



UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN NICOLÁS DE HIDALGO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

**Efecto de la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) en el
Duelo Complicado de personas que perdieron a un familiar por
COVID-19**

TESIS PRESENTADA POR

Itzel Paulina Izquierdo López

PARA LA OBTENCIÓN DEL GRADO DE

Maestra en Psicología

Directora:

Dra. Mónica Fulgencio Juárez

Co-directora:

Dra. Morelia Erandeni Gil Díaz

Lectores:

Dr. Roberto Oropeza Tena

Dra. Victoria González Ramírez

Mtra. Amaranta Yadira Gómez Rodríguez

Morelia, Michoacán septiembre de 2024

A mi abuelita y abuelo

*Porque aun cuando ya son muchos años sin ellos,
en cada logro siempre están presentes.*

A mi madre

*Por las motivaciones diarias y creer en todo
lo que puedo lograr, por su amor incondicional.*

A Mish

Por su amor cada día y por caminar juntos en esta travesía llamada vida.

Agradecimientos

A la Dra. Mónica Fulgencio Juárez por guiarme desde el inicio con sus conocimientos y por alentarme a creer en lo que puedo ser capaz de realizar.

A la Dra. Morelia Gil Díaz por su valiosa guía, asesorías y retroalimentación constante durante este proyecto.

Al Dr. Roberto Oropeza Tena infinitas gracias, porque desde el inicio de este camino me ha guiado cada semana, por brindarme motivación para seguir y confiar en mi como estudiante.

A la Dra. Victoria González Ramírez por sus atinadas sugerencias, su amabilidad y calidez.

A la Mtra. Amaranta Yadira Gómez Rodríguez por su invaluable revisión, retroalimentación y entusiasmo al aceptar formar parte de mis lectoras.

A las mujeres que participaron en este proyecto, porque sin ellas y sus historias no hubiese sido posible, por compartirme un momento tan doloroso en su vida y aceptar formar parte de un pequeño momento de sus vidas.

A mis chicos del club de tesis y las pláticas entre descansos del pomodoro, por ser una parte importante de la maestría.

A Pau porque a pesar de la distancia, el cariño y las palabras de aliento nunca faltan.

Al Centro de Intervención e Investigación Psicológica (CIIP) de la Facultad de Psicología de la UMSNH, por permitirme realizar la aplicación de mi intervención en sus instalaciones.

Y finalmente, a mi familia porque cada uno a formado parte de esto a su manera.

Índice

Glosario de abreviaturas	8
Índice de tablas	9
Índice de figuras	9
Resumen.....	10
Abstract.....	11
Introducción.....	12
1. Conceptualización del duelo, sus tipos y modelos explicativos.....	15
1.1. Definición de duelo	15
1.2 Duelo normal o adecuado.....	16
1.3 Duelo complicado	18
1.4 Clasificación clínica del duelo	19
1.5 Diagnóstico.....	20
1.6 Teoría del estrés propuesta por Mardi Horowitz	21
1.7 El duelo desde la perspectiva psicoanalítica	21
1.8 Modelo de las cuatro tareas de Worden	22
1.9 Modelo DABDA de Elizabeth Kübler-Ross	23
1.10 Modelo de proceso dual de Margaret Stroebe, Henk Schut y Kathrin Boerner ..	23
2. Intervenciones para duelo complicado desde otros enfoques y contextos.....	25
2.1 Intervenciones basadas en la terapia cognitivo conductual para DC.....	25
2.2 Terapia familiar	26
2.3 Acompañamiento desde enfermería.....	26
2.4 Acompañamiento desde el trabajo social	27
2.5 Tratamiento farmacológico	27

2.6 Atención desde la telepsicología como contexto	27
2.7 Tratamiento del duelo complicado	28
3. Terapias de tercera generación	30
3.1 El contextualismo funcional	30
3.2 Teoría de los marcos relacionales	30
3.3 Modelo transdiagnóstico y trastorno de evitación experiencial	31
3.4 Tipos de terapias de tercera generación	33
3.4.1 <i>Terapia dialéctico conductual</i>	33
3.4.2 <i>Terapia integral de pareja</i>	33
3.4.3 <i>Activación conductual</i>	33
3.4.4 <i>Psicoterapia analítico funcional</i>	34
3.4.5 <i>Terapia de aceptación y compromiso</i>	34
3.5 Inflexibilidad psicológica	35
3.6 Flexibilidad psicológica	36
3.7 Procesos de la terapia de aceptación y compromiso.....	37
3.7.1 <i>Aceptación</i>	37
3.7.2 <i>Defusión cognitiva</i>	37
3.7.3 <i>Orientación hacia valores</i>	38
3.7.4 <i>El yo como contexto</i>	38
3.7.5 <i>Acción comprometida</i>	38
3.7.6 <i>Conectar con el momento presente</i>	39
3.8 Intervenciones desde las TTG para duelo complicado	40
4. Planteamiento del problema	43
4.1 Justificación	43
4.1.2 <i>Duelo en el contexto de pandemia por COVID-19</i>	44

4.1.3 <i>Intervenciones para DC y su efectividad</i>	45
4.1.4 <i>Evidencia de TTG para DC</i>	46
4.2 Hipótesis.....	47
4.3 Objetivo general.....	48
4.4 Objetivos específicos.....	48
5. Método.....	49
5.1 Participantes.....	49
5.1.2 <i>Criterios de inclusión</i>	49
5.1.3 <i>Criterios de exclusión</i>	50
5.1.4 <i>Criterios de eliminación</i>	50
5.2 Diseño.....	50
5.3 Instrumentos.....	50
5.4 Procedimiento.....	51
5.4.1 <i>Elaboración y jueceo de IACT-DC</i>	51
5.4.2 <i>Fase de Piloteo</i>	53
5.4.3 <i>Descripción de las sesiones</i>	54
5.5 Consideraciones éticas.....	57
5.6 Análisis de datos.....	57
6. Resultados.....	58
6.1 Resultados por participante.....	58
7. Discusión.....	92
7.1 Limitaciones y sugerencias.....	97
7.2 Conclusiones.....	98
Referencias.....	99
Apéndices.....	118

Apéndice A. Cartel de difusión	118
Apéndice B. Inventario de Duelo Complicado	119
Apéndice C. Cuestionario Trastorno de Duelo Prolongado	120
Apéndice D. Cuestionario de Aceptación y Acción II	124
Apéndice E. Cuestionario de Fusión Cognitiva.....	125
Apéndice F. Consentimiento Informado.....	126

Glosario de abreviaturas

Concepto	Abreviatura
Acceptance and Commitment Therapy	ACT
American Psychological Association	APA
Complicated Grief Treatment	CGT
Conductas Clínicamente Relevantes	CCR
Cuestionario de Aceptación y Acción-II	AAQ-II
Cuestionario de Fusión Cognitiva	CFQ
Cuestionario para Trastorno de Duelo Prolongado	PG-13
Clasificación Internacional de las Enfermedades	CIE
Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders	DSM
Duelo Complicado	DC
Duelo Prolongado	DP
Enfermedad por Coronavirus	COVID
Intervención basada en Terapia de Aceptación y Compromiso para Duelo Complicado	IACT-DC
Inventario de Duelo Complicado	IDC
Organización Mundial de Salud	OMS
Psicoterapia Analítica Funcional	FAP
Teoría de los Marcos Relacionales	TMR
Terapia Cognitivo Conductual	TCC
Terapias de Tercera Generación	TTG
Trastorno de Duelo Prolongado	TDP
Trastorno de Evitación Experiencial	TEE
Trastorno Límite de la Personalidad	TLP

Índice de tablas

Número de tabla	Descripción	Página
1	Características de las participantes en la fase de pilotaje	49
2	Cambios realizados a la propuesta de intervención IACT-DC	60
3	Descripciones de sesiones de IACT-DC	54
4	Puntuaciones de la participante 1 en fase de pilotaje	59
5	Puntuaciones de la participante 2 en fase de pilotaje	68
6	Puntuaciones de la participante 3 en fase de pilotaje	76
7	Puntuaciones de la participante 4 en fase de pilotaje	84

Índice de figuras

Número de figura	Descripción	Página
1	Hexaflex	39
2	Análisis visual de puntuaciones de la participante 1	60
3	Análisis visual de puntuaciones de la participante 2	69
4	Análisis visual de puntuaciones de la participante 3	77
5	Análisis visual de puntuaciones de la participante 4	85

Resumen

El duelo es un proceso presente durante la vida de cualquier persona, ya que se da por la pérdida significativa de alguien o de algo, por lo que resulta inevitable pasar por él. El duelo complicado se caracteriza por síntomas intensos que pueden incluir pensamientos suicidas y la completa desvinculación de actividades laborales, escolares o sociales. En este sentido, el objetivo de esta investigación fue evaluar el efecto de la Terapia de Aceptación y Compromiso para duelo complicado en casos de fallecimiento por COVID-19. Se utilizó un diseño experimental de N pequeña y un modelo ABA. La intervención consistió de 11 sesiones con seguimiento a un mes, pilotado con cuatro participantes que presentaron duelo complicado. Los resultados pre y post indican que la ACT puede ser adecuada para reducir los síntomas asociados a duelo complicado incluyendo la evitación experiencial y fusión cognitiva. Se subraya la necesidad de más estudios experimentales para estandarizar la IACT-DC en la práctica clínica.

Palabras clave: intervención, fusión cognitiva, evitación experiencial, pérdida, experimental.

Abstract

Grief is a process experienced by everyone at some point in life due to the significant loss of someone or something, making it inevitable to go through. Complicated grief is characterized by intense symptoms that may include suicidal thoughts and complete disengagement from work, school, or social activities. This research aimed to evaluate the effect of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) for Complicated Grief in cases of COVID-19 related deaths. An experimental design with a small N and an ABA model was used. The intervention experiencing complicated grief. Pre- and post-results indicate that ACT may be suitable for reducing symptoms associated with complicated grief, including experiential avoidance and cognitive fusion. The need for more experimental studies to standardize IACT-DC in clinical practice is emphasized.

Keywords: intervention, cognitive fusion, experiential avoidance, loss, experimental.

Introducción

La Organización Mundial de la Salud (OMS) el 30 de enero de 2020 declaró el brote de salud causado por COVID-19 como una emergencia de salud pública y de importancia internacional. La pandemia comenzó a ser una amenaza principalmente para la salud física, pero también para la salud mental. Se iniciaron medidas de cuarentena domiciliar, aislamiento hospitalario, distanciamiento social, discontinuidad en servicios de salud, reducción de aforos y recomendaciones de acuerdo con el nivel de riesgo epidémico.

En este sentido, la pandemia impactó de diferentes maneras, principalmente en el aislamiento físico y social, así como la interrupción de rutinas diarias, estrés económico, inseguridad alimentaria y muchos otros desencadenantes de estrés e incertidumbre (Esterwood & Atezaz, 2020).

Debido a las medidas preventivas, ya no había autorización para reunirse con sus familiares que se encontraban hospitalizados por COVID-19 u otras enfermedades y no podían dar el último adiós a sus seres queridos (Ingravallo, 2020).

Las implicaciones del distanciamiento social no solo perjudicaron a las familias afectadas por COVID-19, sino también a las personas cuyos familiares murieron por otras enfermedades. En este mismo sentido, lo fueron las restricciones establecidas para la reducción de contagios, como lo era la prohibición de rituales funerarios. Debido a las diversas pérdidas sufridas por las personas durante la pandemia, el proceso de duelo se ha convertido en un aspecto importante a superar y debe ser considerado seriamente para la atención psicológica (Diolaiuti et al., 2021).

La evidencia ha demostrado que los rituales de duelo que se realizan después de la pérdida de un ser querido ayudan a mitigar el dolor y a incrementar los sentimientos de control, no solo en quienes creen en su efectividad, sino también en aquellos que no lo hacen (Norton & Gino, 2014). Por lo tanto, las restricciones impuestas por el gobierno respecto a evitar este tipo de reuniones generaron un impacto estresante para las familias.

Vivenciar una separación traumática, que implicaba no poder ver ni escuchar a la persona tras su internamiento, recibir pocas actualizaciones sobre su estado de salud y

enfrentarse a la posibilidad latente de experimentar el proceso de duelo sin un cuerpo para despedirse y llorar, así como el recibir el afecto de los demás, puede ser abrumador. Por lo tanto, es comprensible que los dolientes sean incapaces de superar de manera adecuada estas situaciones tan complejas, lo que podría derivar en reacciones patológicas, como el duelo complicado (Horowitz et al., 2003).

Ahora bien, el proceso de duelo ha sido definido como la vivencia que experimenta una persona ante el fallecimiento de un ser querido. Este se manifiesta en áreas emocionales, conductuales, cognitivas, físicas y sociales (Stroebe et al., 2017).

El duelo se entiende como un fenómeno que puede resolverse de diversas maneras, incluidas formas disfuncionales. En este contexto, el concepto de duelo complicado se refiere a un proceso en el que las manifestaciones son intensas y desbordadas, con conductas desadaptativas y sin avances en el proceso hacia su resolución (Vedia, 2016).

El duelo complicado, además, está asociado con la inactividad o el retraimiento de las actividades sociales, con la evitación fóbica de los recuerdos sobre la pérdida, con la rumiación sobre las causas y consecuencias de la pérdida, y con la evitación excesiva de lugares, personas u objetos que recuerden al ser querido (Boelen & Smid, 2017).

La investigación sobre las diferentes intervenciones para duelo complicado es escasa y las existentes tienden a utilizar modelos cuya base teórica ya no es vigente. Por ello, elaborar un nuevo modelo y someterlo a evaluación resulta de vital importancia en la búsqueda de una sistematización efectiva para la intervención en el duelo complicado (Stroebe et al., 2017).

Respecto a los modelos de fases, es necesario comprender que después de la pérdida de un familiar, las personas no atraviesan por etapas o no experimentan una secuencia que sea identificable, sucede lo contrario a estas propuestas que plantean la elaboración de tareas o etapas para la aceptación del duelo. Ya que la respuesta, la secuencia y la duración de reacciones es diferente de una persona a otra, por lo tanto, las intervenciones actuales se enfocan principalmente en las reacciones individuales e intereses para ir adecuando cada una de acuerdo con cada necesidad (Neimeyer, 2000).

Debido a las diversas maneras que existen para referirse al duelo persistente como: duelo traumático, duelo prolongado, duelo patológico y duelo no resuelto (Mauro et al., 2018). En esta investigación se utiliza el término Duelo Complicado (en adelante DC), con el que se refieren a este tipo de duelo en los textos.

Por todo esto, es de resaltar la importancia de cuidar la salud mental de los familiares de las personas fallecidas por COVID-19, con la intención de prevenir el desarrollo de complicaciones en su salud psicológica, a través de promover la aceptación de la pérdida, las emociones derivadas y retomar actividades de su vida.

Capítulo I

1. Conceptualización del duelo, sus tipos y modelos explicativos

El duelo se puede entender como un proceso emocional normal que acontece cuando se pierde algo, en este caso se habla de la pérdida de un ser querido. Las manifestaciones se presentan en las distintas áreas de la vida de una persona, puede ser un proceso que se lleve de manera individual o, en algunos casos, sea necesaria la atención de un profesional de la salud, principalmente cuando el caso se torna en un duelo complicado. Es por ello, que en este capítulo se desarrolla la conceptualización del duelo, sus tipos, cómo lo describen algunos autores, así como sus antecedentes y modelos explicativos.

1.1. Definición de duelo

Se puede considerar como un constructo subjetivo, complejo, multidimensional y diverso, considerándolo más como un proceso que un estado (García, 2020). En este sentido, el duelo por una persona significativa, a pesar de ser una reacción natural ante dicha pérdida, es una situación angustiosa, que debe ser superada con el tiempo (Johannsen et al., 2019).

Esto supone enfrentarse a un aprendizaje para continuar viviendo; así como desconcierto, respecto a cómo se entiende la muerte del ser querido y el dolor tan intenso, mientras se mantiene con la misma cotidianidad (Romero, 2013).

El duelo resulta ser un proceso no lineal, donde pueden existir retrocesos, pero finalmente aparece una resolución, en la que se acepta la realidad de la pérdida. De lo contrario, da origen a lo que se conoce como duelo complicado, entonces aparecen dificultades para aceptar la pérdida, lo que incluye problemas psicológicos y físicos, por lo que es necesaria la intervención de un profesional de la salud (Romero, 2017).

Cuando se presenta la muerte de un ser querido, se pueden identificar los siguientes procesos: la aflicción, que se refiere a las reacciones que experimenta cada persona, marcando el inicio del duelo; el luto, que se entiende como el comportamiento social del doliente, cuya función es expresar la tristeza, mediante ritos de acuerdo con sus creencias; y la pena que es la reacción emocional del doliente al ser consciente de su pérdida (Palacios, 2007).

La muerte, al ser un acontecimiento que forma parte de la vida, trae consigo manifestaciones como los rituales, la tristeza y el duelo, los cuales se presentan de acuerdo con la cultura, que determina cómo será vivido y cómo será su expresión. La manera en la que se ve la vida puede modificarse, a partir de este acontecimiento, la persona comienza a presentar pensamientos sobre la muerte, cuando antes quizá no lo estaban (Luna et al., 2017).

A pesar de ser entendida la muerte como parte del ciclo vital, ninguna persona está preparada para sufrir la pérdida de un ser querido, principalmente cuando la relación es muy cercana, fuerte y se tiene una convivencia casi diaria. Este es un evento que afecta la vida de cada persona y requiere el uso de estrategias para afrontar, asimilar y aceptar la pérdida (Ponce y Rodríguez, 2022).

Hay que mencionar, además, que no todas las personas presentarán una reacción igual ante este hecho, a pesar de ser su familiar, pues cada uno podría hacer uso de sus habilidades para afrontar de manera adecuada la pérdida o lo contrario a ello, presentar dificultad para afrontarla. Es importante mencionar que el tiempo necesario para el duelo también será diferente en cada persona, aunque el propósito es el mismo: llegar a la resolución y aceptación (Jaramillo, 2020).

Las variables que determinan la reacción que pueda tener la persona cuando afronta la muerte de un ser querido son la edad, el sexo y el cómo expresan sus emociones o enfrentan situaciones. Además, si se han presentado duelos anteriormente y cómo ha llegado a la resolución, esto incide en cómo resignifica la nueva pérdida. En un aspecto más general, se presentan las variables, culturales, éticas, étnicas y el apoyo social con el que se cuenta, ya que el mismo entorno proporciona y brinda soporte al doliente, para facilitar las expresiones debidas a la pérdida y la realización de rituales relacionados con la muerte (Gómez, 2017).

Se debe agregar que, también será diferente el proceso de duelo si se trata de la muerte de un padre, tío, primo, hermano o amigo. Las reacciones emocionales que se presenten pueden aumentar o reducirse en función de qué tan cercana era la relación con el ser querido que muere (Gómez, 2017).

1.2 Duelo normal o adecuado

El duelo normal o adecuado se entiende como una reacción normal o esperada ante la pérdida y se refiere a la angustia derivada por el duelo. Se puede describir como el estado que sucede cuando las personas están sumamente tristes por la muerte de una persona importante durante un tiempo de semanas o meses de un dolor profundo (Enez, 2018).

Un rasgo importante es que, al definirlo como un proceso psicológico, este se presenta cuando las personas experimentan una separación, pérdida, abandono o ausencia. Además, se acompaña de un sentimiento de pérdida que puede presentarse debido a diferentes situaciones como la pérdida de empleo, de salud, económica o de seres queridos (Ruiz & Palma, 2021).

Para identificarlo como duelo normal, es necesario que no se presenten complicaciones en un periodo de seis meses aproximadamente después de la muerte del ser querido. Durante este tiempo es común que se presenten sentimientos de anhelo, confusión, impotencia, insensibilidad, falta de energía y distraibilidad (Martín, 2017).

Se entiende que es un proceso dinámico y como tal, no hay etapas a seguir o cumplir, ya que con el tiempo las dificultades que se presenten disminuyen. Cuando la muerte es reciente, las personas pueden identificar tristeza intensa, incredulidad y deseo de ver o extrañar a su ser querido. La intensidad de estas manifestaciones se va reduciendo a medida que el doliente acepta como real la pérdida e inicia la adaptación de cambios en su vida (Zisook et al., 2014).

Cuando la pérdida se integra en la vida diaria, se recupera el ánimo para realizar actividades placenteras y convivir con las demás personas. Es esperable que, las fechas importantes o días festivos, como cumpleaños y aniversarios, pueden ocasionar que se presenten de nuevo sentimientos fuertes de duelo (McKee & Kelly, 2020).

Durante el proceso de duelo adecuado es necesario redefinir objetivos, planes, responsabilidades y roles que se tenían, para restaurar la vida de una manera más significativa y satisfactoria (Koon & Neo, 2016).

Las reacciones adaptativas o sin complicación alguna, son aquellas que aun cuando puedan ser dolorosas como causa de la muerte de un ser querido, mueven a la persona a aceptar la pérdida, a percibir su autoeficacia, así como el percibir que la vida tiene sentido y que vale la pena seguir con sus planes (Malkinson, 2019).

Algo que también caracteriza al duelo normal es que este varía de una cultura a otra, por las diferentes costumbres y opiniones respecto a los rituales y proceso de duelo que se realizan posteriores a la muerte de un ser querido y a las pautas que se esperan del doliente. Sin embargo, se entiende que, aunque sea un proceso esperado en la vida, es necesario que exista un ajuste después de cierto tiempo (Malkinson, 2007).

1.3 Duelo complicado

El duelo complicado se distingue del duelo normal, en la duración y/o la intensidad de los síntomas, como: la angustia por separación, dificultad para aceptar la pérdida y seguir adelante; discapacidad en áreas importantes como salud, social y funcionamiento ocupacional. Además, se asocia con situaciones psicológicas graves, como la reducción de la calidad de vida y la tendencia suicida (Eisma & Stroebe, 2020).

Otra de las características principales es que las reacciones permanecen a largo plazo y estas obstaculizan las actividades diarias de las personas (Lundorff et al., 2017). Las complicaciones que se presentan se deben a una negación de la nueva situación que está viviendo y respecto a las creencias distorsionadas que se presentan durante el proceso de duelo (Shear et al., 2015).

Aun cuando los procesos de duelo no son iguales en cada persona, por los factores relacionados con el doliente y el ser querido que falleció, es necesario tener en cuenta que cuando las reacciones emocionales de tristeza, culpa, enojo y dolor se presentan de manera crónica, imposibilitando la resolución del proceso y orientándose a identificarse como DC (Gómez, 2017).

El duelo prolongado (DP) está asociado de manera significativa con ser mujer, tener una historia de ansiedad y/o depresión antes y después de la pérdida, ingresos familiares bajos, no tener trabajo, quien haya fallecido fuese muy joven y percibir apoyo social bajo (Estevan et al., 2016). La relación que existe con la variable de ser mujer como un factor de riesgo, es debido a los roles de género los cuales establecen una diferencia en la expresión del dolor, la cual en los hombres se presenta como ira y en el caso de las mujeres por tristeza, llanto o emociones intensas (Magaña et al., 2019).

Los factores de riesgo que pueden conducir a desarrollar este duelo, sería haber tenido una relación ambivalente o de dependencia con el fallecido, que la causa de muerte haya sido de manera súbita o una muerte después de una enfermedad prolongada. De manera intrapersonal, el presentar culpa por la muerte, que las estrategias de afrontamiento no sean las adecuadas e interpersonales, como no tener una red de apoyo social o familiar (Villacieros et al., 2021).

Respecto a otras características que pueden propiciar un mayor riesgo a desarrollar síntomas ante este tipo de duelo, es el perder a un hermano, que la pérdida haya sido causada por un accidente, suicidio, homicidio o sobredosis, y no por causas naturales. Caso contrario en quienes reciben un alto apoyo social, tienen menos probabilidades de presentar síntomas de DC (Masferrer et al., 2017).

En este sentido, también se ha encontrado que la muerte de una persona joven genera un mayor impacto, con dificultad para asimilarla, lo que genera uno de los factores más importantes para predecir la presencia de DC (Li et al., 2018).

De acuerdo con lo anterior, es común que los dolientes presenten rumiación centrada en culparse por las circunstancias en que se dio la muerte. También, se puede presentar la evitación de situaciones o lugares que le recuerden la pérdida, así como aferrarse a recordar constantemente, tocando u oliendo las pertenencias de la persona fallecida. Además, se pueden sentir “entumecidos” emocionalmente, pueden distanciarse de los demás debido a que creen que su felicidad está ligada con la persona que murió (Shear, 2015).

Consideremos ahora que se presentan o podrían presentar problemas de salud, alteraciones del sueño, abuso de sustancias, pensamientos y comportamientos suicidas, además de anomalías en el funcionamiento del sistema inmune. Pueden existir riesgos para desarrollar enfermedades cardiovasculares (Buckley et al., 2022).

Se ha identificado que el sueño tiene una relación importante, ya que entre más complicado sea el duelo, el sueño de la persona empeora, por lo que resulta también ser un factor para tomar en consideración (Szuhany et al., 2020).

De acuerdo con algunos estudios se identifica que el apoyo social es uno de los principales protectores para disminuir el riesgo de experimentar un DC (Heeke et al., 2017). Y respecto a las estrategias de afrontamiento que resultan ser adaptativas están la planificación de actividades agradables, cuidados paliativos, estrategias de afrontamiento centradas en el problema, espiritualidad, reevaluación positiva respecto a culpabilizarse, sufrimiento o el sentirse vulnerable (Parro-Jiménez et al., 2021).

Es importante mencionar que, al entender el DC como una extensión en el tiempo del duelo normal, puede ser un factor de riesgo para que aparezcan cuadros clínicos como ansiedad y trastornos de depresión, debido a la falta de control emocional que pueda tener el doliente (Castillo et al., 2022).

1.4 Clasificación clínica del duelo

La investigación respecto a Trastorno de Duelo Prolongado (TDP) es relativamente nueva y, por lo tanto, no hay estudios que utilicen diagnósticos oficiales; sin embargo, de acuerdo con un

metaanálisis se identifica que hay una prevalencia del 11% de personas con TDP (Lundorff et al., 2017).

De acuerdo con el Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (5ª ed.: *DSM-V*; American Psychiatric Association, 2017), los criterios para Trastorno de Duelo Complejo o Complicado Persistente, se diagnostican 12 meses después de la muerte y sus síntomas se asocian con alteraciones negativas en las creencias de sí mismo, la vida y el futuro después de la pérdida; y tendencia a asignar significados catastróficos a las reacciones de duelo, deseo de morir para estar con el difunto, dificultad para recordarlo positivamente, sentir que la vida está vacía o sin sentido. La alteración causa clínicamente angustia o deterioro social, ocupacional o en otras áreas importantes de funcionamiento. Además, la reacción debe estar fuera o ser inconsistente de acuerdo con la cultura o normas religiosas

Por otro lado, la Clasificación Internacional de Enfermedades (11ª ed.: *CIE-11*; World Health Organization, 2019) lo identifica como Trastorno por Duelo Prolongado, en el que hay una respuesta de dolor persistente que se ha mantenido durante un periodo de más de 6 meses y mayor a lo que se espera de acuerdo con las normas sociales del contexto cultural. Además, se presenta dificultad para aceptar la muerte, incapacidad para experimentar un estado de ánimo positivo, entumecimiento emocional; deterioro significativo en la vida personal, familiar, social, educacional, entre otras áreas importantes del funcionamiento (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2021).

1.5 Diagnóstico

Es importante que, durante la evaluación en el ámbito clínico, se realicen preguntas relacionadas con experiencias pasadas con muertes de personas importantes, así como de identificar pensamientos y comportamientos que impidan la adaptación a la pérdida. No solo es necesario poner atención a identificar los aspectos anteriores, sino también tener en cuenta que los consultantes a veces pueden sentirse avergonzados por el dolor intenso que presentan, por lo tanto, las preguntas se tienen que realizar de manera directa, sensible y empática. Una entrevista semiestructurada podría facilitar la evaluación de DC (Shear, 2015).

Respecto a las áreas en que se presenta hay síntomas que, aun cuando se entiende que es un proceso totalmente individualizado, hay rasgos comunes que sirven para identificar o anticipar su presencia respecto a las áreas en que se manifiesta (McKee & Kelly, 2020):

1. Emocional: Culpa, tristeza, anhelo, alivio, ira, entumecimiento.

2. Físico: Disminución de la energía, tensión en el cuerpo.
3. Cognitivo: Dificultad para concentrarse, pensamientos centrados en la pérdida.
4. Conductual: Cambios en el sueño y apetito, llanto, retraimiento social.
5. Espiritual: Relación con la fe o creencias puede fortalecerse o cuestionarse.

Durante dicha evaluación se recomienda que sea en dos momentos, en el primero de ellos se propone realizar preguntas claras, sencillas y con un tiempo corto, y en un segundo momento utilizar herramientas que sean específicas para evaluar los síntomas del duelo, así como por diferenciar entre el normal y complicado, de igual manera para poder identificar riesgo de DC (Fernández et al., 2017).

Para comprender a fondo el proceso de duelo y las diversas formas en que las personas enfrentan la pérdida, es importante explorar las teorías que se han desarrollado para explicar esta experiencia.

