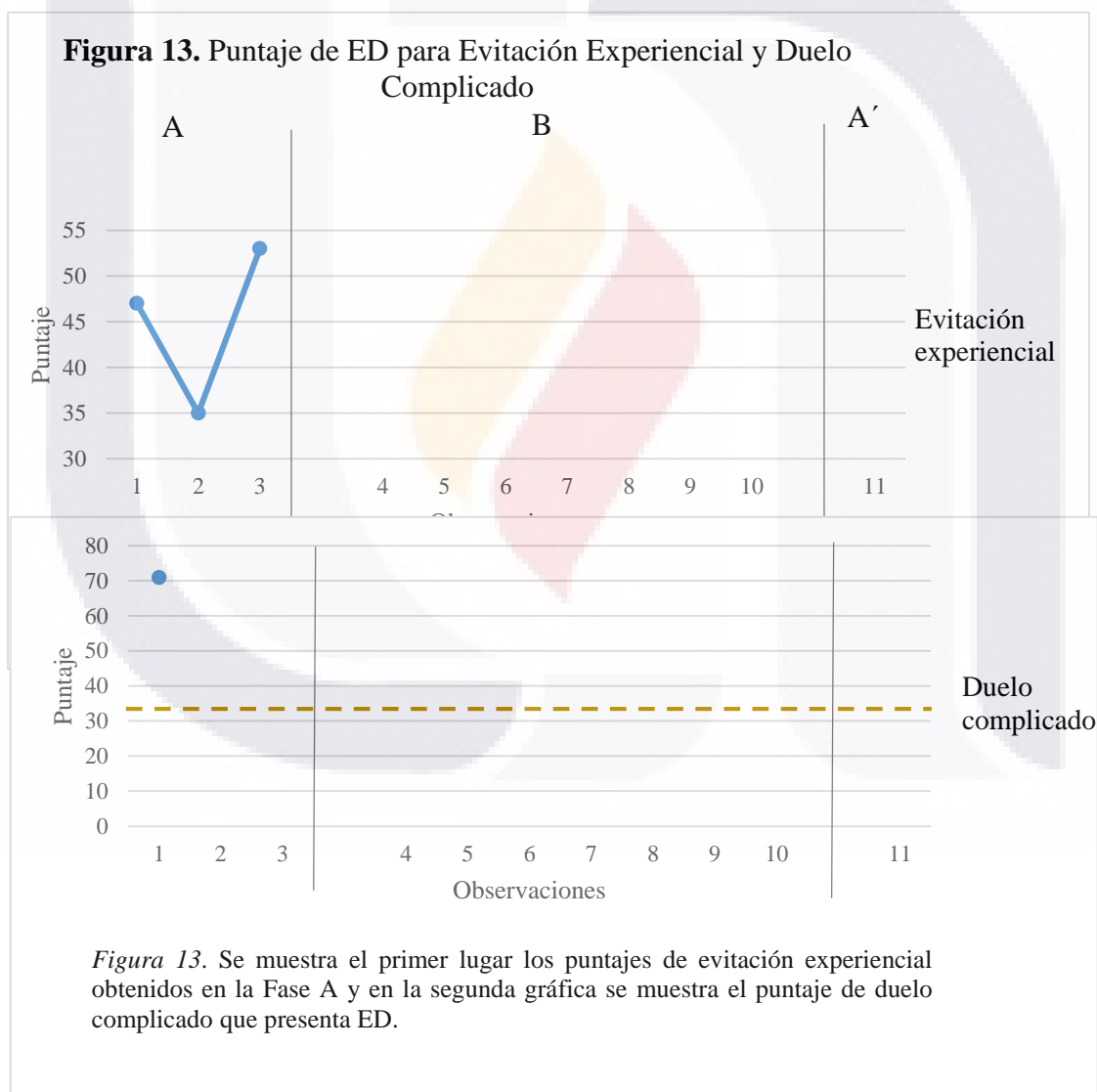
En el Inventario de Calidad de Vida y Salud se observó que presentó una relación negativa con la familia y una percepción corporal negativa. Asimismo sucede con las funciones cognitivas ya que se identificó una disminución en su capacidad de memoria y concentración, presentando una resistencia a entrar al tratamiento, donde no es capaz de disfrutar el tiempo libre y sus relaciones sociales se vieron disminuidas.



5.1.4 Caso “ED”

En los resultados de ED se observó que los valores obtenidos de evitación experiencial fueron 47, 35 y 53 en la línea base retrospectiva. En cuanto al análisis de duelo complicado se observa que el puntaje obtenido fue de 71 lo que corresponde casi el triple del punto de corte establecido, lo que confirmó la presencia de duelo complicado (ver Figura 13).

En los síntomas Psicopatológicos se observó que en todos los síntomas presentó puntajes elevados (mayores a 90 puntos) y en el Inventario de Calidad de Vida y Salud se observó que presenta una relación negativa con la familia, el desempeño físico está deteriorado y su percepción corporal es negativa. Asimismo sucede con las funciones cognitivas ya que se identificó una disminución en su capacidad de memoria y concentración, presentó una resistencia a entrar al tratamiento, mostró que sus actividades de la vida cotidiana están afectadas por su duelo, sin ser capaz de disfrutar el tiempo libre y sus relaciones sociales se vieron disminuidas.



5.2 Seguimiento de los procesos básicos del hexaflex en el transcurso de la intervención

A continuación se presentan los resultados de cada uno de los casos atendidos sesión a sesión atendiendo a los aspectos funcionales de la conducta que se observó. La presentación de casos clínicos completos puede observarse a detalle en el apartado de anexos (véase anexo A y B).

5.2.1 Procesos básicos del hexaflex al inicio de la intervención

5.2.1.1 Caso "LM"

Mujer de 23 años, estudiante quien perdió a su novio por suicidio una noche antes del cumpleaños de ella su cumpleaños (hace 18 meses). Ésta fue la segunda pérdida de pareja que experimentó. LM manifestó que acudió a tratamiento porque se dio cuenta no haber superado el duelo de su novio. De igual forma admitió que le ha sido difícil establecer nuevas relaciones satisfactorias. Este problema está relacionado desde su primera pérdida hace siete años, no obstante en esta segunda el malestar ha perdurado y se ha intensificado. Se observó que es capaz de percibir elementos externos en el presente, sin embargo cuando se trató de hacer que percibiera elementos internos actuó cambiando tanto su contexto, como el tema, jugó con las manos, desvió la mirada o modificó su postura de estar recta a encorvarse. Finalmente manifestó preocupaciones por pérdidas futuras que consideró serían en poco tiempo.

Se identificó que no sucedió que tomara la perspectiva de los demás, argumentando que ese punto de vista es propio, en su relato se identificó que es capaz de tomar perspectiva del "yo ahora-yo entonces" en relación al pasado, mantiene el concepto yo=fuerte. No aceptó con apertura las vivencias internas doloras, ni disfrutaba las experiencias positivas porque de inmediato llegan pensamientos de los sucesos negativos que pueden pasar como que alguien muera. No evaluó los pensamientos en función a la verdad por el contrario los juzgó de forma negativa y constantemente discutía con ella misma sobre lo que debe o no pensar o hacer. No se identificaron valores que guíen su vida, no logró distinguir entre valor y objetivo, sus metas estaban relacionadas con el problema de superar duelo.

Lo anterior puede observarse en la Figura 14 la cual presenta de una forma gráfica la presencia de los procesos del hexaflex considerando el la *Herramienta Hexaflex de Seguimiento de Casos* propuesto por Wilson y DuFrene (2009).

Figura 14. Valoraciones de flexibilidad psicológica de LM

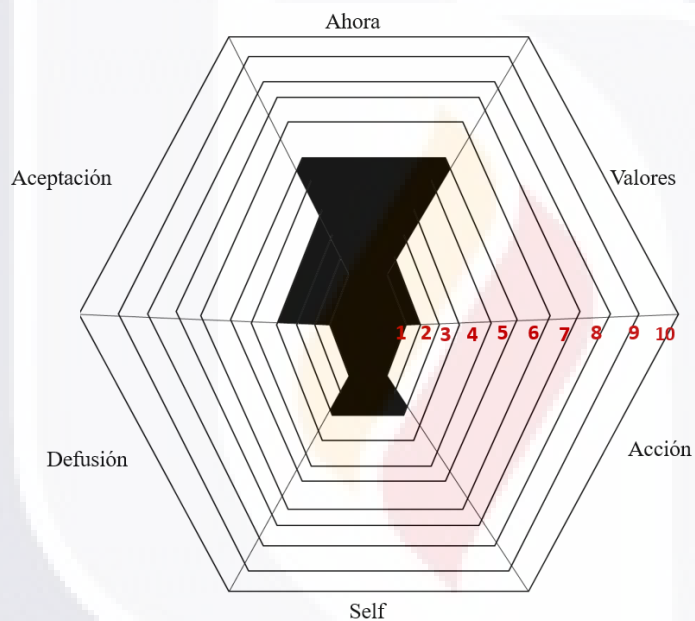


Figura 14. Presenta las valoraciones del 1 al 10 en cada uno de los procesos básicos del Hexaflex en el caso de LM. El último segmento que corresponde al 10 representa una fortaleza máxima y el centro del hexágono representa la debilidad máxima. Los segmentos marcados en negro representan el valor obtenido de acuerdo al proceso correspondiente.

5.2.1.2 Caso “CV”

Mujer de 20 años, vivía en unión libre y tiene un hijo pequeño. Perdió a su madre por suicidio hace un año, cuando ella estaba embarazada. CV comentó que a partir de la pérdida de su madre se ha visto afectada su vida, cambió de domicilio, se alejó de su familia materna y consideró que su estado de ánimo se volvió explosivo. Se observó que no es capaz de mantener la atención plena en el momento presente, ni en elementos internos y externos, se observó resistencia a hablar de sus experiencias privadas ante situaciones complicadas, no respondió cuando se le pregunta cómo se sentía o que pensaba cuando perdió a su mamá; mantuvo una postura cerrada a la conversación con la mirada hacia el suelo y una postura erguida.

No fue capaz de identificar las vivencias en el momento presente, no se observó una empatía hacia los demás, sus conceptos son “yo=problema” y “yo=debo estar bien”. Las emociones negativas guiaban su vida, no aceptaba las vivencias dolorosas con apertura ni disfrutaba de emociones positivas porque sus pensamientos la invadían. Evaluó cada una de sus acciones y las etiquetó de forma negativa, constantemente peleaba con ella misma por las reacciones impulsivas que tenía y las consecuencias de eso. Se observó una dificultad para el tema personal retornando a temas como la muerte de su mamá o problemas con su pareja. Sólo se identificó un valor que está relacionado al área familiar y fue ser buena madre, consideró que no va a poder cambiar ni mejorar, no se siente capaz por lo que se ha mantenido en la inmovilidad.

Figura 15. Valoraciones de flexibilidad psicológica de CV

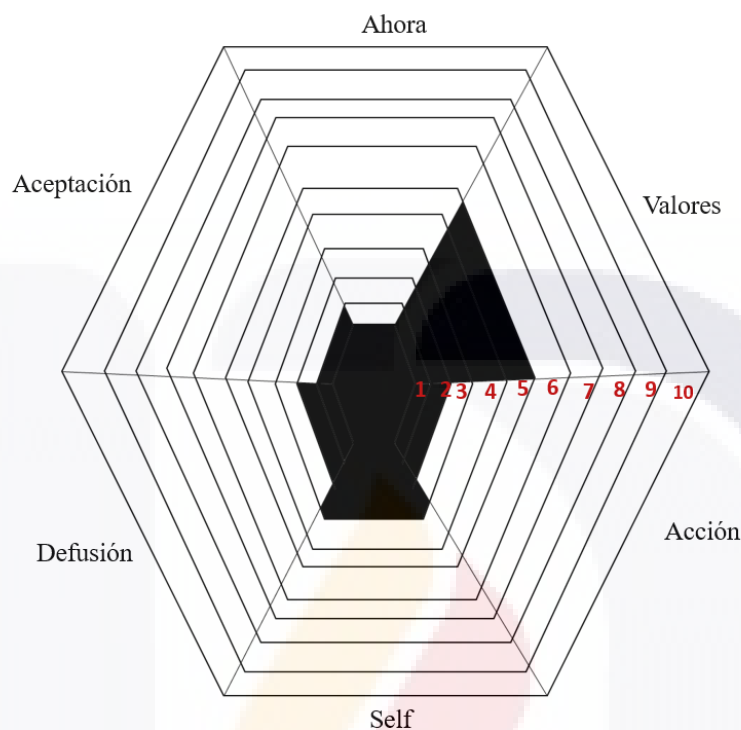


Figura 15. Presenta las valoraciones del 1 al 10 en cada uno de los procesos básicos del Hexaflex en el caso de CV. El último segmento que corresponde al 10 representa una fortaleza máxima y el centro del hexágono representa la debilidad máxima. Los segmentos marcados en negro representan el valor obtenido de acuerdo al proceso correspondiente.

5.2.1.3 Caso “EE”

Mujer de 52 años, casada con tres hijos de los cuales el mayor murió por suicidio hacía 8 meses al momento de asistir a la evaluación inicial. Ella comentó que a partir de esa pérdida su vida se ha afectado mucho para mal, ya que existió un sentimiento de culpa relacionado a ese evento. En la entrevista mostró preocupación por el pasado, haciendo recuento cada uno de los eventos que pasaron antes del suicidio de su hijo identificando “señales” de que no estaba bien y que pudo haber hecho algo. Percibía los elementos externos del momento presente y experiencias internas que pudo identificar fue el ritmo de su

respiración junto con algunos pensamientos. Se identificó el concepto de “yo-nunca voy a estar bien” y “yo-culpable”, no era capaz de observar y describir vivencias en el momento presente.

Se observó que sus emociones en especial las negativas son las que dirigían su vida, no disfrutaba de las emociones positivas ya que le llegaban pensamientos de su hijo, no presentó flexibilidad ante eventos difíciles, sin poder visualizar situaciones difíciles. Se observó que constantemente regresaba al tema de los eventos que llevaron a su hijo a quitarse la vida y al tema relacionado con su religión, siendo difícil pasar de esos temas a unos nuevos. No evaluó los pensamientos en función a la verdad sino más por el contenido literal. En cuanto a los valores se observó que los principales fueron la familia y su espiritualidad, dándole mayor peso a la espiritualidad; sólo se observó un compromiso con la espiritualidad, sin embargo está vinculado a una meta relacionada a reencontrarse con su hijo en algún momento (Ver Figura 16).

Figura 16. Valoraciones de flexibilidad psicológica de EE

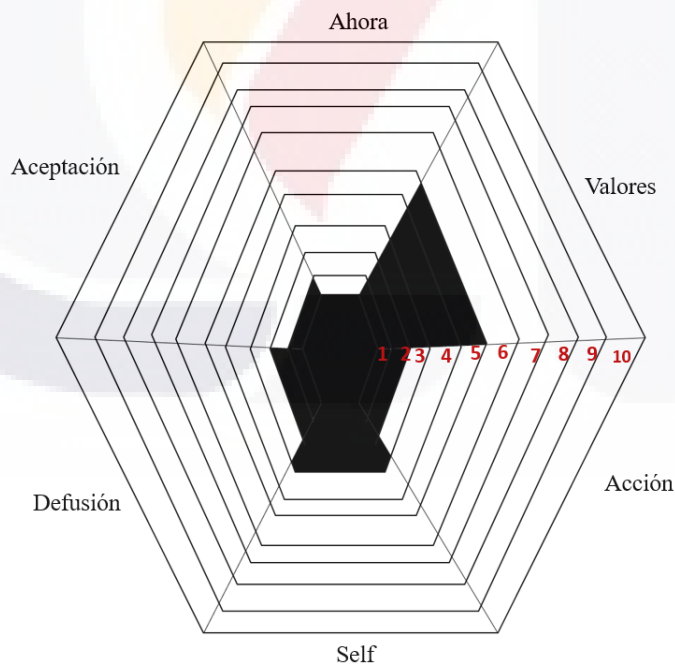


Figura 16. Presenta las valoraciones del 1 al 10 en cada uno de los procesos básicos del Hexaflex en el caso de EE. Los segmentos marcados en negro representan el valor obtenido de acuerdo al proceso correspondiente.

5.2.1.4 Caso “ED”

Mujer de 32 años, vivía en unión libre con una hija de 9 años que no estaba con ella. Perdió a su anterior pareja hace 10 meses por suicidio. Comentó que no ha podido superar su pérdida que no tiene motivos de seguir viviendo, existía un desinterés por continuar con la vida. En la entrevista se observó que estar en contacto con elementos internos del momento presente le generaba angustia y la bombardeaban pensamientos abrumadores, mostró un tono emocional ecuánime y una mirada atenta, expresó preocupaciones hacia el futuro relacionadas a la desesperanza y al futuro de su hija. Pudó adoptar una perspectiva “yo-ahora a un yo-entonces” en relación al pasado y al futuro.

Estaba vinculada al concepto “yo-dependiente”, “yo-siempre tengo problemas”. Su situación actual estaba regida por un tengo que salir adelante y superarlo, sin embargo considera poco probable el cambio. No era consciente de su evitación, recurría a tomar medicamento o alcohol para sentirse mejor. Evaluó sus pensamientos. En sus valores se encuentra la familia en especial el ser madre, sin embargo no se observa acciones relacionadas a cumplir con ello (ver Figura 17).

Figura 17. Valoraciones de flexibilidad psicológica de ED

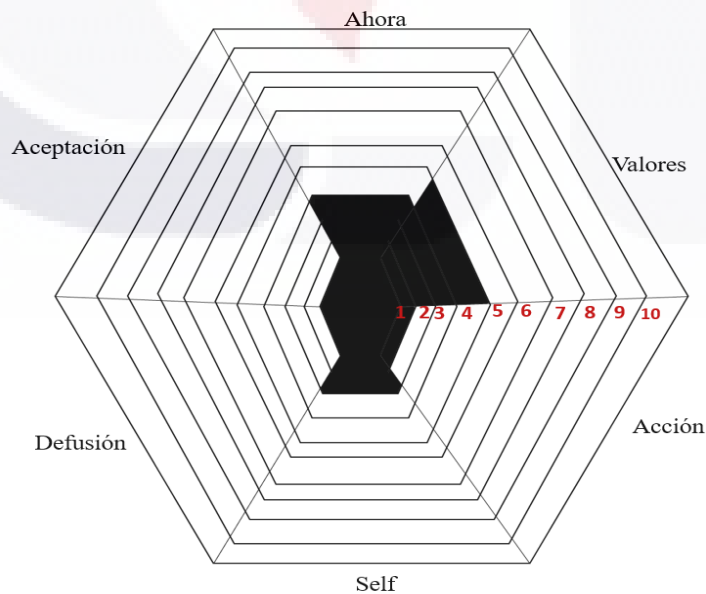


Figura 17. Presenta las valoraciones del 1 al 10 en cada uno de los procesos básicos del Hexaflex en el caso de ED. Los segmentos marcados en negro representan el valor obtenido de acuerdo al proceso correspondiente.