A continuación, se presentarán algunos modelos teóricos principales que ofrecen perspectivas valiosas sobre cómo las personas experimentan y manejan el duelo, desde las teorías que mencionan etapas hasta la más reciente, el cual resulta más adaptativo.

1.6 Teoría del estrés propuesta por Mardi Horowitz

Se identifican diversas teorías desde las que se puede entender el proceso de duelo, en este sentido la teoría del estrés propuesta por Mardi Horowitz (1993), destaca los síntomas relacionados con el síndrome de estrés postraumático, los cuales son: irritabilidad, dar respuestas reactivas de alarma a causas menores, pesadillas, imágenes invasivas que aparecen repetidamente y provocan angustia.

Se puede extender su propuesta a situaciones de duelo, entendiendo como un acontecimiento estresante la muerte de un ser querido, en el que esta información se procesa neurológicamente, siendo discordante con el esquema preexistente: “No me podría imaginar que algo así, me podría pasar a mí (Páyas, 2010).

1.7 El duelo desde la perspectiva psicoanalítica

Desde la perspectiva psicoanalítica de Sigmund Freud, el duelo representa un proceso de liberación del doliente de aquello que lo mantiene atado al fallecido, este se da de una manera gradual y se realiza mediante un trabajo en el que se incluyen tareas. Para que haya una

resolución, menciona que debe haber un compromiso activo de confrontación entre sentimientos y pensamientos asociados (Freud, 1948, como se cita en Páyas, 2010).

Cuando se presenta dificultad para admitir la realidad de la muerte de un ser querido, debido a que no se acepta la propia muerte, pero en el inconsciente de cada uno sí se acepta dicha inmortalidad. Las personas comienzan a entender la muerte como el fin de la vida, principalmente cuando muere algún extraño y que, por lo tanto, no tiene ningún tipo de relación afectiva (Freud, 1915).

Por lo tanto, como no existe relación afectiva alguna, no implica que se pierda algo valioso, como lo sería la muerte de algún adversario, viéndola como justa debido a la relación conflictiva, pudiendo ser hasta cierto punto placentera. En cambio, si se trata de la pérdida de una persona importante, se enfrenta a la muerte, acercándolo a su mortalidad, ya que proyecta una parte de sí mismo en la persona que muere (Gómez, 2017).

Desde esta perspectiva, se menciona que el duelo patológico se presenta cuando la persona rechaza la idea de la pérdida, debido a una identificación con la persona que muere, eliminando su deseo por el mundo, llevándolo a experimentar un sentimiento de vacío, que desajusta la funcionalidad de la vida del doliente (Freud, 1915).

1.8 Modelo de las cuatro tareas de Worden

Respecto a modelos desarrollados para trabajar duelo, se encuentran los que están basados en fases, como las cuatro tareas que propone Worden (1997) y que consideraba importantes para elaborar el proceso de duelo. La primera de ellas es *aceptación de la realidad de la pérdida*, se enfoca en intentar comprender que no va a poder ver a la persona de nuevo, no podrá compartir vivencias y no va a volver.

La segunda tarea se refiere a *identificar y expresar sentimientos*, se intensifican las emociones relacionadas con el duelo, al darse cuenta de que es cierto lo que ha ocurrido y no va a cambiar. La tercera tarea se enfoca en *adaptarse a vivir en un mundo en el que el otro ya no está*, se generan estrategias y herramientas para poder resolver problemas, afrontar demandas dando soluciones adecuadas a estas. Finalmente, la cuarta tarea se enfoca en facilitar la *recolocación emocional* del ser querido y comprender que seguir viviendo, no implica olvidar al ser querido, sino recordarlo sin dolor e iniciar relaciones y vínculos nuevos.

1.9 Modelo DABDA de Elizabeth Kübler-Ross

El modelo DABDA de Elizabeth Kübler-Ross se refiere a las fases que los dolientes enfrentan en su proceso de duelo, el cual comprende la negación (*denial*), ira (*anger*), negociación (*bargaining*), depresión (*depression*) y la aceptación (*acceptance*). En este modelo propone, que dichas fases son instrumentos para ayudar a enmarcar e identificar lo que puede estar sintiendo el doliente.

En este sentido, es necesario mencionar que no suele presentarse un proceso de duelo lineal, ya que no todas las personas atraviesan todas las fases, y no hay tiempo establecido para la superación de cada fase; la persona al experimentar cada una de ellas debido a la pérdida de su ser querido logra aceptar la pérdida (Kübler-Ross & Kessler, 2005).

1.10 Modelo de proceso dual de Margaret Stroebe, Henk Schut y Kathrin Boerner

La propuesta explica cómo los dolientes aceptan la muerte de su ser querido, sobreponiéndose al malestar que se presenta en su vida diaria, desde un proceso que es dinámico y que se regula entre la pérdida y la restauración, en el que se enfrenta y evita el trabajo de duelo (Martínez y Rodríguez, 2023).

Respecto al desarrollo de estrategias útiles para el afrontamiento del duelo, es necesario evaluarlas con el fin de predecir el resultado, además, es necesario conocer el nivel de los síntomas que presenta el doliente, para identificar el impacto de la estrategia (Stroebe et al., 2017).

Relacionado con lo anterior, han surgido nuevos modelos para entender el proceso de duelo. Los autores Stroebe y Schut (1999), en su modelo de proceso dual de afrontamiento, describen las formas en que las personas aceptan la pérdida de un ser querido, y cómo puede ser aplicado a otros tipos de pérdidas. Además, se incluyen mecanismos asociados con la pérdida, estrategias cognitivas involucradas en este evento de vida y el proceso de oscilación. Estos dos tipos de mecanismos pueden estar orientados hacia la pérdida o hacia la restauración.

Al respecto, el mecanismo de afrontamiento orientado hacia la restauración se relaciona con fuentes de estrés secundarias que podrían aumentar la sensación de pérdida. A su vez los deudos aprenden a gestionar nuevas tareas relacionadas con el rol que ejercía su familiar, esto genera una nueva identidad asumida y emociones relacionadas con el nuevo rol (Stroebe & Schut, 1999, como se cita en Fiore, 2019).

El mecanismo orientado hacia la pérdida se refiere a la concentración en lidiar con el duelo y el procesamiento de los aspectos estresantes de la experiencia de pérdida en sí, más particularmente, con respecto a la persona fallecida como visitar la tumba para estar cerca del difunto y ver fotos (Stroebe & Schut, 2021).

El proceso de oscilación es esencial en este modelo, ya que los dolientes se mueven entre las estrategias orientadas hacia la pérdida y las orientadas hacia la restauración, lo cual permite alternar entre confrontar (afligirse activamente) y evitar el dolor (evitar recuerdos y angustia), permitiendo el ajuste durante el tiempo (Fiore, 2019). Se enfatiza además que la oscilación entre estos movimientos, se proponen como un adecuado proceso en la elaboración del duelo (Rodrigues et al., 2018).

Un concepto que se añade en los últimos años al modelo es el de sobrecarga, el cual se puede definir como la percepción de la persona en duelo de poseer poca capacidad psicológica de afrontamiento, demasiadas actividades, eventos, experiencias y otros estímulos relacionados con la pérdida. Puede provocar que la persona se sienta presionada, preocupada, agotada, estresada o ansiosa (Stroebe & Schut, 2016).

Durante el capítulo se realizó una descripción del proceso de duelo adecuado y complicado con la intención de aclarar las características importantes de cada uno, principalmente para su evaluación y atención adecuada. Es observable que las diferentes definiciones pueden ser diferentes, sin embargo, la mayoría de ellas coinciden en que se presentan manifestaciones de manera física, psicológica y social. En el caso de DC, se realizó una revisión más extensa respecto a las características desde los manuales clínicos internacionales.

Finalmente, el abordar el duelo desde diferentes modelos y teorías, permite tener un panorama amplio, lo cual ha servido para enriquecer lo que actualmente se conoce sobre el tema para comprender cómo es que se han realizado algunas intervenciones para su atención.

Capítulo II

2. Intervenciones para duelo complicado desde otros enfoques y contextos

En este capítulo, se describe cómo se realiza la atención desde diversas perspectivas, de acuerdo con las necesidades de cada caso y el contexto en que se pueda presentar la pérdida del ser querido. Por último, se presenta la intervención para duelo complicado con base en el modelo dual, el cuál ha resultado interesante respecto a cómo se presenta el duelo en las personas.

2.1 Intervenciones basadas en la terapia cognitivo conductual para DC

El modelo Cognitivo Conductual explica mediante tres procesos el Trastorno de Duelo Complejo Persistente y cómo interactúan entre sí. El primero de ellos está relacionado con la incapacidad para integrar de manera adecuada aquellos recuerdos que se relacionan con la pérdida, presentándose una dificultad para aceptar que la pérdida es real y que el doliente la perciba como algo irreal, lo cual desencadena el aumento de entumecimiento y recuerdos intrusivos (Boelen, 2017).

En segundo lugar, se presenta una valoración negativa hacia la pérdida y hacia sí mismo, así como pensamientos negativos, los cuales podrían estar dirigidos a interpretaciones catastróficas de las propias reacciones, viéndolas como intolerables (Leferink et al., 2016). En el último proceso, se identifican estrategias conductuales de evitación, se presentan principalmente hacia recuerdos de la pérdida, abstenerse de participar en actividades sociales, educativas y laborales que antes de la pérdida eran significativas. También se identifican estrategias de evitación ansiosa y tienen el objetivo de evitar estímulos externos que le recuerden que ha experimentado una pérdida, dirigidas por el miedo experimentar una confrontación insoportable (Boelen et al., 2006).

Desde la perspectiva de la Terapia Cognitivo Conductual (TCC) se identifican dos intervenciones que han dado evidencias de su efectividad para atender duelo complicado, mediante diseños de caso único.

La primera consiste en sesiones de psicoeducación respecto al duelo normal y prolongado, además de información relacionada respecto a la TCC. Se emplearon estrategias como el cuestionamiento de los valores desadaptativos, la reestructuración cognitiva, la reinterpretación de la pérdida y la activación conductual. Además, se utilizaron otras técnicas más relacionadas

con el duelo, como la técnica de exposición mediante imaginación con situaciones dolorosas de la pérdida y se estableció un plan para recaídas (Joplin & Petar, 2017).

En otra intervención, se llevó un protocolo de escritura durante cinco semanas, en las cuales las actividades estaban estructuradas bajo la TCC y se realizaron en tres fases, la primera consistió en autoconfrontación, en la que se le pide al consultante escribir sobre sus temores y pensamientos respecto al suceso, así como centrarse en describir las percepciones sensoriales de la pérdida (Kersting et al., 2011).

En la segunda, se realiza reestructuración cognitiva, en el que se solicita una carta donde muestre apoyo y ánimo a un amigo hipotético, así como realizar una reflexión sobre los sentimientos de culpa, cuestionar pensamientos automáticos o distorsiones cognitivas, patrones de comportamiento y realizar reestructuración cognitiva. En la última fase se alienta al consultante a moverse hacia su red de apoyo y retomar el contacto social, adquirir experiencias agradables y a despedirse de manera simbólica del suceso escribiendo una carta a una persona importante, a alguien que haya estado presente durante la pérdida y hacia sí mismos (Kersting et al., 2011).

2.2 Terapia familiar

El trabajo que se realiza desde esta perspectiva familiar, tiene como objetivo mejorar la capacidad de cada miembro de la familia para desarrollar estrategias de afrontamiento, así como el apoyo mutuo en situaciones complejas como lo sería la pérdida de un miembro de la misma. El terapeuta explora el tipo de comunicación dentro de la familia y la cohesión, respecto a la resolución de conflictos junto con los valores, creencias, roles y perspectivas familiares. Se plantea que este tipo de atención, disminuye la posibilidad de desarrollar DC y su gravedad (Kissane et al., 2016).

2.3 Acompañamiento desde enfermería

Respecto a cómo se desarrolla la ayuda para favorecer la resolución de la pérdida en este contexto, se enfoca en ayudar al paciente a identificar su primera reacción, las estrategias de afrontamiento con las que cuenta, los cambios importantes en su vida, promover la expresión emocional relacionada con pérdidas anteriores y la actual, así como facilitar la identificación de temores y explicar cómo podría presentarse el proceso de duelo (Butcher et al., 2018).

2.4 Acompañamiento desde el trabajo social

La atención que se brinda desde este ámbito se realiza a través de intervenciones grupales con personas que han sufrido la pérdida de algún ser querido. Aunque el trabajo esté enfocado en pérdidas humanas, también se centra en la atención a otro tipo de pérdidas como: pérdida de vivienda, de empleo, de salud, de libertad, económicas, entre otras. Las cuales generan vulnerabilidad social en las personas y mediante los profesionales se busca cumplir con el objetivo de que afronten su nueva situación de vida, generen herramientas para ello y reconozcan sus recursos personales y sociales (Mosquera, 2020).

Para fomentar la elaboración de un duelo, lo más adecuado posible se enfoca en prevenir el aislamiento social del doliente, en favorecer la expresión emocional, brindar seguridad y normalizar las emociones que se presenten. Además, de acercarlos a formar parte del grupo acompañamiento, en el cual se pretende hacer sentir en compañía a la persona, pertenencia en el grupo, recibir ayuda mutua y durante el tiempo que duran los encuentros hasta que se acepta la ausencia de la persona, se brinda el acompañamiento social (Suárez, 2016).

2.5 Tratamiento farmacológico

La información respecto a este ámbito es limitada, ya que, en ensayos realizados respecto al tratamiento farmacológico para DC, donde se utilizaron antidepresivos tricíclicos fue insignificante la mejoría. Respecto al bupropión, el cual es utilizado para tratar depresión y otros trastornos, se obtuvo un abandono del 40%, mientras que al utilizar benzodicepinas como el diazepam no se encuentra información suficiente sobre su eficacia. Además, la eficacia de llevar un tratamiento exclusivamente farmacológico para el manejo de Trastorno de Duelo Prolongado, de igual manera son limitados los resultados, ya que se reporta un mejor resultado en conjunto con una intervención psicoterapéutica (Skritskaya et al., 2020).

2.6 Atención desde la telepsicología como contexto

De acuerdo con la APA (2013), la define como la prestación de servicios psicológicos realizados a través de internet, usando tecnologías de la información. Se puede realizar mediante el uso de herramientas como videollamadas, llamada telefónica, de forma asincrónica mediante correo electrónico. El emplear estos medios implica el desarrollo de competencias del psicólogo, incluyendo la evaluación, intervención, prevención, promoción y educación.

Para adaptar este tipo de atención, se incluye la teleterapia que se divide en terapia automatizada con la ayuda de una aplicación o programa en la web, por otro lado, se incluye la terapia online que puede ser en tiempo real o diferido y finalmente, la terapia virtual con la ayuda de la realidad aumentada para el trabajo con fobias (González et al., 2017).

A partir de la pandemia fue inminente el uso de la Telepsicología para la atención de crisis y la necesidad de asistencia sin tener que asistir de manera física, no solo en este contexto, sino también ante desastres naturales, así como en los casos en los que se dificulta el acceso de un profesional y contando principalmente con el recurso tecnológico para ello (Olivella et al., 2020).

Las afectaciones principales atendidas en este contexto fueron las relacionadas con duelo, problemas de pareja, miedo al contagio, ideación suicida causadas por la pandemia, afectando la salud psicológica en las personas y debido a las restricciones impuestas durante y después del confinamiento se dificultó la atención presencial (Gemar y López, 2021).

2.7 Tratamiento del duelo complicado

El Tratamiento del Duelo Complicado (CGT, Complicated Grief Treatment) propuesto por Shear y colaboradores (2001), es el que más se ha estudiado y propone que ciertas cogniciones como las desadaptativas relacionadas con el duelo, conductas de evitación, dificultad para regular emociones o problemas sociales graves pueden interferir con una adecuada adaptación a la pérdida y como resultado agudizar los síntomas y persistir como Trastorno de Duelo Prolongado (Lechner et al., 2021).

Este tratamiento lo desarrollaron sobre la base teórica del modelo del procesamiento dual y técnicas de la terapia interpersonal, las cuales han resultado útiles para el trabajo de la depresión y teniendo en cuenta que con el DC comparten síntomas parecidos al Trastorno de Estrés Postraumático como conductas de evitación, imágenes intrusivas e incredulidad, además de estrategias cognitivas para el manejo de la pérdida (Shear et al., 2001).

Propone una duración de 16 sesiones, con una estructura de tres fases, la primera de ellas el terapeuta brinda información sobre los tipos de duelo y el modelo de procesamiento duelo y en identificar los objetivos del paciente. En la segunda fase, se trabaja respecto a los procesos que se explican al inicio y en la última fase. Se revisa el progreso, planes a futuro y emociones relacionadas con el término del tratamiento (Shear et al., 2005).

Con esta revisión respecto a cómo se han desarrollado diversas intervenciones para atender el duelo, es importante notar que también es necesario identificar el contexto en que se presenta la pérdida, ya que, de eso dependerá si la atención es necesaria para toda la familia, si es importante considerar el proceso de una muerte en hospital y si, en alguno de los casos no es posible la atención de manera presencial, poder brindarla de manera virtual.

Esto permite tener como antecedente las propuestas y cómo se ha abordado la atención para el duelo y tener en cuenta lo que en la actualidad es más necesario y funcional, como realizarlo desde otros enfoques terapéuticos recientes como los de tercera generación.

Capítulo III

3. Terapias de tercera generación

En este último capítulo, se presentarán las distintas Terapias de Tercera Generación y la base filosófica desde la que se fundamenta su trabajo. Además, se ahonda principalmente en la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT), ya que es a través de esta en que se desarrolla la presente intervención, tomando en consideración las herramientas que sirven para desarticular los procesos de evitación del malestar y el seguimiento de reglas verbales.

3.1 El contextualismo funcional

Es la base filosófica en la que se construyen las terapias de tercera generación, plantea la importancia de conocer el contexto para comprender y analizar la función de un evento. Además, refiere que ningún pensamiento o sentimiento es problemático, disfuncional o patológico por sí mismo, este dependerá de la función que tiene en el contexto (Macías, 2019).

Cuando se habla del contextualismo funcional como parte de sus bases, es por la conexión que existe con el conductismo radical, el cual sostiene que la conducta que emita la persona no debe verse como algo separado a su contexto, sino todo lo contrario (Association for Contextual Behavioral Science [ACBS], 2023).

Desde esta perspectiva, se entiende que los eventos psicológicos son interacciones entre el organismo, el contexto histórico y lo que vive en el presente, el sujeto, los cuales son importantes conocer para modificar (Hayes, 2004).

3.2 Teoría de los marcos relacionales

Tiene como base filosófica el contextualismo funcional, se centra en el análisis funcional del lenguaje y la cognición concebidos como aprendizaje relacional, en este sentido, la historia y las características propias del contexto son reguladores de cómo se relacionan los eventos (Törneke, 2010). Desde la TMR se entiende que la manera en la que se comprende el mundo, ya sea de manera objetiva o subjetiva, puede influenciar el cómo se comportan las personas (Jurado, 2017).

Este comportamiento relacional, que se da durante la socialización, establece relaciones arbitrarias y bidireccionales, las cuales poseen tres propiedades:

1. Vinculación mutua: en la cual se establece una relación bidireccional entre dos eventos, por ejemplo: Si A es equivalente a B, entonces B es equivalente a A (Luciano & Wilson, 2012).
2. Vinculación combinatoria: se establece una relación entre dos situaciones que se pueden combinar para dar como resultado una tercera, por ejemplo: Si A es más grande que B y B es más grande que C, se crea una nueva relación donde C es más pequeño que A (Gutiérrez & Pérez, 2012).
3. Transformación de funciones: La función de un estímulo puede cambiar la función de otro al establecerse una relación entre ambos (Luciano & Wilson, 2012).

3.3 Modelo transdiagnóstico y trastorno de evitación experiencial

La estructura de la ACT se desarrolla desde dos conceptos principales, el primero de ellos es el de evitación experiencial, el cual ayuda a mantener los trastornos y el sufrimiento humano, el segundo concepto son los valores personales, siendo guías para dirigirse en la dirección de metas personales (Villalobos et al., 2012). Se utilizan procesos de aceptación y compromiso, además de procesos de cambio conductual para permitir la aceptación del sufrimiento psicológico, es decir, la flexibilidad psicológica (Hayes, 1999).

Con este modelo, se plantea la idea de que desde la perspectiva del DSM y otros enfoques psicológicos se mantiene la tradición de que existe un mal funcionamiento del cerebro o mal que debe eliminarse, con el uso de fármacos o terapia. Además, se afirma que las emociones y pensamientos, causan la conducta y el objetivo terapéutico sería el cambiar los pensamientos y emociones. Manteniendo la perspectiva del modelo médico, en el que los síntomas son los que causan el sufrimiento. Sin embargo, la causa del sufrimiento psicológico y las variables asociadas al sufrimiento, no están en el presente sino en la propia historia de la persona (Macías, 2019).

Desde ACT se postula el modelo transdiagnóstico centrado en el Trastorno de Evitación Experiencial (TEE), el cual define la evitación experiencial como un patrón inflexible en el que se busca tener control para evitar pensamientos, sensaciones, recuerdos o cualquier evento privado que la persona considere desagradable (Hayes et al., 2015). De acuerdo con este modelo transdiagnóstico, se ha demostrado que la ACT es una intervención eficaz para tratar diferentes condiciones psicológicas (Talavera, 2014).

La evitación experiencial afecta en tres formas, en la primera se pueden incrementar la presencia de eventos privados que la persona busca evitar, dando como resultado comportamientos disfuncionales o extremos; en segundo lugar, se presentan estrategias de evitación como el abuso de sustancias, aislamiento social, que pueden resultar eficaces a corto plazo, pero dan como resultado afectaciones en diversos ámbitos de la vida y pueden convertirse en problema, en lugar de ser una solución; finalmente, en tercer lugar, ante la aparición de eventos privados que se desean evitar puede conducir a conductas de evitación patológicas, como ansiedad que detonan la necesidad de consumir algún medicamento (Hayes & Gifford, 1997).

Respecto a lo anterior, el problema no radica en que el consultante presente pensamientos o sentimientos negativos, sino la manera en la que reacciona a ellos, por lo tanto, los recuerdos, emociones o pensamientos, dependerán del contexto conformado a lo largo de la historia del consultante. En este sentido, se considera que el malestar psicológico forma parte de la vida y mantener o tener una actitud de evitación experiencial (evitar el malestar), puede resultar en una decisión que podría ser destructiva (Ruíz et al., 2012).

Escapar de estímulos negativos es lo que refuerza la evitación experiencial, principalmente cuanto la persona identifica que alguna estrategia le es funcional para huir del pensamiento o emoción que no desea experimentar, por lo tanto, la conducta de evitación se irá fortaleciendo y disminuirá otras posibles respuestas ante dicho malestar. El resultado de lo anterior sería el surgimiento de problemas psicológicos debido a que la evitación se convierte en un patrón inflexible y restringe las experiencias de la persona (García & Pérez, 2016).

Por lo tanto, el sufrimiento humano se entiende como *fusión cognitiva*, en la que se presenta una fusión entre sus pensamientos y la literalidad del contenido, en este sentido la persona sigue las instrucciones de los otros a través del lenguaje. Esto ocasiona que las personas pueden realizar conductas ineficaces por parecer “correctas”, aun cuando las consecuencias son negativas o a corto plazo. Ambos conceptos de evitación experiencial y fusión cognitiva resultan perjudiciales, ya que pueden afectar la manera en cómo se responde interna o externamente, siendo esta inflexible e impidiendo que la persona pueda dirigir su conducta orientada a metas y valores. La conducta y decisiones vitales se centran en evitar la angustia, contrario a dirigirse hacia lo que valora (Hayes et al., 2015).

3.4 Tipos de terapias de tercera generación

3.4.1 *Terapia dialéctico conductual*

Es desarrollada por Marsha Linehan a finales de 1970, interesada por desarrollar un tratamiento basado en evidencia para consultantes con tendencias suicidas principal y posteriormente para personas con Trastorno Límite de la Personalidad (TLP). Se basa en la teoría dialéctica y biosocial de los trastornos psicológicos refiriéndose a la dificultad que se puede presentar para regular emociones y la conducta. (Linehan, 2020).

Desde la perspectiva de la Terapia Dialéctica, se identifica que la desregulación emocional es la idea central, con la que explica el trastorno límite como aquella incapacidad para poder regular las emociones, conductas y respuestas verbales, aun cuando la persona realiza su mayor esfuerzo (Boggiano & Gagliosi, 2020).

Su objetivo principal es el ayudar a los consultantes a cambiar patrones emocionales, conductuales, de pensamiento e interpersonales relacionados con los problemas de la vida. Mediante la enseñanza de habilidades específicas como: mindfulness, de efectividad interpersonal y tolerancia al malestar (Linehan, 2020).

3.4.2 *Terapia integral de pareja*

En esta terapia se utiliza el análisis funcional de conducta como una herramienta para poder identificar y observar cómo cada miembro de la pareja aporta o no a que el problema crezca. Además, dentro de los componentes también se encuentran la tolerancia y creación de reglas propias (Arias et al., 2020).

Se fomenta la aceptación como un paso fundamental para mejorar el malestar que se presenta en la pareja y que el mecanismo de cambio es a través de un comportamiento moldeado por contingencias (Perissuti & Barraca, 2013). Respecto a las estrategias orientadas para impulsar la aceptación y tolerancia se incluye el que los miembros expresen su malestar distanciándose del conflicto (Dimidjan et al., 2008).

3.4.3 *Activación conductual*

Es una intervención que entiende que los problemas psicológicos se mantienen por maneras ineficaces de resolver situaciones complicadas de la vida, que se aprenden y se mantienen por la interacción con el contexto social y cultural (Coto et al., 2020). Es estructurado, su aplicación es simple, con una base teórica que lo fundamenta como terapia con un importante peso empírico para el tratamiento de la depresión (Barraca, 2016).

Parte de la idea de no utilizar modelos que explican la depresión desde un modelo psicopatológico, sino retomar conceptos filosóficos que despatologizan y desmedicalizan los estados de ánimo (Barraca & Pérez, 2015).

De acuerdo con lo anterior, sostiene que el contexto es lo que explica de manera más funcional la depresión y que no son cogniciones o desequilibrios en neurotransmisores, lo cual ayuda a que la intervención sea más funcional. Ya que uno de los objetivos es ayudar a que las personas comprendan cuáles conductas mantienen o empeoran la depresión, así como cuestiones ambientales (Martell, s.f.).

3.4.4 Psicoterapia analítico funcional

Es desarrollada por Robert Kohlenberg y Mavis Tsai, se presenta por primera vez en 1987 junto con la ACT, con la que comparte las mismas bases filosóficas. Retoma en consideración el análisis funcional de la conducta, así como el estudio funcional del lenguaje, como la conducta gobernada por reglas y las relaciones de equivalencia entre estímulos, desde lo planteado por Skinner y la conducta verbal (Ferro-García et al., 2016).

Además, se caracteriza por definir los objetivos de intervención mediante las Conductas Clínicamente Relevantes (CCR), que ayudan a establecer la generalización y la equivalencia funcional entre el contexto clínico y la vida diaria (Kohlenberg & Tsai, 1991). Para esto, se ayuda de utilizar el análisis funcional, con la idea principal de que el comportamiento que tenga el consultante dentro del contexto terapéutico, será semejante a su conducta fuera del espacio clínico (Ortiz-Fune y Marín, 2022).

3.4.5 Terapia de aceptación y compromiso

La Terapia de Aceptación y Compromiso (Acceptance and Commitment Therapy), conocida como ACT por sus siglas en inglés, es un modelo de terapia parcialmente reciente y resulta ser la más completa de estas terapias (Hayes, 2004). Sus bases filosóficas parten del Contextualismo Funcional y se basa en el análisis experimental básico del lenguaje, la cognición humana y la Teoría de los Marcos Relacionales (TMR), la cual explica por qué la fusión cognitiva y la evitación experiencial son dañinas (Barbero, 2022).

Desde la TMR se pretende explicar la manera en la que se le da significado al mundo y cómo puede influenciar el comportamiento. De ahí que, la ACT propone que el factor principal del sufrimiento humano es la manera en que los procesos de lenguaje y cognición humana se

relacionan con nuestra experiencia, lo cual puede impedir que se modifiquen conductas de manera efectiva y en congruencia con los valores (Hayes et al., 2006).

El objetivo principal de la ACT se relaciona con cambiar la relación que el consultante tiene con sus propias preocupaciones y síntomas, además la forma en que responden a estos mismos, enfocándose en disminuir su impacto y favorecer el que se centren en sus acciones valiosas (O'Donoghue et al., 2018).

Además, está orientada a metas relacionadas con la activación conductual y aceptación psicológica de las situaciones problemáticas que se presenten en las personas, a través de guiar a los consultantes a desarrollar conductas flexibles, ser conscientes del momento presente, los valores en las distintas áreas de tu vida, sin buscar la evitación, disminución o eliminación de los eventos privados (emociones, pensamientos, recuerdos, sensaciones o impulsos) relacionados con el sufrimiento humano (Lozano y Caycedo, 2008).

Teniendo en cuenta lo anterior, el concepto de aceptación no se entiende como resignación a las dificultades que se presentan en la vida del consultante. Tampoco se enfoca en la idea de ceder, dejarse llevar por el sufrimiento o tolerar cuando alguna situación o persona hacen daño. Lo contrario a esto, es que se orienta a trabajar de manera activa en aquello que se considera valioso y que se desea en la vida, considerando que el dolor pueda estar presente. Y es precisamente en esto último, en lo que consiste la “acción con compromiso”, o que la acción sea congruente con los valores personales, los cuales son un elemento principal con lo que se trabaja desde ACT (Jurado, 2018).

3.5 Inflexibilidad psicológica

De acuerdo con la manera de entender las problemáticas de las personas y en específico la psicopatología, se utiliza el término de inflexibilidad psicológica o rigidez psicológica, la cual se entiende como la imposibilidad de reaccionar de manera efectiva y de acuerdo a los valores, frente a las dificultades de la vida (Hayes & Twohig, 2008).

Desde ACT se postula que, si se presenta elevada rigidez psicológica en las personas, tienden a experimentar sintomatología intensa y niveles altos de disfunción (Hayes et al., 2014). El repertorio de conductas es estereotipado, no cambian la manera de actuar y aunque identifiquen la ineficacia, siguen realizándolas porque ayudan a mantener la evitación experiencial en sus vidas (Boulanger et al., 2010).

Es decir, las personas buscan evitar tener contacto con experiencias o conductas privadas que no son agradables (emociones, recuerdos, pensamientos, impulsos o sensaciones), lo cual genera de manera paradójica el aumento de estas, lo que ayuda a mantenerlas y aumentar el malestar psicológico en lugar de reducirlo (Kashdan et al., 2006).

La imposibilidad de reaccionar ante experiencias complejas de la vida se presenta mediante seis procesos:

1. Evitación experiencial: Como ya se mencionó, es el intento de controlar, eliminar o suprimir las conductas privadas, verlas como un problema y dando resultados ineficaces a largo plazo (Hayes et al., 2014).
2. Fusión cognitiva: Se entiende como la mezcla entre lo verbal y lo cognitivo con la experiencia que tiene la persona, en la que no puede distinguir entre estas dos cosas. Lo cual convierte a los pensamientos como sustituto de la experiencia, generando pensamientos inadecuados (Hayes et al., 2014).
3. Inacción y persistencia en la evitación: Se presentan comportamientos pasivos, en los que la persona es incapaz de tomar decisiones, estar siempre pendiente de sus problemas, alejándole de actividades de su vida diaria (Monéstes et al., 2016).
4. Pérdida de claridad en los valores: No tiene claros las cosas valiosas en su vida, lo evidente es la evitación de conductas privadas que generan malestar y la mayoría de las conductas están dirigidas a la función evitativa (Macías, 2019).
5. Dominancia del pasado y miedo al futuro: El contexto verbal impide estar en el aquí y ahora de la situación que vive en el presente, está enfocado en lo que ha pasado o podría pasar (Macías, 2019).
6. Apego a un yo conceptualizado: Concepto individualista, centrado en sí mismo, en sus problemas y conductas privadas, sin tener apertura a interacciones sociales, lo cual impide aprender de su experiencia y avanzar en su desarrollo personal (Monéstes et al., 2016).

3.6 Flexibilidad psicológica

El interés principal como tal es el de desarrollar en el consultante la flexibilidad psicológica mediante la atención plena, enfocando sus conductas hacia sus propios valores y así reducir la

evitación experiencial y la fusión cognitiva, los cuales limitan el funcionamiento y pueden generar una mayor presencia de estados emocionales que ocasionar malestar (Hayes et al., 2015).

El objetivo de desarrollar flexibilidad psicológica en los consultantes es el de desarmar patrones conductuales que son ineficientes y transformar la forma en que se perciben las conductas privadas (pensamientos, emociones e imágenes) desagradables, para no ser percibidas como negativas o como causa de una patología (Jurado, 2018).

Es decir, el objetivo sería desarrollar la voluntad de mantener contacto con los eventos privados que no son deseados como pensamientos, emociones y recuerdos no agradables, sin luchar para cambiarlos, eliminarlos, o evitarlos (Hayes, 2004).

3.7 Procesos de la terapia de aceptación y compromiso

Durante el proceso en ACT se identifican distintas fases, las cuales tienen la función de modificar los contextos que mantienen la falta de flexibilidad psicológica, estas son: desesperanza creativa, clarificar valores, identificar el problema y el coste de querer controlar los eventos privados, el yo como contexto y la disposición a elegir una dirección o meta de vida y actuar para llegar a ella (Perea, 2016).

Los procesos que están relacionados con el cambio y a la flexibilidad psicológica son los siguientes:

3.7.1 Aceptación

De acuerdo con Hayes y colaboradores (2015) describen que la aceptación está relacionada con dar herramientas al consultante para modificar la evitación experiencial y aceptar los contenidos privados no deseados, sin utilizar esfuerzos inútiles para evitarlos, eliminarlos o huir de ellos, sino más bien, aceptar que son parte de su experiencia humana y tomarlos con una actitud de curiosidad y autocompasión.

3.7.2 Defusión cognitiva

Se enseña al consultante a corregir el problema de “fusión” con los contenidos privados, principalmente al verlos como lo que son: pensamientos, emociones, recuerdos, sensaciones y no como verdades literales que rigen su mundo. En tanto, lo que se realiza es “deslateralizar” la función de estos contenidos y tener el objetivo de centrarse en los aspectos verbales de la experiencia humana (Hayes et al., 2015).

3.7.3 Orientación hacia valores

Son lo que se considera importante o valioso, tienen que ver con el tipo de persona que se quiere ser, que sea significativo y tenga sentido propio, de cómo se quiere que trate la vida, por lo tanto, no tendría que ver con un aspecto moral de lo que se hace sino con cómo aquellos que ayudan a tener una dirección en la vida y realizar cambios importantes (O'Connell, 2018).

Respecto a la orientación hacia valores, se pretende facilitar que el consultante pueda aclarar sus metas en la vida relacionadas con sus valores personales (familia, salud, relación de pareja, espiritualidad, entre otros), pidiéndole cuáles de estos son valiosos, cuál dirección cree que podría ser adecuado para llegar a ellos. Es importante, que en la aclaración se identifique que los valores sean propios y no por reglas del tipo "*pliance*", las cuales están relacionadas con aquellas emitidas y reforzadas por alguien más (Ruíz et al., 2012). Además, de ayudar a clarificar lo que da sentido a su vida, el objetivo es que a pesar de que en algunos momentos de ese camino se presente malestar psicológico, no dejen de guiarle hacia dónde se dirige (Páez & Gutiérrez, 2012).

Por lo tanto, los valores serían particulares en cada persona, lo que los llevaría también a comprender que su vida esté enfocada a las acciones comprometidas con la aceptación del sufrimiento que se pueda presentar en el camino hacia su realización (Ruiz et al., 2019).

3.7.4 El yo como contexto

Se ayuda a corregir la identificación excesiva con su propia historia, identificándose con un ser diferente a su contenido privado y que este lo vea con una toma de perspectiva flexible, con el desarrollo de un yo no evaluativo sino observador (Hayes et al., 2012). Se fomenta mediante ejercicios de atención plena, metáforas y ejercicios experienciales, donde se invita al consultante a observar quién observa y qué observa (Macías, 2019).

3.7.5 Acción comprometida

Cuando se identifica que el consultante tiene una lucha constante con actuar de manera poco eficaz, tiene conductas impulsivas o se mantiene una evitación constante, desde la ACT se le brinda las herramientas para tener acciones comprometidas con sus valores personales y organizar planes de acción más efectivos (Hayes et al., 2012).

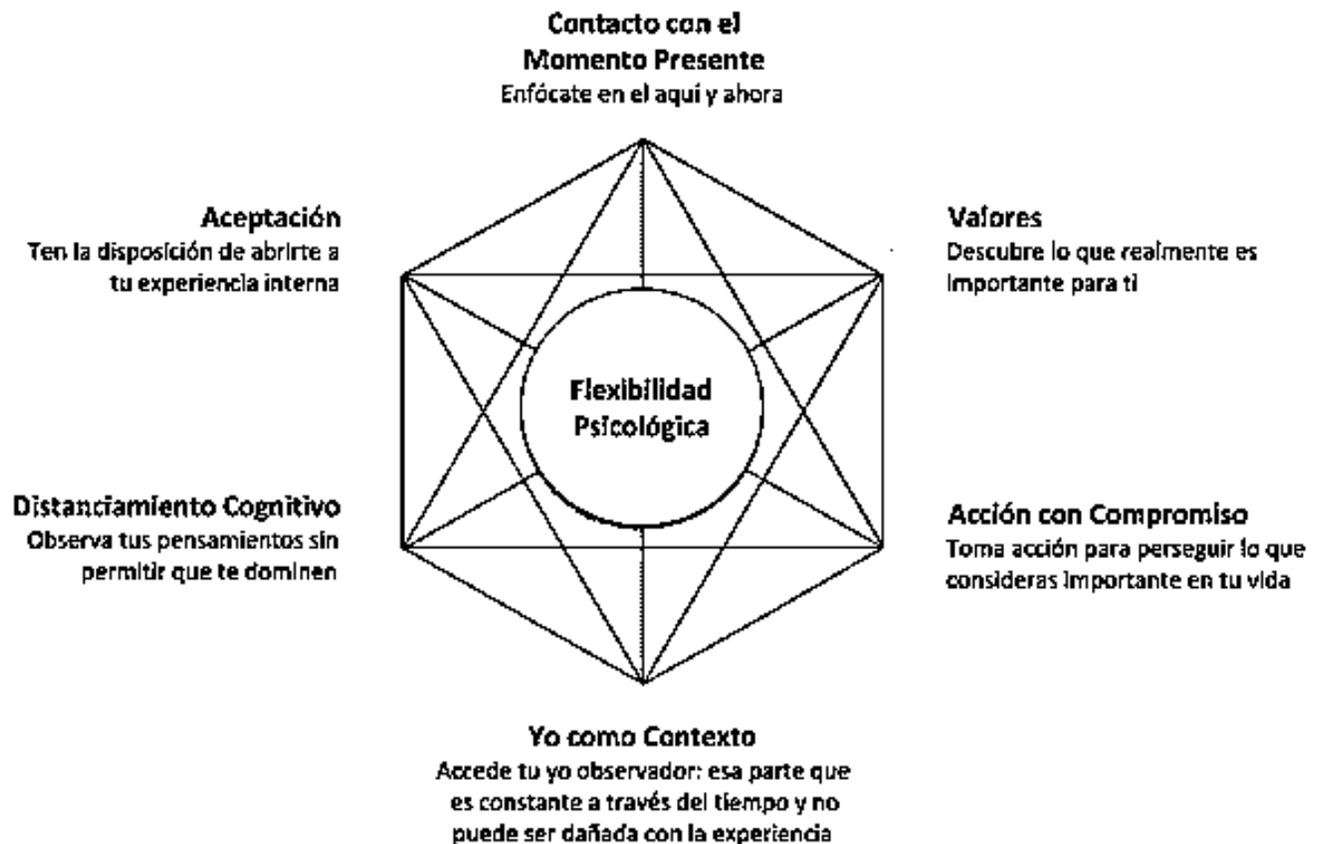
3.7.6 Conectar con el momento presente

El interés principal en este proceso es el de enseñar al consultante a establecer un proceso de atención flexible ante lo que está experimentando y situarse en el momento presente dentro y fuera de su cuerpo (Hayes et al., 2012).

La ACT enfoca su trabajo en estos seis componentes que se agrupan en su modelo llamado *Hexaflex* (Figura 1), desarrollado por Wilson (2007), a través de los cuales se busca que las personas identifiquen lo inefectivas que son las estrategias de control de eventos privados, observe sus experiencias sin necesidad de etiquetarlas y centrarse en conductas orientadas a tener resultados valiosos a través de acciones comprometidas, para desarrollar a lo que se llama flexibilidad psicológica. Los cambios se generan mediante metáforas, y ejercicios experienciales, que instruyen al consultante a comprender que el sufrimiento humano y el malestar que genera son inevitables, por lo tanto, no pueden ser eliminados o evitados (Russo & Forsyth, 2013).

Figura 1

Hexaflex



Nota. Se muestran los seis procesos del Hexaflex y su interacción. Fuente: Hayes et al. (2012).

La forma en que se presenta este hexágono es para explicar la interacción entre los seis procesos terapéuticos de ACT y para hacer énfasis en que, a pesar de que se describan de manera individual, se relacionan entre sí. Es importante mencionar que, si bien cada uno de estos procesos es fundamental en el desarrollo de cada intervención, durante una sesión se puede trabajar con cada uno de ellos, sin embargo, se ha considerado que no siempre es necesario trabajarlos todos, ya que al trabajar con alguno se estaría trabajando con los otros y tener un impacto positivo (Jurado, 2018).

Finalmente, otro elemento que resulta de gran importancia en el trabajo desde la Terapia de Aceptación y Compromiso, es el de atención plena, ya que a través de los ejercicios que se realizan entre sesiones, ayudan a promover el contacto con el momento presente. Las prácticas que se pueden realizar pueden ser formales e informales, además de adaptar los contenidos de acuerdo con lo que mencione el consultante durante las sesiones, como se realiza con las metáforas (Jurado, 2017).

3.8 Intervenciones desde las TTG para duelo complicado

Desde las terapias de tercera generación, se pueden encontrar diversas intervenciones para describir el duelo y duelo complicado, como lo es la “Intervención en un caso clínico de duelo traumático a través de la Psicoterapia Analítica Funcional”, de Muñoz-Martínez (2018), la cual tuvo como objetivo discutir la efectividad de la Psicoterapia Analítica Funcional (FAP) para el manejo de duelo, para disminuir los comportamientos de escape y aumentar la expresión emocional, así como de necesidades y opiniones de la consultante. Se realizó mediante un diseño A-B, los datos se obtuvieron mediante videograbaciones durante las sesiones. Se obtuvieron como resultados un cambio respecto a las conductas problema (CCR_1) relacionadas con duelo traumático y mejorías (CCR_2) dentro contexto terapéutico, que se esperaba se presentarían fuera de este, además, al implementar FAP se identificó un cambio notorio en los problemas de sesión con una tendencia de decremento.

La intervención constó de 16 sesiones semanales, con una duración aproximada de 50 minutos. Las sesiones se llevaron a cabo de la siguiente manera: tres sesiones de evaluación, para el establecimiento de línea base, a partir de la semana cuatro, se inició con la intervención. Se obtuvieron efectos clínicos significativos en la reducción de comportamientos problemáticos o CCR_1 ($d=1,90$), además de un incremento en conductas alternativas con un tamaño del efecto elevado ($d=2.38$). De acuerdo con las recomendaciones para futuras investigaciones, se propone

no solo disminuir las conductas problema relacionadas con el duelo, sino también generar repertorios de respuesta para otros contextos (Muñoz-Martínez, 2018).

Respecto a la ACT el trabajo que se realiza está enfocado en ayudar a los dolientes a aceptar el hecho de que la pérdida, el miedo, la enfermedad y el dolor son manifestaciones ineludibles en la vida. Por lo tanto, el objetivo no es eliminar o suprimir estas características, sino en identificar áreas y direcciones valiosas como respuesta a este tipo de vivencias dolorosas (Martínez & Rodríguez, 2023).

Por su parte Villagómez-Zavala et al (2020a) realizaron una evaluación de la efectividad de la ACT para tratar duelo patológico, desde la perspectiva económico-familiar. Se realizó mediante un estudio descriptivo-comparativo respecto a las puntuaciones en pre y post-evaluación del proceso de intervención con 57 participantes, los cuales pasaron de presentar duelo patológico con un promedio de 28.6, a un duelo normal con promedio de 12.3, esto representa un cambio significativo y mejoría.

Obtuvieron como resultado que la ACT es efectiva para intervenir duelo patológico, ya que permite a los participantes reducir la sintomatología y flexibilizar psicológicamente el duelo. Los resultados de los participantes obtenidos en la post-evaluación mediante T de Student para grupos pareados, indican una disminución del DC con un nivel de significancia de 0.001 ($p < 0.05$), entre los resultados pre y post-evaluación. Esto indica que la terapia es efectiva y favorable para personas que presentan duelo patológico (Villagómez-Zavala et al., 2020a).

Ahora bien, respecto al impacto que puede tener el duelo en la vida de las personas, se encontró la evaluación de espiritualidad en pacientes con duelo utilizando la ACT, realizado en la Clínica de Duelo Suicida en Guadalajara, México fue un estudio comparativo entre pre y post-evaluación y se utilizó como análisis estadístico la prueba T de Student, mostrando una diferencia significativa ($p < 0.05$). Los participantes fueron 39 adultos, asistieron a ocho sesiones semanales con una duración de dos horas. La intervención estuvo centrada principalmente en los valores personales de los participantes, realizando ejercicios con ayuda de metáforas para ubicar a las personas en el presente y crear un nuevo significado respecto a lo que significa la muerte para el doliente. Tuvo un resultado útil para el proceso de duelo y para reestablecer la espiritualidad que da sentido a las situaciones dolorosas y, además, sugiere que ACT ayuda a resignificar la espiritualidad (Villagómez-Zavala et al., 2020b).

Habría que mencionar también, el manual para duelo basado en ACT, desarrollado para pérdidas violentas, traumáticas o por muerte no violenta. En este se muestra la explicación teórica respecto al duelo y la terapia con la que se desarrolla la intervención, el cual consta de siete sesiones y una sesión de seguimiento. Además, se presentan las actividades a realizar, sesión por sesión, la descripción de las sesiones para su aplicación y las hojas de trabajo (Cruz et al., 2017).

Teniendo en cuenta lo anterior, respecto a que se trata de un manual de aplicación para psicólogos clínicos, en una tesis de maestría se evaluó la efectividad de la intervención, la cual tuvo un diseño de caso único ABA. Participaron seis mujeres de entre 20 y 54 años que tuvieron una pérdida por suicidio, de las cuales solo dos concluyeron completamente su participación. Se observó en los resultados disminución en la evitación experiencial y una disminución en el DC, lo cual sugiere que puede ser efectivo en la reducción de estas variables (Domínguez, 2018).

Con esto, queda claro que son pocas las intervenciones que se han desarrollado para DC desde la ACT, por lo que resulta necesario que haya más propuestas teniendo en cuenta también las necesidades actuales.

Capítulo IV

4. Planteamiento del problema

4.1 Justificación

La pandemia causada por COVID-19, ha producido la muerte de familiares en la mayoría de la población, y en muchas ocasiones, se ha tenido que afrontar el fallecimiento de más de un familiar (Bertuccio & Runion, 2020). Sufrir la muerte de un ser querido en dichas circunstancias presenta desafíos que pueden interferir con un proceso de duelo saludable.

De acuerdo con los datos epidemiológicos, se reporta que el número de casos acumulados desde la declaración de emergencia sanitaria el 30 de enero del 2020 y hasta el momento en que se está realizando este escrito, se reportan 694.061.703 los números de casos por COVID-19 y 6.909.710 muertes a nivel mundial (Worldometer, 23 de agosto de 2023). A nivel nacional se reportan 7,633,355 los casos confirmados y 334,336 las muertes por COVID-19, respecto a una última actualización con fecha del 25 de junio del 2023 (Datos Abiertos Dirección General de Epidemiología [DGE], 2023).

Es necesario mencionar que respecto a las características de muerte por COVID-19 son similares a las de una muerte traumática causada por algún desastre natural, con las diversas pérdidas que esto representa, relacionadas con las condiciones psicosociales. Mezclando factores que aumentan el estrés psicológico, social, físico, económico y laboral, lo cual aumenta el riesgo de presentar un DC hasta en un 40% en los familiares. Además, se asocia con mayor morbilidad psiquiátrica y física, y aumento en las tasas de mortalidad, y se estima que el DC podría ser un tema de salud pública con una necesaria atención eficiente (Martínez & Rodríguez, 2023).

Con los datos mencionados, se muestra la importancia de que el duelo complicado requiere atención psicológica, ya que se obtiene una elevada tasa de casos del mismo a nivel mundial, asociado principalmente a la exposición de las personas a pérdidas humanas constantes y la presencia de condiciones mentales previas ligadas al proceso de duelo (Killikely et al., 2021).

De acuerdo con lo anterior, esta pandemia ha generado experiencias traumáticas para los pacientes y los miembros de su familia, porque tuvieron que soportar el distanciamiento social; desde no permitir la convivencia familiar y con amigos, hasta el no poder realizar visitas

hospitalarias, desencadenando alto nivel de incertidumbre, soledad y desesperación (LeRoy et al., 2020).

Considerando que el duelo puede ser un suceso vital que causa un impacto importante en la vida de las personas, es necesario comprender el duelo complicado, realizando investigaciones en las que se compruebe o evidencien las variables que estén implicadas en su desarrollo y así de este modo, desarrollar técnicas o intervenciones pertinentes (Romero, 2017).

Aunque la mayoría de las personas que pierden a un ser querido llegan a adaptarse adecuadamente a su vida después de dicho suceso, sin la ayuda de un profesional, una minoría tendería a presentar respuestas patológicas y el restablecimiento no se produce sin la intervención clínica (Eisma et al, 2015).

Se entiende que el duelo es un fenómeno con diversas formas de resolución, incluyendo las disfuncionales. Se ha utilizado el concepto de duelo complicado como aquel en el que sus manifestaciones son intensas, desbordadas, con conductas desadaptativas y sin avance en el proceso hacia su resolución (Vedia, 2016).

En los últimos tres años ha habido muertes por COVID-19, por lo que el número de casos de duelo complicado pudiesen aumentar, por lo cual sería necesario reducir el impacto psicológico de las personas en duelo, ya que algunos síntomas asociados solo se trabajan mediante la intervención (Gesi et al., 2020).

4.1.2 Duelo en el contexto de pandemia por COVID-19

El proceso de duelo durante la pandemia por COVID-19 se ha visto afectado por las medidas tomadas por los diferentes gobiernos del mundo ante la contingencia sanitaria. El 30 de enero de 2020, la Organización Mundial de Salud, declaró a la pandemia como una emergencia de salud pública, estableciendo diversas restricciones de contacto social, uso de cubrebocas y rituales fúnebres, los cuales reunían grupos de personas, esto para reducir el contagio.

La manera en que se han dado las muertes en el contexto de la pandemia por COVID-19, ha sido de manera súbita, además de estar acompañadas de impotencia debido a situaciones como: no poder estar con la persona cuando murió, no haberse cuidado lo necesario, no poder realizar un ritual funerario, falta de apoyo social debido al distanciamiento, lo cual dificultó el acceso a las

redes de apoyo. Esto supone la posible prolongación del duelo, que asociado a estas dificultades podría derivar en duelo complicado (Larrota-Castillo et al., 2020).

De esta forma, la pandemia generó un escenario en el que sucedieron; además de la muerte de un ser querido, diversas pérdidas como: pérdida de convivencia libre, aislamiento social, protocolos de higiene, pérdida económica, pérdida de empleo, entre otras. Visto de esta forma, es un escenario propicio para que se generen complicaciones en el proceso de duelo, así como observar el fenómeno completo de la pandemia por COVID-19 en el marco de las características de las diversas pérdidas y el proceso de duelo (Villagómez et al., 2021).

Es importante mencionar algunas características para duelo complicado durante una pandemia, las cuales están relacionadas con sentimiento de impotencia ante la pérdida, principalmente si quien falleció era el sostén de la familia, desesperanza de recuperar al ser querido en el presente y en el futuro, temores que alimentan el aislamiento, impedimentos para adaptarse a su vida por falta de apoyo social, aumentando la sensación de frustración y fracaso, lo cual no solo es algo irremediable sino una trágica desaparición (Bleichmar, 2010).

Hacer frente al duelo implica desarrollar o implementar estrategias de afrontamiento adaptativo, están destinadas a reducir consecuencias negativas de carácter psicosocial y las que afectan a la salud física como consecuencia de la pérdida, estas tienen el objetivo de disminuir la pena y el duelo (Stroebe et al., 2017).

4.1.3 Intervenciones para DC y su efectividad

Respecto a lo anterior, es necesario desarrollar intervenciones eficaces, en los que se realicen evaluaciones pertinentes para tener un adecuado manejo clínico. Ya que, en caso de diagnosticar duelo complicado, podría existir un mayor riesgo de trastorno mental como Trastorno Depresivo Mayor, Trastorno de ansiedad o Trastorno de Estrés Postraumático, en el que sería necesario un tratamiento farmacológico y con acompañamiento terapéutico (Simon et al., 2019).

En este sentido, las intervenciones desarrolladas para duelo complicado son eficaces para disminuir pensamientos mal-adaptativos que, a su vez pueden contribuir a pensamientos suicidas. Estas intervenciones apuntan a la aceptación de la realidad de la pérdida, así como de la respuesta que la acompaña, se alienta a las personas a participar en actividades gratificantes,

similares a las utilizadas en la activación conductual, disminuyen el pensamiento rumiativo desadaptativo en la depresión relacionada con el duelo (Skritskaya et al., 2020).

Las intervenciones que desde el modelo de proceso dual han sido realizados y probados en otros países como China, muestran evidencia de ser más efectivos que las intervenciones tradicionales, además abren la puerta para seguir mejorando las que vayan surgiendo relacionadas con este modelo (Chow et al., 2018). Por lo tanto, sería importante comprobar la efectividad de una intervención, teniendo estos antecedentes de efectividad siguiendo el modelo de proceso dual como antecedente teórico y acompañado de la propuesta de trabajo desde la Terapia de Aceptación y Compromiso.

Aun cuando haya terminado la pandemia por COVID-19, las intervenciones deben adaptarse al hecho de que los pacientes han perdido familiares durante este período por cualquier otro tipo de enfermedad, accidentes o causas naturales y en ocasiones, también como resultado de esta (Boelen et al., 2020). Además, considerando que uno de los factores principales para desarrollar duelo complicado es la falta de apoyo social, la pandemia limitó este mismo y el contacto físico debido a las restricciones para mitigar los contagios, lo cual dificulta el proceso adecuado del duelo. Respecto a este último punto, desde la perspectiva del duelo y la pérdida, es necesario compartir socialmente dicha experiencia con muestras de empatía y acompañamiento hacia los dolientes (Araujo et al., 2021).

4.1.4 Evidencia de TTG para DC

Finalmente, cuando se habla de la evidencia clínica respecto a las terapias de tercera generación y en específico de la ACT, esta resulta ser efectiva en diferentes estudios de caso, relacionados con problemas de ansiedad, depresión y drogas, añadiendo también intervenciones para duelo (Hayes, 2004). Como lo es un estudio en el que se combinó ACT y la Psicoterapia Analítico Funcional, para la intervención de problemáticas relacionadas con duelo, en el cual se obtuvieron cambios en los procesos relacionados con ACT como aceptación, defusión, yo como contexto, estar en el momento presente, valores y compromiso, además de obtener reducción en las conductas problema e incremento en comportamientos dentro de la sesión terapéutica, en este sentido hablando en específico de las Conductas Clínicamente Relevantes (Muñoz, 2018).

Desde un punto de vista más general, y de acuerdo con dos metaanálisis que analizan la efectividad de la ACT, se obtiene como resultado que es más efectiva en comparación con

modelos de terapia tradicionales como la TCC para el tratamiento de trastornos como depresión y ansiedad (Hacker et al., 2016), así como complicaciones relacionadas con consumo de sustancias, depresión, ansiedad y problemas somáticos, además de ser un tratamiento más efectivo que el habitual o que un placebo. En este sentido, ACT está enfocada en atender afecciones en las que esté implicada la evitación experiencial, como lo sería el duelo (A-Tjak et al., 2015).

En comparación con otros enfoques terapéuticos, la reducción de los síntomas iniciales se considera como una ganancia secundaria al proceso de intervención y es una de las características que distinguen a la ACT (Hayes et al., 2012).

La ACT ayuda a los consultantes para aceptar que el dolor, la pérdida, el miedo y la ansiedad son características inevitables de la vida, por lo tanto, su objetivo no es eliminar o bloquear dichas manifestaciones, sino el promover la búsqueda y claridad de áreas y direcciones valiosas de la vida, como respuesta a estas situaciones. Además, se enfoca en el desarrollo de flexibilidad psicológica, para lograr camino hacia una vida significativa, a pesar de dichos sucesos inevitables y sus desencadenantes como pensamientos y emociones desagradables (Dindo et al., 2017).

Considerando que la muerte por COVID-19 se asemeja a una muerte traumática o no esperada, más la combinación de estresores psicológicos desde el ámbito social, económico, laboral y físico aumenta el riesgo de desarrollar DC hasta un 40%. Además, se asocia con mayor morbilidad psiquiátrica, por lo que se estima que podría convertirse en un problema de salud pública y ser un reto para su manejo eficiente (Martínez y Rodríguez, 2023).

En definitiva, es importante conocer los efectos de la intervención en el contexto de la muerte por COVID-19, dado que el desarrollo de la enfermedad y los rituales funerarios ha cambiado en comparación con las prácticas sociales habituales. Si se obtienen buenos resultados, se podría considerar la propuesta de su uso en diferentes espacios de atención psicológica.

4.2 Hipótesis

La aplicación de la propuesta de intervención basada en la Terapia de Aceptación y Compromiso mejorará de manera significativa el manejo del duelo complicado en individuos que han perdido a un ser querido a causa de COVID-19.