5.2.2 Seguimiento de los procesos básicos del hexaflex al finalizar la intervención

5.2.2.1 Caso "LM"

Al finalizar la intervención se observó que LM percibió y entró en contacto con más experiencias internas, con una menor resistencia a hablar de esos elementos y con una postura más abierta a la conversación, permite mayor cercanía física, establece contacto visual y el tono emocional cambia de acuerdo a la situación. Se identificó que existe una resistencia a abandonar la postura de yo-concepto, argumentando que la postura de verse como elemento del contexto le parece que es pasiva. Se observó que está más abierta a vivenciar procesos dolorosos, sin embargo la forma de expresarlo todavía se ve contenida, reconoció que la necesidad de estar bien siempre no es posible y que está bien sentirse mal en ocasiones.

Se observó una clarificación de valores que le dan un mayor sentido a la vida futura y al presente, sin embargo en el compromiso a realizar acciones enfocadas a los valores se identificó que existen barreras que impiden que las realice en el tiempo estimado, puede postergarlas o modificarlas, esas barreras tienen que ver con su personalidad y con los pensamientos de la respuesta que pueda tener por realizarla y si esta es desagradable evita realizarla.

Al realizar la comparación entre el antes y el después de los procesos básicos del hexaflex se observó que mejoró la aceptación en el sentido de que LM tiene una mejor atención flexible, siendo capaz de percibir y utilizar los acontecimientos experimentados en el momento presente, se consideró que está más abierta a vivenciar experiencias privadas dolorosas y de disfrutar emociones positivas sin la preocupación por la aparición de las emociones negativas y que hubo una clarificación de valores que le permitieron dar sentido y calidad a su vida futura. Sin embargo se observó que en la defusión y el self no hubo una diferencia notoria, esto indicó que sigue habiendo una vinculación con el yo-concepto, siendo complejo evaluar los pensamientos desde la observación y no desde su contenido literal, reconociendo que el pensamiento es poco flexible (ver Figura 18).

Figura 18. Valoraciones de flexibilidad psicológica antes y al finalizar la intervención de LM

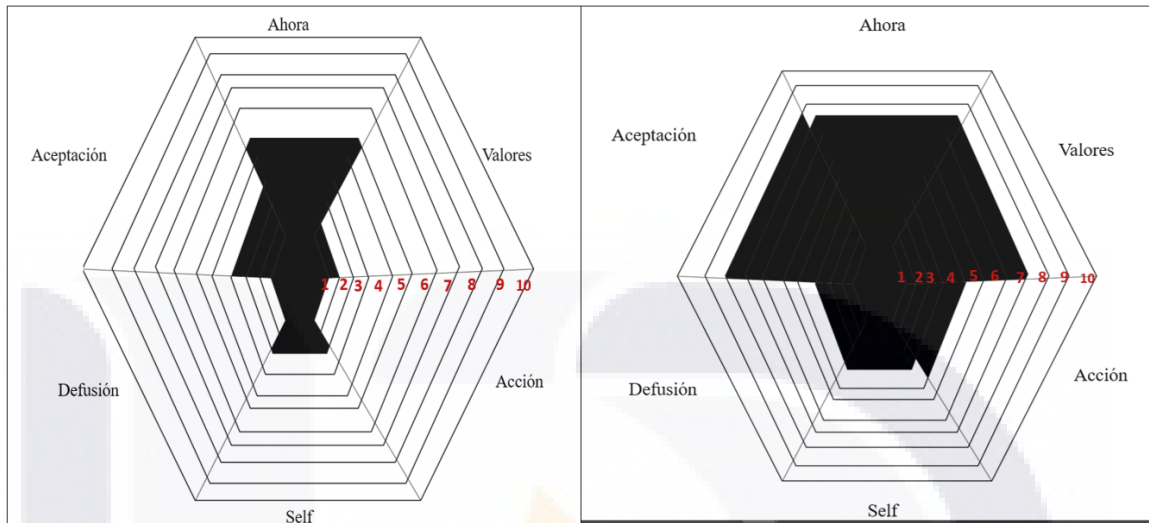


Figura 18. Presenta las valoraciones del 1 al 10 en cada uno de los procesos básicos del Hexaflex en el caso de LM antes de iniciar el tratamiento y después de la intervención.

5.2.2.1 Caso “CV”

CV mostró al término de la intervención mayor habilidad para entrar en contacto con sus experiencias privadas en el momento presente, eso permitió una conversación más fluida. Se observó mayor disposición para observar y describir vivencias en el momento presente, entró en contacto con un sentido del yo trascendental para ella, mostrando empatía hacia los demás. Se identificó que comenzó a disfrutar de emociones positivas sin que el temor por las emociones negativas apareciera.

Se reconoció que está más abierta y atenta a sus pensamientos y a evaluarlos de acuerdo a lo que observa. Sin embargo existía aún la fusión entre sentirme mal-buscar solución para dejar de sentirlo, llegando a considerar quitarse la vida como solución. A partir de ello se observó que la clarificación de valores le dio un sentido de vida identificándolos a partir de una vida que quería ser vivida y no como un escape o solución a sus problemas. El compromiso con los valores se reconoció muy elevado ya que fue capaz de proponer acciones y realizarlas en el tiempo acordado aun cuando las barreras estuvieran presentes y los resultados no fueran los esperados.

Comparando los procesos básicos del hexaflex antes y después de la intervención se observó que hubo una mayor conciencia del momento presente y de los eventos privados que se encontraban presentes con una mayor apertura al diálogo, también una mejor aceptación, ya que permitió que sus emociones dieran una guía su vida, consideró que si es posible un cambio y se permite vivir las experiencias dolorosas y a disfrutas las emociones positivas, sin que una interfiera con la otra. La clarificación de valores y el compromiso con ellos es un cambio que se observó significativamente ya que la elección de los valores dio un sentido de vida desligado de los problemas, aspecto que se notó con el compromiso de CV quien a pesar de los pensamientos y resultados como barreras no fueron motivos para cambiar la dirección de su vida. A pesar de ello se observó también que la defusión y el self son elementos que no mejoraron, la vinculación con el yo-concepto y el concepto “tengo que ser feliz y estar bien” son elementos que generaron una evaluación de los pensamientos desde ese prejuicio (ver Figura 19).

Figura 19. Valoraciones de flexibilidad psicológica antes y al finalizar la intervención de CV

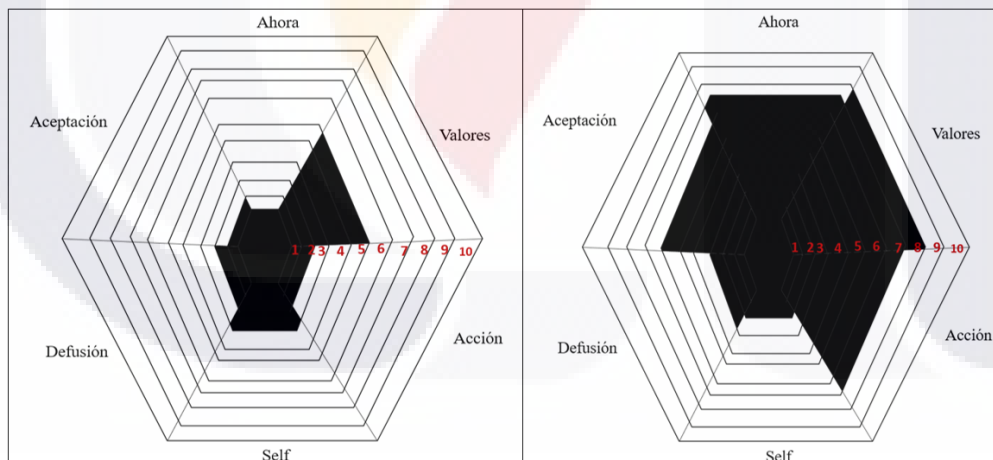


Figura 19. Presenta las valoraciones del 1 al 10 en cada uno de los procesos básicos del Hexaflex en el caso de CV antes de iniciar el tratamiento y después de la intervención.

5.2.3 Descripción de las sesiones de intervención

Respecto a las sesiones de intervención se observó que las primeras sesiones promueven la reflexión de que las estrategias implementadas no son lo ideal ya que provoca

mayor sufrimiento, comprometiéndose al cambio, esto lo expresaban de forma verbal. La sesión de defusión permitió entrar en contacto con sus emociones y reconocer cómo es que se sienten, permitiéndose vivenciar cada emoción presente, se observó en las pacientes expresión de sorpresa y relataban experiencias. Realizar diferencia entre la mente y el yo-como-observador les facilitó comprender cómo pensamientos impiden disfrutar del presente, a través de la metáfora y las referencias que realizaron (ver Tabla 7 y 8).



Tabla 7.

Reporte de cada una de las sesiones en ambos caso

Sesión	Objetivo	Caso 1 LM	Caso 2 CV
1	Mostrar al cliente que los intentos de control de los eventos privados (ej. pensamientos, sentimientos, sensaciones y emociones) no le han llevado más que aumentar de manera importante su sufrimiento. Se trata de hacerle comprender que los intentos de control del sufrimiento no son la solución, sino que potencian el problema.	<p>Reflexionó sobre las estrategias implementadas para hacer frente a las consecuencias de su pérdida y lo que más está consiente es de la inseguridad que le ha impedido continuar con su vida y hacer nuevas cosas.</p> <p>Considera que está en un hoyo porque cada vez se siente peor, a pesar del paso del tiempo.</p> <p>Se encuentra consternada porque las estrategias que había implementado no son las mejores.</p>	<p>Reportó dificultad para realizar el ejercicio de mindfulness.</p> <p>El impacto de la muerte de su madre fue en las áreas de pareja y personal en especial en su carácter.</p> <p>Se reflexionó sobre las estrategias implementadas no funcionan y tienen mayores costos, que causan un mayor sufrimiento.</p> <p>Comentó está en un hoyo, porque lo que ha estado tratando de hacer no le funcionó y se siente en un hoyo más grande y profundo.</p> <p>Expresó que tiene mucho en que trabajar y no se siente capaz de hacerlo, que probablemente no lo va a lograr.</p>
2	Mostar como alternativa a la manera que ha lidiado con sus eventos privados radica en la disposición y aceptación.	<p>Identificó que existen barreras que le han impedido enfrentar su pérdida en las áreas de pareja, amigos, trabajo y familia.</p> <p>Cuando se reflexionó sobre las barreras que le han impedido continuar con su vida, se quedó callada y después explica que no había reflexionado sobre esa situación.</p>	<p>Identificó tres áreas en las cuales se han visto afectadas por su pérdida: pareja, maternidad y personal.</p> <p>Considera que si tiene habilidades para enfrentar esas dificultades, sin embargo no lo hace.</p>

		Logra identificar tres metas para su vida futura relacionados todos en el área laboral.	Reflexionando sobre sus deseos logró darse cuenta que esto es un sentido de vida futura sobre la cual si puede trabajar.
3	Ayudar al cliente a disminuir la conexión literal que tiene con los contenidos de su mente, buscando principalmente alterar la función del pensamiento, más que su forma.	<p>Identificó la dificultad de no pensar en una palabra indicada, porque de inmediato la relaciona con alguna experiencia.</p> <p>Concluye que hay veces que tienes que dejar de escuchar esa voz en tu cabeza porque no te va a dejar disfrutar, sin embargo no expresó un momento en el que ella lo haya puesto en práctica.</p>	<p>Al hablar del ejercicio de mindfulness comienza a llorar.</p> <p>Comprende la parte de que muchos pensamientos son difíciles de evitarlos y el esfuerzo que implica luchar con sus pensamientos.</p> <p>Comenta casi un 50% le hace caso al experto, entendiendo la diferencia entre el observador y la mente.</p>
4	Ayudar a los clientes a plantearse valores en función de lo que desean y no en función de lo que quieren evitar.	<p>Tuvo que realizarse en dos días sesiones.</p> <p>Identificó los valores más relevantes en su vida, relacionados con pareja, familia, trabajo, relaciones sociales, educación, ocio, espiritualidad.</p> <p>Expresó su miedo a perder a otras personas importantes y empezó a quebrarse su voz y rozarse sus ojos pero evitó llorar.</p> <p>Llegó a la conclusión de que cuando trata de controlar las situaciones para no sufrir se cae en la paradoja de sufrir más y por adelantado a eventos que no suceden</p>	<p>El ejercicio de mindfulness la hizo recordar un sueño que tuvo con su mamá, en el que decidía preguntarle a ella todas las dudas que tenía, refirió que es como si su mamá en sus sueños solo viviera y empieza a llorar.</p> <p>Identificó como valores importantes pareja, familia, relaciones sociales, educación, trabajo, espiritualidad, salud y maternidad.</p>

5	Ayudar a los clientes a plantearse valores en función de lo que desean y no en función de lo que quieren evitar.	El valor más importante es la educación, seguido de las relaciones de pareja, trabajo, ocio y reconocimiento de su trabajo.	Los valores más importantes para ella fueron el trabajo y maternidad, seguido de pareja, relaciones sociales y espiritualidad.
		El vivir conforme a esos valores significa satisfacción si no correspondería al fracaso, lo que la hizo comprometerse.	Reflexionó que el estar pensando constantemente no la permite disfrutar del momento, es algo que le sucede muy seguido.
		Comenta que existen pensamientos que ella los llega a fatalizar que provocan que no logre vivir su presente, pero que ahora trata de no estar luchando	Se le preguntó con quien tiene el compromiso de vida responde que tiene que encontrarle sentido a lo que quiere, y le cuesta trabajo no hacerle caso a las opiniones de los demás.
6	Ayudar a poner en contexto las experiencias de duelo que experimenta la persona distanciados de lo que dice su mente y actuando en relación a sus valores.	Identificó los roles que se desempeñan, sin embargo se observó dificultad al comprender el rol como contexto, ya que para ella significaría tener un rol pasivo.	Se observó la dificultad de la paciente por entender el yo-como-contexto pues se identifica como una persona que puede adquirir todos los roles.
		Al cuestionarle si ella pudiera adquirir el rol de tablero comentó que es muy difícil lograrlo, pero que podría intentarlo.	Comentó que adquirir el rol de tablero es difícil, ya que es más sencillo dejarse llevar por las experiencias vividas.
		En la activación conductual sintió que había fracasado en ese momento, pero pensó en seguirlo intentando.	Al finalizar la sesión se observó que CV tiene una actitud diferente tuvo una discusión fuerte con su pareja que la llevó a planear quitarse la vida.
7	Fomentar en el cierre del tratamiento un ambiente que fortalezca la capacidad de despedirse de personas significativas	Abordando la pérdida de su pareja comentó que ahora ya lo siente más real, que ya sabe que él ya no está y que cree que no va a llegar a sentirse tan mal como en un principio.	Consideró que es muy poco probable que llegue a tener el sentimiento que tenía al principio, solo sería si le llegara a faltar otro ser querido.

Tabla 8

Descripción de las sesiones a las que asistieron los casos que no finalizaron el tratamiento

Sesión	Objetivo	Caso EE	Caso ED
1	Mostrar al cliente que los intentos de control de los eventos privados (ej. pensamientos, sensaciones y emociones) no le han llevado más que aumentar de manera importante su sufrimiento. Se trata de hacerle comprender que los intentos de control del sufrimiento no son la solución, sino que potencian el problema.	<p>En el ejercicio de mindfulness refiere que se relajó e identificó sentir una gran angustia <i>“lo extraño mucho... lo quiero ver y me pesa mucho no poderlo ver, siento que no hice suficiente por el... eso no me lo perdono”</i>.</p> <p>El impacto que le dejó perder a su hijo está dirigido a autorreproches, culpa, sentimientos de soledad.</p> <p>En la metáfora del hombre en el hoyo no se identifica con ella <i>“¿yo cabo?... osea que se refiere a que no estoy haciendo nada por salir del hoyo... yo siento que eso es normal”</i></p>	<p>El ejercicio mindfulness refiere <i>“me sentí rara, se me vino mucho a la mente mi pareja y no podía poner atención a lo que me decías, me sentí intranquila”</i>.</p> <p>En cuanto al impacto que le dejó perder a su pareja fue en área laboral, personal, salud, sin ganas de seguir adelante <i>“ya no quiero vivir... aunque también me llega el pensamiento de como que no”</i>. Utiliza estrategias evitativas para enfrentar la situación.</p> <p>Con la metáfora reflexionó <i>“en lugar de quedarme donde estoy, me sigo como hundiendo y hundiendo más...pues si siento que me sacó de onda porque los problemas los estoy generando yo misma”</i>.</p>
2	Mostar como alternativa a la manera que ha lidiado con sus eventos privados radica en la disposición y aceptación.	<p>El ejercicio de mindfulness le provocó malestar <i>“me sentí muy triste, no me explicó por qué se fue... me cuesta trabajo aceptarlo”</i>.</p> <p>Las barreras que le impiden continuar con su vida están relacionadas a la actitud de su familia en la que tiene una habilidad media para hacerle frente.</p>	<p>Antes de iniciar la sesión confesó que había pensado en no regresar porque salió sintiéndose muy mal <i>“salí y me puse a llorar, porque entonces yo tengo la culpa de cómo me siento”</i>.</p> <p>El ejercicio de mindfulness le generó malestar <i>“he sentido mucho miedo, me imaginé en un precipicio... me siento mejor y tengo miedo volver a sentirme como antes”</i>.</p>

La meta para su vida futura está relacionada con su religión pues *“es la esperanza para reencontrarse con su hijo”*.

Las barreras que le impiden continuar con su vida es su estado de ánimo, miedo al fracaso y a sufrir como antes.

La meta en su vida es ser un ejemplo para su hija, tener un trabajo y superarse, cuidarse y tener mucha salud.

3

Ayudar al cliente a disminuir la conexión literal que tiene con los contenidos de su mente, buscando principalmente alterar la función del pensamiento, más que su forma.

Durante el ejercicio de mindfulness *“no se debió de haber ido porque no valía la pena morir...siento mucho el vacío, su ausencia, me cuesta mucho porque ya no puedo ver a mi hijo no lo puedo abrazar”*.

Platica experiencias dolorosas relacionadas a su hijo y después habla sobre los buenos recuerdos que tiene de él.

Identifica que al momento de decir la palabra de inmediato se reflejó la imagen que la representa, refiriendo que es imposible no pensar en la palabra indicada.

Concluyó que hacer caso únicamente al experto puede generar malestar.

Capítulo 6

Discusión

El objetivo de este trabajo que fue evaluar la efectividad del tratamiento, los resultados permitieron analizar los efectos de dicho protocolo. Los resultados observados en las participantes sugieren que el tratamiento es efectivo en la reducción del duelo complicado. Los casos estudiados mostraron una mayor aceptación y adaptación a su pérdida, una reducción significativa del sufrimiento causado por la muerte ocasionada por suicidio, así como una reducción en la sintomatología depresiva y ansiosa, mejorando aspectos de su calidad de vida como el desempeño físico y las capacidades cognitivas.