4.3 Objetivo general

Evaluar el efecto de la Terapia de Aceptación y Compromiso en el Duelo Complicado de personas que han perdido a un ser querido por COVID-19.

4.4 Objetivos específicos

- Determinar el efecto de ACT en conductas relacionadas con DC
- Identificar diferencias relacionadas a DC en pre, post y seguimiento a un mes.
- Determinar el efecto de ACT en la evitación experiencial y fusión cognitiva en pre, post y seguimiento a un mes.

Capítulo V

5. Método

5.1 Participantes

Siete mujeres respondieron a la convocatoria que se realizó mediante la publicación de un cartel, publicado en redes sociales (Apéndice A), sin embargo, una de ellas no cumplió con los criterios para DC según la evaluación inicial. Además, dos participantes abandonaron la intervención debido a complicaciones en los horarios. Las cuatro mujeres restantes completaron su participación y cumplieron con los criterios de inclusión al haber experimentado una pérdida cercana debido a COVID-19.

Las características de cada mujer se describen en la tabla 1, teniendo en cuenta principalmente los criterios de inclusión.

Tabla 1

Características de las participantes en la fase de pilotaje

Datos generales	Participante 1	Participante 2	Participante 3	Participante 4
Edad	25 años	54 años	22 años	39 años
Sexo	Femenino	Femenino	Femenino	Femenino
Lugar de residencia	Morelia, Michoacán	Guadalajara, Jalisco	La Guardia Tacámbaro, Michoacán	Morelia, Michoacán
Ser querido que falleció	Hermano	Padre	Madre	Hermano
Fecha de fallecimiento	5 de agosto de 2021	19 de enero de 2021	23 de julio de 2021	12 de agosto de 2021
Modalidad	Presencial	Virtual	Virtual	Presencial

Nota. Participantes de la etapa de piloteo, las cuales cumplen con los criterios de inclusión.

5.1.2 Criterios de inclusión

Ser mayor de 18 años, que la pérdida haya sido de un ser querido por COVID-19, además de cumplir con los criterios de CIE-11 para duelo complicado, como que la muerte haya sucedido hace más de seis meses desde el momento de la evaluación, además de presentar síntomas físicos y emocionales intensos los cuales impidan la realización de sus actividades diarias.

5.1.3 Criterios de exclusión

Encontrarse bajo intervención psiquiátrico o psicoterapéutico y no cumplir con los criterios de inclusión.

5.1.4 Criterios de eliminación

No asistir a dos sesiones seguidas durante el desarrollo de la intervención, no presentar autorregistros durante dos semanas o alguna complicación relacionada con no poder seguir asistiendo.

5.2 Diseño

Se utilizó un diseño experimental de *N* pequeña y diseño A-B-A (Cabré y Gras, 2014) con aplicación de pre-test, pos-test y un seguimiento al término de la intervención.

Una de las ventajas del diseño con *N* pequeña, es el trabajo con uno o pocos sujetos, por lo tanto, no es necesario que la intervención requiera mucho tiempo, además los sujetos llevan su propio control (a través de autorregistros o actividades en casa), y otra ventaja es que se puede llevar un seguimiento al finalizar la intervención. Asimismo, se puede tener mayor control de las variables extrañas durante la aplicación y son una manera más rigurosa de investigación. Ahora bien, en el diseño A-B-A se pueden tomar varias medidas durante la línea base y medidas post-intervención para identificar si alguna medición repetida o variable extraña tiene algún impacto en las respuestas de los sujetos, lo cual proporciona cierto control sobre dichas variables. Una de las intenciones de los investigadores es mantener el efecto de la intervención al finalizar esta y con esto, demostrar la efectividad que tenga como procedimiento terapéutico (Zinser, 1992).

5.3 Instrumentos

Inventario de Duelo Complicado (IDC) creado por Prigerson et al. (1995), permite diferenciar entre duelo normal y complicado, consta de 19 ítems, con cinco categorías de respuesta de tipo Likert (“nunca”, “raramente”, “algunas veces”, “a menudo” y “siempre”), valoran la frecuencia de los síntomas explorados (emocional, cognitivo o conductual) y su puntuación va desde 0 (nunca) hasta 4 (siempre) y una puntuación mayor a 25 indica presencia de DC. Presenta un alfa de Cronbach de .88 y una fiabilidad test-retest de .81, en su adaptación al castellano realizada en España. Los análisis se llevaron a cabo mediante el paquete estadístico SPSS 15 y se asumió un nivel de significación estadístico de $p < 0,05$ (Limonero et al., 2009) (Apéndice B).

Cuestionario Trastorno de Duelo Prolongado (PG-13) elaborado por Prigerson et al. (2013), está diseñado para detectar duelo prolongado en personas que han perdido a un ser querido en un periodo de tiempo de 6 a 12 meses. Es autoadministrado, con una duración de 10 minutos aproximadamente. Está compuesto por 13 ítems agrupados en cinco criterios que definen el duelo prolongado. El primero es la pérdida de un ser querido; el segundo, síntomas de ansiedad intensa por separación; el tercero, duración mayor de seis meses; el cuarto, síntomas cognitivos, emocionales o conductuales; y el quinto deterioro funcional. Los criterios primero, tercero y quinto, tienen respuesta dicotómica (sí/no). Los ítems de los criterios segundo y cuarto se valoran mediante escala de tipo Likert (1= ausencia de síntoma a 5= mayor intensidad). Presenta un alfa de Cronbach de 0.92 y fiabilidad test-retest coeficiente de Kappa de 1. En la adaptación transcultural (realizada en España) se ha utilizado la metodología traducción-retrotraducción propuesta por Guillemin, aceptando las sugerencias de los participantes (Estevan et al., 2017) (Apéndice C).

Cuestionario de Aceptación y Acción-II (AAQ-II-YUC) elaborado por Hayes et al. (2004) consta de diez reactivos, los cuales miden la presencia de Evitación Experiencial y la aceptación psicológica, con categorías de respuesta tipo Likert (“completamente falso”, “rara vez cierto”, “algunas veces cierto”, “a veces cierto”, “frecuentemente cierto”, “casi siempre cierto”, “completamente cierto”). Puntuaciones mayores a 29 puntos se consideran como participantes clínicos. La consistencia interna fue un alfa de Cronbach de 0.89, similar a su versión en inglés (0.85) con adaptación para su aplicación para población mexicana (Patrón, 2010) (Apéndice D).

Cuestionario de Fusión Cognitiva (CFQ) desarrollado por Gillanders et al. (2014), es sensible a niveles altos de fusión cognitiva, consta de siete ítems, con siete categorías de respuesta de tipo Likert (nunca a siempre), los puntajes elevados (49 puntos) indican mayores niveles de fusión cognitiva. Presenta un alfa de Cronbach de 0.91, probada y aprobada para utilizar en población mexicana (Téllez et al., 2020) (Apéndice E).

5.4 Procedimiento

La presente investigación se realizó en diferentes momentos.

5.4.1 Elaboración y jueceo de IACT-DC

El primero de ellos constó de realizar una revisión teórica para conocer a profundidad las principales características de DC, la temporalidad que se toma en cuenta de acuerdo a los

manuales de diagnóstico, las diferentes intervenciones que se han realizado para atender el duelo, así como los enfoques terapéuticos más utilizados.

En particular, se realizó la búsqueda de intervenciones desarrolladas desde la perspectiva de las Terapias de Tercera Generación, focalizando la atención en la ACT, teniendo en cuenta lo reportado respecto a la efectividad ante la atención de este tipo de experiencias vitales y de las técnicas más utilizadas para su implementación.

Con la información obtenida, la intención posterior fue el realizar el diseño de la intervención a modo de manual, basada en la Terapia de Aceptación y Compromiso para Duelo Complicado. Se llevó a cabo teniendo en cuenta las técnicas más efectivas y utilizadas en intervenciones de ACT. Las metáforas, autorregistros y ejercicios experienciales fueron adaptados para realizar menciones relacionadas con la muerte por COVID-19 y el contexto de pandemia.

El siguiente paso, después de tener la primera versión del manual fue enviar el documento a revisión por tres jueces expertos en intervenciones y TTG, para obtener sugerencias respecto a las sesiones, principalmente respecto al tiempo, congruencia entre las sesiones y estrategias utilizadas. A partir de las observaciones brindadas por los expertos, se realizaron modificaciones relacionadas con la redacción y orden de algunas técnicas propuestas. Este paso de revisión se realizó tres veces, para obtener la versión final de IACT-DC y poder tener una adecuada aplicación para el pilotaje.

En la tabla 2 se muestran las modificaciones realizadas al diseño de IACT-DC. Los cambios realizados fueron posteriores a las etapas de jueceo y de pilotaje. Se puede observar que la cantidad de sesiones y el tiempo establecido para las mismas, es lo que presentó modificación principalmente.

Tabla 2

Cambios realizados a la propuesta de intervención IACT-DC de acuerdo al jueceo por expertos

	Primera propuesta	Segunda propuesta	Propuesta final
Número de sesiones	Nueve	Diez	Once

Duración de sesiones de evaluación	90 minutos	90 minutos	90 minutos
Duración de sesiones	60 minutos	60 minutos	60 minutos
Tipo de sesiones	Individuales	Individuales	Individuales
Periodicidad	Semanal	Semanal	Semanal

Fuente: Elaboración propia. Cambios de IACT-DC, realizados a partir del jueceo y pilotaje

5.4.2 Fase de Piloteo

Para la selección de participantes que se muestran en la tabla 1, se publicó por redes sociales un cartel para invitar a las personas a participar y que cumplieran con los criterios de inclusión, así como de poder participar de manera presencial o virtual. De la primera convocatoria se interesaron tres mujeres para colaborar en la investigación.

Se inició la aplicación con dichas participantes, de las cuales una abandonó la intervención por complicaciones en el horario y otra participante fue descartada en la sesión de evaluación, por estar llevando atención psicológica, con lo cual cumplía con los criterios de exclusión y se mantuvo solo una de esta primera captación de participantes.

Debido a la pérdida de participantes se requirió más número de personas para obtener evidencia de lo adecuado que puede ser la aplicación de ACT para DC en pérdidas por COVID-19, se realizó una segunda otra convocatoria, en la que se añadieron dos participantes de manera virtual y una presencial, quedando el total de la muestra de cuatro personas.

Durante la aplicación de la intervención, con la primera participante se realizaron modificaciones respecto al tiempo y orden de las sesiones, así como la adición de una sesión para un trabajo completo relacionado con características relacionadas con el DC como dificultad para implementar la autocompasión y reducir la culpa por seguir viviendo.

Debido a que las tres últimas participantes se añadieron cuando la primera participante ya tenía un avance respecto a las sesiones, la aplicación de IACT-DC fue con la versión final que se muestra en la tabla 2.

Es importante mencionar que la aplicación que se realizó de manera presencial. Se realizó de manera individual, acordando día y hora en las instalaciones del Centro de Intervención e Investigación Psicológica (CIIP) de la Facultad de Psicología de la UMSNH. Y las realizadas virtualmente, fueron en un consultorio privado con conexión a internet, para realizar las videollamadas mediante la aplicación de Google Meet.

De las revisiones por jueces expertos y las modificaciones posteriores, las sesiones finales del manual se presentan en la tabla 3.

5.4.3 Descripción de las sesiones

Tabla 3

Descripción de sesiones de IACT-DC

Sesión	Nombre	Objetivo	Material y estrategias	Tiempo
1	Presentación y evaluación inicial	Aplicar instrumentos de evaluación para identificar duelo complicado, presentar la intervención y entregar el formato de consentimiento informado.	<ul style="list-style-type: none"> ● Consentimiento informado ● Instrumentos propuestos para evaluación ● Entrevista clínica: Historial de pérdidas ● Autorregistro 	90 minutos
2	Conociendo ACT y DC	Familiarizar al consultante con la terapia y duelo complicado e identificar las conductas clínicamente significativas.	<ul style="list-style-type: none"> ● Psicoeducación ● Metáfora ● Autorregistro 	60 minutos
3	Desesperanza creativa	Establecer el contexto de las sesiones y mostrar la importancia de la desesperanza, así como de modificar o mejorar	<ul style="list-style-type: none"> ● Metáfora ● Identificación de soluciones no funcionales ● Registro de personas presentes 	60 minutos

		estrategias para manejar el duelo.	<ul style="list-style-type: none"> • Autorregistro 	
4	Orientación hacia valores	Facilitar el contacto del consultante con las vías en las que sus valores se han visto comprometidas a partir de la pérdida de su ser querido.	<ul style="list-style-type: none"> • Metáfora • Ejercicio experiencial • Identificación de valores • Autorregistro 	60 minutos
5	Autocompasión	Ayudar al consultante a generar autocompasión y motivarle hacia sus acciones comprometidas.	<ul style="list-style-type: none"> • Ejercicio experiencial • Metáfora • Autorregistro 	60 minutos
6	Aceptación del dolor	Orientar al consultante en la aceptación de sus emociones y lo que siente respecto a su duelo.	<ul style="list-style-type: none"> • Observación del flujo de experiencia privada • Metáfora • Hoja de trabajo • Autorregistro 	60 minutos
7	Control de eventos privados y conducta pública	Facilitar la identificación de las estrategias de control hacia eventos privados y conducta pública.	<ul style="list-style-type: none"> • Metáfora • Autorregistro 	60 minutos
8	El yo como contexto	Ayudar a diferenciar el yo de su conducta, de eventos privados y a distinguir entre lo que está presente y lo que se hace presente por el lenguaje.	<ul style="list-style-type: none"> • Metáfora • Observación del flujo de experiencia privada • Autorregistro 	60 minutos

9	Acercándose al dolor	Acercar al consultante a ponerse en contacto y aceptar los eventos privados que le causan malestar, relacionadas con el recuerdo de su ser querido.	<ul style="list-style-type: none"> ● Ejercicio experiencial ● Metáfora ● Autorregistro 	60 minutos
10	Las recaídas	Normalizar las recaídas como una oportunidad para aprender o replantear el camino y dar a conocer que es momento de quitar el soporte de la intervención, ya que cuenta con los aprendizajes necesarios para continuar su vida sin este.	<ul style="list-style-type: none"> ● Metáfora ● Autorregistro 	60 minutos
11	Evaluación final	Identificar los cambios relacionados con las variables de duelo complicado, evitación experiencial y fusión cognitiva.	<ul style="list-style-type: none"> ● Instrumentos propuestos para evaluación ● Cuestionario de cambios percibidos 	90 minutos
12	Sesión de seguimiento	Conocer cómo se da desarrollado la vida del consultante a partir del término de la intervención y si se han presentado dificultades.	<ul style="list-style-type: none"> ● Cuestionario de seguimiento ● Instrumentos propuestos para evaluación 	60 minutos

Fuente: Elaboración propia Nota: Respecto a las sesiones de evaluación, si es necesario, se pueden aplicar en dos sesiones.

5.5 Consideraciones éticas

Se siguieron los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos de la Norma Oficial Mexicana NOM-012-SSA3-2012. Se estableció como requisito que los participantes firmen un consentimiento informado (Apéndice F) mediante el cual se les informó el objetivo de la investigación, duración estimada, el cómo se llevarán a cabo las sesiones, además que no se estarán sometiendo a algún riesgo durante la intervención. También su derecho a rehusarse, a participar y retirarse cuando lo consideren pertinente, los beneficios de este y la confidencialidad de sus datos.

5.6 Análisis de datos

Se realizó un análisis visual (gráficas) de los resultados obtenidos de los instrumentos en pre, post y seguimiento a un mes de cada participante. Además, se tomaron en cuenta los cambios observados, lo referido por ellas mismas durante las sesiones y al finalizar la aplicación.

Capítulo VI

6.Resultados

A continuación, se presentan los resultados por participante de IACT-DC, tomando en cuenta los puntajes obtenidos durante pre, post evaluación y seguimiento, así como de los registros realizados por las propias participantes y los avances observados durante las sesiones.

Se presenta el caso, los antecedentes y los puntajes de evaluación, un análisis visual de cada instrumento en los tres momentos de evaluación pre, post y seguimiento a un mes, así como las actividades durante las sesiones con cada participante.

A modo de aclaración, en la sesión tres se muestran los valores que se trabajaron durante las sesiones de acuerdo a lo mencionado con cada participante y en la conclusión cuál fue el resultado de tener comportamientos dirigidos a sus valores.

6.1 Resultados por participante

Participante 1

Presentación del caso

Es una mujer de 25 años, soltera, reside en Morelia, Michoacán. Actualmente, vive sola terminó la licenciatura en filosofía, no ha realizado su proceso de titulación. Trabaja poniendo pestañas, en un espacio donde colabora con otra persona. La relación con sus padres es distante, describe la relación con su hermana como buena y con quien platica regularmente.

Refiere que el interés por acceder a participar en la intervención es porque desde el fallecimiento de su hermano identifica que no es un proceso que pueda llevar sola y considera como necesario trabajarlo, ya que su principal indicativo ha sido el no poder hablar sobre el tema y evitar el malestar que esto conlleva, así como el ver cosas relacionadas con él (fotos, personas, pertenencias, lugares). Menciona que, a partir de este suceso, se ha alejado de sus amistades, por lo que no identifica una red de apoyo cercana.

Durante la sesión de evaluación y la presentación de la intervención, se le explicó el contenido del consentimiento informado, se le indicó que lo leyera en su casa con detenimiento, y en la segunda sesión lo firmara.

Antecedentes

Menciona que el fallecimiento de su hermano sucedió en agosto del 2021. La participante refiere que ha sido un proceso difícil, desde el momento en que tuvo que ver cómo sacaban el cuerpo de su hermano y llevarlo sola, hasta recibir sus cenizas, sin poder despedirse de él. A partir de esto, refiere que identifica que el área educativa se vio afectada, por esa razón no ha terminado su tesis, respecto al área laboral, menciona que mientras trabaja a veces se le dificulta estar tranquila y necesita salir a despejarse un poco, se ha alejado de su vida social, no le resulta agradable estar rodeada de muchas personas o que puedan preguntarle sobre el tema y al expresarse pueda incomodarles. Además, menciona que es una constante el evitar emociones negativas, llorar y frustración por querer realizar cosas y no llevarlas a cabo.

Evaluación pre, post y seguimiento a un mes

Respecto a la aplicación de instrumentos, en la tabla 4 se muestran los resultados obtenidos en cada instrumento y en los cuales se puede observar que cumple con los puntajes para la intervención de acuerdo con los puntos de corte para cada instrumento. En la tabla 4 también se incluyen las puntuaciones obtenidas en los instrumentos en la evaluación final y en el seguimiento a un mes de terminar la aplicación de IACT-DC.

Además, con la información obtenida durante la entrevista clínica, se profundizó en la información relacionada con cómo vivió el proceso de enfermedad y fallecimiento de su hermano y las limitaciones propias de las restricciones establecidas durante el periodo de pandemia.

Tabla 4

Puntuaciones de la participante 1 en fase de piloteo

Instrumento	Punto de corte del instrumento	Puntuación de Pre	Puntuación de Post	Seguimiento a un mes
Inventario de Duelo Complicado (IDC)	Puntaje mayor a 25 se presenta DC	35	32	24

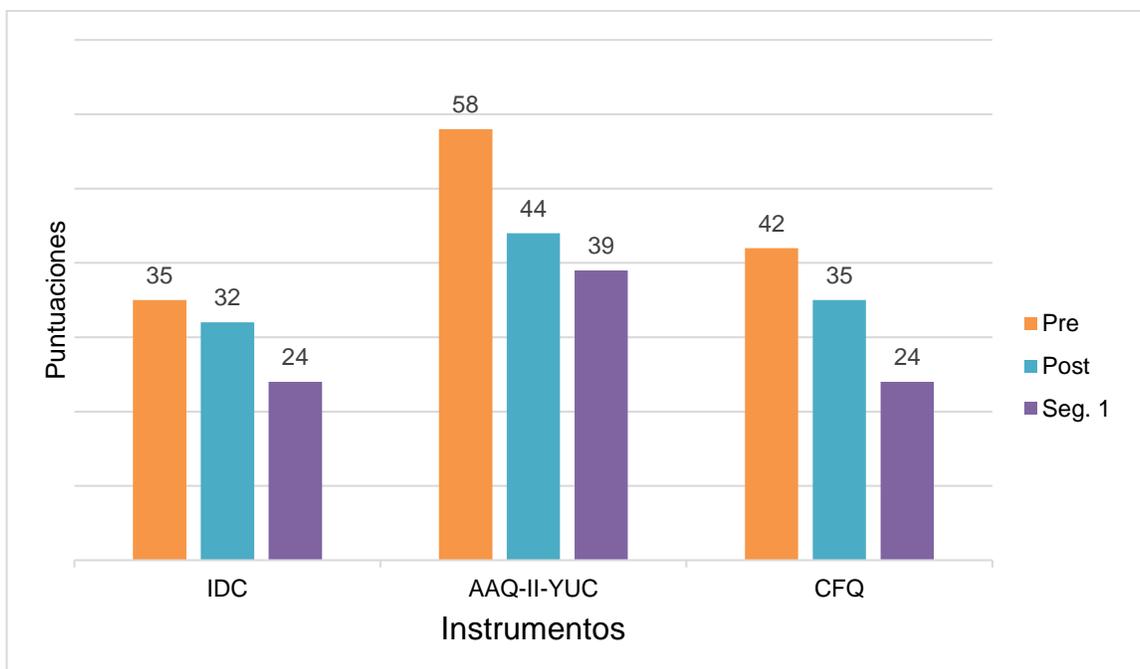
Cuestionario	Cumplir con los cinco criterios	Cumple los criterios	No presenta criterios	No presenta criterios
Cuestionario de Trastorno de Duelo Prolongado (PG-13)				
Cuestionario de Aceptación y Acción II (AAQ-II-YUC)	Participantes clínicos más de 29 puntos	58	44	39
Cuestionario de Fusión Cognitiva (CFQ)	Mínimo 7 Medio: 24 Máximo 49	42	35	24

Nota: Resultados de la participante 1 obtenidos en instrumentos de evaluación: pre, post y seguimiento.

En la tabla 4, se puede observar que las puntuaciones respecto a la evaluación pre-test son mayores al punto de corte correspondiente a cada instrumento (IDC, AAQ-II-YUC y CFQ) y de acuerdo a los criterios de PG-13 cumple con todos para confirmar la presencia de TDP.

Figura 2

Análisis visual de puntuaciones de la participante 1



Como se puede observar en la Figura 2, en el caso de IDC que ayuda a identificar la presencia de DC presenta una disminución en los tres momentos de evaluación, llegando tener 24 puntos en la última medición, lo cual indica que ya no hay presencia de DC.

Respecto a la evaluación de evitación experiencial (AAQ-II-YUC), se observa una disminución considerable, aunque no llegó a obtener menos de 29 puntos para no considerarse como participante clínica respecto a esta variable.

En el caso de fusión cognitiva, también se presenta una disminución importante, sin embargo, con los 24 puntos que obtiene se mantiene en la media de acuerdo con el punto de corte.

Como aclaración, en la Figura 2 no se presenta el PG-13 ya que por las características del instrumento no se obtiene un puntaje total, sino que se “cumplen o no” criterios y se dictamina la presencia o ausencia de TDP, por lo cual solo se muestra en los primeros resultados que se presentan en formato de tabla y será de igual manera con las tres participantes siguientes.

Formulación de caso

Con lo planteado por la teoría respecto a DC y en congruencia con los resultados obtenidos durante la evaluación, la participante 1 presenta un duelo complicado de acuerdo a la evaluación inicial, como se muestra en la Tabla 4 por el fallecimiento de su hermano. Respecto a ACT, presenta evitación experiencial elevada relacionada con la evitación de recuerdos y emociones relacionadas con su hermano fallecido, esto le proporciona un alivio temporal al dolor emocional intenso, pero a largo plazo perpetúa su incapacidad para procesar y aceptar la pérdida.

En el caso de la fusión cognitiva se presentan pensamientos intrusivos sobre la muerte (propia y ajena) y comparación con su hermano respecto a que él sí tenía claras sus metas y ella no (falta de contacto con valores), así como tener una lucha interna con la aceptación de la realidad y la incertidumbre sobre el futuro. Parece presentar dificultades para adaptarse a las nuevas circunstancias de vida sin su hermano, lo que refleja rigidez psicológica y emocional, así como falta de compromiso con acciones que considera sin sentido ahora que no está.

Objetivos:

- **Aceptación:** Ayudar a aceptar la realidad de la pérdida de su hermano y permitir que experimente las emociones asociadas sin evitarlas.
- **Defusión cognitiva:** Trabajar en técnicas para disminuir el impacto de los pensamientos intrusivos y los juicios autocríticos relacionados con la comparación con su hermano.
- **Compromiso con valores:** Identificar y comprometerse con acciones que sean coherentes con sus valores, incluso en ausencia de su hermano, para encontrar un nuevo sentido y propósito en la vida.
- **Contacto con el momento presente:** Fomentar la atención al momento actual y reducir la preocupación anticipatoria sobre el futuro y sobre el pasado.

Aplicación de intervención

Sesión de evaluación

Durante esta sesión se realizó la presentación de la intervención, se indicaron el número de sesiones y su duración, así como la aplicación de instrumentos y entrevista clínica. Al final de la sesión se entregó el consentimiento informado y se brindó el autorregistro para que se familiarice con el.

Sesión 1

En esta sesión se realizó devolución de los resultados, se firmó el consentimiento informado y como actividad principal fue de psicoeducación, sobre la intervención y características del duelo complicado. Además, se revisó a detalle el autorregistro y las dudas relacionadas con su llenado.

La P1 menciona que se siente agradecida con dicha explicación para entender que cada duelo es diferente y poder reducir poco a poco la culpa respecto a “no llevar bien su duelo”. Además, refiere que le gustaría ser recordada como alguien que logró sus metas.

Sesión 2

La P1 describió su semana como complicada, ya que había estado sensible y sintiéndose vulnerable, provocando que se le dificultara ir a trabajar. Identificó sentir dolor por los

recuerdos relacionados con su hermano, sin embargo, se siente bien, ya que era un tema que bloqueaba y se permitió comenzar a aceptar lo que está sintiendo.

Respecto al objetivo de la sesión fue el generar desesperanza creativa y a través de esto identificó que una estrategia de evitación experiencial principal para no estar en contacto con lo que le ha causado malestar y no externar cómo se siente, es el generar problemas con las demás personas para evitar pensar en la pérdida de su hermano, evitar hablar sobre el tema y utilizar distractores para no ponerse en contacto con su malestar.

Sesión 3

Identificó mayor contacto con su malestar y pudo hablar sobre el tema de la muerte de su hermano con los demás. Se preocupa principalmente por el bienestar de las demás personas, antes que por el de ella misma.

Con el ejercicio experiencial, identificó que necesita ser amable con ella misma, validando lo que ha pasado, para que no aumente la frustración y malestar físico.

Durante la sesión se realizó la clarificación de valores, donde identifica el poder tener una relación de pareja estable, tener cercanía con su familia y confianza para expresar cómo se siente, poder tener su negocio propio, retomar sus estudios, aprender a pintar, poder tener un mejor control de sus emociones. Ya que, desde la pérdida de su hermano, se percata que, por la fusión con sus conductas privadas relacionadas con la culpa de seguir viviendo, evita realizar cosas que le generen alegría.

Sesión 4

Durante la semana comenzó a realizar acciones comprometidas a sus valores, como comprar lo necesario para pintar acuarela, permitirse pedir ayuda principalmente a su familia y recibió apoyo de su hermana para poder brindarle un espacio para poder poner su negocio.

Una de las verbalizaciones importantes que realizó fue que, a pesar de ser un proceso doloroso, es necesario para ir acomodando todo, desde sentimientos, hasta cosas por hacer como si fuese un rompecabezas, ordenando todo a su ritmo, darse su espacio, retomar cosas que le gusta hacer y observar con mayor detenimiento cuáles conductas evita realizar y lo poco efectivas que son.

Sesión 5

Durante la semana se ha enfocado a realizar cosas para ella misma que la hacen sentir bien. En días anteriores, ha estado recordando mucho a su hermano, se percata que antes evitaba cualquier tipo de recuerdo relacionado con él, sin embargo, ahora es agradable recordarlo, ya que trata de no ver de manera despectiva los recuerdos de su hermano, porque le genera culpa. Con el ejercicio experiencial, identificó lo inefectivo que es evitar situaciones, ya que “si le dieran a elegir entre lo que está evitando a no conocerlo, preferiría estar así”. Aprendió muchas cosas de su hermano, le gustaría tomar algunas cosas para aplicarlo en su vida, lo cual lo identifica como un avance.

Se observa que la P1 poco a poco se va permitiendo aceptar el malestar y darse cuenta de lo inefectivo que resulta el evitarlo, ya que verbaliza que lo ve como algo necesario notar la importancia de conectar con sus emociones y va a ser consciente que, aunque le gustaría seguir viendo a su hermano sabe que ya no será así, acercándose a la aceptación respecto a la pérdida.

Sesión 6 Acercándose al dolor

Se ha sentido más tranquila durante las últimas semanas, retomó el empezar a leer y escribir, iniciando con lecturas leves, comenzó a patinar y a salir un poco más que antes. Se da cuenta de lo necesario que resulta el poder retomar sus actividades poco a poco, porque antes se sentía culpable de realizar actividades por no estar presente su hermano.

Con el ejercicio de observar la fotografía de su ser querido, identifica que el sufrimiento es inevitable en la vida de las personas, así como el evitar emociones como la tristeza o extrañar, es normal cuando se pierde a un ser querido.

Sesión 8 Sesión adicional solicitada por P1

Después del ejercicio de la sesión anterior, solicitó orientación para poder identificar qué podría realizar como “cierre de su duelo”.

Identificó el realizar una carta dirigida hacia su hermano y otra hacia ella misma, esta segunda, para reconocer y darse cuenta sobre su propio avance.

Con las prácticas de las sesiones anteriores, también se presenta una mejor aceptación al malestar, permitiéndose asistir a una misa, experimentar tristeza y también siendo consciente

de la normalidad entre ir y venir durante el proceso de duelo. Así como, el ser consciente que no puede controlar situaciones como su pérdida.

Sesión 7 Aceptación del dolor

Durante el ejercicio experiencial y la metáfora del interruptor, se percató que durante la semana había estado luchando con evitar las emociones desagradables y con la ayuda del ejercicio retomó el aceptar que al ser la primera vez que se pone en contacto después de dos años con este malestar, es esperable sentirse así.

Sesión 9 Recaídas

Identifica que la mayoría de sus valores personales se beneficiaron al moverse hacia ellos, se siente más cercana a su familia, así como aprender a tener herramientas para poder salir del “hoyo”. La importancia de validar y ser autocompasiva, principalmente ante recaídas. Y aceptar que podrá seguir teniendo días tristes, pero que aun así puede sentirse motivada y no abandonar lo que es valioso para ella.

Sesión de post-evaluación

Hasta dicha sesión informó haber escrito la carta hacia su hermano, lo cual le ayudó a reconocer y aceptar que ya no va a estar, sin embargo, seguirá presente en su vida. Identificó que era el mejor momento para poder escribir y hacer las paces con su pérdida.

Con el cuestionario de salida para conocer el grado de satisfacción y cambios percibidos, se obtuvieron las siguientes respuestas.

Desde la perspectiva de P1, identifica que al inicio se sentía con mucha tristeza y angustia, veía todo muy oscuro. Si se reía se sentía muy culpable, no sentía que mereciera que le pasará algo bonito. Al término, de la intervención, ya no percibe la sombra, se siente motivada. Aún, cuando todavía no desaparece por completo la culpa, ya no la siente al reír y acepta que no puede controlar todo.

Al inicio de las sesiones, identifica que evadía su proceso de duelo, sentía frustración cuando su madre hablaba sobre su hermano, se engañaba a sí misma y esto lo notó durante las sesiones, ya que ella misma menciona “no lo veo porque sigue Ixtapa”.

Actualmente, redujo la evitación aceptando poco a poco que ya no está su hermano y aprendió a lidiar con dicha ausencia. También reconoce que, cada duelo es totalmente diferente, nota la diferencia en cómo lo vive su mamá.

Las actividades valiosas que retomó fue el salir a caminar, escuchar música, iniciar a pintar. Se ha permitido retomar su vida social, pero con planes tranquilos. E identificó que el escribir, le resultó muy agradable para expresar cómo se va sintiendo durante los días.

Describe su vida muy tranquila, desapareció la angustia constante que percibía. Aprendió a escucharse, a no presionarse y tener conexión consigo misma.

Relacionado con las expectativas sobre las sesiones, menciona que las superó, ya que a veces solo esperaba que fuese el día de la sesión para asistir. Pensaba que el cambio iba a ser poco notable, sin embargo, desde su perspectiva avanzó bastante, además, que no solo fue trabajar el duelo, sino las áreas que había descuidado. Y no considera que sea necesario modificar algo a las sesiones.

Sesión de seguimiento a un mes

Se mantiene motivada respecto a mantener actividades valiosas. Sigue realizando como estrategia el escribir cómo se siente, darse tiempo para sí misma saliendo a caminar, permitirse llorar y aceptar su malestar.

Aun cuando se realizó durante las sesiones el ejercicio de observar la foto de su hermano, seguía presentando dificultad para ver fotos. Actualmente, tiene una foto de él al entrar a su casa, al inicio le costó un poco de trabajo, pero con el paso de los días le resultó agradable. Ahora le agrada estar con personas, cuando antes se alejaba.

Identifica la aceptación como “rara”, ya que en sus palabras es “como si dejaras ir a la persona y a la vez no”. Anteriormente, se aferraba en no aceptar que ya no iba a estar, pero esto la alejaba de su recuerdo. El sentimiento de culpa está casi desaparecido. Cuando evitaba recuerdos, aparecía el sentimiento de culpa y ahora se ha quitado esa carga.

Conclusión P1

Como se pudo observar, la participante ha tenido una disminución significativa respecto a la evitación experiencial, relacionada con el evitar hablar sobre el tema del fallecimiento de su hermano, aceptar sus emociones y acercarse a sus redes de apoyo. Además, el retomar

actividades que había dejado de realizar y también nuevas actividades de su interés relacionadas con los valores que se trabajaron durante las sesiones, como fue el mejorar la confianza en sí misma, tener un negocio propio, retomar sus estudios, enfocarse en el aquí y en el ahora, así como realizar actividades de ocio como pintura y salir a caminar.

Durante las sesiones la participante realizó el registro de las situaciones que se presentaba durante la semana relacionadas con la tristeza por el recuerdo de su hermano y en las que identificara acciones relacionadas con evitación experiencial, ya sea por pensamientos, emociones o sensaciones. De igual manera, el que pudiese identificar cuáles estrategias eran más adecuadas para enfrentar la situación que se presentaba y finalmente, notar por sí misma los cambios durante su avance al tener una atención flexible ante estos sucesos.

De acuerdo a lo reportado en la sesión de seguimiento, se mantiene la motivación respecto a conductas valiosas. Además, ha aumentado la aceptación de conductas privadas, ya que no las toma de manera literal y se hace notoria la oscilación que se presenta durante el duelo, cuando se está llevando un proceso adecuado del mismo.

Finalmente, respecto a los valores se mantuvo comprometida a pesar de que en algunas acciones no obtuviera los resultados que esperaba.

Participante 2

Presentación de caso

Es una mujer de 54 años originaria de la ciudad de Guadalajara, Jalisco casada y con tres hijos. Actualmente, se dedica a labores del hogar y dentro de sus actividades diarias es el cuidar de su madre.

Refiere que el interés en participar se dio después y un poco convencida por su hija. Sin embargo, identifica que es necesario e importante trabajar su duelo por la muerte de su padre.

De igual manera, se le hizo de su conocimiento la protección de sus datos y el poder retirar su participación si considera pertinente. Al ser una de las dos participantes con la modalidad de sesiones virtual, se le comentó que se le enviaría el documento de consentimiento informado para su lectura y firma.

Antecedentes

Menciona que el fallecimiento de su padre fue el 19 de enero de 2021, ha tenido que lidiar con diversas situaciones relacionadas con el cuidado de su madre, cambios próximos en la casa donde vivió con sus padres y “cargas” que ella misma se ha impuesto al ser la hermana mayor.

Identifica que evita ver fotos de su padre, principalmente una que fue hecha por la funeraria, ya que le causa mucha tristeza. Además, no comparte con sus hermanos o familia el cómo se siente, evita que la vean triste o llorar frente a ellos, porque “tiene que permanecer fuerte”. Y al tener que ir diario a la casa de sus papás, busca estar ocupada para evitar su malestar.

Evaluación pre, post y seguimiento a un mes

Respecto a la aplicación de instrumentos, en la tabla 5 se muestran los resultados obtenidos en cada instrumento y en los cuales se puede observar que en el IDC cumple con el criterio para DC, para el PG-13 no cumple los criterios. Sin embargo, por la información obtenida en la entrevista relacionada con cómo vivió el proceso desde que se enteraron del contagio de su padre y fallecimiento, así como las limitaciones propias de las restricciones establecidas durante el periodo de pandemia, la consultante considera necesaria la atención.

Además, se incluyen las puntuaciones obtenidas en los instrumentos en la evaluación final y en el seguimiento a un mes de terminar la aplicación de IACT-DC.

Tabla 5

Puntuaciones de la participante 2 en fase de piloteo

Instrumento	Punto de corte del instrumento	Puntuación de Pre	Puntuación de Post	Seguimiento a un mes
Inventario de Duelo Complicado (IDC)	Puntaje mayor a 25 se presenta DC	25	10	6
Cuestionario Trastorno de Duelo Prolongado (PG-13)	Cumplir con los cinco criterios	No presenta criterios	No presenta criterios	No presenta criterios

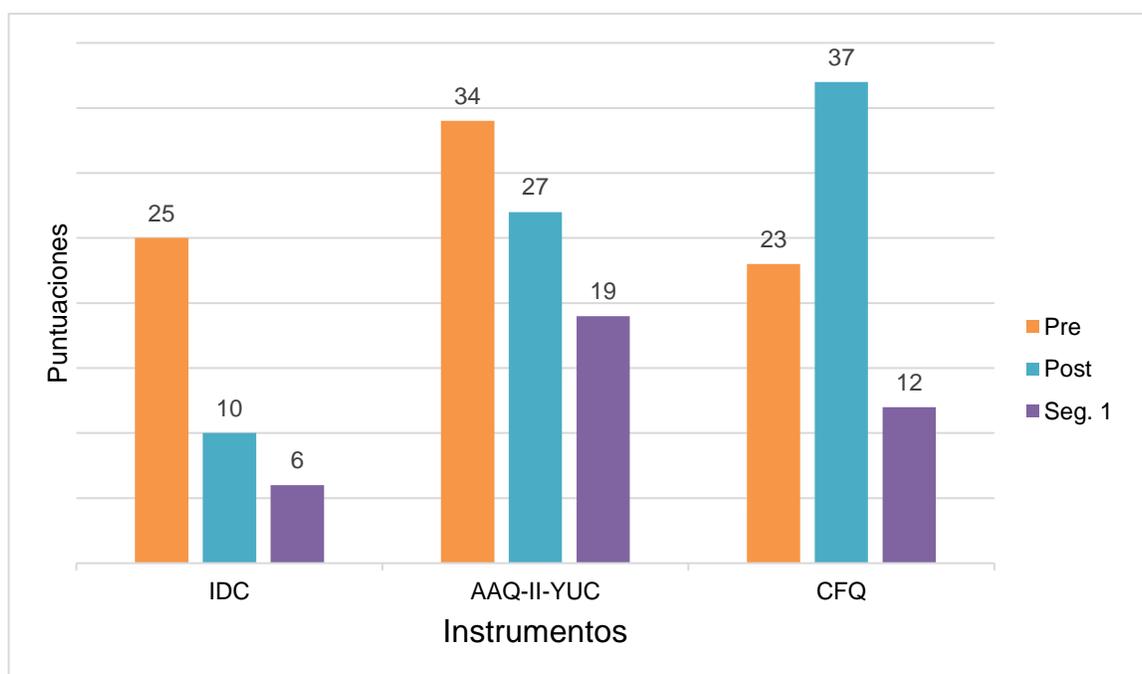
Cuestionario de Aceptación y Acción II (AAQ-II-YUC)	Participantes clínicos más de 29 puntos	34	27	19
Cuestionario de Fusión Cognitiva (CFQ)	Mínimo 7 Medio: 24 Máximo 49	23	37	12

Resultados de la participante 2 obtenidos en instrumentos de evaluación: pre, post y seguimiento.

En la tabla 5, se pueden observar que las puntuaciones respecto a la evaluación pre-test en el caso del CFQ está por debajo de la media, sin embargo, es una puntuación considerable para atención. En el caso del AAQ-II-YUC sí presenta una puntuación alta para ser participante clínica.

Figura 3

Análisis visual de puntuaciones de la participante 2



Al observar la Figura 3, se identifica una reducción considerable respecto a el IDC entre los tres momentos de evaluación y principalmente entre pre y el seguimiento a un mes. En el caso de la evitación experiencial (AAQ-II-YUC), se logró llegar a un puntaje bajo y pasar de ser una participante clínica a no serlo. Finalmente, se observa que para la evaluación de fusión cognitiva (CFQ) ocurrió un despunte entre la evaluación pre y post, algo que pudo

sucedier es que al finalizar las sesiones la participante 2, mencionaba que era más consciente de sus pensamientos y lo que sucedía con su cuerpo, pero con un enfoque de “ser consciente del momento, no evitar lo que percibía y dejarlo que se fuera así como había llegado”, y lo obtenido en el seguimiento tuvo una reducción importante.

Formulación de caso

De acuerdo con la teoría sobre el duelo y con los resultados obtenidos durante la evaluación, la participante 2 presenta un duelo complicado de acuerdo con el IDC, aun cuando en el PG-13 no cumple con los criterios establecidos, la PP2 mencionó que desde su perspectiva sí era necesario trabajar en priorizarse y poder aceptar el malestar que se presentaba al recordar a su padre, ver fotos y escuchar canciones. Ella misma identifica que evita situaciones y tiende a literalizar sus pensamientos al “tener que ser fuerte” y se muestra abierta a vivenciar este proceso que implicaría cierto dolor. Por lo tanto, es necesario trabajar la aceptación de las conductas privadas (emociones, pensamientos y recuerdos), así como generar autocompasión.

Respecto a la evitación experiencial, se identifica en la evitación de emociones y la expresión de estas, lo cual le permite mantener una imagen de fortaleza frente a los demás, pero a costa de suprimir y no procesar adecuadamente su dolor por la pérdida de su padre. Esta evitación puede perpetuar el sufrimiento emocional y dificultar su proceso de duelo.

De acuerdo con la fusión cognitiva, la creencia de “tener que ser fuerte”, actúa como una regla tipo *pliance* que limita la expresión auténtica de sus emociones, contribuyendo así a la evitación emocional y al malestar.

Y relacionado con la flexibilidad psicológica, muestra rigidez en su respuesta emocional al no permitirse sentir y expresar el dolor asociado con la pérdida de su padre. La falta de flexibilidad emocional podría estar dificultando su capacidad para adaptarse y ajustarse a la vida sin él.

Objetivos:

- Aceptación: Facilitar que acepte y permita la experiencia de sus emociones, incluyendo el dolor y la tristeza por la pérdida de su padre, sin juicios ni evitación.

- Defusión cognitiva: Ayudar a distanciarse de la creencia rígida de “tener que ser fuerte” para permitir mayor flexibilidad emocional y una experiencia más auténtica de sus sentimientos.
- Compromiso con valores: Identificar y comprometerse con acciones que sean coherentes con los valores personales, incluso en presencia del dolor por la pérdida de su padre, para reconstruir un sentido de propósito y dirección en su vida.
- Contacto con el momento presente: Cultivar la práctica de prestar atención al aquí y ahora, para que pueda estar más conectada con el presente y reducir la evitación de experiencias emocionales difíciles.

Aplicación de intervención

Sesión de evaluación

Durante la sesión se realizó la aplicación de instrumentos mencionados, así como de la entrevista clínica en profundidad, para conocer el contexto de la PP2 respecto a su pérdida y cómo experimentó el proceso desde ese momento hasta la evaluación.

Sesión 1

Después de la sesión de evaluación experimentó el sentirse más sensible y triste. Se complicaron un poco los días, por el festejo del día del padre y porque estuvieron muy presentes situaciones en las que su estrategia de evitación experiencial era el mantenerse ocupada o cambiar de tema.

Sesión 2

Identificó sentirse dispuesta a que durante las sesiones se presenten situaciones dolorosas y que es algo necesario.

Al identificar estrategias disfuncionales al generar desesperanza creativa, identifica que se aguanta o se esconde cuando se siente muy triste y necesita llorar, mantiene una actitud de “ser fuerte” ante los demás, sin embargo, esto le genera mucha angustia y la función a largo plazo no es efectiva.

Sesión 3

Como actividad hecha por sí misma, para ponerse en contacto con situaciones que evita, asistió al panteón, aunque es consciente que solo son restos, era algo que necesitaba y le genera paz.

Al identificar sus valores, se percata de que prioriza a los demás, y olvida lo que es importante para ella. A partir de esto, le interesa retomar actividades como coser, cuidar su alimentación, caminar y darse momentos para sí misma.

Sesión 4

Durante la semana se dirigió hacia sus valores, dándose un tiempo para convivir con su hija, fortalecer su relación de pareja y organizar su casa.

Identifica más tolerancia a escuchar canciones y situaciones que le recuerden a su padre, así como la importancia de tomar consciencia respecto a lo que sucedió con el fallecimiento de su padre.

Sesión 5

Con el ejercicio para generar compasión identificó que se ha castigado mucho, en obligarse a ser fuerte, a partir del fallecimiento de su padre. Y se observa un poco más de flexibilidad psicológica, ya que no le causa tanto conflicto el sentirse triste, entiende que es normal y que, además, es necesario escucharse y permitirse llorar.

Sesión 6

Al finalizar el ejercicio de observar las experiencias privadas, identificó la importancia de ser consciente de su respiración y de su cuerpo. Y al aceptar el dolor, menciona que ya no evita experimentar lo que siente, puede hablar con mayor facilidad sobre el tema y puede observar sus fotos sin tanto malestar.

Se plantea seguir caminando hacia sus valores, aunque sean cosas pequeñas y permitirse tiempos para ella misma. Además, al reforzar

Sesión 7

Para ella la aceptación es entender que está bien sentirse triste. Es consciente que los sentimientos no determinan quién es. Con el ejercicio para facilitar la apertura a conductas

privadas, nota que ya no necesita controlar su malestar, ya que también válida el cómo se siente y le resulta más efectivo porque puede cantar canciones y llorar, sabiendo que está bien.

Sesión 8

Con el ejercicio de observar los pensamientos, le costó un poco de trabajo al inicio, sin embargo, nota más tranquilidad con los pensamientos que aparecen. Además, lo que le ha ayudado a desarrollar mejor esta habilidad ha sido la de poner atención cuando lava trastes, a respirar y ser consciente de su cuerpo como en los ejercicios experienciales.

Al observar la foto de su papá durante el ejercicio, se permitió sentirse triste y llorar, se sintió agradecida por haber sido la persona que fue. Y al ser autocompasiva, entiende y válida sentirse triste y llorar.

Sesión 9

Identifica aún más aceptación respecto a sus conductas privadas y a entender que es normal sentir que su estado de ánimo decae, principalmente cuando hay una situación que lo genera. Ha priorizado el darse más tiempo para ella y seguir realizando acciones dirigidas a sus valores.

Se va con la conciencia de que engancharse a los pensamientos no es funcional, que es necesario seguir caminando y no tomar responsabilidades que no le corresponden.

Sesión de post-evaluación

En retrospectiva menciona que al inicio de las sesiones se sentía confusa, renuente y con miedo. Al finalizar la intervención, se siente mejor, menos impulsiva y respecto al duelo se percibe mucho mejor.

Recuerda que sentía mucho dolor y coraje por la muerte de su padre, veía algo como injusto, la culpa se presentaba por pensar que pudo haber hecho más. Actualmente, percibe su duelo con mayor aceptación, más tranquilidad.

Comenzó a tomar más consciencia de su salud, caminando más, comer menos azúcar, a retomar actividades para ella misma. Identifica que con las sesiones se ha enfocado en disfrutar cada momento.

Respecto a las expectativas, menciona que se cumplieron porque notó los cambios durante las sesiones, agradece cómo se llevaron las sesiones con respeto y con cada sesión reflexionaba durante la semana las actividades.

Sesión de seguimiento a un mes

Durante esta sesión la PP2 menciona que se ha sentido bien, tranquila y sin ninguna dificultad para asistir a visitar las cenizas de tu papá. Se mantiene el procurar darse espacio para sí misma y descansar. Continuó realizando ejercicios de respiración y en “darse permiso” para sentirse triste, comprende e identifica lo funcional de “el aquí y el ahora y una cosa a la vez”.

Sigue realizando acciones valiosas, como dormir un poco más, salir a convivir con su esposo, ver películas y series.

Para mencionar cómo se siente respecto a su duelo, refiere que se siente un 95% bien, comprende que por fechas de celebración se siente triste y extraña a su papá, pero ya no es como antes.

Conclusión PP2

Considerando que desde la evaluación la PP2 no cumplía con todos los criterios del PG-13 para considerarse como DC, durante las sesiones y la entrevista se pudieron obtener ciertos aspectos importantes a trabajar, además de que la misma participante lo consideraba necesario y estaba dispuesta a experimentar el proceso.

Se observaron cambios importantes respecto a la evitación experiencial y la fusión con conductas privadas, las cuales limitaban el aceptar y validar sus emociones o tomar como reglas a cumplir el “ser fuerte”, además de alejarse de sus valores. Así como el poner en práctica ejercicios de atención plena para mantenerse enfocada en el momento presente.

Durante las sesiones y al finalizarlas, se pudo observar un cambio importante respecto a aceptar las emociones y pensamientos desagradables como algo que forma parte de la vida, retomó actividades que había dejado a un lado, además de comenzar a realizar algunas otras relacionadas con “darse su tiempo” y espacio para sí misma, ser menos dura respecto a cómo se siente y validarlo.

Se obtiene la aceptación de conductas privadas relacionadas con la pérdida y defusión, además, se generó autocompasión y el continuar realizando acciones encaminadas hacia sus valores.

Participante 3

Presentación de caso

Es una mujer de 39 años originaria de Morelia, Michoacán se dedica al hogar y es ama de casa, vive con su hijo y con su pareja.

Menciona que el interés en participar, es porque había notado que le costaba trabajo, continuar con sus actividades diarias como el manejar, trabajar, además de muy culpable de seguir viviendo y de sentirse feliz por momentos.

De igual manera, se le hizo de su conocimiento la protección de sus datos y el poder retirar su participación, si considera pertinente, y que dicha información podría leerla detenidamente en el consentimiento informado que se llevaría a casa.

Antecedentes

Refiere que el fallecimiento de su hermano fue el 12 de agosto de 2021, su relación era muy cercana con él. La atención médica desde su perspectiva fue muy buena, los mantuvieron actualizados sobre el estado de salud de su hermano y también cuando les informaron de su fallecimiento.

Menciona que no hubo ningún tipo de ritual funerario cuando les entregaron las cenizas, ya que varias personas de su familia y ella estaban contagiados, posteriormente realizaron una misa y se realizó un novenario.

Identifica que su estado de ánimo ha sido muy irritable, evita hablar sobre el tema, no visita el panteón porque le genera malestar y percibe que se ha apagado mucho, que está viviendo en “automático”

Evaluación pre, post y seguimiento a un mes

Respecto a la aplicación de instrumentos, en la tabla 6 se muestran los resultados obtenidos en cada uno y en los cuales se puede observar que presenta DC de acuerdo con los dos instrumentos que se utilizan para tal fin. Sin embargo, en el PG-13 solo presenta dificultad

en algunas áreas importantes para trabajar, aún cuando no se cumple con todos los criterios. En el caso de la medición respecto a evitación experiencial (AAQ-II-YUC), también cumple con una puntuación alta, la cual indica ser una candidata para atender este aspecto. Finalmente, en fusión cognitiva (CFQ) también presenta una puntuación considerada alta y apta para trabajar.

Además, se incluyen las puntuaciones obtenidas en los instrumentos en la evaluación final y en el seguimiento a un mes de terminar la aplicación de IACT-DC.

Tabla 6

Puntuaciones de la participante 3 en fase de piloteo

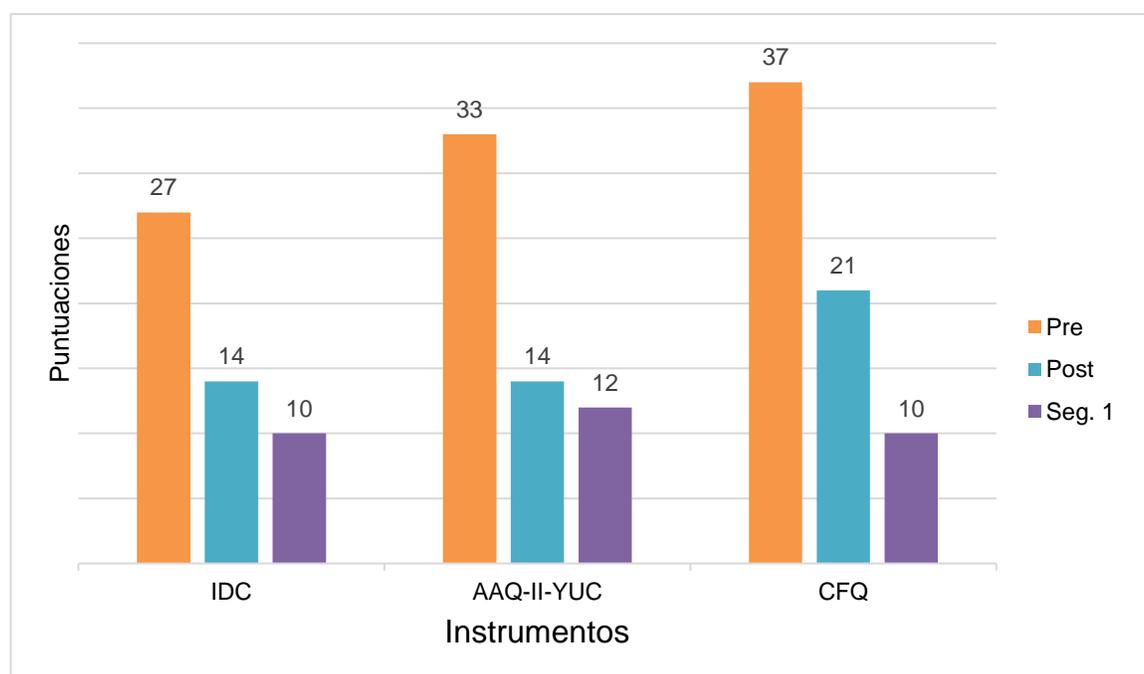
Instrumento	Punto de corte del instrumento	Puntuación de Pre	Puntuación de Post	Seguimiento a un mes
Inventario de Duelo Complicado (IDC)	Puntaje mayor a 25 se presenta DC	27	14	10
Cuestionario Trastorno de Duelo Prolongado (PG-13)	Cumplir con los cinco criterios	Presenta dificultad para aceptar la pérdida, la duración de los síntomas excede la temporalidad y están afectadas áreas importantes	No presenta criterios	No presenta criterios
Cuestionario de Aceptación y Acción II (AAQ-II-YUC)	Participantes clínicos más de 29 puntos	33	14	12
Cuestionario de Fusión Cognitiva (CFQ)	Mínimo 7 Medio: 24 Máximo 49	37	21	10

Resultados de la participante 3 obtenidos en instrumentos de evaluación: pre, post y seguimiento.

Con ayuda de la entrevista clínica, se obtuvo información complementaria para conocer cómo ha experimentado su duelo, las áreas en las que presenta dificultades y cómo vivió el proceso de enfermedad y fallecimiento de su hermano.

Figura 4

Análisis visual de puntuaciones de la participante 3



En el caso de esta participante 3, se puede observar en la Figura 4 también una reducción considerable en el puntaje respecto al IDC entre la evaluación inicial, final y el seguimiento a un mes, pasando de presentar DC a no presentarlo. En el caso del AAQ-II-YUC presentaba un nivel alto de evitación experiencial al inicio, sin embargo, presentó una reducción considerable presentando en la pre 33 puntos y finalmente una puntuación de 12 en el seguimiento a un mes. En la evaluación inicial presentó nivel alto para fusión cognitiva (CFQ) con 37 puntos, en cambio en el seguimiento a un mes se redujo a 10.

Formulación de caso

De acuerdo a lo planteado por la teoría respecto al duelo complicado y con los resultados obtenidos durante la evaluación, la PP3 presenta DC. Se identifica dificultad para aceptar la pérdida, así como evitación experiencial relacionada con visitar el panteón, con expresar

cómo se siente con su familia y así como el dejar de realizar actividades importantes, como participar plenamente en su vida y mantener conexiones sociales.

Además, se muestra fusionada con las conductas privadas, en específico con sus pensamientos de culpa y autocrítica por seguir adelante y experimentar felicidad, que podrían estar vinculados con alejarse de su propio proceso de duelo y adaptación.

Parece enfrentar dificultades para aceptar las emociones asociadas con la pérdida y adaptarse a la nueva realidad sin su hermano. La rigidez emocional y evitación de experiencias desagradables afectan su bienestar general.

Objetivos:

- **Aceptación:** Ayudar a la participante 3 a aceptar la realidad de la pérdida de su hermano y permitir que experimente y procese sus emociones, incluyendo el dolor, la culpa y la tristeza.
- **Defusión cognitiva:** Trabaja en ayudarlo a distanciarse de los pensamientos automáticos de culpa y autocrítica, permitiendo una mayor flexibilidad y compasión hacia sí misma.
- **Compromiso con valores:** Identificar y comprometerse con acciones que reflejen los valores personales, incluso en ausencia con su hermano, para reconstruir un sentido de propósito y dirección en su vida.
- **Contacto con el momento presente:** Fomentar el estar en el momento actual y manejar mejor las emociones difíciles asociadas con la pérdida y la culpa.