En palabras de Hayes, Stroschal y Wilson, (2015) dicha reducción significa una reducción del dolor sucio, y se mantiene el dolor limpio ya que es un malestar natural que se experimenta ante un problema real a diferencia del sucio que es un malestar innecesario cuando se intenta luchar o controlar la experiencia privada negativa. Puede decirse que ahora las pacientes experimentan el dolor real de su pérdida sin agregar mayor malestar a su vida.

Los resultados obtenidos sugieren que el tratamiento logró reducir las conductas de evitación; sin embargo hay dos aspectos a resaltar, el primero es referido al hecho que la conducta evitativa fue menor en la fase A' que en la A aunque los puntajes observados no fueron muy diferentes, es decir que la conducta evitativa siguió presente al finalizar el tratamiento. El segundo hecho es que las dos participantes que presentaron una evitación significativamente alta abandonaron el tratamiento. ¿Cómo puede ser explicado esto a la luz de la Teoría de los Marcos Relacionales y de la Terapia de Aceptación y Compromiso?

Hayes et al. (1996) y Luciano, Gutiérrez y Rodríguez (2005), señalan que el sufrimiento se intenta redimir por medio de conductas evitativas. En este sentido, el duelo complicado por suicidio puede considerarse sobre la base de un trastorno de evitación experiencial (TEE), ya que la muerte de un ser querido causada por suicidio no puede ser cambiada, más aún, añade nuevos elementos contextuales al significado de muerte y de pérdida de un ser querido la cual se asocia a nuevas derivadas funcionales y estímulos de relación (Hayes, Barnes-Holmess y Roche, 2001) que asocian la estigmatización, la culpa, la

vergüenza y el sufrimiento. Bajo estas circunstancias los intentos de las personas dolientes se encaminan a la alteración de tal sufrimiento, mediante mecanismos de evitación y control, limitando su calidad de vida a largo plazo.

Parecería pues contradictorio el hecho de que el tratamiento fue efectivo en la resolución del duelo complicado por suicidio y no lo fue en la extinción de la conducta evitativa, ¿Es esto posible?, si es posible ya que las estrategias de evitación son resistentes a la extinción, por tanto éstas responden a estados internos los cuales reaparecen rápidamente como la ansiedad, el miedo o la ira; cómo estas estrategias responden a mecanismos internos es probable que se apliquen en otros contextos donde probablemente no tenga una función clara (Hayes, Strosahl y Wilson, 2015). Si bien los casos ya no sufren por la ausencia de su ser querido cuya muerte fue causada por suicidio, existen múltiples situaciones que les genera malestar (desempleo, problemas de pareja, problemas de salud, consumo de sustancias, por mencionar algunos) y que ante el fallecimiento en tales circunstancias han quedado asociadas al sufrimiento que es necesario evitar (Hayes, Barnes-Holmes y Roche, 2001). Por otro lado, es importante destacar la forma en que se evaluó a la evitación, un instrumento psicométrico que considera solo los elementos topográficos de la conducta y no así las dimensiones funcionales comunes que emergen de los principios psicológicos analizando el modelo de flexibilidad psicológica tal como lo sugiere Luciano y Cabello (2001).

Considerando a los modos consistentes de actuar se observó que aumentaron en las atribuciones externas, lo cual podría suponer que los pacientes son capaces de observar más elementos de su contexto que le permiten no atribuir todos los eventos como con una responsabilidad propia, como sucede con la culpa y responsabilidad del suicidio (Barreto y Soler, 2007; Worden, 2004); esto ayuda a disminuir los niveles de ansiedad como se vio reflejado en los síntomas psicopatológicos. Estos resultados nos remiten a un elemento del hexaflex que es “yo-como contexto” donde logra adquirir una perspectiva que aumenta la capacidad de observar y describir las vivencias en el momento actual (Hayes, Strosahl y Wilson, 2015).

De acuerdo con la Teoría de los Marcos Relacionales se identifican en los casos estudiados relaciones de equivalencia, donde las primeras relaciones están generadas sobre la muerte de un ser querido en el que las relaciones son duelo, dolor o sufrimiento, otra

relación es la de concepto de suicidio con redes semánticas de estigma, vergüenza y responsabilidad asumida. La relación de equivalencia surge cuando alguien pierde a un ser querido por suicidio, lo que genera una relación nueva que incluye los aspectos ya mencionados. Considerando la idea de que los estímulos involucrados en las primeras relaciones eran diversos, esta nueva relación de equivalencia incrementa los estímulos para activar esta red de relaciones verbales, lo que provoca que cualquier estímulo relacionado a su ser querido lo remite al proceso de duelo que al mismo tiempo le remite el estigma del suicidio cargado de sentimientos negativos. Al activarse de forma más inmediata este proceso es cuando la persona intenta generar estrategias para disminuir o limitar estos estímulos que le generan malestar (Ruiz y Luciano, 2012).

En cuanto a la Calidad de Vida se observó que los puntajes se modificaron en el sentido de regresar a la paciente a su vida cotidiana, ajena a las consecuencias de la pérdida, esto puede deberse a la clarificación de valores y la acción comprometida hacia ellos, ya que son elegidos libremente por ellos para darle sentido y calidad a su vida (Hayes y Strosahl, 2004), aspecto que se reafirma con el seguimiento de los procesos de la flexibilidad psicológica, donde a pesar de no tener una alta conciencia del momento presente o de aceptación o de defusión, los valores y la acción comprometida hacia ellos se ve que tiene mayor fuerza al final del tratamiento.

Lo argumentado anteriormente permite reconocer que el protocolo tuvo un efecto positivo en la resolución del duelo y en la adquisición de los procesos que corresponden al hexaflex, desde la aceptación de la situación hasta una perspectiva contextual de los eventos. Pero ¿qué sucedió con los casos que no terminaron el tratamiento?, ¿qué motivos impidieron que continuaran?, si bien se observó que presentaban un puntaje más elevado de duelo complicado, así como altos niveles de evitación experiencial, existen otros elementos que pueden ayudar a dar una posible explicación.

Un elemento puede ser la evaluación, pues durante ésta no se realizó un análisis de cada uno de los procesos básicos que componen el hexaflex ni se formuló una hipótesis clínicamente relevante, ya que como Hayes, Strosahl y Wilson (2015) argumentan, esta formulación de hipótesis sirve de guía respecto a los distintos elementos de intervención al servicio del cliente considerando su contexto, debido a que es importante considerar las

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

principales barreras al tratamiento que son la evitación y la fusión cognitiva. En esta cuestión no se identificaron los procesos en los que tenían deficiencias los casos, remitiéndonos a los resultados en la valoración de flexibilidad psicológica de EE y ED se observó que estos procesos estaban notoriamente limitados

Un segundo elemento es que los casos presentaban desregulación emocional y alto nivel de sufrimiento, por lo que no contaban con habilidades para enfrentar esa situación además que ignoraban cómo se iba a llevar a cabo el proceso, así que cuando inician el proceso de intervención en el que se les obliga a entrar en contacto con su sentir genera mayor sufrimiento del que ya presentan creando una mayor evitación, tal como lo mencionan Hayes, Strosahl y Wilson (2015) indicando que una situación de control intencionado contradice el resultado deseado. Esta desinformación del proceso es algo que la terapia de tercera generación DBT considera que se debe de abordar por ello propone sesiones de orientación y compromiso al tratamiento donde se le informa a la persona sobre cómo se llevará a cabo esta intervención y cuáles serán las posibles reacciones o eventos privados que puedan experimentar (Linehan, 2003).

Otro elemento es el desconocimiento de las metas y expectativas que tienen los casos del tratamiento a ingresar, pues los pacientes que recurren a apoyo psicológico tienen una demanda específica que es reducir el malestar que presentan, esperando que el especialista le otorgue una herramienta para lidiar con ese sufrimiento. Ante esto y de acuerdo a protocolos de atención en crisis, es importante el establecimiento de medidas de higiene psicológica para que la paciente se vaya con algún recurso al cual acudir en situaciones ajenas al contexto clínico (Echeberúa y de Corral, 2007).

La relación terapéutica es otro elemento a considerar como posible explicación en la deserción del tratamiento ya que en esta terapia la relación terapéutica está estrechamente relacionada con los procesos esenciales a los que apunta, donde la flexibilidad no sólo es el objetivo de la intervención sino también el contexto para poder tener una terapia eficaz, esto implica que el terapeuta debe de ser un modelo de conducta flexible (Hayes, Strosahl y Wilson, 2015). Se observó una diferencia en las interacciones entre los casos que si terminaron el tratamiento de las que no lo terminaron, éstas primeras mostraban apertura a la directividad realizando los ejercicios propuestos por la terapeuta lo que permitía un ambiente

flexible, empático, abierto; en cambio con los otros casos se identificó que las pacientes eran quienes dirigían la sesiones y seleccionaban los temas para hablar, teniendo como resultado que la sesión pierda dirección y flujo, donde la interacción terapéutica se ve limitada, ausente del momento presente. Retomando lo dicho por Hayes, Strosahl y Wilson (2015) los casos que no finalizaron el tratamiento es porque el contexto terapéutico no era flexible dando como consecuencia el incumplimiento del objetivo.

Hasta ahora se ha retomado el efecto que tuvo la intervención en la resolución del duelo y posibles explicaciones sin considerar la estructura del protocolo empleado, aspecto importante ya que es la variable independiente. En el protocolo “Psicoterapia Conductual Contextual para el Tratamiento de Personas con Duelo Complicado por Suicidio: Tratamiento basado en la ACT” las sesiones están organizadas de acuerdo a los estilos de respuesta que proponen Hayes, Strosahl y Wilson (1999), iniciando con el estilo de respuesta abierto que incluye los procesos de aceptación y defusión, siguiendo con el estilo de respuesta comprometida con los procesos de valores y acción comprometida y al final el estilo centrado en la respuesta que incluye el proceso de momento presente y el de yo-como contexto.

Analizando las sesiones de todos los casos se observó que la primera sesión estaba dirigida a generar una desesperanza creativa, en los casos que finalizaron el tratamiento se logró un insight que propició una aceptación de su realidad y un compromiso de cambiar la situación en la que se encuentran, a diferencia de los casos que no finalizaron pues en ellos se observó una resistencia a aceptar la realidad o una responsabilidad asumida, situación que generó un mayor malestar y nivel de desesperanza, en ellas los ejercicios de mindfulness permitieron entrar contacto con sus emociones lo cual les propició mayor malestar, fue evidente de la segunda sesión. La sesión tres tenía como propósito fomentar defusión cognitiva, la metáfora del experto en arte permitió que todos los casos concluyeran que se comúnmente se dejan llevar en gran parte por lo dicho por sus pensamientos y que esto les genera malestar, sin embargo se percibió en un caso que no finalizó el tratamiento que el ejercicio de mindfulness dirigido a observar la experiencia frente al fallecido generó un angustia y rumiación sobre el malestar y la culpa. En la sesión 4 dirigida a clarificar valores los casos LM y CV tuvieron un mayor contacto con sus emociones sin emitir conductas evitativas, pues se expresaron y reaccionaron de acuerdo a su sentir y en la siguiente sesión

se identificó un compromiso con su nueva vida trabajando sobre las limitantes que se presentaron para que no fueran una barrera. La sesión 6 pretendió otorgar una visión del yo-como contexto por medio de la metáfora del ajedrez, sin embargo se observó que ésta no fue comprendida por los casos, lo que complicó que se cumpliera el objetivo. La sesión final ambos casos reconocieron que se sienten mejor y que no creían posible que existiera una recaída tal les generara un sentimientos tan intenso como en un principio.

Comparando lo anterior con la intervención realizada por Luciano y Cabello (2001), se observó que estos autores dedicaron alrededor de siete sesiones para conocer el motivo de consulta, saber qué es lo que espera de la intervención, así como informar acerca de cómo sería el proceso. Después se promovió una desesperanza creativa, se clarificaron los valores y generaron una acción comprometida con éstos, fomentando el compromiso con sus valores y con el tratamiento. Al lograr esto se trabajó sobre la aceptación, defusión y el yo-como contexto.

Si analizamos lo ya mencionado identificamos diferencias en la organización de las intervenciones una está dirigida hacia los estilos de respuesta y otra en los procesos esenciales del hexaflex, entonces ¿Cuál de éstas organizaciones es conveniente para la obtención de resultados efectivos?

Una intervención para TOC por Twohig, Hayes y Masuda (2006) en un estudio controlado, la intervención tuvo el siguiente orden de los procesos esenciales del hexaflex: aceptación, defusión cognitiva, yo-como contexto, contacto con el momento presente y acción comprometida. Los resultados mostraron una reducción importante de las conductas compulsivas y los rituales durante el tratamiento, así como una reducción en los niveles de ansiedad. En un protocolo de intervención de 12 sesiones para la atención de la Depresión en un primer momento se identifican los objetivos del pacientes, en cuanto a los elementos del hexaflex fueron se implementó primeramente conciencia plena (proceso que se reforzó en cada sesión), después se trabaja la aceptación, enseguida la defusión, para continuar con el yo-como contexto y los últimos procesos a trabajar es la clarificación de valores y acción comprometida hacia ellos, dicho protocolo ha mostrado ser eficaz (Zettle, 2007). En el espectro ansioso se propuso una intervención donde se trabajó teniendo como marco los valores y la acción comprometida hacia ellos, trabajando especialmente en la defusión

cognitiva, conciencia plena y aceptación de la situación, dejando al final yo-como contexto (Páez y Gutiérrez, 2012).

Las intervenciones revisadas presentan una variedad en la organización de cómo se implementan los procesos que componen el hexaflex, tratando de dar una respuesta a la pregunta que originó esta revisión, se puede decir que no hay un orden conveniente para que la intervención tenga resultados efectivos, pero si consideran cuáles son las expectativas, metas y objetivos que tiene el paciente del tratamiento para determinar si éste es compatible con los objetivos que maneja la terapia, así como informar de cómo será el proceso de intervención, desde las barreras al tratamiento o a la ejecución de tareas hasta el malestar que puede llegar a generar el entrar en contacto con sus emociones. Esto último permite hacer una propuesta de mejora al protocolo implementado, ya que crear una etapa de pre-tratamiento donde se oriente e informe al paciente cómo funciona el tratamiento, cómo puede llegar a sentirse y las barreras que pueden generarse, para conocer lo que espera el paciente del tratamiento y con ello generar un compromiso.

Otra sugerencia de mejora al protocolo está relacionada al riesgo de suicidio, ya que los casos presentaron desregulación emocional donde la ideación suicida estuvo presente en todos, llegando un caso hasta la planeación, aspecto que confirma lo ya indicado por Latham y Prigerson (2004) quienes indicaron que las personas que experimentan un duelo por suicidio corren el riesgo de presentar conductas suicidas. Por ello se recomienda realizar una evaluación para determinar el nivel de riesgo y en caso de ser alto, canalizar a un tratamiento para reducir el riesgo de quitarse la vida y después tratar su proceso de duelo, esto se propone desde la Terapia Dialéctica Conductual donde la intervención individual consta de varias fases, la primera pretende reducir conductas suicidas, la segunda trata sobre el duelo inhibido y la etapa tres dar un sentido y calidad de vida de acuerdo a sus metas (Linehan, 2003).

Respecto a la forma de evaluar el nivel de evitación y otras dimensiones (optimismo, negatividad y atribuciones) que propone el protocolo invierte mucho tiempo, lo que lo hace inviable para ser un registro semanal y determinar el nivel de mejoramiento. Por lo que se recomienda en especial para la evitación experiencial utilizar un instrumento de progreso semanal tal como el que propone Ruiz (2018) que valora aspectos particulares (aceptación, defusión, yo observador, conexión a valores, acciones comprometidas, contacto con

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

necesidades, impacto relacional, resolución de conflictos, intimidad y manejo de interferencias emocionales) que permiten identificar que procesos son los que se dificultan o facilitan generalizar a su contexto.

Ahora bien, identificando a las barreras para que se llevara a cabo este estudio se encontró la dificultad para acceder a la población, ya que localizar a los dolientes fue muy complicado, pues de la amplia lista que se proporcionó solo se encontraron pocos de los cuales sólo 6 accedieron a participar; cosa que también llama la atención, pues a pesar de necesitar la ayuda se niegan a recibirla, sin importar las facilidades que se les dé (esto remite a las barreras de estigma, por lo que convendría identificar cuáles son). Ante esto surge la paradoja de cómo a pesar de las estimaciones realizadas con base en las indicaciones de la OMS, que nos arrojaba una gran cantidad de afectados directamente (1608 entre el año 2016 y 2017). Sin embargo también esto permite cuestionarse ¿cómo es que las instituciones recaban los datos de estas personas? Y conocer si se les da seguimiento pues una de las causas de no encontrar a los dolientes fue porque los domicilios están deshabitados y no hay información nueva de éstos.

Otra limitante son las características sociodemográficas en las que vive esta población pueden llegar a convertirse en una barrera para la adherencia al tratamiento, ya que ellos cuentan con trabajos con horarios muy demandantes y con poca remuneración económica o con múltiples actividades durante todo el día, cuestión que provoca ser inconstante en las sesiones, llegando a ser esto un factor de deserción.

Se propone una serie de consideraciones a tomar en cuenta para futuras investigaciones con población doliente por suicidio, como aliarse a una institución gubernamental reconocida por la población, el tener contacto con los dolientes ya sea personal o vía telefónica presentarse y comentar el objetivo del contacto, preguntando directamente por el evento así como expresando la preocupación por cómo ha sido para la persona pasar por ese momento creando un vínculo terapéutico que le permita al paciente aceptar la atención cuando se le invite a las instalaciones a recibir atención si así lo desea.

Capítulo 7

Conclusiones

Los resultados obtenidos de este estudio permiten concluir que el protocolo es efectivo en la resolución de duelo complicado por suicidio, ya que permite a los dolientes adaptarse a la pérdida de una mejor forma.

Las preguntas ¿qué sucedió con los casos que no terminaron el tratamiento? y ¿qué motivos impidieron que continuaran? Llevaron a caracterizar a los consultantes en cuanto al patrón evitativo que presentaban los casos antes de iniciar la intervención, así como conocer cuáles son las barreras que se presentaron para acceder a la población y para que se mantuvieran en el tratamiento, lo que permitió generar como aportación que un alto nivel evitativo en los casos que inician el tratamiento tienen una alta posibilidad de abandonar la intervención, por lo que se debería de tener en consideración al evaluar dicho patrón y al generar un compromiso tal que logre contrarrestar esta posibilidad. Esta caracterización de la población también permitió reconocer indicadores en los pacientes de riesgo de conductas suicidas, indicadores que permiten proceder de acuerdo a las necesidades de la paciente teniendo como prioridad salvaguardar la vida del paciente.

Es relevante considerar la flexibilidad del tratamiento y del orden de las sesiones implementadas identificando las necesidades del paciente, por ello es importante tener en cuenta al momento de realizar la evaluación inicial emplear herramientas o técnicas que permitan crear una formulación del caso que permite generar hipótesis del problema, para así detectar en que proceso prioritario del hexaflex se tiene que poner especial atención.