Aplicación de intervención

Sesión de evaluación

Se realizó la aplicación de instrumentos y se realizó la entrevista inicial, además se le informó respecto a la periodicidad de las sesiones, así como su duración aproximada.

Se explicó el contenido del consentimiento informado y la importancia de leerlo en su casa con detenimiento y realizar las preguntas necesarias.

Sesión 1

El objetivo fue presentar a manera de psicoeducación el duelo, DC y la ACT para comprender la situación que ha vivido durante dos años.

Identifica que mantiene apartado el tema de la muerte de su hermano para que no le afecte, además de identificar que para recordar a su hermano no deja que se pierda su nombre en las “búsquedas” de Facebook, para poder tener un fácil acceso a su perfil y le genera malestar cuando no está. En este sentido, se pueden identificar conductas de evitación para ponerse en contacto con su malestar.

Sesión 2

Al realizar el ejercicio de desesperanza creativa se mostró un poco evitativa, sin embargo, identificó conductas que realizaba para evitar el malestar y recuerdos sobre su hermano, ya que no se había percatado de las cosas que había dejado de hacer aun cuando ella verbalizaba que no había dejado de hacer nada.

Sesión 3

Respecto a la clarificación de valores, la PP3 identificó direcciones valiosas en todas las áreas; mejorar su relación de pareja, ser y sentirse más productiva, retomar sus estudios, salir con amigos y conectar consigo misma. La mayoría de las barreras que se podrían presentar, para no encaminarse a sus valores, están orientadas a la evitación experiencial y fusión cognitiva como limitantes con mayor intensidad a partir de la pérdida de su hermano.

Sesión 4

Durante la semana inició con ciertas conductas orientadas hacia sus valores, principalmente con el área de relación de pareja y ejercicio. Respecto al ejercicio de para generar autocompasión, se percató de que constantemente tiende a desesperarse y la consecuencia de ello es no moverse hacia lo que es importante. Y al generar que la P3 se observe después de un año seguir caminando hacia sus valores, es el comprender que no todo está bajo sus manos, que es necesario permitirse sentir cada emoción, aunque a veces pueda ser un poco complicado manejarlos. Además, identifica cómo ha estado fusionada con sus pensamientos a partir de su pérdida.

Sesión 5

Identifica que, respecto a las conductas privadas, no le gusta cómo se siente porque es algo desagradable y que es necesario verbalizar cómo se ha sentido y los pensamientos que aparecen.

La sesión coincide con el cumpleaños de la P3, por lo que identificaba la presencia de miedo por cómo podría pasar el día, sin embargo, desde que se despertó agradeció por haber cumplido un año más y porque tenía mucho tiempo sin sentirse feliz y sin culpa.

Sesión 6 y 7

Las verbalizaciones realizadas respecto a la pérdida de su hermano, están orientadas a la aceptación de la experiencia y el malestar, como algo que no puede cambiar, ya que antes se anclaba a sus pensamientos, ni tampoco puede modificar su vida ni la de nadie y que dicha situación de la pérdida de su hermano no le quite la posibilidad de disfrutar su vida.

Al pasar el aniversario luctuoso de su hermano, necesitaba buscar fotos de él, menciona que el año anterior le había costado mucho trabajo, y en esta ocasión se había sentido triste, pero a la vez más tranquila.

Había pospuesto el regresar a estudiar y actualmente, como uno de sus valores es el retomar esta idea, por lo cual, ya comenzó a realizar los trámites necesarios. Finalmente, se siente con más paz de poder recordar a su hermano de una manera más agradable y los miedos que se estaban presentando se han ido desvaneciendo poco a poco.

Sesión 8

Al finalizar el ejercicio experiencial, identifica que los pensamientos que aparecen ya no son tan tristes y que la información de los mismos está más enfocada al presente y las cosas que son valiosas para ella.

Después del ejercicio de observar la foto de su hermano, identifica sentirse triste y extrañarlo, sin embargo, la tristeza ya no es profunda como antes, que no le permitía realizar otras cosas. Y para fomentar la autocompasión y validar conductas privadas, refiere la importancia de expresar cómo se siente, que por las propias reglas verbales que tenía no se permitía ser feliz.

Sesión 9

Identifica que hay algunas semanas en que se siente triste, sin embargo, no busca evitar cómo se siente como anteriormente si lo hacía. Menciona que se siente con mayor aceptación sobre cómo manejar situaciones relacionadas con la pérdida de su hermano y comprender que no puede controlar lo que sucede. Además, respecto a los cambios principales en su vida, ha sido el mejorar su relación de pareja, regresar a tomar clases, realizar ejercicio, poner un emprendimiento con sus hermanas y el aprender a tener paciencia para sí misma.

Al pensar en qué se mantendría en el futuro, comenta el seguir enfocada en cuidar sus relaciones, realizando ejercicio y comprometida consigo misma.

Sesión post-evaluación

Recordando cómo se sentía la P3 al inicio de las sesiones, comenta haberse sentido irritable, muy triste y con dificultad para controlar sus emociones, además, del dolor por la pérdida de su hermano. Y al finalizar, se siente muy tranquila y con muchos ánimos de seguir adelante.

El duelo por su hermano, lo veía como una barrera para continuar, para no concretar y para “andar como en piloto automático”. Ahora lo percibe como algo esperable, por lo que significa aún su hermano y es algo que ya no busca borrar. Si no aceptar.

De acuerdo a las actividades valiosas que comenzó a realizar, menciona el que el mismo proceso de trabajo le ayudó a tomar la decisión de si emprender junto con sus hermanas, a mejorar sus relaciones, mejorar su carácter y ser más paciente consigo misma.

Describe su vida como completa y consciente que puede haber faltantes, se siente más productiva, identifica que el trabajo de las sesiones fueron un impacto fuerte en su vida, para tomar consciencia completa de todo y seguir trabajando en otros aspectos.

Para la P3 las expectativas sobre la intervención se rebasaron, sabía que necesitaba ayuda, no se esperaba cómo podría ser. Además, porque pudo percatarse que se estaba autocastigando mucho y también estaba siendo muy cerrada en compartir cómo se sentía realmente.

Sesión de seguimiento a un mes

La PP3 refiere sentirse bien, pudo asistir sola al panteón e identificaba que era algo necesario a realizar, describe la experiencia como bonita, al inicio se sintió triste y después lloró. Respecto a esto, comenta que le ha ayudado aceptar la pérdida y ser consciente de su estado emocional.

Cuando aparecen emociones desagradables, las válidas, acepta lo que percibe y lo deja pasar, a comparación de antes que se fusionaba con conductas privadas y se mantenían durante todo el día. Además, sigue manteniendo la compasión consigo misma.

Conclusión P3

Al inicio de las sesiones se presentaba una considerable evitación a hablar sobre las conductas privadas relacionadas con su duelo, sin embargo, con el paso de las sesiones comenzó a verbalizarlas y también a aceptarlas como algo esperable al tener la pérdida de su hermano siendo una persona significativa e importante para ella. Lo cual permitió, facilitar el trabajo durante las sesiones al mostrar flexibilidad, al permitirse vivenciar momentos dolorosos, así como la importancia de la autocompasión en procesos como este y en el contexto en que se presentó la muerte de su hermano.

Había dejado de tener contacto con conductas dirigidas a sus valores, postergando o evitando actividades importantes, de cuidado propio, manejar, descuidar emprendimiento. Así como un estado de identificar un ánimo muy cambiante por estar fusionada con su malestar.

Al final de las sesiones, el cambio percibido y observado fue el de poder tener una aceptación flexible respecto a sus emociones, tener contacto con el momento presente, así como identificar la importancia de ser autocompasiva y validar el sentirse triste o equivocarse. Así como el mantenerse enfocada en dirigirse hacia sus valores, retomando actividades de emprendimiento, de cuidado propio, retomar la escuela y mejorar la relación con su esposo.

Verbaliza que el duelo lo entiende como algo que va a estar presente y con aceptación de que sus manifestaciones son normales y entendibles.

Participante 4

Presentación de caso

Es una mujer de 22 años originaria de Tacámbaro Michoacán, es estudiante de licenciatura. Cuando se encuentra de vacaciones vive en la casa de su abuelita paterna, con su hermano, el cual tiene una discapacidad y su papá. Cuando regresa a clases vive con unas compañeras en la localidad de Chupio, Tacámbaro.

Menciona no poder con el dolor por la pérdida de su mamá y por cómo sucedió, además de percibirse constantemente triste y sería cuando no lo era.

Se le informó respecto a la protección de sus datos y el poder retirar su participación si considera pertinente, y que dicha información podría leerla detenidamente en el consentimiento informado que se llevaría a casa.

Antecedentes

Menciona que su mamá falleció el 23 de julio de 2021, ella se encargó de realizar los trámites cuando les informaron de la muerte. No pudieron realizar ningún ritual funerario, solo sepultaron el cuerpo cuando fue entregado.

Comenta que es una situación que no puede asimilar, ni entender por qué pasó, además de sentir culpa por tener pensamientos fusionados relacionados con “haber hecho más”.

Describe la relación con su mamá como muy cercana, era con quien platicaba respecto a cómo se sentía y quien la alentaba a seguir estudiando. Identifica que ya no escucha tanto música como antes, no le gusta estar en su casa porque se acuerda de ella y evita lugares por donde pasaba con ella. Esto generó dejar de tener contacto con lo que es importante y tener atención focalizada solo en lo que le genera tristeza o recuerdos dolorosos.

Evaluación pre, post y seguimiento a un mes

Respecto a la aplicación de instrumentos, en la tabla 7 se muestran los resultados obtenidos en cada uno y en los cuales se puede observar que cumple con los criterios para DC de acuerdo con los dos instrumentos que se utilizan para tal fin. En el caso de la medición respecto a evitación experiencial, también cumple con una puntuación alta, la cual indica ser una candidata para atender este aspecto y que se puede confirmar con lo mencionado

durante la entrevista respecto a evitar llorar, platicar sobre la muerte de su madre, sobre cómo sucedió el proceso de enfermedad y el visitar algunos lugares. Finalmente, en fusión cognitiva también presenta una puntuación considerada alta y apta para trabajar, por estar presentes pensamientos relacionados con culpa.

Con ayuda de la entrevista clínica, se obtuvo información complementaria para conocer cómo ha experimentado su duelo, las áreas en las que presenta dificultades y cómo vivió el proceso de enfermedad y fallecimiento de su madre.

Además, se incluyen las puntuaciones obtenidas en los instrumentos en la evaluación final y en el seguimiento a un mes de terminar la aplicación de IACT-DC, donde se pueden observar los cambios en dichas puntuaciones.

Tabla 7

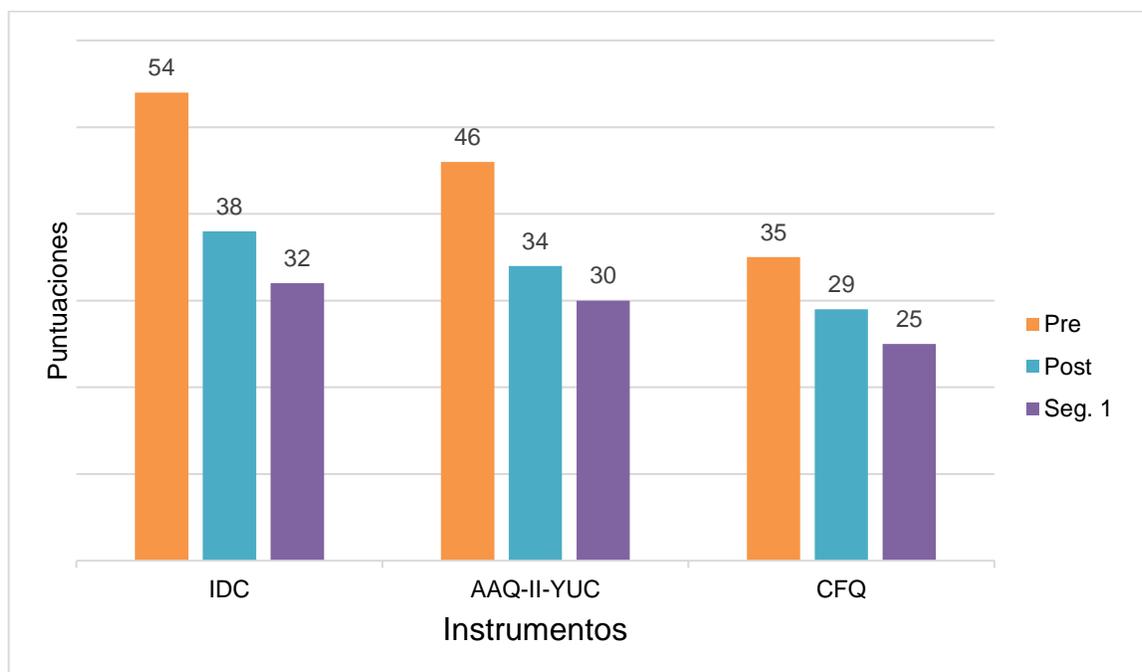
Puntuaciones de la participante 4 en fase de piloteo

Instrumento	Punto de corte del instrumento	Puntuación de Pre	Puntuación de Post	Seguimiento a un mes
Inventario de Duelo Complicado (IDC)	Puntaje mayor a 25 se presenta DC	54	38	32
Cuestionario Trastorno de Duelo Prolongado (PG-13)	Cumplir con los cinco criterios	Cumple criterios	No presenta criterios	No presenta criterios
Cuestionario de Aceptación y Acción II (AAQ-II-YUC)	Participantes clínicos más de 29 puntos	46	34	30
Cuestionario de Fusión Cognitiva (CFQ)	Mínimo 7 Medio: 24 Máximo 49	35	29	25

Resultados de la participante 4 obtenidos en instrumentos de evaluación: pre, post y seguimiento.

Figura 5

Análisis visual de puntuaciones de la participante 4



Como se puede observar en la Figura 5, la participante 4 fue la que mayores puntuaciones tuvo durante la evaluación inicial, superando los puntos de corte de cada instrumento (IDC, AAQ-II-YUC y CDQ). Los puntajes en post y seguimiento a un mes, corresponden a niveles altos de acuerdo a cada instrumento y con la presencia de cada variable.

Formulación de caso

De acuerdo a lo planteado por la teoría respecto al duelo complicado y con los resultados obtenidos durante la evaluación, la PP4 presenta DC. Se identifica dificultad para aceptar la pérdida, así como evitación experiencial relacionada con hablar sobre el tema, mostrarse triste, visitar ciertos lugares. Así como bajar su rendimiento en la escuela. Se muestra fusionada con las conductas privadas, en específico con pensamientos relacionados con la culpa por no haber hecho más por su mamá.

Parece estar evitando enfrentar completamente el dolor de la pérdida de su mamá al sumergirse en una rutina monótona y evitando actividades que antes le proporcionaban

placer. Esta evitación experiencial puede estar destinada a evitar el dolor emocional intenso y las dificultades para manejar sus emociones.

La fusión con pensamientos de culpa y autocrítica están ligados a un juicio sobre sus acciones pasadas y la creencia de que podría haber hecho más para evitar la muerte de su madre. Estos pensamientos refuerzan su malestar emocional y contribuyen a la sensación de vacío y falta de sentido en su vida.

Muestra rigidez emocional al no permitirse sentir y procesar adecuadamente el dolor por la pérdida de su mamá. La falta de flexibilidad emocional y la evitación de experiencias difíciles obstaculizan su capacidad para adaptarse y reconstruir su vida después de la pérdida.

Objetivos:

- **Aceptación:** Facilitar que acepte y permita la experiencia de sus emociones relacionadas con la pérdida de su mamá, incluyendo el dolor, la culpa y la tristeza, sin juzgarla ni tratar de evitarlas.
- **Defusión cognitiva:** Trabajar para distanciarse de los pensamientos automáticos de culpa y autocrítica, permitiendo una mayor flexibilidad y compasión hacia sí misma.
- **Compromiso con valores:** Identificar y comprometerse con acciones que reflejen los valores personales, incluso en ausencia de su mamá, para reconstruir un sentido de propósito y dirección en su vida.
- **Contacto con el momento presente:** Fomentar la práctica de estar más presente en el momento actual, reduciendo la evitación de experiencias emocionales difíciles y promoviendo un mayor bienestar emocional y psicológico.

Aplicación de intervención

Sesión de evaluación

Se realizó la aplicación de los instrumentos mencionados, así como de la entrevista clínica para complementar la información y conocer mejor la situación de la P4. Así como informarle el número de sesiones, la periodicidad y duración de las mismas.

Y se realizó la explicación del contenido del consentimiento informado, respecto a la confidencialidad de sus datos, el poder retirarse si considera necesario y los derechos de ambas partes.

Sesión 1

Se recibió mediante foto el consentimiento informado firmado y se verificó durante la sesión su aceptación para colaborar en el proyecto. Se explicó durante la sesión las características del duelo y DC, así como de la ACT.

Después de la sesión de evaluación menciona haberse sentido tranquila porque necesitaba platicar sobre el tema con alguien que la entendiera. Sin embargo, se identifica la presencia de evitación experiencial durante la semana, al estar platicando con una tía, ya que cambió de tema y propuso el ponerse a cocinar, como una conducta de salida.

Sesión 2

Al indagar respecto a la disposición de la P4 a experimentar momentos desagradables durante las sesiones, menciona que está dispuesta, sabe que es necesario trabajar el tema, que recordará cosas que le duelen, sin embargo, es algo que le hace falta.

Cuando se finaliza la mención de la metáfora para generar desesperanza creativa, identifica que aparecen pensamientos relacionados con “si yo hubiera hecho las cosas diferentes y si yo hubiera sabido” e identifica algunos que personas cercanas le han hecho, los cuales han reforzado la fusión con este tipo de pensamientos, generando malestar.

Finalizando la sesión, menciona entender la situación compleja que se vivió durante la pandemia al estar frente a una situación desconocida, con realizar las cosas que estaban en sus manos y con las herramientas con las que contaba en ese momento. Y con la importancia de ser más paciente consigo misma y no autocastigarse.

Sesión 3

Con el ejercicio experiencial identificó el sentirse tensa al recordar cuando su mamá estaba enferma y cómo se sentía, además de percatarse que por todas las actividades que realizó en su momento, no era consciente de lo que estaba pasando, no tuvo tiempo para sí misma e identifica una acumulación de pensamientos y emociones. Al estar tan fusionada con recuerdos y emociones, perdía el control al hablar de su mamá, actualmente nota que es más fácil poder hablar sobre el tema.

Respecto a los valores identificados fueron el mejorar relación con su familia, mejorar su rendimiento en la escuela, retomar actividades de ocio y mejorar su alimentación.

Sesión 4

Durante la semana realizó conductas orientadas a los valores de mejorar su alimentación, iniciando a moderar su consumo de comida y respecto a la escuela empezó a leer.

Con el ejercicio de autocompasión identifica que se ha estado autoexigiendo mucho, ha sido muy dura consigo misma y constantemente aparecen pensamientos respecto a “no voy bien”, “todas las cosas haces mal” y se fusiona con ellos.

Al avanzar con el objetivo de la sesión, identifica lo necesario de poner en práctica ser empática y amable. Utiliza una metáfora para expresar la aceptación de cómo se ha sentido y permitirse llorar, siendo una palmera la cual a pesar de la lluvia y el aire se mueve, puede tocar el suelo, pero cuando todo se calma vuelve a estar en pie.

Se identifica cierta dificultad para mantener en práctica la autocompasión y al preguntarle si habría algún primer paso para fomentarla, menciona que sería buena idea realizar un letrero con diferentes frases y se le solicitó enviar una foto al terminarlo.

Sesión 5

Menciona sentirse cómoda con la actividad de colocar frases y leerlas cuando fuese necesario, aunque nota que a veces puede ser complicado. Respecto a las estrategias de evitación que se siguen presentando, sin embargo, identifica que en su familia no expresan cómo se sienten, además de estar fusionada con el pensamiento de “tengo que ser fuerte”.

También nota que los recuerdos relacionados con la imagen de su mamá en el ataúd le generan mucho malestar y lucha porque no estén, sin embargo, comenta que tiene claro el seguir adelante y que está pasando por un proceso que es normal por la pérdida de alguien tan importante.

Sesión 6

Sondeando la evitación experiencial, la P4 se percató que deja muchas cosas por hacer al evitar sentirse mal, eliminar o quitar el dolor y la tristeza. Al fusionarse con pensamientos, comenta que estaba a punto de cancelar la sesión, por pensamientos relacionados con no

tener avances, porque se han presentado momentos de “ir y venir” relacionados con la pérdida.

Al realizar preguntas relacionadas con los pensamientos fusionados, comenta que está haciendo lo que más puede, en ser consiente de estar en un proceso que no necesariamente implica ir hacia adelante. Además, de continuar procurándose y dedicar tiempo para ella.

Sesión 7

Entiende la aceptación como permitirse llorar, saber que van a estar momentos dolorosos y dejar que pase el momento, ya que anteriormente aparecían pensamientos como “tengo que estar bien, siempre bien”, los cuales aumentaban el malestar con las conductas privadas que se presentaban.

Menciona poder identificar que ha tenido un avance importante durante las sesiones, en que ya no le cuesta hablar sobre la muerte de su madre, además de permitirse estar bien y también mal, se interesa por seguir con su vida, porque lo quiere hacer por ella. La defusión cognitiva se observa cada vez más con las verbalizaciones realizadas por la P4.

Sesión 8

A comparación de lo mencionado en sesiones anteriores, percibe el cambio respecto a cómo se sentía en meses pasados y ahora con el trabajo de la intervención, percibo que, aunque está el dolor y la pérdida, no se presenta el malestar tan seguido, además de acercarse más a la aceptación de que su madre ya no está e invertir tiempo a las cosas que son valiosas.

Anteriormente, los recuerdos dolorosos, no los dejaba ir quería mantenerse anclada a ellos y con ayuda de las técnicas utilizadas durante las sesiones percibe que aparecen, le duele, sin embargo, ya no los quiere retener.

Durante el ejercicio de observar la fotografía de su madre, identificó mucha tristeza, pero a la vez alegría por haber compartido momentos con ella.

Para reforzar la autocompasión durante su proceso de duelo, se obtuvo el que se presentó una situación con una compañera de cuarto, con la cual puso en práctica el mencionar que es válido sentirse triste, permitirse hacerlo y no reprimir o evitar lo que está sintiendo, al finalizar, se le indicó el tomar dichas palabras para sí misma.

Sesión 9

Durante la semana se presentaron momentos de tristeza, en los que aplicó el aceptar sus conductas privadas y no luchar con ellas.

Respecto a las recaídas, entiende que podrían presentarse momentos de profunda tristeza, sin embargo, sería un momento para aprovechar a poner en práctica lo aprendido durante las sesiones.

Relacionado a la satisfacción en las diferentes áreas de su vida, la principal es el ser más paciente consigo misma, sentirse más segura, aceptar cambios de humor, mejoró la relación con su padre, mejoró su interés por la escuela y mejoró su alimentación.

Las herramientas con las que se va es el seguir trabajando en ella misma, escribir sobre cómo se siente y aumentar actividades que le generen satisfacción. Y no fusionarse con pensamientos negativos, sino verlos como información.

Sesión post-evaluación

Respecto a los cambios percibidos por la P4, identifica que al inicio de las sesiones fue difícil, ya que no estaba del todo convencida por enfrentar el hablar y recordar la muerte de su mamá. Después de contestar los cuestionarios, ella misma observa el cambio de respuestas, además de identificar un cambio considerable, al poder hablar más sobre el tema, acepta y entiende lo que pasó.

Describe su duelo como complicado, ya que para ella era difícil de lidiar con lo que estaba viviendo, no tenía ganas de hacer nada, quería abandonar sus estudios, solo quería llorar y “hacerse la fuerte” frente a los demás, así como no darse tiempo para sí misma. Después de la intervención, percibe su duelo como más llevadero, acepta las conductas privadas, además de querer seguir adelante con sus planes y terminar la carrera.

En cuanto a las actividades valiosas que inició y que sigue manteniendo, además del ámbito escolar, se encuentra el retomar la convivencia con amigos, seguir mejorando la relación con su padre, mantener los hábitos de alimentación y tratarse con compasión.

Describe su vida con subidas y bajadas, sin embargo, se siente en paz consigo misma, la cual anteriormente no la sentía.

Finalmente, menciona que las expectativas se cumplieron al identificar que las sesiones le ayudaron en todos los aspectos, no solo en lo relacionado con el duelo. Se sintió cómoda durante las sesiones y motivada a seguir teniendo los encuentros.

Sesión de seguimiento a un mes

Se encuentra realizando sus prácticas profesionales, al pensar en su mamá se siente animada a continuar y mantiene su compromiso de estar dedicada al estudio. Identifica que no deja de realizar actividades por estar triste, ya que se mantiene la aceptación de las experiencias de vida que le generan malestar, como recordar a su mamá y seguir con su vida.

Conclusión de P4

Fue la participante con mayores puntuaciones en los instrumentos y con una situación compleja por el enfrentar sola todo el proceso de enfermedad y muerte de su madre, así como lo posterior a esta. Sin embargo, los cambios fueron notorios respecto a puntuaciones y lo observado durante las sesiones.

Uno de los objetivos principales era que pudiese disminuir la evitación experiencial de sus conductas privadas relacionadas con el duelo y el ser autocompasiva, ya que por el malestar generado dejaba de realizar actividades enfocadas a sus valores. Al generar defusión se facilitó que pudiese moverse hacia lo que es valioso y a la aceptación de que la vida no es en línea recta, sino con diferentes matices de acuerdo con la experiencia.

Respecto a la entrevista inicial y lo comentado en ella, es que se presentaba mucho malestar por sentirse culpable, triste y que lo vivido se describía como algo muy doloroso y difícil de aceptar, no podía parar de llorar. Además, de pensar en dejar la escuela y dejar de realizar actividades de autocuidado.

Con el trabajo realizado durante las sesiones, hay un cambio considerable en tener la flexibilidad de hablar más sobre el tema, tolera comentarios respecto a la situación y al responder los mismos cuestionarios ella misma identifica un cambio en sus respuestas. El

duelo le resulta un poco más llevadero, es más fácil aceptar el malestar, permitirse llorar, así como terminar la carrera, convivir con más personas y no cerrarse a estar sola.

Capítulo XVII

7. Discusión

El objetivo de esta investigación fue elaborar una propuesta de intervención para duelo complicado basado en la Terapia de Aceptación y Compromiso en personas que hayan perdido a un ser querido como causa de COVID-19 e identificar su efecto.

Como se mencionó en el capítulo anterior, se realizó mediante un diseño de N=1, para la primera fase se elaboró el diseño, jueceo y aplicación de la intervención, conformada por nueve sesiones con las técnicas más utilizadas en la Terapia de Aceptación y Compromiso y enfocadas a la atención en duelo complicado dos sesiones de evaluación y una de seguimiento al mes. Los datos obtenidos permiten el conocer qué tan permitente es la aplicación de este tipo de terapia en casos de DC.

Desde la perspectiva de la Terapia de Aceptación y Compromiso, el sufrimiento humano es visto como parte de la vida de las personas, el cual tiene implicaciones en la conducta verbal que se establece en el contexto lingüístico en el que sentirse “triste”, “miedoso”, “desanimado” se relaciona con estados “negativos” que se identifican como inaceptables. En este sentido, las personas buscan controlar dichos sentimientos con el fin principal de tener un estado de “felicidad”, donde no existe ningún tipo de malestar. Las conductas que emiten en búsqueda de este estado, están enfocadas en la evitación o escape de situaciones que les generen contacto con estímulos negativos, desde su propia experiencia y finalmente, este control de eventos privados y contextos es lo que se define como evitación experiencial (Ribero-Marulanda y Agudelo-Colorado, 2016).

El duelo complicado por la pérdida de un familiar causada por COVID-19 puede considerarse desde la perspectiva de evitación experiencial, ya que la muerte desde el contexto de pandemia, podemos observar que las consultantes refieren malestar, principalmente al recordar cómo vivieron la pérdida de su familiar, desde el recibir la noticia de un momento a otro, recibir las cenizas y las emociones derivadas de ello, buscando el no aceptar los eventos

privados y evitar hablar del tema, como un método de control. Sin embargo, es notorio que, durante las sesiones, identifican lo inefectivo que resulta el controlar dichas manifestaciones, ya que también les alejan de realizar conductas orientadas a lo que es valioso en sus vidas en las distintas áreas de su vida.

En el trabajo elaborado por Campos (2017) menciona la importancia de que la ACT tiene como objetivo modificar lo que resulta aversivo para los consultantes, de acuerdo a las referencias verbales de la pérdida y le da importancia a los valores de la persona para establecer la dirección por la que se desarrollará la intervención. Es esperable que por la muerte se presenten diversos eventos desagradables y con funciones aversivas, de forma directa, así como mediante conductas verbales y privadas relacionadas con el ser querido.

En este caso, se obtuvo que respecto a la evitación experiencial las participantes presentaron una reducción considerable entre la evaluación inicial, al finalizar la aplicación de IACT-DC y el seguimiento a un mes. Respecto a la P1 era la que presentó una puntuación muy alta al inicio, por lo que al seguimiento se mantuvo en una puntuación alta a comparación de las demás participantes y considerando los puntos de corte de cada instrumento, sin embargo, con cambios significativos. En el caso de la PP4 también presentó una puntuación alta al inicio y en el seguimiento tuvo una reducción considerable y manteniéndola por un punto con evitación experiencial. Esto indica que para ambas participantes aún se presenta el control respecto a conductas privadas, pero estas ya no están relacionadas con el duelo sino con otros aspectos de su vida como ellas lo mencionan.