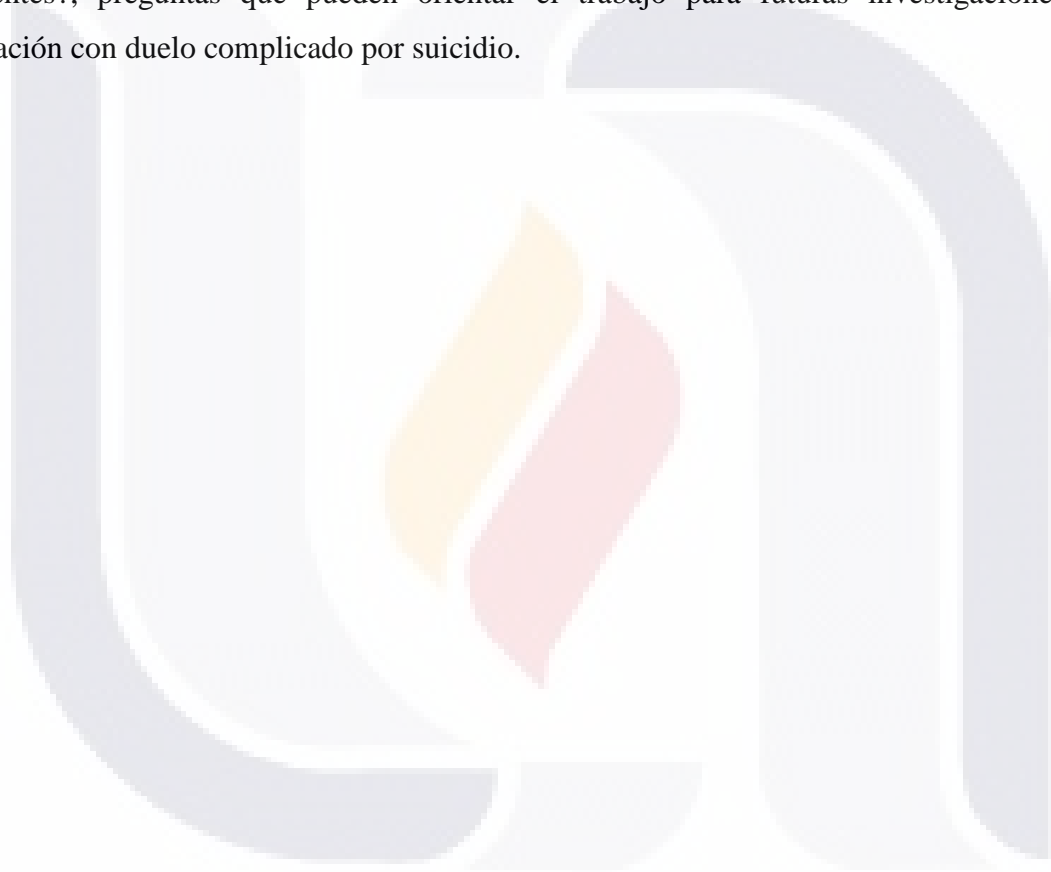
En esta misma línea de la flexibilidad del tratamiento, proponer una sesión de orientación al tratamiento donde se les informe cómo es el proceso y cuáles son las implicaciones personales, explicando el malestar que puede generar enfrentarse a los eventos privados negativos; así como explicar el beneficio que va a generar a largo plazo por medio del trastorno de evitación experiencial.

La investigación realizada por medio del diseño elegido (ABA) permitió conocer el efecto que genera el protocolo en duelo complicado, sin embargo se propone realizar evaluaciones sesión a sesión del nivel evitación experiencial a través de instrumentos o

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

indicadores que permitan conocer el transcurso de la flexibilidad psicológica en cada uno de los procesos básicos del hexaflex. También se recomienda realizar sesiones de seguimiento para poder determinar si los resultados se mantienen con el paso del tiempo.

Las discusiones y aportaciones dieron pauta a la generación de cuestiones como ¿qué tanto una alta negatividad y defensividad pueden contribuir a una recaída?, ¿de qué manera se relaciona el duelo complicado con otras patologías? Y ¿los componentes de la flexibilidad psicológica pueden ser generalizables en otras situaciones que provoquen malestar en los pacientes?, preguntas que pueden orientar el trabajo para futuras investigaciones en población con duelo complicado por suicidio.



Referencias

- Anzar, N. J. (25 de agosto de 2016). Clínica de Duelo y Prevención del Suicidio única a nivel nacional. *Universidad de Guadalajara*. Recuperado de <http://www.cucs.udg.mx/noticias/archivos-de-noticias/clinica-de-duelo-y-prevencion-del-suicidio-unica-nivel-nacional>
- APA Presidential Task Force on Evidence-Based Practice. (1993). *Task force on promotion and dissemination of psychological procedures*. Recuperado de <http://www.div12.org/sites/default/files/InitialReportOfTheChamblessTaskForce.pdf>
- APA Presidential Task Force on Evidence-Based Practice. (2006). Evidence-based practice in psychology. *American Psychologist*, 61, 271-285. Recuperado de <http://www.apa.org/pubs/journals/features/evidence-based-statement.pdf>
- Arbona, C. B. (2009). Los Tratamientos Psicológicos Basados en la Evidencia. Recuperado de <https://psyciencia.com/wp-content/uploads/2013/08/Los-tratamientos-psicol%C3%83%C2%B3gicos-basados-en-la-evidencia.pdf>
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5®)*. 5ª edición. España: Panamericana.
- Asociación Mexicana de Tanatología. (2009). *¿Quiénes somos?*. Recuperado de <http://www.tanatologia-amtac.com/quienes.html>
- Bailley, S. E., Kral, M. J. y Dunham, K. (1999). Survivors of suicide do grieve differently: empirical support for a common sense proposition. *Suicide and Life-threatening behavior*, 29(3), 256-271.
- Balk, D. E., Tyson-Rawson, K. y Colletti-Wetzel, J. (1993). Social support as an intervention with bereaved college students. *Death Studies*, 17(5), 427-450. doi: 10.1080/07481189308253387

- Barraca, J. (2009). La activación conductual (AC) y la Terapia de Activación Conductual para la Depresión (TACD): Dos protocolos de tratamiento desde el modelo de la activación conductual. *eduPsykhé*, 8(1), 23-50.
- Barreto, P. y Soler, M. C. (2007). *Muerte y duelo*. Madrid: Síntesis.
- Beem, E., Hooijkaas, H., Cleiren, M., Schut, H., Garssen, B., Croon, M., Jabaaij, L. (1999). The immunological and psychological effects of bereavement: does grief counseling really make a difference? A pilot study. *Psychiatry Research*, 85, 81-93.
- Bono-Cabré, R. y Arnau-Gras, J. (2014). *Diseños de caso único en ciencias sociales y de la salud*. Madrid: Síntesis
- Bowlby, J. (1986). *Los vínculos afectivos: formación, desarrollo y pérdida*. Madrid: Morata.
- Bourgeois, M. L. (2006). Études sur le Deuil. Méthodes qualitatives et méthodes quantitatives. *Annales Médico Psychologiques*, 164, 278-291.
- Cárdenas-Cuevas, L. (09 de marzo de 2012). Abre sus puertas la clínica del duelo por suicidio de la UdeG. *Universidad de Guadalajara*. Recuperado de <http://www.udg.mx/es/noticia/abre-sus-puertas-la-clinica-del-duelo-por-suicidio-de-la-udeg>
- Casullo, M. M. (2004). Síntomas psicopatológicos en adultos urbanos. *Psicología y Ciencia Social*, 6(1), 49-57.
- Centro de Comando, Control, Comunicación y Cómputo Estatal. (16 de marzo de 2017). Re: Suicidios 2016 Base de Datos [Mensaje en una lista de correos electrónicos]. Recuperado de <https://outlook.live.com/owa/?path=/mail/search/rp>
- Centro de Comando, Control, Comunicación y Cómputo Estatal. (20 de marzo de 2018). Re: Suicidios 2017 [Mensaje en una lista de correos electrónicos]. Recuperado de <https://outlook.live.com/owa/?path=/mail/inbox/rp>
- Chambless, D. L. y Ollendick, T. H. (2001). Empirically Supported Psychological Interventions: Controversies and Evidence. *Annual review of Psychology*, 52(1), 685-

716. Recuperado de
<http://annualreviews.org/doi/abs/10.1146/annurev.psych.52.1.685>

Cruz-Fuentes, C., López, L., Blas-García, C., González, L. y Chávez, R. (2005). Datos sobre la validez y la confiabilidad de la symptom check list (SCL90) en una muestra de sujetos mexicanos. *Salud Mental*, 28, 72-81.

Cruz-Gaitán, J.I., Reyes, M.A y Corona-Chávez, Z.I. (2017). *Duelo: Tratamiento Basado en la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT)*. México: Manual Moderno.

Cuijpers, P., van Straten, A. y Warmerdam, L. (2007). Behavioral activation treatments of depression: A metaanalysis. *Clinical Psychology Review*, 27, 318-326.

Currier, J. M., Neimeyer, R. A. y Berman, J. S. (2008). The Effectiveness of Psychotherapeutic Interventions for the Bereaved: A Comprehensive Quantitative Review. *Psychological bulletin*, 134 (5), 1-53.

De Groot, M., de Keijser, J., Neeleman, J., Kerkhof, A., Nolen, W. y Burger H. (2007). Cognitive behaviour therapy to prevent complicated grief among relatives and spouses bereaved by suicide: cluster randomised controlled trial. *Bjm*, 334(7601), 1-6. doi: 10.1136/bmj.39161.457431.55

Descalzo, M. (2009). Duelos. *Curso de Formación de terapeutas Gestalt*, 1, 1-59. Recuperado de <http://www.itgestalt.com/cms/system/files/private/Duelos.pdf>

Díaz-Curiel, J. (2010). Estudio de las variables asociadas a la psicoterapia grupal en los procesos de duelo patológico. *Revista Asociación Española en Neuropsiquiatría*, 31(109), 93-107.

División 12 of the American Psychological Association. (2016). *Treatment: Dialectical Behavior Therapy for Borderline Personality Disorder*. Recuperado de <https://www.div12.org/treatment/dialectical-behavior-therapy-for-borderline-personality-disorder/>

- Doering, B. K. y Eisma, M. C. (2016). El tratamiento de aflicción complicada: estado de la ciencia y caminos a seguir. *Current Opinion in Psychiatry*, 29(5), 286-291. doi: 10.1097/YCO.0000000000000263
- Durá, E. y Garcés, J. (1991). La teoría del apoyo social y sus implicaciones para el ajuste psicosocial de los enfermos oncológicos. *Revista de Psicología Social*, 6(2), 257-271.
- Echeberúa, E. y de Corral, P. (2007). Intervención en crisis en víctimas de sucesos traumáticos: ¿cuándo, cómo y para qué?. *Psicología Conductual*, 15(3), 373-387. Recuperado de <http://www.ehu.es/echeburua/pdfs/04%20echeburua%20373-387.pdf>
- Echeberrúa, E. y Herrán, A. (2007) ¿Cuándo el duelo es patológico y cómo hay que tratarlo?. *Análisis y Modificación de Conducta*, 33(147), 31-50.
- Echeberrúa, E., Salaberría, K., De Corral, P. y Polo-López, R. (2010). Terapias Psicológicas Basadas en la Evidencia: limitaciones y retos de futuro. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 19(3), 247-256.
- Eifert, G. H., Forsyth, J. P., Arch, J., Espejo, E., Keller, M. y Langer, D. (2009). Acceptance and Commitment Therapy for Anxiety Disorders: Three Case Studies Exemplifying a Unified Treatment Protocol. *Cognitive and Behavior Practice*, 16, 368-385.
- Ellis, A. y Dryden, W. (1997). *The practice of rational emotive behavior therapy*. New York: Springer.
- Fernández-Ballesteros, R. (1998). Quality of Life: The differential conditions. *Psychology in Spain*, 2, 57 – 65.
- Gamba-Collazos, H. A. y Navia, C. E. (2017). Adaptación del Inventario de Duelo Complicado en población colombiana. *Revista Colombiana de Psicología*, 26(1), 15-30.
- Garciandía-Imaz, J. A. (2013). Familia, suicidio y duelo. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 42(1), 71-79.

- García-Viniegras, C. y Pérez, C. (2012). Duelo ante muerte por suicidio. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 12(2), 265-274.
- Gempeler, J. (2008). Terapia Conductual dialéctica. *Revista Colombiana de psiquiatría*, 37(1), 136-148.
- Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida. (2010). *El día después del suicidio de un familiar o allegado: información para familiares y allegados*. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia (avalia-t): Madrid. Recuperado de http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_481_Conducta_Suicida_Avaliat_paciente_2.pdf
- Hayes, S. C. (2004). Acceptance and Commitment Therapy, Relational Frame Theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behavior Therapy*, 35, 639-666.
- Hayes, S. C., Barnes-Holmes, D. y Roche, B. (2001). *Relational frame theory: a post-Skinnerian account of human language and cognition*. New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers.
- Hayes, S. C. y Brownstein, A. J. (1986). Mentalism, behavior-behavior relations and a behavior analytic view of the purposes of science. *The Behavior Analyst*, 1, 175-190.
- Hayes, S. C., Luoma, J. B., Bond, F. W., Masuda, A. y Lillis, J. (2006). Acceptance and Commitment Therapy: Model, processes, and outcomes. *Behavior Research and Therapy*, 44, 1-25.
- Hayes, S. C. y Strosahl, K. D. (2004). *A Practical Guide to Acceptance and Commitment Therapy*. New York: Springer.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. y Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and Commitment Therapy: An experiential approach to behavior change*. New York: Guilford Press.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., Wilson, K. G., Bissett, R. T., Pistorello, J., Toarmino, D., Polusny, M., A. (2004). Measuring experiential avoidance: A preliminary test of a working model. *The Psychological Record*, 54, 553-578.

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

Hayes, S. C., Strosahl, K. D. y Wilson, K. G. (2015). *Terapia de Aceptación y Compromiso: proceso y práctica del cambio consiente (mindfulness)*. España: DESCLÉE DE BROUWER.

Hayes, S. C., Wilson, K. G., Gifford, E. V., Follette, V. M. y Strosahl, K. (1996). Experiential avoidance and behavioral disorders: A functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 1152–1168.

Hernández, P. (1991). *Psicología y educación: Corrientes actuales y teorías aplicadas*. México: Trillas.

Hernández-Guanir, P. (2010). *Moldes: test de estrategias cognitivo-emocionales*. Madrid: TEA Ediciones.

Iglesias, E. B., Vázquez, M. J., Miguez, M. C., Casete, L., Llovez, M., Nogueiras, L., González, N. (2004). Guías de tratamiento y guías para la práctica clínica Psicológica: una visión desde la clínica. *Papeles del Psicólogo*, 87, 9-19.

Instituto Mexicano de Tanatología. (s.f.). *Conócenos*. Recuperado de <http://tanatologia.org.mx/acerca-de-nosotros/conocenos/>

Instituto Nacional de Geografía y Estadística. (2015). *Estadísticas a propósito del... día mundial para la prevención del suicidio (10 de septiembre)*. Recuperado de <http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/aproposito/2015/suicidio0.pdf>

Instituto Nacional de Geografía y Estadística. (2016). *Estadísticas a propósito del... día mundial para la prevención del suicidio (10 de septiembre)*. Recuperado de http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/aproposito/2016/suicidio2016_0.pdf

Jordan, J. R. y Neimeyer, R. A. (2003). Does grief counseling work?. *Death Studies*, 27(9), 765-786.

Kazdin, A. E. (2001), Progression of Therapy Research and Clinical Application of Treatment Require Better Understanding of the Change Process. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 8, 143–151. doi:10.1093/clipsy.8.2.143

- Kohlenberg, R. J., Tsai, M., Ferro, G., Valero, L., Fernández, A. y Virués-Ortega. (2004). Psicoterapia Analítico-Funcional y Terapia de Aceptación y Compromiso: teoría, aplicaciones y continuidad con el análisis del comportamiento. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 5(2), 349-371.
- Kratochwill, T. R., Hitchcock, J. H., Horner, R. H., Levin, J. R., Odom, S. L., Rindskopf, D. M. y Shadish, W. R. (2013). Single-case intervention research design standards. *Remedial and Special Education*, 34, 26-38. doi 10.1177/0741932512452794
- Kübler-Ross, E. (1972). *Sobre la muerte y los moribundos*. New York: Mcmillan.
- Latham, A. E. y Prigerson, H. G. (2004). Suicidality and bereavement: Complicated grief as psychiatric disorder presenting greatest risk for suicidality. *Suicide and life-threatening behavior*, 34(4), 350.
- Linehan, M. (2003). *Manual de tratamiento de los trastornos de personalidad límite*. Madrid: Paidós.
- Losantos, S., Díaz, P. y Pastor, P. (s.f.). *Guía de Duelo Adulto para profesionales socio-sanitarios*. Recuperado de <http://www.fundacionmlc.org/actualidad/noticias/guia-duelo-adulto/>
- Luciano, C., Gutiérrez, O. y Rodríguez, M. (2005). Análisis de los contextos verbales en el Trastorno de Evitación Experiencial y en la Terapia de Aceptación y Compromiso. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 37(2), 333-358
- Luciano, M. C. y Cabello, F. (2001). Trastorno de duelo y Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT). *Análisis y Modificación de Conducta*, 27(113), 399-424.
- Luciano, M. C. y Hayes, S. C. (2001). Trastorno de evitación experiencial. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 1, 109-157.
- Luciano, M. C. y Valdivia-Salas, M. S. (2006). La Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT): Fundamentos, características y evidencia. *Papeles del Psicólogo*, 27(2), 79-91.

- Malkinson, R. (2001). Cognitive-Behavioral Therapy of grief: a review and application. *Research on Social Work Practice, 11*(6), 671-698.
- Mañas, I. (2007). Nuevas terapias psicológicas: La tercera ola de terapias de conducta o terapias de tercera generación. *Gaceta de psicología, 40*, 26-34.
- Martell, C. R., Addis, M. E. y Jacobson, N. S. (2001). *Depression in context: Strategies for guided action*. New York: Norton.
- Moriana, J. A. y Martínez, V. A. (2011). La psicología basada en la evidencia y el diseño y evaluación de tratamientos psicológicos eficaces. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica, 16*(2), 81-100.
- Moos, R. H. y Schaefer, J. A. (1986). Life transitions and crises: A conceptual overview. En Moss, R. H. (Ed.), *Coping with life crises: An integrated approach* (pp. 3-28). New York: Plenum.
- Muñoz-Martínez, A. M. y Coletti, J. P. (2015). La psicoterapia Analítico Funcional: aproximaciones y alcances de una terapia conductual basada en los cambios dentro del contexto terapéutico. *Revista Argentina de Psiquiatría, 26*, 43-48. Recuperado de [http://www.academia.edu/12340968/La Psicoterapia Analítico Funcional aproximaciones y alcances de una terapia conductual basada en los cambios dentro del contexto terapéutico](http://www.academia.edu/12340968/La_Psicoterapia_Anal%C3%ADtico_Funcional_aproximaciones_y_alcances_de_una_terapia_conductual_basada_en_los_cambios_dentro_del_contexto_terap%C3%A9utico)
- Neimeyer, R. A. (2014). *Aprender de la pérdida: una guía para afrontar el duelo*. Paidós: México.
- News In Health. (2009). Coping with grief when a loved one dies. *The National Institutes of Health*. Recuperado de <http://newsinhealth.nih.gov/2009/November/feature1.htm>
- O'Connor, M., Nikoletti, S., Kristjanson, L. J., Loh, R. y Willcock, B. (2003). Writing therapy for the Bereaved: Evaluation of an intervention. *Journal of palliative Medicine, 6*(2), 195-204.