Comparado con uno de los primeros primeras intervenciones basadas en ACT para duelo, el estudio de Luciano y Cabello (2001), consistió en 27 sesiones con tres seguimientos: el primero de 15 días, el segundo al mes y finalmente, uno a los cuatro meses. Se identifica efectividad de la aplicación, relacionada con distanciamiento con pensamientos, sentimientos y recuerdos respecto al ser querido del consultante, lo cual implica que estos al dejar de funcionar, permiten que elija actuar en dirección a lo que es valioso para él. Además, destacan la importancia de considerar el proceso terapéutico de manera global al considerar los resultados obtenidos y las acciones que le conducen a sus valores.

Un ejemplo de esto es la IACT-DC, donde al inicio las participantes encontraban difícil distanciarse de conductas privadas vinculadas a la pérdida y de imaginar cómo sería la vida

sin su ser querido, además de las cosas que hubiesen hecho diferente cuando se enteraron del contagio de su familiar e imaginar cómo sería si siguiesen vivos, impidiendo realizar actividades valiosas. Con el avance de las sesiones, el resultado final y seguimiento, se obtuvo la importancia que tiene para ellas continuar con conductas enfocadas a su dirección valiosa, aceptar la pérdida y los sentimientos relacionados, enfocándose en el presente.

Ahora bien, considerando la importancia del desarrollo de alternativas de intervenciones para población mexicana, desarrollados desde ACT para duelo complicado parecidas a IACT-DC principalmente respecto a el tipo de diseño, se encuentra el realizado por Domínguez (2018) el cual está enfocado en evaluar la efectividad de un protocolo para intervención de DC por suicidio, utiliza un diseño de caso único ABA, el cual tuvo como resultado una disminución notable respecto a DC, mostrando ser efectivo en la reducción de evitación experiencial y resolución del duelo.

Las técnicas utilizadas durante las sesiones fueron ejercicios de mindfulness para mostrar la ineficacia del control de conductas privadas y cómo llevan al aumento del sufrimiento, en lugar de controlarlo o disminuirlo. Además, se utilizaron metáforas para comprender cómo los pensamientos impiden el disfrute del presente. Así como ayudar a los participantes a identificar los valores más importantes en su vida (Domínguez, 2018).

En otro sentido, podría pensarse que las características de un DC por suicidio y el duelo por COVID-19 suelen ser muy diferentes, sin embargo, ambos se clasifican como pérdidas traumáticas y el objetivo que se busca es el reducir los síntomas asociados a DC, así como mejorar la flexibilidad psicológica de los participantes cada uno con las características particulares de cada contexto.

En lo que respecta a las técnicas utilizadas en la IACT-DC, se encuentra el uso de metáforas las cuales se adaptaron de acuerdo al duelo de cada participante y algunas otras mencionadas por las propias participantes para referirse a cómo estaban experimentando la acumulación y evitación de conductas privadas, como la mencionada por la PP1 la cual hacía referencia a “ir acumulando ropa en una silla” o “destapar una coladera”, al mencionar la apertura para hablar respecto a la muerte de su hermano y aceptar las emociones desagradables. Y respecto a la aceptación del malestar y las circunstancias que se presentan

en la vida como la pérdida de un ser querido la PP4, menciona ser “como una palmera, que puede irse hasta abajo por el viento y la lluvia, pero al final vuelve a su posición”.

Para facilitar el enfocarse en el momento presente, se utilizaron ejercicios experienciales los cuales estuvieron enfocados principalmente en reducir el control de eventos privados y mostrar la ineffectividad de esto. Durante todas las sesiones se enfatizó la importancia de orientarse hacia lo que es valioso, lo cual ayudó a reducir el sentimiento de culpa y los pensamientos asociados a “no merecer ser felices” o seguir con sus planes de vida. El efecto respecto al impacto de las técnicas utilizadas favoreció la reducción de evitación experiencial, la fusión cognitiva y los síntomas asociados a duelo complicado.

De acuerdo a la evidencia respecto al éxito de la ACT y sus técnicas de intervención como ejercicios experienciales, prácticas de atención plena y metáforas, se ha demostrado que las intervenciones que hacen uso de estas demuestran ser efectivas (Talavera, 2014).

La práctica de atención plena tiene como objetivo fomentar la capacidad del consultante en conectar con el momento presente, con el uso de metáforas y ejercicios experienciales facilitan la práctica del terapeuta, ya que además no solo se promueve la motivación al cambio, también la aceptación como opción a la lucha contra las conductas privadas. Se incita al consultante a generar diferentes estrategias a las que está acostumbrado a realizar o de reaccionar (Jurado, 2017).

De acuerdo a la literatura se menciona que la muerte es una de las experiencias más dolorosas y con mayor impacto para los familiares, ya que cada miembro va a experimentar la pérdida de acuerdo a la relación que se tenía con el fallecido, ya sea: con un padre, hijo, hermano, pareja, abuelo o nieto. Las muertes que se presentaron durante la pandemia y que fueron repentinas derivaron de casos graves por COVID-19 los cuales progresaron de manera rápida, algunos pudieron tener mejoría, sin embargo, volvieron a empeorar repentinamente, generando experiencias impactantes para la familia (Walsh, 2020).

Como se afirma arriba, de acuerdo con lo obtenido durante las entrevistas con las participantes, la pérdida de su ser querido tuvo un impacto en toda la familia, desde asumir el rol de quien falleció hasta generar tensiones en la misma familia. Se añade, además, que, durante la hospitalización de su familiar y muerte, las restricciones establecidas para acompañar a su familiar, así como de realizar el funeral, recibir las cenizas y/o continuar con

el cuidado de otros familiares contagiados, no permitieron hacer contacto con el proceso de duelo, favoreciendo la presencia de duelo complicado aun cuando se declaró el término del periodo de pandemia. En tal caso, cada proceso de duelo es individual y el tiempo de resolución también lo es, es notorio ver en las participantes un “ir y venir” de emociones y recuerdos relacionados con su ser querido, en el transcurso de las sesiones hasta llegar a aceptar la pérdida y en caso de presentarse recaídas, ya contar con las herramientas necesarias para sobrellevar la situación.

Como lo mencionan algunos autores el proceso de duelo no sigue un orden de etapas que se tienen que cumplir para “salir” del duelo, sino más bien se presentan diversas emociones como la tristeza que van y vienen durante el tiempo durante el cual la intensidad disminuye, sin embargo, en fechas importantes pueden surgir. Además, que esta oscilación dinámica entre la pérdida y la aceptación se relaciona con el duelo y en otras situaciones que pueden surgir. Por lo tanto, el adaptarse a la pérdida no indica una recuperación o superación total, la recuperación más bien, se vería de acuerdo a la adaptación que tienen los dolientes a lo largo del tiempo, en lugar de un resultado concluyente (Kübler-Ross & Kessler, 2005; Stroebe & Schut, 2010; Walsh, 2020).

De acuerdo con lo mencionado por las participantes durante la entrevista clínica y las sesiones, estaba la presencia de culpa por no haber hecho más por su familiar y como tal, las cosas hubiesen sido diferentes, desde darse cuenta del contagio, tener información certera respecto a los medicamentos y cuidados. Lo anterior concuerda con lo mencionado en la literatura respecto a que las personas que tuvieran una pérdida cercana debida por la enfermedad de COVID-19 podrían culparse por no haber tenido un mayor esfuerzo hacia su ser querido mientras estaba en casa o en el hospital (Gesi et al., 2020).

Finalmente, entendiendo que la flexibilidad psicológica es hacer contacto con los eventos privados, sin buscar cambiarlos o evitarlos. En el caso del duelo por COVID-19 podría considerarse como un recurso psicológico importante a evaluar en las personas que hayan tenido una pérdida por dicha enfermedad, más aún con las restricciones impuestas que limitaron la posibilidad de despedirse. Ya que tendría el objetivo de procesar de una manera adecuada la pérdida, siendo un protector de la aparición de síntomas de DC (Davis et al., 2017). De ahí la importancia de que sea uno de los objetivos principales a generar en la ACT

con los consultantes y que con las técnicas que se implementan durante las sesiones, se tendría como resultado una adecuada flexibilidad psicológica ante las experiencias de la vida.

7.1 Limitaciones y sugerencias

Uno de los objetivos específicos principales era el reducir los síntomas asociados a duelo complicado mediante las técnicas de ACT, sin embargo, durante las sesiones se identificó la importancia de tomar en cuenta las necesidades específicas de cada participante de acuerdo a su experiencia respecto a la pérdida.

Por lo cual, sería importante realizar una aplicación de la intervención ajustando las sesiones de acuerdo a la necesidad de los consultantes, es decir, que dichas sesiones no sean aplicadas de manera consecutiva como se muestran, sino eligiéndolas y adaptando aún más las metáforas y ejercicios experienciales.

Si bien no era un objetivo el medir la ansiedad o depresión, sería interesante realizar la aplicación de instrumentos que midan estas variables, las cuales pueden estar presentes y así realizar una mejor adaptación de las técnicas a aplicar y tener mejores resultados.

Como se mencionó la aplicación se realizó de manera presencial y virtual, en el segundo caso no se observaron diferencias en los resultados, sin embargo, por comentarios de las dos participantes en esta modalidad, hubiesen preferido que fuese presencial. De acuerdo con lo anterior, se incluyó la aplicación de esta manera para poder contar con la muestra adecuada para la aplicación del pilotaje.

Otra sugerencia que se deriva de esta investigación sería el poder integrar un trabajo de manera grupal con la propia familia, para conocer la experiencia de cada miembro y fortalecer la propia red de apoyo entre sus miembros, pensando en que el impacto de la pérdida se presenta en cada uno.

También la pertinencia de tener un grupo control con características similares, para notar las diferencias entre este grupo y uno experimental, para así identificar si los cambios fueron por la aplicación de IACT-DC o por otras causas. Por esto mismo, no se podrían generalizar los resultados obtenidos.

7.2 Conclusiones

A partir de lo expuesto anteriormente y de los resultados obtenidos en la presente investigación, se sugiere que la aplicación de IACT-DC muestra el efecto de la ACT en síntomas asociados a DC, evitación experiencial y fusión cognitiva en familiares con una pérdida por COVID-19.

Por lo cual, sería necesario realizar la aplicación a más personas y realizar ajustes para facilitar la adaptación de acuerdo con las necesidades de los consultantes, así como para poder hacerlo una intervención estandarizada para cualquier proceso de duelo el cual requiera atención profesional.

Finalmente, se muestra la importancia de promover la investigación de la efectividad de intervenciones para casos como el DC basados en ACT, para población mexicana y fomentar el acercamiento de los consultantes a obtener atención de profesionales de la psicología que brinden la seguridad de trabajar con terapias que garanticen resultados óptimos.

Referencias

- American Psychological Association. (2013). Guidelines for the practice of telesychology. *American Psychologist*, 68(9), 791-800. <https://www.apa.org/pubs/journals/features/amp-a0035001.pdf>
- American Psychiatric Association (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (5th ed.). Madrid: Médica Panamericana.
- A-Tjak, J., Davis, M., Morina, N., Powers, M., Smiths, J. & Emmelkamp, P. (2015). A meta-analysis of the efficacy of acceptance and commitment therapy for clinically relevant mental and physical health problems. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 84(1), 30-36. <https://doi.org/10.1159/000365764>
- Araujo, M., García, S. & García, B. (2021). Abordaje del duelo y de la muerte en familiares de pacientes con COVID-19: revisión narrativa. *Enfermería Clínica*, 31, S112-S116. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2020.05.011>
- Arias, D., García, L., Restrepo, M. & Moreno, P. (2020). Pareja y familia. Construcciones en contexto. *Poiésis*, 38.
- Barraca, J. (2016). La activación conductual en la práctica: técnicas, organización de la intervención, dificultades y variantes. *Análisis y Modificación de la Conducta*, 42(165), 15-33. <https://doi.org/10.33776/amc.v42i165-66.2792>

- Bertuccio, R. & Runion, M. (2020). Considering grief in mental health outcomes of COVID-19. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 12(S1), S87-S89. <https://doi.org/10.1037/tra0000723>
- Boelen, P., Van den Hout, M. & Van den Bout, J. (2016). A cognitive-behavioral conceptualization of complicated grief. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 13(2), 109-128. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2850.2006.00013.x>
- Boelen, P. & Smid, G. (2017). Disturbed grief: Prolonged grief disorder and persistent complex bereavement disorder. *BMJ*. <https://doi.org/10.1136/bmj.j2016>
- Boelen, P., Eisma, M., Smid, G., de Keijser, J. & Lenferink, L. (2021). Remotely delivered cognitive behavior therapy for disturbed grief during the COVID-19 crisis: Challenges and opportunities. *Journal of Loss and Trauma*, 26(3), 211-219. <https://doi.org/10.1080/15325024.2020.1793547>
- Boggiano, J. & Gagliesi, P. (2020). *Terapia dialéctico conductual. Introducción al intervención de consultantes con desregulación emocional*. EDULP.
- Boulanger, J., Hayes, S. & Pistorello, J. (2010). *Experiential avoidance as a functional contextual concept*. Guilford Press.
- Buckley, T., Sunari, D., Marshall, A., Bartrop, R., McKinley, S. & Tofler, G. (2012). Physiological correlates of bereavement and the impact of bereavement interventions. *Dialogues in Clinical Neurosciencie*, 14(2), 129-139. <https://doi.org/10.31887/DCNS.2012.14.2/tbuckley>
- Butcher, H., Bulechek, G., Wagner, C. & Dochterman, J. (2018). *Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC)*. Elsevier

- Cabré, R. B. & Gras, J. A. (2014). *Diseños de caso único en ciencias sociales y de la salud*. España: Síntesis.
- Campos, A. (2017). *Aplicación de la terapia de aceptación y compromiso (ACT) al duelo* [Tesis de maestría, Universidad de Jaén]. Repositorio Institucional UJA. <https://hdl.handle.net/10953.1/5891>
- Castillo, G., Pérez, L., & Becerra, K. (2022). Inteligencia emocional en psicólogos en formación. *Psicología Iberoamericana*, 29(2), e292403. <https://doi.org/10.48102/pi.v29i2.403>
- Ciarrochi, J. & Bilich, L. (2006). Process measures of potential relevance to ACT. https://www.ueb.ro/psihologie/files/Psihologie_pozitiva_teste_si_scale.pdf
- Chaves, L. & Quinceno, N. (2010). Validación del cuestionario de creencias irracionales (TCI) en población colombiana. *Revista de Psicología Universidad de Antioquia*, 2(3), 41-56.
- Chow, A., Caserta, M., Lund, D., Suen, M., Xiu, D., Chan, I. & Chu, K. (2018). Dual-process bereavement group intervention (DPBGI) for widowed older adults. *The Gerontologist*, 20(20), 1-12. <https://doi.org/10.1093/geront/gny095>
- Cresswell, J.W. (2014). *Research design*, United States of America: SAGE.
- Cruz, J., Reyes, M. & Corona, Z. (2017). *Duelo: tratamiento basado en la terapia de aceptación y compromiso (ACT)*. Ciudad de México: Manual Moderno.
- Davis, E., Deane, F. & Barclay, G. (2017). Is higher acceptance associated with less anticipatory grief among patients in palliative care? *Journal of Pain and Symptom Management*, 54(4), 120-125. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2017.03.012>

- Datos Abiertos Dirección General de Epidemiología. (25 de junio de 2023). *Casos asociados a COVID-19*. <https://datos.covid-19.conacyt.mx/#DOView>
- Domínguez, D. (2018). *Duelo complicado por suicidio: efectividad del tratamiento de duelo basado en la terapia de aceptación y compromiso (ACT)* [Tesis de Maestría, Universidad Autónoma de Aguascalientes].
- Diolaiuti, F., Marazziti, D., Beatino, M., Mucci, F. & Pozza, A. (2021). Impact and consequences of COVID-19 pandemic on complicated grief and persistent complex bereavement disorder. *Psychiatry Research*, 300, 113916. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2021.113916>
- Dimidjian, S., Martell, C. & Christensen, A. (2008). *Integrative behavioral couple therapy*. The Guilford Press.
- Dindo, L., Van Liew, J. & Arch, J. (2017). Acceptance and commitment therapy: a transdiagnostic behavioral intervention for mental health and medical conditions. *Neurotherapeutics*, 14, 546-553. <https://doi.org/10.1007/s13311-017-0521-3>
- Domínguez, D. (2018). *Duelo complicado por suicidio: efectividad del intervención de duelo basado en la terapia de aceptación y compromiso (ACT)*. [Tesis de maestría, Universidad Autónoma de Aguascalientes]. Repositorio Institucional UAA. <http://hdl.handle.net/11317/1636>
- Eisma, M., Boelen, P., van den Bout, J., Stroebe, W., Schut, H. & Stroebe, M. (2015). Internet-based exposure and behavioral activation for complicated grief and rumination: A randomized controlled trial. *Behavior Therapy*, 46(6), 729-748. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2015.05.007>

- Eisma, M. & Stroebe, M. (2020). Emotion regulatory strategies in complicated grief: a systematic review. *Behavior Therapy*, 52(1), 234-249. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2020.04.004>
- Enez, Ö. (2018). Complicated grief: epidemiology, clinical features, assessment and diagnosis. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 10(3), 269-279.
- Esterwood, E. & Atezaz, S. (2020). Past epidemics, natural disasters, COVID19, and mental health: learning from history as we deal with the present and prepare for the future. *Psychiatric Quarterly*, 91, 1121-1133. <https://doi.org/10.1007/s11126-020-09808-4>
- Estevan, P., Miguel, C., Prigerson, H., García, J. & Cura, I. (2017). Adaptación transcultural y validación del cuestionario PG-13 para la detección precoz de duelo prolongado. *Medicina Paliativa*, 26(1), 22-35. <https://doi.org/10.20986/medpal.2019.1033/2019>
- Estevan, P., De Miguel, C., Álvarez, R., Martín, E., Múgica, B., Riestra, A., Gutiérrez, A., Sanz, L., Vicente, F., García, G., García, F., Saenz, R., Corral, A., Bonivento, V., Guechoum, J., Carrera, M., López, M., Morán, C. & Del Cura, I. (2016). *Psicooncología*, 13(3), 399-415. <https://doi.org/10.5209/PSIC.54444>
- Fernández, M., Pérez, M., Catena, A. & Cruz, F. (2017). Grieving and loss processes: latest findings and complexities/Actualidad y complejidad de los procesos de duelo y pérdida. *Estudios de Psicología*, 38(3), 561-581. <https://doi.org/10.1080/02109395.2017.1328210>
- Fiore, J. (2019). A systematic review of the dual process model of coping with bereavement (1999-2016). *Journal of Death and Dying*, 0(0), 1-45. <https://doi.org/10.1177/0030222819893139>

Freud, S. (1915). *Duelo y melancolía. XVI Obras completas*. Amorrortu.

García, A. (diciembre, 2020). *Aproximación al proceso de duelo en tiempos de pandemia*.

Simposio virtual llevado a cabo en el VII International Symposium of the Graduate Nursing Program of the Paulista School of Nursing at Unifesp. São Paulo, Brasil.

García, J. & Pérez, M. (2016). Terapia de aceptación y compromiso aplicada a la esquizofrenia. Estado actual y direcciones futuras. *Análisis y Modificación de Conducta*, 42(165-166), 99-119.

Gemar, E. & López, C. (2021). Intervención cognitivo del trastorno obsesivo compulsivo en formato online: un caso clínico. *Revista de Psicoterapia*, 32(120), 205-220.
<https://doi.org/10.33898/rdp.v32i120.1074>

Gesi, C., Carmassi, C., Cerveri, G., Carpita, Cremone, I. & Dell'Oso, L. (2020). Complicated grief: what to expect after the coronavirus pandemic. *Frontiers of Psychiatry*, 11, 1-5.
<https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.00489>

González, P., Torres, R., Barrio, V. & Olmedo, M. (2017). Uso de las nuevas tecnologías por parte de los psicólogos españoles y sus necesidades. *Clínica y Salud*, 28(2), 81-91.
<https://doi.org/10.1016/j.clysa.2017.01.001>

Guillanders, D., Bolderston, H., Bond, F., Dempster, M., Flaxman, P., Cambell, L., Kerr, S., Tansey, L., Noel, P., Ferenbach, C., Masley, S., Roach, L., Lloyd, J., May, L., Clarke, S., & Remington, B. (2014). The development and initial validation of the cognitive fusion questionnaire. *Behavior Therapy*, 45(1), 83-101.
<https://doi.org/10.1016/j.beth.2013.09.001>

- Guité-Verret, A., Vachon., M., Ummel, D., Lessard., E. & Francoeur-Carron, C. (2021). Expressing grief through metaphors caregivers experience of care and grief during the Covid-19 pandemic. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-Being*, 16 (1), 1996872. <https://doi.org/10.1080/17482631.2021.1996872>
- Hacker, T., Stone, P., & MacBeth, A. (2016). Acceptance and commitment therapy – do we know enough? Cumulative and sequential meta-analyses of randomized controlled trials. *Journal of Affective Disorders*, 190, 551-565. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.10.053>
- Hayes, S. & Gifford, E. (1997). The trouble with language: Experiential avoidance, rules and the nature verbal events. *Psychological Science*, 8(3), 170-173. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9280.1997.tb00405.x>
- Hayes, S. (2004). Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behavior Therapy*, 35(4), 639-665. [https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(04\)80013-3](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(04)80013-3)
- Hayes, S., Stroschal, K., Wilson, K., Bissett, R., Pistorello, J., Toarmino, D., Polusny, M., Dysktra, T., Batten, S., Bergan, J., Stewart, S., Zvolensky, M., Eifert, G., Bond, F., Fosyth, J., Karekla, M., & McCurry, S. (2004). Measuring experiential avoidance: a functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(6), 1169-1176. <https://doi.org/10.1007/BF03395492>
- Hayes, S., Luoma, J., Bond, F., Masuda, A., & Lillis, J. (2006). Acceptance and commitment therapy: model processes and outcomes. *Behaviour Research and Therapy*, 44 (1), 1-25. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2005.06.006>

- Hayes, S. & Twohig, M. (2008). *ACT verbatim for depression and anxiety: annotated transcripts for learning acceptance and commitment therapy*. New Harbinger Publications
- Hayes, S., Strosahl, K., & Wilson, K. (2012). *Acceptance and commitment therapy: the process and practice of mindful change*. Guilford Press.
- Hayes, S., Strosahl, K. & Wilson, K. (2015). *Terapia de aceptación y compromiso. Proceso y práctica del cambio consciente (Mindfulness)*. Descleé de Brouwer.
- Horowitz, M. (1993). Stress-response syndromes. *International of traumatic stress syndromes*, 49-60.
- Horowitz, M., Siegel, B., Holen, A., Bonanno, G., Milbrath, C., & Stinson, C. (2003). Diagnostic criteria for complicated grief disorder. *Focus*, 1(3), 290-298. <https://doi.org/10.1176/foc.1.3.290>
- Ingravallo, F. (2020). Death in the era of the COVID-19 pandemic. *The Lancet Public Health*, 5(5), e258. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(20\)30079-7](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(20)30079-7)
- Jaramillo, J. (2020). Intervenciones psicológicas basadas en el arte para acompañar procesos de duelo: un estado del arte. *Arteterapia. Papeles de Arteterapia y Educación para Inclusión Social*, 15, 1-10. <https://doi.org/10.5209/arte.64538>
- Johannsen, M., Damholdt, M., Zachariae, R., Lundorff, M., Ferver-Vestergaard, I. & O'Connor. (2019). Psychological interventions for grief in adults: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of Affective Disorders*, 253, 69-86. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.04.065>

- Joplin, S., & Petar, L. (2017). Emotional anaesthesia: a cognitive-behavioural treatment of prolonged grief in a client with complex comorbidities-the importance of reintegrating attachment, memory, and self-identity. *Bereavement Care*, 36(1), 25-32. <https://doi.org/10.1080/02682621.2017.1305048>
- Jurado, M. (2017). Una mirada introductoria a la terapia de aceptación y compromiso. *Griot*, 10(1), 70-87. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7047995>
- Kashdan, T., Barrios, V., Forsyth, J., & Steger, M. (2006). Experiential avoidance as a generalized psychological vulnerability: comparisons with coping and emotion regulation strategies. *Behaviour Research and Therapy*, 44(9), 1301-1320. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2005.10.003>
- Kersting, A., Kroker, K., Schlicht, S. & Wagner, B. (2011). Internet-based treatment after pregnancy loss: concept and case study. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 32(2), 72-78. <https://doi.org/10.3109/0167482x.2011.553974>
- Killikelly, C., Smid, G. E., Wagner, B., & Boelen, P. A. (2021). Responding to the new international classification of diseases-11 prolonged grief disorder during the COVID-19 pandemic: a new bereavement network and three-tiered model of care. *Public Health*, 191, 85-90. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2020.10.034>
- Kissane, D., Zaider, T., Li, Y., Schuler, T., Hichenberg, S., schuler, T., Lenderberg, M., Lavelle, L., Loeb, R. & Del Gaudio, F. Randomized controlled trial of family therapy in advanced cancer continued into bereavement. *Journal of Clinical Oncology*, 34(16), 1921-1927. <https://doi.org/10.1200/jco.2015.63.0582>

- Koon, O. & Neo, P. (2016). Complicated grief: an introduction to current literature and management strategies in home hospice care. *Nursing and Palliative Care*, 1(6).
<https://doi.org/10.15761/NPC.1000135>
- Kübler-Ross, E. & Kessler, D. (2005). On grief and grieving: finding the meaning of grief through the five stages of loss. Scribner: New York.
- Heeke, C., Kampissiou, C., Niemeyer, H., & Knaevelsrud, C. (2017). A systematic review and meta-analysis of correlates of prolonged grief disorder in adults exposed to violent loss. *European Journal of Psychotraumatology*, 10(1).
<https://doi.org/10.1080/20008198.2019.1583524>
- Larrota-Castillo, R., Méndez-Ferreira, A., Mora-Jaimes, C., Córdoba-Castañeda, M. & Duque-Moreno, J. (2020). Pérdida, duelo y salud mental en tiempos de pandemia. *Revista de la Universidad de Santander*, 52(2), 179-180.
http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=s012108072020000200179&script=sci_arttext
- Lenferink, L. de Keijser, J., Eisma, M. Smid, G., & Boelen, P. (2020). Online cognitive-behavioural therapy for traumatically bereaved people: study protocol for a randomized waitlist-controlled trial. *BMJ Open*, 10(9), e35050.
<https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-035050>
- LeRoy, A., Robles, B., Kilpela, L. & Garcini, L. (2020). Dying in the face of COVID-19 pandemic: contextual considerations and clinical recommendations. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice and Policy*, 12(S1), S98-S99.
<https://doi.org/10.1037/tra0000818>

- Limonero, J., Lacasta, M., García, J., Maté, J. & Prigreson, H. (2009). Adaptación al castellano del inventario de duelo complicado. *Medicina Paliativa*, 16(5), 291-297.
- Linehan, M. (2020). *Manual de entrenamiento en habilidades DBT: para el/la terapeuta*. EDULP.
- Luciano, M. & Cabello, F. (2001). Trastorno de duelo y terapia de aceptación y compromiso (ACT). *Análisis y Modificación de Conducta*, 27(113), 400-424.
- Luciano, M. & Valdivia, M. (2006). La terapia de aceptación y compromiso (ACT). Fundamentos, características y evidencia. *Papeles Del Psicólogo*, 27(2), 79-91.
- Luna, A., Pérez, E., Felicitas, M & García, M. (2017). Significado psicológico del duelo a partir de redes semánticas naturales. *Vertientes*, 20(1), 27-34.
- Lundorff, M., Holmgren, H., Zacharie, R., Farver-Vestergaard., I. & O'Connor, M. (2017). Prevalence of prolonged grief disorder in adult bereavement: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 212, 138-149. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.01.030>
- McKee, K. & Kelly, A. (2020). Management of grief, depression, and suicidal thoughts in serious illness. *Medical Clinics*, 104(3), 503-524. <https://doi.org/10.1016/j.mcna.2020.01.003>
- Maccallum, F., Malgaroli, M. & Bonnano, G. (2017). Networks of loss: relationships among symptoms of prolonged grief following spousal and parental loss. *Journal of Abnormal Psychology*, 126(5), 652-662. <https://doi.org/10.1037/abn0000287>