Organización Mundial de la Salud. (2008). *Preventing suicide a resource for media professionals department of mental health and substance abuse world health*. Suiza: WHO.

Organización Mundial de la Salud. (2012). *Prevención del suicidio (SUPRE)*. Recuperado de http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/es/

Organización Mundial de la Salud. (2014). *Prevención del suicidio: un imperativo global*. Washington: OPS.

Páez, M. y Gutierrez, O. (2012). *Múltiples aplicaciones de la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT)*. Madrid: Pirámide.

Payás, A. (2010). *Las tareas del duelo: Psicoterapia de duelo desde un modelo integrativo relacional*. Paidós: España.

Pereira, T. R. (2010). Evolución y diagnóstico del duelo normal y patológico. *Actualizaciones*, 17(10), 656-663.

Pérez, M. (2006). La terapia de Conducta de Tercera Generación. *eduPsykhé*, 5(2), 159-172.

Pérez, M. (2008). *Las terapias de conducta de tercera generación como modelo contextual de psicoterapia*. Recuperado de <http://www.morellpsicologia.com/guias/002-FOCAD-01.pdf>

Pérez-Cuesta, M. y Nicuesa, M. J. (1999). Afrontar el proceso de duelo. En W. Astudillo, A. García de Acilu, C. Mendinueta y C. Arrieta (Eds.). *Estrategias para la atención integral en la terminalidad*. Bilbao: Sociedad Vasca de Cuidados Paliativos.

Procuraduría General de Justicia del Estado de Aguascalientes. (2016). *Suicidios registrados en el estado de Aguascalientes*. Recuperado de www.aguascalientes.gob.mx/CEPLAP/SEIEG/cuadros/SEIEG-1256.xlsx

Procuraduría General de Justicia del Estado. (2007). *Análisis de los suicidios en el estado de Aguascalientes 2000-2007*. Recuperado de

http://eservicios.aguascalientes.gob.mx/transparencia/transparenciasolicitudes/solicitudes/archivos/00001758_24102007_RESB.PDF

Rathus, J. H. y Miller, A. L. (2015). *DBT Skills Manual for Adolescents*. New York: The Guilford Press.

Riveros, A., Sánchez-Sosa, J. J. y Del Aguila M. (2008). *Inventario de Calidad de Vida y Salud (InCaViSa)*. México: Manual Moderno.

Roldán G. (na.) Psicoterapia grupal desde la perspectiva de la terapia de aceptación y compromiso (ACT) y atención plena (MINDFULNESS). *Hospital Universitario Virgen de las Nieves: Granada*. Recuperado de <http://www.uco.es/informacion/webs/fundacioncastilla/documentos/archivos/seminarios/2013-cursos-y-jornadas/Resumen/resumen-roldan.pdf>

Romeiser, L., Hickman, R. R., Harris, S. R. y Heriza, C. B. (2008). Single-subject research design: recommendations for levels of evidence and quality rating. *Dev Med Child Neurol*, 50(2), 99-103. doi: 10.1111/j.1469-8749.2007.02005.x.

Rosa-Alcázar, A. I., Rosa-Alcázar, E. y Rosa-Alcázar, A. (2009). Criterios de eficacia de los tratamientos según la Task Force. *Fisioterapia*, 31(6), 248-254.

Ruiz, F. J. y Luciano, C. (2012). Improving international level chess-players' performance with an acceptance-based protocol. *The Psychological Record*, 62, 447-461.

Salero-Narváez, H. (2013). *Propuesta de campaña social para el Instituto Mexicano de Tanatología INMEXTAC A.C.* (Tesis de licenciatura). UNAM: México.

Sands, D. y Tennant, M. (2010). Transformative Learning in the Context of Suicide Bereavement. *Adult Education Quarterly*, 60(2), 99-121.

Sanz, J. M., García, I. M., y Carbajo, E. (2014). Tratamiento del duelo en salud mental: una experiencia grupal. *Revista de Psicoterapia*, 25(99), 115-133.

Stroebe, M. (1992). Coping with bereavement: a review of the grief work hypothesis. *Omega*, 26(1), 19-42.

- Stroebe, M. y Schut, H. (1999). The dual process model of coping with bereavement: rationale and description. *Death Studies*, 23(3), 197-224.
- Stroebe, M. y Schut, H. (2005). Complicated grief: a conceptual analysis of the field. *Omega*, 52(1), 53-70.
- Sveen, C. A. y Walby, F. A. (2008). Suicide Survivors' Mental Health and Grief Reactions: A Systematic Review of Controlled Studies. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 38(1), 13-29.
- Twohig M.P., Hayes S.C. y Masuda A. (2006). Increasing Willingness to Experience Obsessions: Acceptance and Commitment Therapy as a Treatment for Obsessive-Compulsive Disorder. *Behavior Therapy*, 37(1), 3-13.
- Vallejo, M. (2010). Terapia de Conducta de Tercera Generación. *Clínica Contemporánea*, 1(1), 49-54. doi: 10.5093/cc2010v1n1a6
- Van der Houwen, K., Schut, H., van den Bout, J., Stroebe, M. y Stroebe W. (2009). The efficacy of a brief internet-based self-help intervention for the bereaved. *Behaviour Research and Therapy*, 48, 359-367. doi: 10.1016/j.brat.2009.12.009
- Waller, A., Turon, H., Mansfield, E., Clark, K., Hobden, B. y Sanson-Fisher, R. (2016). Assisting the bereaved: A systematic review of the evidence for grief counselling. *Palliative Medicine*, 30(2), 132-148.
- Wilson, D. S. y DuFrene, T. (2009). *Mindfulness for two: An acceptance and commitment therapy approach to mindfulness in psychotherapy*. Oakland, CA: New Harbinger.
- Wilson, K. G. y Luciano-Soriano, M. C. (2002). *Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT): Un tratamiento conductual orientado a los valores*. Madrid: Pirámide.
- Worden, W. (2004). *El tratamiento del duelo: asesoramiento psicológico y terapia*. 2ª edición. México: Paidós.
- Zettle, R. D. (2007). *ACT for Depression: A Clinician's Guide to Using Acceptance & Commitment Therapy in Treating Depression*. USA: New Harbinger Publications.

Zettle, R. D., Hayes, S.C., Barnes-Holmes, D. y Biglan, A. (2016). *The Wiley Handbook of Contextual Behavioral Science*. Wiley:Oxford.



Anexos



Anexo A: Estudio de Caso LM

Identificación del paciente

Mujer de 23 años, estudiante de licenciatura cursando el último semestre de la carrera. Nacida en el municipio de Aguascalientes, reside en el mismo municipio en una colonia localizada en el lado oriente del mismo. Vive con sus padres, dos hermanos, su abuela materna y su tía abuela, éstas últimas son personas de edad avanzada, con complicaciones de salud y con quienes su relación es muy limitada. Es soltera actualmente tiene novio con quien lleva 8 meses de relación. Refiere no practicar alguna religión, aunque su familia es católica. Consume alcohol semanalmente y fuma marihuana a diario en pequeñas dosis.

Análisis del motivo de consulta

LM fue recibida por remisión interna de la Unidad de Atención e Investigación en Psicología (UAIP) ya que se encontraba en tratamiento psicológico debido al malestar que le causó el suicidio de su anterior novio. Su terapeuta refirió que durante el tiempo en el que estuvo en tratamiento no se observaron avances, que presentó rumiaciones constantes sobre el suicidio de su novio y la búsqueda incesante de explicaciones sobre el por qué se suicidó.

Al inicio de la primera entrevista la paciente refirió que acudió al tratamiento porque se dio cuenta que no había superado la muerte de su novio, esto cuando se cumplió su primer aniversario luctuoso, comentó además que para ella no tiene sentido la vida, que siempre se siente triste pero también enojada por la fecha que eligió para terminar con su vida (el cumpleaños de ella), finalmente agregó que no ha logrado aceptar su ausencia.

Al escuchar a la paciente se observó formas de respuesta evitativa a las emociones de tristeza y a las posibles expresiones de llanto, por ejemplo cuando se hablaba de su novio ella cambiaba o mezclaba temas como de lo que le gusta o disgusta o sus pasatiempos, cuando su voz se empieza a entrecortar habla de algo de algo chistoso o continua la plática con risa, también habla de los aspectos positivos que le dejó la pérdida, como tener una mejor amiga y acercarse más a su familia. Esto nos conduce a decir que presentó un nivel de evitación ya que se observó qué estrategias generó para evitar entrar en contacto con sus emociones. Adicionalmente se consideró importante considerar su reducción de redes de apoyo social y el incremento en el nivel de consumo de sustancias, específicamente alcohol y marihuana.

Historia del problema

Hace 18 meses su novio se suicidó en la noche anterior al cumpleaños de LM. Su muerte fue impactante y difícil, durante el velorio y su entierro ella casi no lloró, trató de estar lo menos posible en el funeral pues pensaba que era muy desagradable que la vieran como “la viuda”. Los primeros meses después de la pérdida ella se sintió “neutral”, no obstante cuando se cumplió el primer aniversario de su muerte se dio cuenta que era algo que no había superado. Para LM la relación con su pareja era muy importante y especial, la describe como la mejor de su vida porque tenían intereses afines, se entendían muy bien, era romántica y apasionada, y se podían complementar; sin embargo, también comentó que en los últimos meses el noviazgo se fue desgastando por un problema de celos y desconfianza que tuvo como consecuencia la fractura de la relación y el mantenimiento de ésta en un estado ambiguo, es decir, oficialmente no eran novios pero se seguían frecuentando y tratando como tal.

7 años antes de la muerte referida tuvo otra experiencia de pérdida, en aquella ocasión de la muerte de su entonces novio por un derrame cerebral. LM refiere que aquella fue la primera relación estable y significativa que tuvo y que su muerte fue la primera experiencia de pérdida que vivió, su primera asistencia a un funeral donde conocía y quería al fallecido. La forma en la que intentó superar la pérdida fue solicitando y recibiendo ayuda de un homeópata, una psicóloga y un psiquiatra, cada uno en diferentes momentos; sin embargo, no sintió mejoría por lo que no continuó con los tratamientos, en lugar de ello se inició el consumo de marihuana pues experimentó que la hizo sentir mejor, le permitió descansar, estar tranquila y hasta alimentarse mejor.

Para enfrentar sus pérdidas y lidiar con su sentir, puso en marcha algunas estrategias como poner su mente en blanco, deja de pensar en “eso”, y controlar sus emociones evitando llorar frente a otras personas. LM expresó que esta forma de responder ante el dolor que le causa la pérdida lo desarrolló durante su infancia cuando se enfrentó a situaciones dolorosas o aversivas, como por ejemplo ir al dentista o sentirse mal.

Destacando que dos semanas posteriores al suicidio de su anterior novio fue atendida en la UAIP dentro de un programa especial para la atención a jóvenes en riesgo de suicidio

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

y sus familias. LM estuvo en tratamiento semanal durante tres meses, mismo que refirió no haberle funcionado, ya que acudió por obligación por parte de sus profesores, además de que terminó enamorada de su terapeuta.

De los tratamientos que LM recibió se identificaron elementos que impidieron que tuviera resultados positivos, primeramente el acompañamiento recibido en las dos semanas posteriores a la pérdida limitaron la asimilación natural de ésta, ya que en ese momento no sentía la necesidad de recibir ayuda, en el segundo tratamiento los aspectos trabajados no estaban relacionados con el duelo, que en ese momento era la necesidad principal por cubrir. También se identificó que los dos anteriores terapeutas fueron hombres, con los cuales la exigencia por parte ella era cada vez mayor y la relación se fue haciendo más (de amigos). Estos elementos fueron tomados en cuenta para la implementación del actual tratamiento.

Análisis y descripción de las conductas problema

La conducta problema va a ser desarrollada teniendo como base el análisis en cadena propuesto por Stoewsand, Gagliesi, Lencioni, Pechon y Boggiano (XXXX), quienes proponen una serie de pasos para la realización de este análisis.

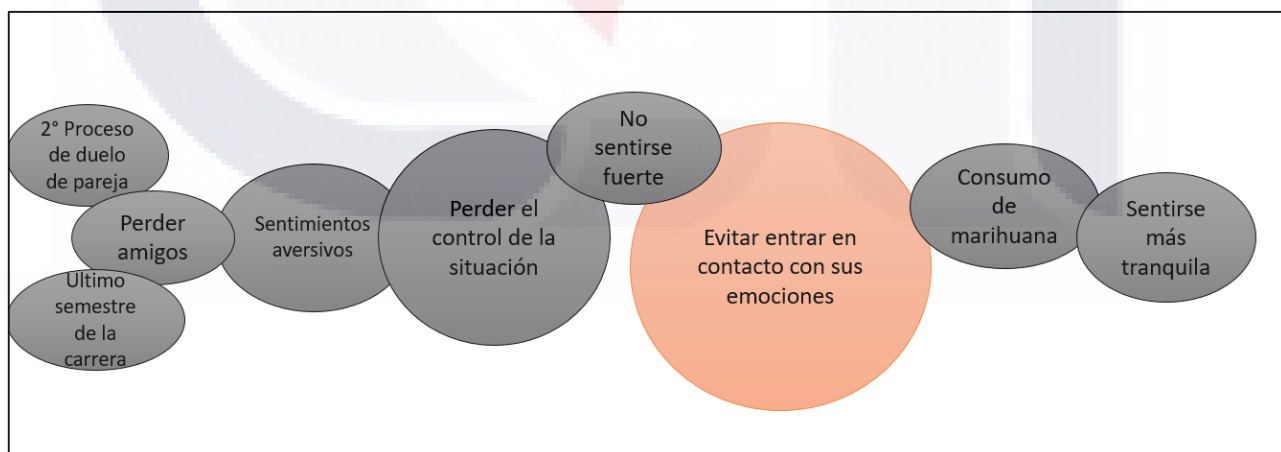
La conducta problema identificada es el mecanismo de evitación que LM activa al entrar en contacto cuando tiene sentimientos de tristeza, añoranza o enojo en especial cuando están relacionados a la muerte, lo que pensó en cada situación donde empleó esta estrategia era que podría perder el control de la situación, pues el que sea su segundo proceso de duelo por perder a una pareja, que haya reducido su red de apoyo, más encontrarse en el último semestre de la carrera son condiciones que la hacen vulnerable. No se identifican los eventos inmediatos anteriores al evento, ya que algunas ocasiones suceden en cuanto despierta con algún sentimiento desagradable que la hace cuestionarse ¿qué es lo que la puso así?. Ante estas vulnerabilidades y antecedentes su forma de manejarlo es controla las situaciones para no sentirse vulnerable, recurre al consumo diario de marihuana para estar tranquila y ha limitado sus redes de apoyo. Entre el control de situaciones se localizó evitar llorar frente a otra persona y cuando está a punto de llorar pone su “mente en blanco” para lograr contener el llanto, refiere que es para mantener la imagen que ha tenido hasta ahora de ser “fuerte y no necesitar de nadie” y porque piensa que el llorar frente a otras personas por lo regular

resulta incómodo para éstas. Este comportamiento se inició en la infancia en un entorno familiar con poca interacción y con poca apertura a expresar su sentir, lo que la llevó a adoptar una postura independiente, aislada, exigente y controladora en su contexto.

Al estar controlando constantemente el ambiente en el que se relaciona, entra en un estado de cansancio y ansiedad por lo que recurre al consumo de marihuana para poder relajarse y tener un espacio de tranquilidad para ella. Esta estrategia surge cuando experimenta su primera pérdida y sus amistades que en ese momento eran parte importante para ella, fueron quienes le propusieron el consumo. A pesar del tiempo que lleva consumiendo refiere que no ha aumentado la dosis que solo tres fumadas al día son suficientes para obtener el efecto que desea. El consumo de alcohol sólo lo hace los fines de semana, cuando tiene ganas de divertirse y poder compartir un momento agradable con otras personas, comentó que su consumo regularmente no llega a la borrachera, ya que cuando eso sucede se queda dormida y la intención de ella es divertirse.

Cuando no logra poner su mente en blanco o distraerse en otras actividades presenta un estado disociativo y también un miedo y angustia por saber que en algún momento va a tener que pasar por otras pérdidas, como la de su abuela y tía abuela. Todo lo anterior puede observarse en la siguiente figura (ver figura 11).

Figura 11. Análisis en cadena de la conducta evitativa de LM



Establecimiento de las metas del tratamiento

De acuerdo con el análisis realizado se planteó como meta primordial la de obtener una mayor flexibilidad psicológica, esto implicó plantear las siguientes metas particulares: que la paciente pudiera aceptar la pérdida experimentada, favorecer e incrementar el contacto con su momento presente, reducir las conductas de evitación, aumentar la capacidad de entrar en contacto con sus emociones y aceptar el sufrimiento como una parte normal y natural de su vida, fomentar la visión personal libre de juicios mediante la modificación su pensamiento “debo ser fuerte”, y hacer significativa su vida a través de los valores relevantes para ella.

Dichas metas fueron abordadas de forma general con la paciente, indicándole que los objetivos del tratamiento era disminuir el sufrimiento y las dificultades para aceptar la pérdida, así como dar una vida valiosa para ella. Considerando como beneficio directo su bienestar y como indirecto atender las dificultades que se presentaron después de la pérdida. También se atendió la resistencia al tratamiento, pues LM ya contaba con una gran adherencia al tratamiento anterior, por lo que se propuso primero tratar el proceso de duelo ya que era algo que no le permitía avanzar con su otro terapeuta y al finalizar este tratamiento ella decidiría si continuaría con el otro proceso.

Estudio de los objetivos terapéuticos

Dado que la meta del tratamiento es incrementar la flexibilidad psicológica de LM, la conducta objeto a tratar es la evitación, asimismo que las estrategias evitativas se redujeran. Cuando se encuentre en un contexto donde no tenga el control no ponga su mente en blanco, que logre identificar cómo es que se siente, que lo acepte y que continúe en la actividad en la que se encuentra. Para lo anterior se propuso unos criterios de logros por cada sesión que puede observarse en la Tabla 5.

Selección del tratamiento

En las secciones anteriores se destaca la presencia de duelo complicado y la tendencia a evitar, indicando que presenta dificultades a nivel personal y social del estilo evitativo con el que se ha manejado la paciente. Dichos resultados nos confirman que la paciente es candidata para la intervención en duelo complicado desde ACT.

Teniendo en cuenta que la paciente no ha tenido atención dedicada al proceso de duelo y reconociendo que las conductas observadas están implicadas en un duelo complicado, que se relacionan con sus conductas de riesgo y resistencia al tratamiento con la finalidad de evitar el sufrimiento, el tratamiento más apropiado sería la Terapia de Aceptación y Compromiso, ya que es una terapia que se centra en lograr la flexibilidad psicológica, donde se ve al sufrimiento como una parte natural e inherente al ser humano.

Esta terapia ha mostrado algo de evidencia de su efectividad en situación de duelo complicado al lograr aceptar la pérdida y dirigir la vida a una que sea valiosa y significativa para el paciente, logrando comprometerse con esto último y su bienestar.

Además de que este tratamiento apunta a ser el más adecuado, se destaca que el terapeuta tiene capacitación y experiencia en su aplicación con los autores del protocolo creado para la atención de duelo complicado, el cual tiene un menor coste económico y de tiempo al tener sesiones breves para lograr estos objetivos, sin dejar de lado las necesidades del paciente.

Tabla 5

Crterios de logro para cada sesión del tratamiento

N° de sesión	Objetivos	Criterios de logro
1	Crear desesperanza creativa y generar compromiso	-Reconoce el dolor que le ha traído sus acciones después de su pérdida -Expresa verbalmente que se siente o está en un hoyo -Expresa verbalmente que no se siente capaz de salir del hoyo -Reconoce la dificultad de cambiar lo que ha estado haciendo -Se compromete a cambiar
2	Reconocer las barreras que le han impedido superar su duelo	-Al observar las barreras el/la paciente guarda silencio -Expresa verbalmente tres deseos para su vida futura
3	Disminuir la conexión literal que tiene	-La paciente identifica la imposibilidad de no pensar en una instrucción que se le da

	<p>con los contenidos de su mente, buscando alterar la función del pensamiento</p>	<p>-Es capaz de relatar un ejemplo en el que no puede controlar sus pensamientos</p> <p>-Hace la diferencia entre lo observable y lo que le dice la mente</p> <p>-Relata situaciones en la que se ha dejado llevar por la mente</p>
4	<p>Plantearse valores en función de lo que desean y no en función de lo que quieren evitar.</p>	<p>-Expresa las cosas más importantes en su vida</p> <p>-Escribe en las áreas importantes sus valores</p> <p>-Hace diferencia entre meta y valor</p>
5	<p>Dejar claro qué es un compromiso y lo que implica a pesar de no tener los resultados esperados.</p>	<p>-Es capaz de justificar porque un valor es más importante</p> <p>-Identifica que acciones pueden ayudar a acercarse a su valor</p> <p>-Cuando habla de aspectos que pudieran evitar que cumpla sus valores,</p> <p>-Expresa el compromiso propio para cumplir con sus valores</p> <p>-Se observa resistencia al elegir acciones específicas, aún más en la definición del tiempo en realizarlo</p>
6	<p>Poner en contexto las experiencias de duelo que experimenta la persona distanciados de lo que dice su mente y actuando en relación a sus valores</p>	<p>-El/la paciente reconoce los diferentes roles que puede desempeñar en el ajedrez</p> <p>-Identifica lo que permite el tablero, vivirse como contexto y no como concepto</p> <p>-Expresa cómo se sentiría al vivir como contexto</p> <p>-Reflexiona sobre cómo es vivir peleando con sus experiencias y qué consecuencias tiene</p>
7	<p>Fomentar en el cierre del tratamiento fortaleciendo la capacidad de despedirse de personas significativas</p>	<p>-Es capaz de identificar una situación en la que se sienta vulnerable a una recaída</p> <p>-Puede relatar qué de lo aprendido puede implementar para no llegar a una recaída</p> <p>-Escribe una carta en la que expresa cómo se sintió y se despide del terapeuta</p>

Selección y aplicación de las técnicas de evaluación y análisis de los resultados obtenidos

Como estrategias de evaluación como ya se mencionó en el capítulo anterior se emplearon instrumentos psicométricos (AAQ-II, IDC; INCAVISA, SCL-90 y MOLDES) y una entrevista semi-estructurada para conocer la experiencia de pérdida y el impacto que tuvo en su vida.

Con la entrevista se pudo observar que esa muerte a la paciente le dejó un gran impacto, emocional y socialmente, presentando pensamiento rumiantes de ¿por qué lo hizo y en especial porqué en esa fecha?, ¿en qué parte de la casa lo hizo?, ¿cómo se veía?, ¿ahora cómo se verá estando enterrado?, dichos pensamientos le causan un alto nivel de dolor y sufrimiento por lo que recurre a realizar actividades que la lleven a distraerse para no pensar en eso. Además que refiere que actualmente tiene miedo de perder a otra persona importante para ella, como lo es su abuela y tia-abuela.

De los resultados de las pruebas aplicadas en el AAQ-II presentó un puntaje de 50 lo que indica que su nivel de evitación es muy elevado, siendo esto corroborado con el MOLDES ya que en esa prueba muestra que tiene un perfil en un nivel muy alto (más 90 PT) en evitación, acompañado de disociación emocional, reclusión, desplazamiento emocional, hipercontrol, afrontamiento borroso y control emocional anticipatorio con el mismo nivel. Respecto al IDC la paciente presenta un puntaje de 29 lo que nos indica una complicación en el duelo (el puntaje debe ser mayor a 25 para considerarlo complicado).

En el SCL-90 se observa que LM tiene riesgo de presentar somatizaciones, obsesiones y compulsiones, ansiedad y psicoticismo, esto en referencia a la puntuación T que es mayor a 65. Finalmente en el INCAVISA las puntuaciones en nueve de las 12 áreas presentan puntuaciones altas y normales, donde muestra actitud favorable ante el tratamiento, con unas redes de apoyo efectivas, con una percepción corporal normal, donde su duelo no ha limitado su vida cotidiana ni su tiempo libre. Las otras tres áreas tuvo resultados bajos hay un desempeño físico notablemente deteriorado, existen dificultades en su capacidad de memoria y concentración, así como dificultades en su interacción su familia.

Aplicación del tratamiento

Sesión 1

Esta sesión tuvo el objetivo de generar una desesperanza creativa y generar compromiso, con una duración de una hora. Se inició con un ejercicio de mindfulness para observar el flujo de la respiración, se continuó con un ejercicio que indicaba reconocer las áreas que se vieron impactadas a partir de la muerte de su ser querido, identificar que estrategias se emplearon, que tan eficaces fueron y que costos tuvieron; a continuación se presenta una metáfora llamada “el hombre en el hoyo” y se establece el contrato terapéutico.

Durante el ejercicio de mindfulness comentó que se distrajo muy fácil, un pensamiento le lleva a otro, aunque es un ejercicio que hace frecuentemente. Cuando se cuestionó sobre cómo se ha visto afectada por la muerte de su ex pareja explica que la ha llevado a tener insatisfacción con sus relaciones actuales, miedo constante a perder a alguien más, tiene sentimiento de soledad, inestabilidad mental (considera que es muy fácil perder el contacto con la realidad). Las estrategias que implementa para cada uno de esos pensamientos es buscar el lado positivo, deja que pase, acostumbrarse a su realidad y realizar otras actividades como estudiar, escribir o hacer ejercicio. La eficacia a corto y largo plazo está entre 1 y 3; ya que los costos que enfrenta como consecuencia de esas estrategias son: tener menos relaciones, sentir un dolor innecesario e irracional, apartarse de las personas y tener poca confianza en si misma (no relacionado con baja autoestima, sino que no confiaría su reacción ante situaciones difíciles). Cuando se reflexionó sobre las estrategias implementadas para hacer frente a las consecuencias de su pérdida y lo que más está consiente es de la inseguridad que le ha impedido continuar con su vida y hacer nuevas cosas.

En la metáfora del hombre en el hoyo, ella considera que está en ese hoyo porque cada vez se siente peor y peor, aunque parezca irónico que con el paso del tiempo se sienta peor que en se momento. Siente que, aunque no siempre está triste cuando llega ese sentimiento más intenso es difícil de controlar y llega una frustración. Ella estaba convencida de que algunas estrategias que utilizaba eran buenas, hizo lo que se supone que se debe hacer en un duelo porque no es la primera vez que lo pasa, sin embargo, le sorprende que no han sido así. Comenta que quiere regresar a la casa donde vivía su expareja porque está

preocupada por su familia, pero el psicólogo anterior le dijo que debería de cortar la relación con ellos.

Sesión 2

Tuvo como objetivo mostrar como alternativa a la manera en que ha lidiado con sus eventos privados radica en la disposición y aceptación, con una duración de 55 minutos, se inició con un ejercicio de mindfulness donde se reconoce como se lidia con los pensamientos normalmente, después se trabajó con el material para reconocer que barreras le impiden enfrentar las áreas afectadas por la muerte de su ser querido; se continuó con el ejercicio del genio el cual busca que se pidan tres deseos con algunas condiciones, posteriormente se propone la aceptación como alternativa y al final se dejó una práctica para la semana de mindfulness.

Durante el ejercicio de mindfulness notó las cosas en las que ha pensado últimamente especialmente que ha estado muy triste porque algunas personas le dejaron de hablar, expresa que en el fondo lo único que quiere es que alguien la abrace y le diga que todo está bien, estuvo pensando mucho aunque no de manera seria en que ya debería de suicidarse no tiene por qué esperarse hasta los treinta y algo, pero considera que no es tan en serio porque no lo ha ni planeado. Cuando le llega ese pensamiento es cuando ella está enojada.

Cuando se evaluó el impacto que tendría para ella quitarse la vida ahora, se remite al que tendría que pasar su familia, que son personas que si la quieren como su mamá, su abuelita que cree que les afectaría mucho. Algo que la haría desistir de esa idea por lo menos en el corto plazo es encontrar una actividad que la motive y le agrade, tener mayor tiempo de calidad con las personas porque se ha sentido sola últimamente.

Revisando lo que se vio en la sesión anterior ella comenta que se ha sentido triste por un problema con su actual pareja ya que él esta teniendo contacto con su ex y le incomoda sin embargo cree que es algo irracional y caprichoso pensar de esa manera, aunque tenga algo de válido y también porque ha perdido relaciones de personas que para ella eran importantes.

En la identificación de las áreas que considera se han visto afectadas en su vida a partir de la muerte de su expareja fueron las siguientes:

Pareja: a partir de la relación que tuvo con su ex, sigue extrañando lo que no vive con la actual pareja. Considera que la habilidad que tiene para responder ante esta área lo califica con un 6, porque ha tenido cierta capacidad para adaptarse y ser realista, sin embargo hay ocasiones que no tiene lo que ella espera de la relación. Las barreras que se presentan es el recuerdo de su expareja, las actividades que les gusta realizar no son compatibles y que en cuanto al cariño expresado físicamente no es el que ella quisiera.

Amigos: El problema que tiene menos amigos y últimamente sus relaciones se han visto terminadas. La habilidad que considera que tiene es un 7 debido a que ha intentado mantener amistades, pero las que no le interesan las deja que finalicen. Las barreras que se presentan son: desinterés por las demás personas, sentirse incomprendida por la actitud de los demás, las personas que le interesa su amistad la buscan con otra finalidad.

Trabajo: Se llega a sentir deprimida antes de iniciar clases, cree que los alumnos notan que se tarda más en explicar los temas. La habilidad que tiene para enfrentar esa situación es un 9, considera que está totalmente consciente de cómo se siente y trata de mantener un control sobre sus emociones. Las barreras que se presentan para rendir mejor es tener poca motivación y le da más miedo equivocarse, contribuye a su inseguridad.

Familia: Impacto que tuvo fue positivo, considera que su anterior psicólogo ayudó mucho porque la ayudó a reconocer su relación con su familia y que realmente son los únicos que a pesar de todo van a estar apoyándola. Cuenta que antes no podía llorar enfrente de nadie ni si quiera de su familia, al hacer el relato se empieza a entrecortar su voz y sus ojos se ponen cristalinos y dice “hay quiero llorar otra vez” pero se contiene y sigue su discurso. Para ella llorar frente a alguien más significa ser vulnerable y ya no mostrar una imagen de fortaleza como siempre, y el hacerlo con su familia es algo que la ha reconfortado. La habilidad que tiene para responder es de un 9 pero las barreras que se le presentan es el miedo constante de perder a alguien que quiere y la comunicación con su familia no es muy abierta, no se siente con la confianza de poder hablar con ellos de todos los temas o todas las cosas que le pasa.

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

Cuando se reflexionó sobre las barreras que le han impedido continuar con su vida, se quedó callada y después explica que no había reflexionado sobre esa situación.

Durante el ejercicio del genio los deseos que pidió fueron:

1.- Ser experta en una materia para ser respetable intelectualmente, además de los posgrados

2.- Tener un buen trabajo donde el sueldo sea considerable, no ser millonaria, pero si poder vivir desahogadamente. Donde las condiciones de trabajo sean buenas.

3.- Difundir su trabajo, sus cuentos de terror, vídeos y fotos que puedan llegar a varias personas

Elegir esos deseos comenta que le costó mucho trabajo porque su primera opción era cambiar cosas del pasado por lo menos para poder decirle a su ex pareja que lo amaba, aunque no pudiera evitar que se suicidara.

Sesión 3

Esta sesión tuvo como objetivo disminuir la conexión literal que tiene con los contenidos de su mente, buscando principalmente alterar la función del pensamiento, tuvo una duración de 55 minutos a través de cuatro aspectos, primero se realizó el ejercicio de mindfulness con la experiencia sobre el recuerdo del fallecido, segundo se aplicó el ejercicio de pastel de chocolate para demostrar la naturaleza arbitraria de los eventos privados, tercero metáfora del experto en arte para tener una opinión propia a partir de lo observado, cuarto se dejó como práctica semanal registrar lo dicho por el experto.

En el ejercicio de mindfulness con la experiencia del recuerdo del fallecido, cuando sacó un álbum que le había regalado ella comenzó a explicar cada una de las fotos, que recordaba cosas que a él le gustaban hacer, mientras lo platica se percibe emoción y entusiasmo al realizarlo. Al preguntarle cómo se siente comentó que le gusta recordar pero al mismo tiempo le da mucho coraje que haya tomado esa decisión en especial el día que lo hizo y porque era alguien a quien le observaba mucho potencial, que tenía mucho que dar a la sociedad, comenzó a rumiar sobre que paso ese día y porque lo eligió o que hubiera pasado

si hubiera recibido ayuda. Siente que lo hizo para dejarla marcada de una forma más intensa, en comparación con la primer pareja que perdió.

Cuando se realizó el ejercicio de “pastel de chocolate” ella de inmediato respondió que no se puede pensar en otra cosa cuando ya le dijo la palabra, porque se relaciona con experiencias lo que hace no poder dejar de pensar en ello, aunque dijo que a pesar de ser difícil si podría lograr evitar pensar en lo que no se quiera, a veces esos pensamientos la llevan a minimizar sus sentimientos y también a juzgar las cosas que realiza o piensa, se convierte como una lucha interna. Al introducir la metáfora del “experto en arte” LM indica que ya la conoce y ella introduce la conclusión hay veces que tienes que dejar de escuchar esa voz en tu cabeza porque no te va a dejar disfrutar, ella comenta que cuando fuma marihuana es cuando se siente un poco más consiente de cómo es que se siente y empiezan a llegar recuerdos más vívidos y pensamientos que no están presentes cuando esta normal, aunque duda que eso sea saludable para ella.

Sesión 4

En esta sesión se pretendió cubrir el objetivo de que LM lograra plantearse valores en función de lo que desea y no en función de lo que quiere evitar. Esta sesión tuvo que realizarse en dos días ya que en la primera parte se abordó la clarificación de valores y en la segunda parte se identificó la necesidad de escucha del paciente ante circunstancias que la agobiaban. Tuvo cuatro aspectos a tratar, inició con un ejercicio de mindfulness visualizando los valores perdidos a partir de su pérdida, continuó con la metáfora del profesor del aula, después se trabajó con el material para identificar los valores, se dejó de tarea que completara el material del significado de los valores.

En el ejercicio de mindfulness recordó que debe de tomarse el medicamento, al ubicar las actividades o cosas que perdió a partir de la muerte de su pareja, fue alejarse de amistades que de verdad no le interesan y otras de sus amistades no se han preocupado por ella, también sentirse insatisfecha con sus relaciones actuales en especial el área de pareja.

Al revisar la tarea expresó que cuando realizó el ejercicio de mindfulness con la experiencia del fallecido se sentía muy frustrada y con muchas ganas de llorar, pero que no lo hacía. En esa semana tomó la decisión de ir a la casa donde vivía su expareja, lo que quería

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

es ir, recordar y revivir esos caminos sin él, calificó su acto como patético sin embargo refiere que ir y estar allí la ayudó a llorar desahogarse y sentirse mejor.

En la metáfora “el profesor del aula” refirió que lo más importante en su vida es su familia, su pareja, sus amigos, su profesión y los estudios extras que quisiera realizar. Al completar el material identificando los valores en cada una de las áreas se localizó un valor; en el área de pareja su valor es mantener una relación divertida de compañerismo y romance, en el área familiar es ser unida y apoyarlos, en sus relaciones sociales pretende conocer a personas interesantes que siempre pueda aprender algo de ellas, en el trabajo es disfrutar lo que hace, en el área de educación pretende seguir estudiando aprender nuevos idiomas, en el área de ocio es darse tiempo para escribir y para pasear en el campo, en su espiritualidad pretende realizar cosas que le gusten para que al final de su vida pueda sentirse satisfecha con lo logrado, como ciudadana quiere ayudar a los demás y dejar una marca en los otros, en el área de salud es cuidarse para poder realizar lo anterior, finalmente su valor de reconocimiento hacia su trabajo poder dejar un legado.

La segunda sesión inició con el ejercicio de mindfulness donde compartió su gran tristeza y miedo por perder a su familia. Comenta que esa semana fue para ella difícil, olvidó realizar muchas cosas tanto académicas como personales, lo único que no ha olvidó hacer es fumar diariamente ya sólo por diversión no por necesidad o porque siempre se sienta mal. Una de las preocupaciones que estuvieron muy presentes es perder a su familia, ahora su madre estaba enferma y sabe que sus abuelitas no van a durar mucho tiempo, cree que en algún punto solo quedarán sus hermanos y ella, pero cuando ella se suicide solo quedarán ellos como única familia. Es algo que la agobia todos los días porque empieza a pensar en el futuro y como se va a complicar la situación cuando alguien muera, llegó a sentirse impotente por que no puede hacer mucho porque la situación y salud de su familia mejoren, sintió pánico ya no quiere ver morir a más gente, comienza a sentir una inmensa tristeza como si esa situación ya hubiera pasado.

Al hablar de esta situación empezó a quebrarse su voz y rozarse sus ojos pero evitó llorar, comentó que no siempre es el momento de hacerlo. Se abordó que tanto trata de mantener el control para no llorar o para no sentirse mal, respondió que hace todo lo posible por controlar las situaciones y de imaginar las posibles consecuencias de algo para estar

preparada en cómo se puede sentir, llegó a la conclusión de que cuando trata de controlar las situaciones para no sufrir se cae en la paradoja de sufrir más y por adelantado a eventos que no suceden.

Sesión 5

Esta sesión tuvo el objetivo que le quede claro a LM qué es un compromiso y lo que éste implica, para prevenir que, cuando obtenga un resultado no deseado o falle en cumplir sus actividades, abandone su compromiso. Esta sesión tuvo una duración de una hora 40 minutos. El ejercicio inicial fue mindfulness el lector de mentes, seguido de la revisión de la tarea del significado de los valores, después se trabajó con la metáfora del invitado grosero, para después definir las primeras acciones dirigidas a sus valores que tuvo que llevar a cabo en el resto de la semana.

En el ejercicio mindfulness “el lector de mentes” la vida que se imaginó es diferente a como es ahora, en la persona que piensa que lee su mente es a su mamá identifica que se sentiría orgullosa de ella, que la respetarían más por el nivel de sabiduría que tendría.

Analizando el material de aclarando los valores se identifica que para ella el valor más importante es la educación, seguido de las relaciones de pareja, trabajo, ocio y reconocimiento de su trabajo; en tercer lugar se encuentra la familia, las relaciones sociales, ciudadanía y salud, la parte religiosa no la identifica con un valor solo con un nivel de satisfacción. El vivir conforme a esos valores significa vivir con satisfacción si no correspondería al fracaso. Las emociones y los pensamientos que pudieran evitar que viva conforme a esos valores son principalmente la inseguridad, el miedo, pensar que no lo hace suficientemente bien o que no puede lograrlo.

Ante la metáfora del “cobijas” ella refiere que existen pensamientos que ella los llega a fatalizar que provocan que no logre vivir su presente, pero que ahora trata de no estar luchando con eso, sino observarlo aunque todavía le hace caso a su mente y juzga sus pensamientos y acciones. En la activación conductual se planificaron acciones relacionadas con la pareja, familia y trabajo.

Sesión 6

La sesión tuvo como objetivo que la paciente esté en contexto con las experiencias de duelo distanciada de lo que dice su mente y actuando en relación a sus valores, con una duración de una hora siete minutos, al inicio se implementó un ejercicio de mindfulness para fomentar la experiencia de observador, siguió la metáfora del ajedrez que pretendió hacer conciencia de que es un facilitador para que pueda experimentar situaciones buenas o malas, después se realizó el ejercicio de qué decía su mente cuando realizó las actividades enfocadas a sus valores para que detecte cómo la mente en muchas ocasiones es un obstáculo para tener la vida que desea y para finalizar se dejó un ejercicio para que realizara actividades en la semana también dirigidas a sus valores.

Ejercicio de mindfulness “yo-como-observador” al realizarlo comentó que la parte de recuerdos le hizo sentir mucha nostalgia en especial la infancia, porque le es muy difícil recordar, lo único que sabía era que ese momento se sentía tonta y fea.

Al exponer la metáfora del “ajedrez” identificó los roles que se desempeñan, sin embargo se observó dificultad al comprender el rol como contexto, ya que para ella significaría tener un rol pasivo y dejar que las situaciones la afecten sin más, comenta que para ella sería mejor tener el rol de jugador ya que puedes implementar estrategias para ganar. Se ejemplificó cómo sería llevar una vida sin ser el tablero y las consecuencias que pudieran tener, al cuestionarle si ella pudiera adquirir el rol de tablero comentó que es muy difícil lograrlo, pero que podría intentarlo.

Cuando se analizó la tarea de activación conductual, una de las actividades fue preguntar a su familia como se sentía y cuando la realizó había varios pensamientos que estaban estorbándole pensando en que si habla con su abuela ella va pensar que es una inútil porque no realiza actividades domésticas, pero ignoró ese pensamiento. Durante la actividad pensaba en “voy a intentar hacerlo a ver qué pasa”, al hacerlo se dio cuenta que no tienen tanto en común y que no hay tema para platicar, lo que la hizo sentir que había fracasado en ese momento, pero pensó en seguirlo intentando.

Sesión 7

Esta fue la última sesión de intervención la cual tuvo como objetivo fomentar en el cierre del tratamiento en un ambiente que fortalezca la capacidad de despedirse de personas significativas, inició con un ejercicio de mindfulness donde tuvo que imaginar alguna situación que le pudiera generar una recaída y que estrategias pudiera emplear para salir adelante. Se continuó repasando el proceso por el que pasó la paciente teniendo en cuenta las reacciones que tuvo respecto al fin del tratamiento y al final se redactó una carta de parte del paciente al terapeuta y viceversa donde se relató la experiencia de pasar por este proceso.

En el ejercicio de mindfulness comentó que ésta sería una cuando fallezca su abuelita, a pesar de no comparar la pérdida con las que ya pasó, pero podría si se llegar a sentir mal probablemente no terminaría la universidad ya que pierde la motivación, la salud y el trabajo. Abordando la pérdida de su pareja comentó que ahora ya lo siente más real, que ya sabe que él ya no está y que cree que no va a llegar a sentirse tan mal como en un principio. El tener una recaída para ella significaría tener un fracaso, porque ha hecho un gran esfuerzo por sentirse mejor y trabajó tanto que duda que suceda una recaída.

Se realizó un resumen de lo trabajado y aprendido sesión a sesión, se resaltó las características que le han permitido mejorar y otros aspectos debe de tener en cuenta cuando esté en un proceso de crisis o cuando se sienta mal, teniendo en claro la vida que quiere tener en un futuro y el camino que la llevará hacia eso. Finalmente se propuso la realización de una carta de despedida en la que platica cómo fue su experiencia y agradece por la atención recibida en este proceso.

Evaluación de la efectividad del tratamiento

Al terminar el tratamiento se logró observar que LM habla más de su experiencia y su sentir, también como hace la distinción entre lo que hace y cómo lo juzga entendiendo que no siempre todo lo que hace o siente es malo, pero que es su decisión saber cómo interpretarlo. Cuando habla de su pareja se escucha tranquila, consciente de su ausencia.

Al inicio del tratamiento se aplicó una línea base de 6 meses atrás del cuestionario AAQ-II del cual los puntajes fueron de 43, 37 y 50 y al finalizar el tratamiento el puntaje fue de 33. El puntaje IDC fue de 16 indicando que la paciente no presenta duelo complicado.

En el SCL-90 se observó una reducción en las sintomatologías de somatizaciones, obsesiones y ansiedad, manteniéndose el psicoticismo y apareciendo la hostilidad. En el INCAVISA mejoró el desempeño físico, pero las funciones cognitivas y el área de familia se mantienen en un nivel bajo. Se vieron también reducidas las áreas de tiempo libre, redes sociales y percepción corporal. Esto último pudo deberse a los cambios que ha implementado LM para acciones dirigidas a sus valores, dedicando más tiempo a lo productivo dejando un poco de lado las actividades de ocio. El perfil obtenido del test MOLDES se observó estable.

De acuerdo a lo referido por la paciente se encontró un nivel de mejoría aceptable, ya que el darle sentido y un plan a su vida, ha sido de las cosas que más le ha ayudado, así como aceptar que sentirse mal de vez en cuando es válido y no por eso tiene que luchar de forma constante con esos sentimientos. Por lo tanto se puede decir que el tratamiento cumplió con las metas establecidas, que si bien a nivel cuantitativo no se logran identificar diferencias notorias, a nivel cualitativo y bienestar de la paciente si se han observado.

Seguimiento

Se realizó el seguimiento a los 15 días y al mes de haber terminado el tratamiento, aplicando la prueba AAQ-II y los puntajes obtenidos de la evitación experiencial fueron 27 puntos en ambas evaluaciones, este fue el puntaje más bajo de todas.

Anexo B: Estudio de Caso CV

Identificación del paciente

Mujer de 20 años, ama de casa con preparatoria trunca. Nacida en el municipio de Aguascalientes, con residencia en una colonia en el centro del municipio Capital, casada y tiene un bebé de un año, vive con su esposo, se bebé, su suegra y su cuñada. La relación con su esposo es conflictiva, existen discusiones casi todos los días, con su cuñada y suegra tiene una mejor relación ellas la apoyan y ayudan en el cuidado del bebé y cuando necesita algo. No consume sustancias y mantiene una vida saludable. Practicante de religión católica.

Análisis del motivo de consulta

A través del Centro de Salud Mental Agua Clara se contactó al esposo, quien fue la persona que estaba en la lista de contactos, al comunicarle que era para apoyar a personas que habían perdido a un ser querido por suicidio él refiere que su esposa CV necesita apoyo y él agenda una cita para ella.

CV refirió que hace 10 meses perdió a su mamá por suicidio y que fue un evento que la ha afectado mucho, ya que era la única familia que tenía. El impacto de ella haberla encontrado muerta la hace temer de que en algún momento ella pueda hacer lo mismo, comentó que pensaba constantemente en ¿por qué lo hizo?, ¿yo no era tan importante para ella como para que pensar en mí la hubiera hecho desistir?. Mientras se escucha a la paciente se observa que evita expresar su tristeza, a pesar de que su voz está entrecortada y sus ojos estaban llorosos hizo lo posible por no llorar, cuando se le preguntó cómo se sentía respondió que bien mientras desviaba la mirada, jugaba con sus manos y tenía postura era encorvada al mismo tiempo que dijo que con el paso del tiempo se va a sentir mejor.

Historia del problema

En marzo del 2017 su madre se quita la vida cuando CV tenía 8 meses de embarazo, en ese tiempo ella vivía en ese momento con su mamá, la pareja de su madre y su esposo. Durante ese tiempo estaban teniendo conflictos por la falta de dinero y por qué la pareja de su mamá era violenta, pero su madre no permitía que CV interfiriera en su relación, lo que provocaba constantes discusiones. Ese día cuando llegó del trabajo encontró a su mamá

colgada en la recámara, ella se encontraba sola y no encontró el valor para tocarla y bajarla, se comunicó con la pareja de su madre y él la culpó por lo sucedido, ella lo único que hizo fue verla y llorar mientras se toca su barriga. Durante el funeral ella expresó que sentía era tristeza y lloraba, pero al mismo tiempo se sentía muy enojada por lo sucedido. Diez días después era el cumpleaños de su madre, ese día fue a visitarla al panteón momento que la hizo sentirse sola. Ella refirió que tuvo una relación muy apegada a su mamá, con quien podía platicar como con su hermana, sin embargo, la describió como una “mala madre” ya que fue una persona que le hizo mucho daño. Para enfrentar esta pérdida, lo primero que hizo fue mudarse a la casa de su suegra y no volver a ir al lugar donde la encontró muerta, evita hablar con los demás de cómo se siente para no sufrir, aunque constantemente todas las noches llega el recuerdo de ella y los pensamientos rumiantes de ¿por qué?.

Su madre fue madre soltera, durante su infancia vivía en casa de su bisabuela, cuando ella tenía 7 años su bisabuela, quien era una de sus figuras maternas, falleció. La forma en la que enfrentó dicha pérdida fue cambiándose de casa y platicando de los momentos agradables que tuvo con ella, esa fue su primera experiencia de pérdida.

En sus redes de apoyo refirió a su media hermana, la única con quien puede platicar de cómo se siente sin ser juzgada y que está siempre disponible cuando ella la necesita. La otra persona de apoyo es su esposo, quien está dispuesto a apoyarla, sin embargo, estaban pasando por un momento de crisis, donde hay muy poca comunicación y muchas peleas.

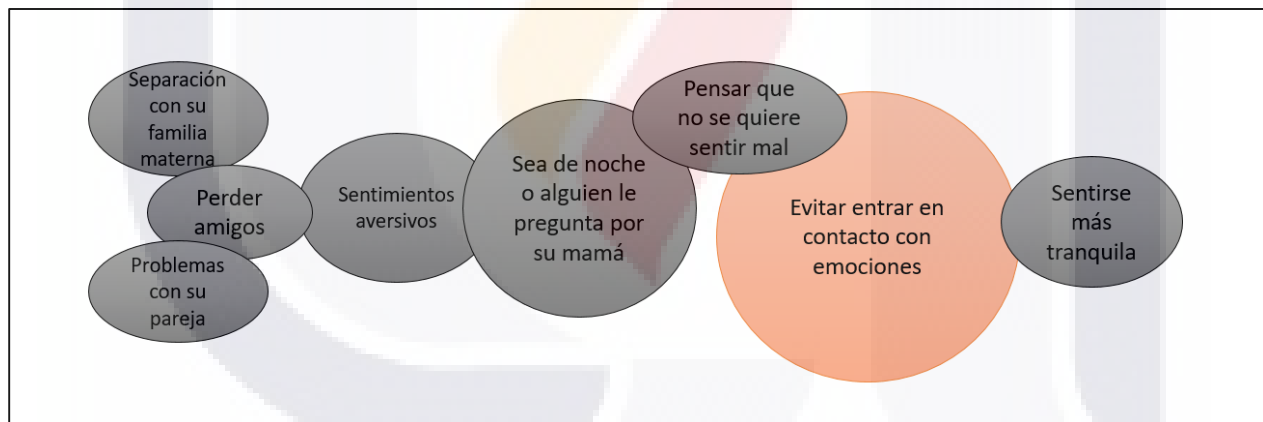
Las estrategias que ha implementado para enfrentar sus pérdidas son de estilo evitativo, pues se aleja físicamente de los lugares que le traen recuerdos de las personas que perdió, hace lo posible por no hablar de cómo se siente al respecto y cuando está teniendo algún sentimiento que le incomoda y no lo puede cambiar, controla la expresión de dicho sentimiento como no llorar, evitar entrar en contacto con otros en ese momento y trata de razonar o justificar como se siente. También se reconoció que la paciente no ha recibido ayuda profesional de ningún tipo para la atención de su proceso de duelo.

Análisis y descripción de las conductas problema

La conducta problema identificada fue la estrategia de evitación que CV generó para no sufrir cuando tiene sentimientos que le causan malestar como la tristeza, especialmente

cuando están relacionados a la muerte de su madre. Esta estrategia la implementa sin importar si está sola o acompañada, piensa en que no quiere sentirse mal. Los aspectos que la hicieron estar más vulnerable fueron que se alejó de su familia materna, solamente tiene como apoyo a su hermana, su relación de pareja está en crisis y hay constantes discusiones, además que se alejó de sus amigos. Esta estrategia se presenta principalmente en las noches que es cuando comienza a rumiar sobre el suceso. El evento desencadenante es cuando alguien le recuerda a su mamá y le pregunta cómo se siente, ya que empieza el pensamiento de ¿por qué?. Sus vulnerabilidades las maneja manteniendo distancia con su familia e interactuar lo menos posible con ellos, con su pareja trata de hablar lo menos posible con el, dejarle de hablar y no atenderlo, con sus amigos no responde a las invitaciones a salir. Las consecuencias que tiene al implementar la estrategia es sentirse más tranquila. Este análisis puede verse en la siguiente figura (ver figura 12).

Figura 12. Análisis en cadena de la conducta evitativa de CV



Establecimiento de las metas del tratamiento

De acuerdo con el análisis realizado, la meta que se propuso fue lograr una mayor flexibilidad psicológica, donde la paciente acepte la pérdida de su madre, que los pensamientos ruminantes y la búsqueda de una explicación se vean disminuidos, para que ella pueda estar en contacto con su momento presente. Que reconozca y sea capaz de aceptar sus emociones en especial las negativas como la tristeza, observándolas como parte normal de la

vida, otorgarle un sentido y una mejor de vida, para que el pensamiento de poder llegar a suicidarse ella también se vea erradicado.

Estas metas fueron abordadas con CV, donde se explicó que el objetivo era que el sufrimiento que le ha causado perder a su mamá sea menor, que le permita disfrutar su vida actual sin buscar constantemente una explicación al suceso. Considerando como beneficio directo el bienestar y como indirecto atender las problemáticas actuales. Se abordó qué situaciones pudieran provocar que no terminara el tratamiento proponiendo opciones para que eso no sucediera.

Estudio de los objetivos terapéuticos

La conducta objeto a tratar es la evitación, se pretende que entre en contacto con sus emociones, en los contextos donde se desenvuelve actualmente. Para que en una situación pueda reconocer su sentir, aceptarlo y actuar conforme a la situación, sin emitir juicios. Para identificar si se cumplieron los objetivos se retomarán los criterios de logro propuestos en la tabla 5.

Selección del tratamiento

De acuerdo a lo abordado en las sesiones anteriores se destaca la presencia de un duelo complicado, pues aceptar y adaptarse a la pérdida de su madre ha sido un proceso complicado que le ha traído consecuencias desfavorables en sus interacciones actuales, se observa el estilo evitativo en situaciones que le causan sentimientos que le incomodan, además que se conoció que no ha recibido atención profesional de ningún tipo para superar esta pérdida. Todo esto nos indica que la paciente puede recibir la intervención.

Reconociendo que ACT trabaja con la evitación experiencial, considerando al sufrimiento como parte normal de un ser humano y que ha mostrado evidencia de su efectividad para la atención de duelo complicado al lograr aceptar la pérdida y dirigir la vida a una que sea valiosa y significativa para el paciente, logrando comprometerse con esto último y su bienestar, se optó por utilizar esta intervención para abordar el caso.

Además de que este tratamiento apunta a ser el más adecuado, se destaca que el terapeuta tiene capacitación y experiencia en su aplicación con los autores del protocolo

creado para la atención de duelo complicado, el cual tiene un menor coste económico y de tiempo al tener sesiones breves para lograr estos objetivos, sin dejar de lado las necesidades del paciente.

Selección y aplicación de las técnicas de evaluación y análisis de los resultados obtenidos

Como estrategias de evaluación como ya se mencionó en el capítulo anterior se emplearon instrumentos psicométricos (AAQ-II, IDC; INCAVISA, SCL-90 y MOLDES) y una entrevista semi-estructurada para conocer la experiencia de pérdida y el impacto que tuvo en su vida.

La entrevista permitió conocer cómo fue para la paciente experimentar la muerte de su madre, en especial el haber sido ella quien la encontró y que a los 10 días de haber muerto fuera su cumpleaños. Ha sido triste no tener figuras maternas a su lado, que estuvieran con ella en esta etapa de la maternidad, se observa un sentimiento de soledad que aunque tenga una familia no ha sido un apoyo suficiente, esto le provoca un gran nivel de sufrimiento. Tener una media hermana ha sido gratificante, pues es la única persona con la que puede hablar sin problemas de como se siente, aunque no lo hace frecuentemente. Actualmente está pasando por una crisis matrimonial que también le está afectando, sin embargo evita hablar al respecto.

De las pruebas aplicadas en el AAQ-II presentó un puntaje de 49 lo que indica que tiene un nivel alto de evitación experiencial, el cual ha sido corroborado con el perfil MOLDES el cual muestra que la evitación se encuentra en un nivel muy alto (más de 90 PT), junto con atribución externa, evaluación selectiva negativa, afrontamiento borroso, focalización en la carencia, disociación emocional y desplazamiento emocional. En el IDC el puntaje obtenido fue de 37 lo que muestra una complicación en su proceso de duelo.

Respecto al SCL-90 en todas las áreas presenta un puntaje T mayor a 65 lo que indica que se encuentran en riesgo de la presencia de patologías. En el INCAVISA cuatro de las 12 áreas muestran puntuaciones bajas: desempeño físico, percepción corporal, vida cotidiana y familia, áreas que confirman lo mencionado en la entrevista, las inconformidades a las que se ha enfrentado a partir de la muerte de su madre.

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

Teniendo en cuenta estos resultados se puede observar la presencia de duelo complicado y las dificultades que esto ha tenido en su vida actual para ella y los que la rodean, así como el cambio de contexto ha influido en su malestar; considerando su tendencia a evitar entrar en contacto con sus emociones. Resultados que permiten considerar a CV como candidata para realizar una intervención desde ACT.

Aplicación de los tratamientos

Sesión 1

Esta sesión tuvo el objetivo de generar una desesperanza creativa y generar compromiso, con una duración de 50 minutos. Se inició con un ejercicio de mindfulness para observar el flujo de la respiración, se continuó con un ejercicio que indicaba reconocer las áreas que se vieron impactadas a partir de la muerte de su ser querido, identificar que estrategias se emplearon, que tan eficaces fueron y que costos tuvieron; a continuación se presenta una metáfora llamada “el hombre en el hoyo” y se establece el contrato terapéutico.

Durante el ejercicio de mindfulness, comentó que le costó trabajo porque era algo que nunca había hecho, le pareció muy difícil concentrarse en su respiración y los pensamientos que le impedía hacer el ejercicio era imaginar como la terapeuta la estaba viendo mientras ella está con los ojos cerrados, era algo que le parecía muy incómodo.

Las áreas que se vieron afectadas por la muerte de su madre, han impactado en la búsqueda de una explicación, su carácter se vio modificado por lo regular explota muy rápido, busca la perfección y orden, llega el pensamiento si ella puede llegar a quitarse la vida y hubo un cambio en la relación de pareja. Las estrategias que implementaba para responder al impacto fueron distraerse, quedarse sola, hacer ella las cosas, pelar o quedarse callada y también imaginarse en esa situación. La eficacia a corto plazo están entre 0 y 5 y a largo plazo está entre 0 y 2. Los costos a los que ha enfrentado son tardar en conciliar el sueño, restarle atención a su bebé, sentimiento de remordimiento, fastidio y tristeza, discusiones con su suegra y tener dudas del amor. Se reflexionó sobre las estrategias implementadas a largo plazo no funcionan y tienen mayores costos, que a ella le están causando un mayor sufrimiento.

En la metáfora del hombre en el hoyo, ella reflexionó que debería de dejar hundirse en sus problemas porque estaba en un hoyo, porque lo que ha estado tratando de hacer no le funcionó y se siente en un hoyo más grande y profundo. Ante esta reflexión CV comentó que ahora ve que tiene mucho en que trabajar y no se siente capaz de hacerlo, que probablemente no lo va a lograr, pero está de acuerdo en querer cambiar y hacer cosas diferentes.

Sesión 2

Tuvo como objetivo mostrar como alternativa a la manera en que ha lidiado con sus eventos privados radica en la disposición y aceptación, con una duración de 51 minutos, se inició con un ejercicio de mindfulness donde se reconoce como se lidia con los pensamientos normalmente, después se trabajó con el material para reconocer que barreras le impiden enfrentar las áreas afectadas por la muerte de su ser querido; se continuó con el ejercicio del genio el cual busca que se pidan tres deseos con algunas condiciones, posteriormente se propone la aceptación como alternativa y al final se dejó una práctica para la semana de mindfulness.

En el ejercicio de mindfulness reportó que esta vez ya no le fue complicado concentrarse hasta tuvo la ganancia de la relajación, los pensamientos que llegaban a ella si los observaba y los dejaba pasar. Cuando observó sus sensaciones notó los latidos de su corazón, siendo algo que antes no había notado.

Se revisó las áreas que se vieron afectadas a partir de la muerte de su madre y se obtuvieron las siguientes:

Pareja: a partir de la pérdida de su mamá la relación con su pareja se ha visto afectada, teniendo discusiones más frecuentes, es como si ella le tuviera coraje a él porque cree que él piensa que se ha quedado sola. Consideró que la habilidad para responder a esto es de un 7 porque no siempre enfrenta la situación teniendo como barreras su poca tolerancia hacia su pareja y el pensamiento en desquitarse después.

Maternidad: el impacto que siente es no sentir apoyo en esta etapa, ya que ella esperaba que su mamá fuera quien estuviera con ella ayudándola y aconsejándola. Sa habilidad que tiene para responder a esta área en un 8, porque hay apoyo de otras personas y

ella ha ido aprendiendo, las barreras que están presentes es añoranza de su mamá porque quería que lo conociera y lo cuidara.

Personal: ha tenido un descuido es su arreglo personal, cuidaba su alimentación y su carácter se ha visto alterado. La habilidad que tiene para responder a su descuido es de un 9 pues se considera capaz de hacerlo nuevamente pero las barreras a las que se enfrenta es a un mal estado de ánimo, un desinterés y el no sentirse deseada. Para responder al carácter modificado su habilidad es 0 ya que se siente incapaz de poder controlarse encontrando como barrera que no hay algo que la logre tranquilizar.

En el ejercicio de los deseos pedidos al el genio fueron los siguientes: tener una familia unida y amorosa, ser una persona más tolerante y cambiar su actitud y ser capaz de disfrutar cada momento presente sin agobiarse por el futuro. Reflexionando sobre sus deseos logró darse cuenta que esto es un sentido de vida futura sobre la cual si puede trabajar.

Sesión 3

Esta sesión tuvo como objetivo disminuir la conexión literal que tiene con los contenidos de su mente, buscando principalmente alterar la función del pensamiento, tuvo una duración de 42 minutos a través de cuatro aspectos, primero se realizó el ejercicio de mindfulness con la experiencia sobre el recuerdo del fallecido, segundo se aplicó el ejercicio de pastel de chocolate para demostrar la naturaleza arbitraria de los eventos privados, tercero metáfora del experto en arte para tener una opinión propia a partir de lo observado, cuarto se dejó como práctica semanal registrar lo dicho por el experto.

En el ejercicio de mindfulness cuando se le pregunta cómo se siente menciona bien mientras que su lenguaje corporal indicaba que contenía el llanto. Comentó que los recuerdos que le llegaron fueron sobre cuando le dijo que estaba embarazada, que era niño y sobre todo la abordaron muchas preguntas de porqué lo hizo, en especial porque el día anterior de la sesión fue cumpleaños de su mamá. Esto la ha hecho sentir triste y tranquila, lo primero porque no conoció a su bebé y no lo vio crecer, pero se siente tranquila porque sabe que ya no está sufriendo (empieza a llorar). Comentó que lo que más le afectaba era rumiar en que ella no era suficiente razón para quedarse y que si su pareja valia más y por eso lo hizo, estos pensamientos le afectaban todas las noches.

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

Buscó en internet la noticia del suicidio de su mamá, cuando la encontró fue algo que la inquietó mucho, pensando en porque no se dio el valor en el momento que la encontró para poder bajarla pero sabía que era miedo a tocarla a pesar de que quería abrazarla por última vez y no hizo.

Al realizar el ejercicio de “pastel de chocolate” ella comenta que lo logró pensando en otras cosas, al discutirlo comprende la parte de que muchos pensamientos son difíciles de evitarlos y el esfuerzo que implica luchar con sus pensamientos, por lo que la estrategia que implementa es dejar que esté el pensamiento y dejar que se vaya por sí solo. En la metáfora del experto en arte comenta que no siempre se deja llevar por lo que le dice el experto, al preguntarle una situación en la que le haya hecho caso a la mente no identificaba situaciones, hasta el momento que se le introducen unos ejemplos ella comentó que entonces casi un 50% le hace caso al experto, entendiendo la diferencia entre el observador y la mente.

Sesión 4

En esta sesión se pretendió cubrir el objetivo de que CV lograra plantearse valores en función de lo que desea y no en función de lo que quiere evitar. Esta sesión tuvo una duración de una hora un minuto con cuatro aspectos a tratar, inició con un ejercicio de mindfulness visualizando los valores perdidos a partir de su pérdida, continuó con la metáfora del profesor del aula, después se trabajó con el material para identificar los valores, se dejó de tarea que completara el material del significado de los valores.

En el ejercicio de mindfulness recordó situaciones de cuando estaba pequeña, la casa de su abuela, el árbol de navidad, a su mamá cuando le platicó como se enteró que estaba embarazada, cosa que le causa alegría. Lo que perdió cuando su mamá murió fue a su familia, ya que estuvieron presentes al principio de la pérdida pero después se alejaron de ella, su relación es mínima y cuando piensa en ello le provoca enojo.

El ejercicio de mindfulness la hizo recordar un sueño que tuvo con su mamá, en el que decidía preguntarle a ella todas las dudas que tenía ella y su hermana respecto a su decisión y a su comportamiento. Al preguntarle cómo se siente, ella refirió que es como si su mamá en sus sueños solo viviera y empieza a llorar, comentando que lo único que quiere es tratar de traérsela a su hermana y decirle aquí está. Se le cuestionó que tanto expresaba su

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

sentir y lloraba, respondió que no mucho que no le gusta que la vean llorar y por ellos trata de controlarse para no hacerlo, pero para ella es cansado y necesita un momento de paz. Al preguntarle cómo se siente, respondió que en esta ocasión no sabe ya que siempre responde bien pero ahora no pudo identificar como se sentía.

En la metáfora del “profesor del aula” identificó como aspectos importantes de su vida a su bebé y su hermana. Al trabajar sobre la identificación de valores para su vida, las áreas que identificó como importantes fueron : Pareja en la cual pretendió trabajar en el respeto, el amor ser más tolerante y comprensiva; familiar trabajando en ser amable y llegar a ser un ejemplo para su hermana; relaciones sociales intentando ser amable, dándose tiempo para salir con ellos; educación logrando terminar la preparatoria y seguir preparándose, trabajar en seguirse superando; espiritualidad pretende acercarse más a dios, conocer a su papá y estar con alguien que la haga sentirse satisfecha; salud trabajar en su salud, cuidarse más; maternidad dirigido a ser una mejor madre cada día, que trate a su hijo con paciencia que la vea como una persona valiente y guerrera.

Sesión 5

Esta sesión tuvo el objetivo que CV comprendiera qué es un compromiso y lo que éste implica, para prevenir que, cuando obtenga un resultado no deseado o falle en cumplir sus actividades, abandone su compromiso. Esta sesión tuvo una duración de una hora 10 minutos. El ejercicio inicial fue mindfulness el lector de mentes, seguido de la revisión de la tarea del significado de los valores, después se trabajó con la metáfora del invitado grosero, para después definir las primeras acciones dirigidas a sus valores que tuvo que llevar a cabo en el resto de la semana.

En el ejercicio de mindfulness, pudo realizarlo y su mundo ideal estaba enfocado en el ideal de tener su hogar y poder atender a su familia, se imaginó que escuchaba los pensamientos de un exnovio se imaginaba que le hablaba con el apodo que le decía, consideró que fue la primera persona que se imaginó porque es una persona a la que todavía quiere y le gustaba cómo se sentía cuando estaba con él, al compararlo con su realidad se sentía insatisfecha pero también pensaba en la violencia que vivía con esa persona, persona que su madre no aceptaba.

Revisando los valores más importantes para ella fueron el trabajo y maternidad, seguido de pareja, relaciones sociales y espiritualidad, en tercer lugar se encuentra las relaciones familiares y salud, finalmente están la educación y ocio. Vivir una vida conforme a sus valores representa satisfacción, armonía, libertad y el no hacerlo significaría para ella no ser feliz, estar insatisfecha e inconforme consigo misma. Las emociones y los pensamientos que pudieran provocar que no viviera conforme esos valores sería pensar en el que ya no la quieren, que alguien más le diga que no puede o no debe, tener miedo y sentirse poco apoyada.

En la metáfora del “invitado grosero” reflexionó que el estar pensando constantemente no la permite disfrutar del momento, es algo que le sucede muy seguido. Se le preguntó con quien tiene el compromiso de vida responde que tiene que encontrarle sentido a lo que quiere, y le cuesta trabajo no hacerle caso a las opiniones de los demás. En la activación conductual eligió realizar pequeñas actividades relacionadas con su pareja, con su hijo, con su trabajo y con sus amigos.

Sesión 6

La sesión tuvo como objetivo que la paciente esté en contexto con las experiencias de duelo distanciada de lo que dice su mente y actuando en relación a sus valores, con una duración de una hora, al inicio se implementó un ejercicio de mindfulness para fomentar la experiencia de observador, siguió la metáfora del ajedrez que pretendió hacer conciencia de que es un facilitador para que pueda experimentar situaciones buenas o malas, después se realizó el ejercicio de qué decía su mente cuando realizó las actividades enfocadas a sus valores para que detecte cómo la mente en muchas ocasiones es un obstáculo para tener la vida que desea y para finalizar se dejó un ejercicio para que realizara actividades en la semana también dirigidas a sus valores.

Ejercicio de mindfulness al intentar recordar una experiencia de su infancia le costó trabajo, recordar los detalles en situaciones en las cuales ya había pasado tiempo se le dificultó más observar detalles. Todas las situaciones que recordó estaban relacionadas a momentos agradables.

Al trabajar sobre la metáfora del “ajedrez” al principio no logró identificar otro rol que no fueran las piezas de ajedrez, logró identificar que el tablero y la vida tienen experiencias buenas y malas. Se observó la dificultad de la paciente por entender el yo-como-contexto pues se identifica como una persona que puede adquirir todos los roles. Al ejemplificar la situación comentó que adquirir el rol de tablero es difícil, ya que es más sencillo dejarse llevar por las experiencias vividas.

Se analizó la tarea de activación conductual la cual fue preguntarle a su pareja como se sentía y que era lo que necesitaba, antes de hacerlo pensaba en que lo intentará aunque no le naciera, pensando en lo voy a intentar para cumplir con la tarea, durante la actividad empezaron pensamientos en los que se decía “ya me sé lo que me va a platicar, no me interesa”, después de que lo realizó se sintió bien porque vio el interés de él por querer seguir platicando, quería darle un beso pero no lo hizo. Tuvo una respuesta favorable sin embargo las discusiones que tenían provocaron que ella ya no intentara volver a hacerlo.

Al finalizar la sesión se observó que CV tiene una actitud diferente, se le preguntó que le sucedía y al principio decía que no sucedía nada pero al confrontarla respondió que tuvo una semana muy complicada ya que tuvo una discusión fuerte con su pareja, acusándola de desquitarse con él por haber perdido a su mamá, situación que la hizo sentirse muy mal que la llevó a planear quitarse la vida, al haber conocido esta situación se generó el compromiso de no intentarlo por una semana y se creó un plan de contingencia en caso de crisis, tenía que comunicarse en el instante que estuviera pensando suicidarse.

Sesión 7

Esta fue la última sesión de intervención la cual tuvo como objetivo fomentar en el cierre del tratamiento en un ambiente que fortalezca la capacidad de despedirse de personas significativas, inició con un ejercicio de mindfulness donde tuvo que imaginar alguna situación que le pudiera generar una recaída y que estrategias pudiera emplear para salir adelante. Se continuó repasando el proceso por el que pasó la paciente teniendo en cuenta las reacciones que tuvo respecto al fin del tratamiento y al final se redactó una carta de parte del paciente al terapeuta y viceversa donde se relató la experiencia de pasar por este proceso.

Ejercicio mindfulness comentó que no logró imaginar un escenario de recaída, únicamente tuvo un recuerdo de cuando estaba en el velatorio de su mamá. Consideró que es muy poco probable que llegue a tener el sentimiento que tenía al principio, solo sería si le llegara a faltar otro ser querido.

Revisando la tarea de activación conductual refirió que le causó mucha alegría los resultados, ya que logró identificar la diferencia entre lo que dice la mente y lo que ella observaba, pues las dificultades que la mente le refirió no sucedieron, al contrario las consecuencias de sus actos le permitió tener una semana agradable y sin discusiones, al intentar comunicarse de forma diferente.

Se realizó un resumen de lo trabajado y aprendido sesión a sesión, resaltando las características que le han permitido mejorar y que otros aspectos debe de tener en cuenta cuando esté en un proceso de crisis o cuando se sienta mal, teniendo en claro la vida que quiere tener en un futuro, considerando que siempre van a existir experiencias buenas y malas, pero que no tendría por qué enfocarse solo en una de ellas, debería de tener claro el camino que la llevará hacia eso. Finalmente se propone la realización de una carta de despedida en la que platica cómo fue su experiencia de este proceso.

Evaluación de la efectividad del tratamiento

Al terminar la intervención se observó que CV está más abierta a las experiencias positivas y negativas, hablando más de cómo se siente, aceptando la pérdida de su madre y disminuyendo la frecuencia y la intensidad de los pensamientos rumiantes de búsqueda de una explicación. Cuando piensa en ella ya se siente menos triste, ahora se enfoca en los recuerdos positivos.

En el inicio del tratamiento se aplicó una línea base retrospectiva a 6 meses del AAQ-II donde las puntuaciones fueron 40, 40 y 45 y al finalizar el tratamiento el puntaje fue de 39 puntos, el puntaje del IDC muestra una reducción en su puntaje a 25, lo que indica que la paciente se encuentra en el límite para duelo complicado.

El perfil MOLDES mostró que la evitación sigue en un nivel muy alto, sin embargo la evaluación selectiva negativa y desplazamiento emocional se vieron reducidas. En el

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

INCAVISA se observó que el desempeño físico mejoró, sin embargo disminuyó la función cognitiva lo que indica que hay dificultades de memoria y concentración, disminuye el puntaje de tiempo libre. Se mantienen las dificultades en percepción corporal, vida cotidiana y familia. En el SCL-90 se reporta que se redujo considerablemente la somatización y la ansiedad, en menor proporción se redujo depresión, hostilidad, ideación paranoide y las demás áreas se mantuvieron en puntaje.

A pesar de ver disminución en algunas de las áreas de los instrumentos aplicados, se observó que el nivel de evitación se mantiene presente y que algunas áreas en calidad de vida se vieron disminuidas, esto puede deberse a la situación que llevó a una planeación suicida a CV, que la provocó que estuviera vulnerable emocionalmente. Sin embargo se aprecia una adaptación a la pérdida de su madre, lo que indica que la meta fue cubierta.

Seguimiento

Se realizó el seguimiento a los 15 días y al mes de haber terminado el tratamiento, aplicando la prueba AAQ-II y los puntajes obtenidos de la evitación experiencial.