- Macias, J. (2019). La eficacia de la terapia de aceptación y compromiso y la psicoterapia analítica funcional (FACT) para mejorar la salud en empleados y estudiantes [tesis de doctorado, Universidad de Málaga]. Repositorio <https://hdl.handle.net/10630/19070>
- Malkinson, R. (2007). *Cognitive grief therapy: constructing a rational meaning to life following loss*. W.W. Norton & Co.
- Malkinson, R. (2019). REBT and complicates grief. In: Dryden, W., Bernard, M. (eds) REBT with Diverse Client Problems and Populations. Springer, Cham. https://doi.org/10.1007/978-3-030-02723-0_9
- Magaña, M., Higuera, J. C., Villacieros, M. & Prieto, R. (2019). Estilos de afrontamiento y diferencias de género ante la muerte. *Revista de Psicoterapia*, 30(112), 103-117. <https://doi.org/10.33898/rdp.v30i112.269>
- Martell, C. (s.f.). *Behavioral Activation Therapy*. Consultado el 16 de noviembre de 2023. <http://www.christophermartell.com/ba.php>
- Martínez, C. & Rodríguez, A. (2023). Intervención del trastorno del duelo prolongado: una aproximación al duelo por COVID-19. *Salud Mental*, 46(3), 165-175. <https://doi.org/10.17711/SM.0185-3325.2023.021>
- Masferrer, L., Garre-Olmo, J. & Caparrós, B. (2017). Is complicated grief risk factor for substance use? A comparison of substance-users and normative grievers. *Addiction Research & Theory*, 25(5), 361-367. <https://doi.org/10.1080/16066359.2017.1285912>
- Mason, T., Tofthagen, C. & Buck, H. (2020). Complicated grief: risk factors, protective factors, and interventions. *Journal of Social Work in end-of-life & Palliative Care*, 16(2), 151-174. <https://doi.org/10.1080/15524256.2020.1745726>

- Mauro, C., Reynolds, C., Maercker, A., Skritskaya, N., Simon, N., Zisook, S., Lebowitz, B., Cozza, S. & Shear, M. (2018). Prolonged grief disorder: clinical utility of ICD-11 diagnostic guidelines. *Psychological Medicine*, 49(5), 861-867. <https://doi.org/10.1017/S0033291718001563>
- Monestés, J., Karekla, M., Jacobs, N., Michaelides, M., Hooper, N., Kleen, M. & Villatte, M. (2016). Experiential avoidance as a common psychological process in European cultures. *European Journal of Psychological Assessment*, 34(4), 247-257. <https://doi.org/10.1027/1015-5759/a000327>
- Mosquera, A. (2020). El duelo desde el trabajo social. Experiencia de intervención social con grupos. *Documentos de trabajo social: Revista de trabajo y acción social*, (63), 29-42.
- Muñoz, A. (2018). Intervención en un caso clínico de duelo traumático a través de la psicoterapia analítica funcional. *Revista Argentina Clínica Psicológica*, 17(1), 91-100.
- Muñoz-Martínez, A. (2017). Intervención de un caso clínico de duelo traumático a través de la psicoterapia analítica funcional. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*. 17(1), 91-100.
- Nakajima, S. (2018). Complicated grief: recent developments in diagnostic criteria and treatment. *Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences*, 373(1754), 1-10. <https://doi.org/10.1098/rstb.2017.0273>
- Neimeyer, R. (2000). *Aprender de la pérdida*. Paidós: España.
- Norton, M., & Gino, F. (2014). Rituals alleviate grieving for loved ones, lovers, and lotteries. *Journal of Experimental Psychology: General*, 143(1), 266-272. <https://doi.org/10.1037/a0031772>

- O'Connel, M. (2018). *Una vida valiosa. Los procesos de la terapia de aceptación y compromiso*. Ediciones B.
- O'Donoghue, E., Morris, E., Oliver, J. & Johns L. (2018). *ACT para la recuperación de la psicosis. Manual práctico de intervenciones grupales con terapia de aceptación y compromiso*. Psara: España.
- Ollivella, G., Cudris, L., & Medina, P. (2020). La Telepsicología: una perspectiva teórica desde la psicología contemporánea. *Desbordes*, 11(1), 96-112. <https://doi.org/10.22490/25394150.4078>
- Organización Mundial de la Salud (2021). CIE-11 para estadísticas de mortalidad y morbilidad. Recuperado de <http://id.who.int/icd/entity/1183832314>
- Ortiz-Fune, C. & Marín, Vila, M. (2022). La psicoterapia analítica funcional. Un recorrido desde su origen hasta la actualidad. *Apuntes de Psicología*, 40 (2), 87-95. <https://doi.org/10.55414/ap.v40i2.1321>
- Páyas, A. (2010). *Las tareas del duelo: psicoterapia de duelo desde un modelo integrativo-relacional*. Paidós: España.
- Parro-Jiménez, E., Morán, N., Gesteira, C., Sanz, J. & M. P., García-Vera. (2021). Duelo complicado: una revisión sistemática de la prevalencia, diagnóstico, factores de riesgo y de protección en población adulta de España. *Annals of Psychology*, 37(2), 189-201. <https://doi.org/10.6018/analesps.443271>
- Patrón, F. (2010). La evitación experiencial y su medición por medio del AQQ-II. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 15 (1), 5-19.

- Perissutti, C. & Barraca, J. (2013). Integrative behavioral couple therapy vs traditional behavioral couple therapy: a theoretical review of the differential effectiveness. *Clínica y Salud*, 24(1), 11-18. <https://doi.org/10.5093/cl2013a2>
- Ponce, J. & Rodríguez. L. (2022). La dinámica familiar frente al duelo por la pérdida de un miembro del sistema. *Revista Científica Arbitrada en Investigaciones de la Salud GESTAR*, 5(9), 38-57. <https://doi.org/10.46296/gt.v5i9edespmar.0053>
- Prigerson, H., Maciejewski, P., Reynolds, C., Bierhals, A., Newsom, J. Fasiczka, A., Frank, E., Doman, J., & Miller, M. (1995). Inventory of Complicated Grief: a scale to measure maladaptive symptoms of loss. *Psychiatry research*, 59(1-2), 65-79. [https://doi.org/10.1016/0165-1781\(95\)02757-2](https://doi.org/10.1016/0165-1781(95)02757-2)
- Prigerson, H., Horowitz, M., Jacobs, S., Parkes, C., Aslan, M., Goodkin, K., Raphael, B., Marwit, S., Wortman, C., Neimeyer, R., Bonanno, G., Block, S., Kissane, D., Boelen, P., Maercker, A., Litz, B., Johnson, J., First, M., & Maciejewski, P. (2009). Prolonged grief disorder: psychometric validation of criteria proposed for DSM-V and ICD-11. *PLoS Medicine*, 6(8), e1000121. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000121>
- Ramírez, R. (2017). Proceso de duelo: metaanálisis del enfrentamiento a la muerte suicida desde una perspectiva familiar. *Cuadernos Hispanoamericanos de Psicología*, 17(1), 49-64.
- Rodrigues, M., Lynn, D., Nigro, N., Deguer, M. & Szylit. (2018). De la hospitalización al duelo: Significados atribuidos por los padres a las relaciones con profesionales en oncología pediátrica. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 5, 1-9. <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2018049603521>

- Romero, F. (2017). *Investigación piloto sobre el diseño y desarrollo de un inventario que permita evaluar y predecir el riesgo de padecer duelo complicado anticipado en familiares/cuidadores de enfermos paliativos* (Tesis doctoral, Universidad Católica de Murcia). Recuperada de <http://repositorio.ucam.edu/bitstream/handle/10952/2563/Tesis.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Ruiz, M., Díaz, M. & Villalobos, A. (2012). *Manual de técnicas de intervención cognitivo conductuales*. Desclée De Brouwer.
- Ruiz, A., & Palma, M. (2021). *Resiliencia en procesos de duelo*. Editorial Gedisa
- Ruiz, J., Ruiz, J. y Ruiz, I. (2019). *7 oportunidades – ACT brevísima*. Lulu.
- Sánchez, T. (2020). Duelo silente y furtivo: dificultad para elaborar las muertes por pandemia de COVID-19. *Studia Zamorensia*, (19), 43-65.
- Simon, N., Shear, M., Reynolds, C., Cozza, S., Mauro, C., Zisook, S., Skritskaya, N., Robinaugh, D., Malgaroli, C., Spandorfer, J. & Lebowitz, B. (2019). Commentary on evidence in support of a grief-related condition as a DSM diagnosis. *Depression and Anxiety*, 37(1), 9-16. <https://doi.org/10.1002/da.22985>
- Skritskaya, N., Mauro, C., García de la Garza, A., Meichsner, F., Lebowitz, B., Reynolds, C., Simon, N., Zisook, S. & Shear, K. (2020). Changes in typical beliefs in response to complicated grief treatment. *Depression and Anxiety*, 37 (1), 81-89. <https://doi.org/10.1002/da.22981>

- Spuij, M. & Boelen, P. (2012). Cognitive restructuring for childhood prolonged grief in children: feasibility and multiple baseline study. *Cognitive and Behavioral Practice, 20*(3), 349-3.
- Shear, K., Frank, E., Foa, E., Cherry, C., Reynolds III, C., Vander, J. & Masters, S. (2001). Traumatic grief treatment: a pilot study. *American Journal of Psychiatry, 158*(9), 1506-1508. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.158.9.1506>
- Shear, K., Frank, E., Houck, P- & Reynolds, C. (2005). Treatment of complicated grief: a randomized controlled trial. *Jama, 293*(21), 2601-2608). <https://doi.org/10.1001/jama.293.21.2601>
- Shear, K. (2010). Complicated grief treatment. *Bereavement Care, 29*(3), 10-14. <https://doi.org/10.1080/02682621.2010.522373>
- Stroebe, M & Schut, H. (1999). The dual process model of coping with bereavement: Rationale and description. *Death Studies, 23*(3), 197-224. <https://doi.org/10.1080/074811899201046>
- Stroebe, M. & Schut, H. (2010). The dual process model of coping with bereavement; a decade on. *OMEGA Journal of Death and Dying, 61*(4), 273-289. <https://doi.org/10.2190/OM.61.4.b>
- Stroebe, M. & Schut, H. (2016). Overload: a missing link in the dual process model? *Journal of Death and Dying, 74*(1), 96-109. <https://doi.org/10.1177/0030222816666540>
- Stroebe, M., Schut, H. & Boerner, K. (2017). Models of coping with bereavement: An update overview. *Studies in Psychology, 38*(3), 582-607.

- Stroebe, M. & Schut, H. (2021). Bereavement in times of COVID-19: A review and theoretical framework. *Journal of Death and Dying*, 82(3), 500-522. <https://doi.org/10.1177/0030222820966928>
- Suárez, M. (2016). *Muerte, pérdida y duelo. Exploraciones para el trabajo social*. España
- Szuhany, K., Young, A., García de la Garza, A., Spandorfer, J., Lubin, R., Skriskaya, N., Hoepfner, S., Li, M., Pace, E., Zisook, S., Reynolds, C., Shear, M. & Simon, N. (2020). Impact of sleep on complicated grief severity and outcomes. *Depression and Anxiety*, 37(1), 73-80. <https://doi.org/10.1002/da.22929>
- Talavera, J. (2014). El corredor elite y sus obstáculos. *Estudio de casos clínicos: Contribuciones a la psicología en Puerto Rico*, 108-128.
- Téllez, J., Ortega, M., Heymann, J., Nava, A., y Gillanders, D. (2020). ¿Eres lo que piensas? Validación del cuestionario de fusión cognitiva (CFQ) en población mexicana. *Apuntes de Psicología*, 38(3), 149-158. <https://doi.org/10.55414/ap.v38i3.819>
- Vedia, V. (2016). Duelo patológico: factores de riesgo y protección. *Revista Digital de Medicina Psicosomática y Psicoterapia*, 6(2), 12-34.
- Velázquez, C. (2020). Recomendaciones de intervención psicológica con pacientes, familiares y profesionales en el contexto de la emergencia sanitaria por COVID-19. *COMUNICACIÓN*, 22, 05.
- Villacieros, M., Sánchez, P., Bermejo, J., Magaña, M. & Rodil, V. (2021). Validation of a brief version of the inventory of life factors interfering grief and complicated grief (ILFIGv2). *Annals of Psychology*, 37(1), 28-34. <https://doi.org/10.6018/analesps.414641>

- Villagómez, P., Chávez, S. & Peña, M. (2020). Las secuelas económicas y psicosociales por pérdidas de Covid-19 en familias mexicanas. *Estudios sobre Cultura y Desigualdad en las regiones*, 4.
- Walsh, F. (2020). Loss and resilience in the time of COVID-19: meaning making, hope, and transcendence. *Family process*, 59(3), 898-911. <https://doi.org/10.1111/famp.12588>
- Worden, J.W. (1997). *El intervención del duelo: asesoramiento psicológico y terapia*. Paidós: España.
- World Health Organization. (2020). *COVID-19. Coronavirus Disease Pandemic*. Disponible en línea en: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019> (acceso octubre 5, 2021).
- Zinser, O. (1992). *Psicología experimental*. México: McGraw-Hill.
- Zizook, S., Iglewicz, A., Avanzino, J., Maglione, J., Glorioso, D., Zetumer, S. & Shear., M. K. (2012). Bereavement: course, consequences, and care. *Current Psychiatry Reports*, 16(10). <https://doi.org/10.1007/s11920-014-0482-8>

Apéndices

Apéndice A. Cartel de difusión

**¿FALLECIÓ ALGÚN SER
QUERIDO POR COVID-19?**

**TE INVITO A FORMAR PARTE DE UN
TRATAMIENTO QUE TE AYUDARÁ A MANEJAR
TU DUELO**

Con este tratamiento podrás:

- Disminuir el malestar emocional
- Aprender habilidades para lidiar con su ausencia
- Manejar pensamientos relacionados con la pérdida
- Retomar actividades que son importantes

Ocho sesiones, una vez por semana con una duración aproximada de una hora y media

**¡GRATUITO!
PRESENCIAL Y EN LÍNEA**

Requisitos:

- Mayor de 18 años
- Pérdida durante las restricciones de ritual funerario (2020 y 2021)

INFORMES:
Lic. Psic. Itzel Paulina Izquierdo López
4431851345
itzel.paulina.izquierdo.lopez@umich.mx








Apéndice B. Inventario de Duelo Complicado

Inventario de Duelo Complicado

El siguiente cuestionario tiene como propósito evaluar *algunas de las reacciones que en el presente usted experimenta con relación al fallecimiento de su ser querido*. Por favor, para cada afirmación de la siguiente tabla **marque con una equis (x) la opción que más se adapte a su experiencia**.

	Nunca	Raras veces	Algunas veces	A menudo	Siempre
Pienso tanto en la persona que ha fallecido que me resulta difícil hacer las cosas como las hacía normalmente.					
Los recuerdos de la persona que murió me agobian.					
Siento que no puedo aceptar la muerte de la persona fallecida.					
Anhelo a la persona que murió.					
Me siento atraído/a por los lugares y las cosas relacionadas con la persona fallecida.					
No puedo evitar sentirme enfadado/a con su muerte.					
No puedo creer que haya sucedido.					
Desde que él/ella murió siento como si hubiera perdido la capacidad de preocuparme por la gente.					
Desde que él/ella murió me siento distante de las personas que me preocupaban.					
Me siento solo/a la mayor parte del tiempo desde que él/ella falleció.					
Siento dolores en la misma zona del cuerpo que le dolía a la persona que murió.					
Tengo alguno de los síntomas que sufría la persona que murió.					
Me desvíó de mi camino para evitar los lugares que me recuerdan a la persona que murió.					
Siento que la vida está vacía sin la persona que murió.					
Escucho la voz de la persona fallecida hablándome.					
Veó a la persona que murió de pie delante de mí.					
Siento que es injusto que yo viva mientras él/ella ha muerto.					
Siento amargura por la muerte de esa persona.					

Apéndice C. Cuestionario Trastorno de Duelo Prolongado

Hoja para el profesional

Trastorno por Duelo Prolongado (PG-13)

El trastorno de duelo prolongado es un síndrome que recientemente se ha definido como una reacción específica frente a la pérdida de un ser querido. Se trata de un conjunto particular de síntomas (sentimientos, pensamientos, conductas) que persisten durante al menos seis meses tras la pérdida y deben asociarse a un deterioro funcional significativo para cumplir con los criterios de trastorno por duelo prolongado.

Instrucciones

A continuación, se presentan las instrucciones para valorar los criterios diagnósticos del trastorno por duelo prolongado. Todos los criterios de la **A** a la **E** *deben estar presentes* para diagnosticar a una persona con trastorno por duelo prolongado.

- A. *Pérdida de un ser querido.* Para aplicar el PG-13 se asume que la persona ha sufrido la muerte de un ser querido.
- B. *Ansiedad por separación.* Las preguntas 1 y 2 deben haberlas respondido con una puntuación de 4 o 5.
- C. *Duración sintomática.* Los síntomas de ansiedad por separación deben estar presentes seis meses o más después del fallecimiento del ser querido. En la pregunta número 3 debe haber contestado “sí”.
- D. *Síntomas cognitivos, emocionales y conductuales.* En cinco preguntas de la 4 a la 12 debe haber respondido con una puntuación de 4 o 5.
- E. *Deterioro funcional.* La persona en duelo debe presentar un deterioro significativo en su funcionamiento social, laboral o en otras esferas importantes de su vida (por ejemplo, en sus obligaciones domésticas). En la pregunta número 13 debe haber contestado “sí”.

El cuestionario PG-13 es una herramienta diagnóstica. Si un encuestado cumple con los criterios de trastorno por duelo prolongado, se recomienda una evaluación más exacta por parte de un profesional de la salud mental. Solamente este, a través de una entrevista personal, puede determinar con certeza la importancia clínica de los síntomas presentados y realizar recomendaciones terapéuticas.

(PG-13)

Parte I. Instrucciones: En las siguientes preguntas, marque por favor con una "x" la respuesta que mejor describa su situación.

1. En el último mes, ¿cuántas veces ha deseado de forma intensa que él/ella estuviera con usted o ha recordado su ausencia con una enorme y profunda tristeza?
 1= Nunca
 2= Al menos una vez al mes
 3= Al menos una vez a la semana
 4= Al menos una vez al día
 5= Varias veces al día

2. En el último mes, ¿cuántas veces ha tenido momentos de intenso sufrimiento emocional, pena o punzadas de dolor relacionados con la muerte de su ser querido?
 1= Nunca
 2= Al menos una vez al mes
 3= Al menos una vez a la semana
 4= Al menos una vez al día
 5= Varias veces al día

3. Pasados seis meses de la pérdida de su ser querido, ¿continúa experimentado alguno de los síntomas de las preguntas 1 y 2 (MENCIONAR SÍNTOMAS), al menos una vez al día?
 No
 Sí

4. En el último mes, ¿cuántas veces ha tratado de evitar aquello (cosas, lugares, situaciones, personas) que le recuerda que su ser querido ha fallecido?
 1= Nunca
 2= Al menos una vez al mes
 3= Al menos una vez a la semana
 4= Al menos una vez al día
 5= Varias veces al día

5. En el último mes, ¿cuántas veces se ha sentido confuso/a, aturdido/a o paralizado/a por su pérdida?
- ___ 1= Nunca
 - ___ 2= Al menos una vez al mes
 - ___ 3= Al menos una vez a la semana
 - ___ 4= Al menos una vez al día
 - ___ 5= Varias veces al día

Parte II. Instrucciones: En las siguientes preguntas, indíquenos cómo se siente en la actualidad, marque por favor, con una "x" la respuesta que mejor describa su situación.

6. ¿Se siente confundido acerca de su papel en la vida o como si no supiera quién es en realidad (por ejemplo, sentir como si se hubiera muerto una parte de usted mismo)?
- ___ 1= No, en absoluto
 - ___ 2= Un poco
 - ___ 3= Bastante
 - ___ 4= Mucho
 - ___ 5= Muchísimo
7. ¿Le cuesta aceptar la pérdida de su ser querido?
- ___ 1= No, en absoluto
 - ___ 2= Un poco
 - ___ 3= Bastante
 - ___ 4= Mucho
 - ___ 5= Muchísimo
8. ¿Le cuesta confiar en los demás después de la pérdida de su ser querido?
- ___ 1= No, en absoluto
 - ___ 2= Un poco
 - ___ 3= Bastante
 - ___ 4= Mucho
 - ___ 5= Muchísimo
9. ¿Siente amargura por su pérdida?
- ___ 1= No, en absoluto

- ___ 2= Un poco
- ___ 3= Bastante
- ___ 4= Mucho
- ___ 5= Muchísimo

10. ¿Siente que seguir adelante con su vida (por ejemplo, hacer nuevos amigos, interesarse por cosas nuevas, etc.) será más difícil ahora?

- ___ 1= No, en absoluto
- ___ 2= Un poco
- ___ 3= Bastante
- ___ 4= Mucho
- ___ 5= Muchísimo

11. ¿Se siente emocionalmente bloqueado/a desde su pérdida?

- ___ 1= No, en absoluto
- ___ 2= Un poco
- ___ 3= Bastante
- ___ 4= Mucho
- ___ 5= Muchísimo

12. ¿Siente que la vida no tiene sentido?

- ___ 1= No, en absoluto
- ___ 2= Un poco
- ___ 3= Bastante
- ___ 4= Mucho
- ___ 5= Muchísimo

Parte III. Instrucciones: En la siguiente pregunta, marque por favor, con una "x" la respuesta que mejor describa su situación.

13. ¿Ha visto reducida de manera significativa, su vida social o laboral, o ha visto reducidas otras áreas importantes de su vida?

- ___ No
- ___ Sí

Apéndice D. Cuestionario de Aceptación y Acción II

AAQ-II (YUC)

Instrucciones: A continuación, encontrará una lista de frases. Por favor, indique qué tan cierta es cada una para usted, marcando con una “x” el número que le parezca adecuado de la escala que se encuentra a la derecha de cada frase.

No hay respuestas buenas o malas, ni preguntas con truco. Asegúrese de contestar todas las frases.

Use como referencia la siguiente escala para hacer su elección:

	Completa mente	Rara vez cierto	Algunas veces	A veces cierto	Frecuente mente	Casi siempre	Completa mente
Puedo recordar algo desagradable sin que esto me cause molestia.							
Mis recuerdos y experiencias dolorosas me dificultan vivir una vida que pudiera valorar.							
Evito o escapo de mis sentimientos.							
Me preocupa no poder controlar mis sentimientos y preocupaciones.							
Mis recuerdos dolorosos me impiden tener una vida plena.							
Mantengo el control de mi vida.							
Mis emociones me causan problemas en la vida.							
Me parece que la mayoría de la gente maneja su vida mejor que yo.							
Mis preocupaciones obstaculizan mi superación.							
Disfruto mi vida a pesar de mis pensamientos y sentimientos desagradables.							

Apéndice E. Cuestionario de Fusión Cognitiva

Cuestionario de Fusión Cognitiva

A continuación, se presentan algunas frases. Por favor, indique hasta qué punto se aplican en usted o le definen utilizando la siguiente escala:

	Nunca	Muy rara vez	Rara vez	Alguna vez	Frecuentem ente	Casi siempre	Siempre
Mis pensamientos me provocan malestar o dolor emocional.							
Me siento tan atrapado/a en mis pensamientos que soy incapaz de hacer las cosas que realmente quiero hacer.							
Tiendo a analizar demasiado las situaciones, hasta un punto que me perjudica.							
Lucho con mis pensamientos.							
Me enfado conmigo mismo/a por tener determinados pensamientos.							
Tiendo a enredarme mucho en mis propios pensamientos.							
Es una gran lucha intentar deshacerme de los pensamientos molestos, incluso sabiendo que sería muy útil para mi librarme de ellos.							

Apéndice F. Consentimiento Informado

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN EL PROYECTO:
Efecto de la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) en el Duelo Complicado de personas que perdieron a un familiar por COVID-19

Investigador principal: Lic. Itzel Paulina Izquierdo López

Dirección del investigador: Dra. Mónica Fulgencio Juárez

Teléfono de contacto del investigador (incluyendo uno para emergencias 24 horas): 4431851345

Investigadores participantes:

Versión de consentimiento informado y fecha de su preparación:

INTRODUCCIÓN:

Este documento es una invitación a participar en un estudio de investigación de la Facultad de Psicología de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo. Por favor, tome todo el tiempo que sea necesario para leer este documento; pregunte al investigador sobre cualquier duda que tenga.

Usted tiene el derecho a decidir si quiere participar o no en este proyecto. El investigador le debe explicar ampliamente los beneficios y riesgos del proyecto sin ningún tipo de presión y usted tendrá todo el tiempo que requiera para pensar, solo o con quien usted decida consultarlo, antes de decidir si acepta participar.

Con el fin de tomar una decisión verdaderamente informada sobre si acepta participar o no en este estudio, usted debe tener la información suficiente acerca de los posibles riesgos y beneficios al participar. Este documento le dará información detallada acerca del estudio de investigación, la cual podrá comentar con quien usted quiera, por ejemplo, un familiar, su médico tratante, el investigador principal de este estudio o con algún miembro del equipo de investigadores. Al final, una vez leída y entendida esta información, se le invitará a que forme parte del proyecto y si usted acepta, sin ninguna presión o intimidación, se le invitará a firmar este consentimiento informado.

Este consentimiento informado cumple con los lineamientos establecidos en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, la Declaración de Helsinki y de las Buenas Prácticas Clínicas emitidas por la Comisión Nacional de Bioética.

Al final de la explicación, usted debe entender los puntos siguientes:

- I. La justificación y los objetivos de la investigación.
- II. Los riesgos o molestias previstos.
- III. Los beneficios que se puedan observar.
- IV. Garantía para recibir respuestas a las preguntas y aclarar cualquier duda sobre los procedimientos, riesgos, beneficios y otros asuntos relacionados con la investigación.
- V. La libertad que tiene de retirar su consentimiento en cualquier momento y dejar de participar en el estudio, sin que por ello se afecte su atención y el tratamiento en el instituto.

- VI. La seguridad de que no se le va a identificar de forma particular y que se mantendrá la confidencialidad de la información relativa a su privacidad.
- VII. El compromiso del investigador de proporcionarle la información actualizada que puede ser obtenida durante el estudio, aunque esto pudiera afectar su decisión para continuar con su participación.

Puede solicitar más tiempo para leer y analizar este formulario (incluso llevarlo a casa) antes de tomar una decisión final sobre su participación.

INVITACIÓN A PARTICIPAR COMO SUJETO DE INVESTIGACIÓN Y DESCRIPCIÓN DEL PROYECTO:

Estimado(a) Sr.(a) _____

La Facultad de Psicología de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, a través del grupo de investigación, le invitan a participar en este estudio que tiene como objetivo:

La duración total del estudio es de: cuatro meses.

Su participación en el estudio tendrá una duración de: cuatro meses

El número aproximado de participantes será de: 10 participantes.

Usted fue invitado al estudio debido a que tiene las siguientes características:

Ha expresado ser mayor de edad y haber perdido a un ser querido debido a la enfermedad por COVID-19, además de tener más de seis meses con malestar físico y emocional relacionado con dicha pérdida.

PROCEDIMIENTOS DEL ESTUDIO:

Su participación en el estudio consiste en: Asistir a la sesión de presentación donde se explicará con detalle cómo se llevará a cabo la intervención, posteriormente se llevará a cabo una sesión de evaluación la cual consiste en la aplicación de instrumentos y preguntas para identificar de manera adecuada los síntomas relacionados con el duelo. En otro momento, se iniciarán las sesiones de dicha intervención, las cuales son siete en total, con una duración aproximada de una hora y media y siendo una sesión por semana, cabe aclarar que en la sesión de evaluación podría ser necesario hacerlo en dos días.

Finalmente, se le brindará y solicitará retroalimentación respecto a los resultados obtenidos al finalizar la intervención.

RIESGOS E INCONVENIENTES:

No existe ningún riesgo físico que se presente durante la intervención. Durante las sesiones es posible que algunos síntomas se intensifiquen, principalmente en la sesión de evaluación, sin embargo, esto resulta normal por el tipo de trabajo a realizar.

BENEFICIOS POTENCIALES:

Reducir síntomas relacionados con duelo complicado, retomar actividades de la vida diaria que se pospusieron a partir de la pérdida y se entregará un informe final en el que podrán conocer su estado inicial y final, para identificar las mejoras.

CONSIDERACIONES ECONÓMICAS:

No se cobrará ninguna tarifa por participar en el estudio ni se le hará pago alguno. Todos los gastos de la investigación serán absorbidos por el equipo de investigación.

COMPENSACIÓN:

No se tiene prevista alguna compensación para este estudio.

ALTERNATIVAS A SU PARTICIPACIÓN:

Su participación es voluntaria. Por lo que usted puede elegir no participar en el estudio. En caso de decidir no participar, no habrá ninguna consecuencia negativa y sin perjudicar su atención en la Facultad de Psicología de la UMSNH.

ACCIONES PARA SEGUIR DESPUÉS DEL TÉRMINO DEL ESTUDIO:

Usted puede solicitar información sobre el avance de la investigación a Lic. Itzel Paulina Izquierdo López.

PARTICIPACIÓN Y RETIRO DEL ESTUDIO:

Recuerde que su participación es VOLUNTARIA. Si decide participar, tiene la libertad para retirar su consentimiento e interrumpir su participación en cualquier momento sin perjudicar su atención en la Facultad de Psicología de la UMSNH.

El investigador del estudio puede excluirlo si no se concluyen los procedimientos que forman parte de la investigación; en este caso usted será notificado sobre su retiro de la investigación.

CONFIDENCIALIDAD Y MANEJO DE SU INFORMACIÓN

Su nombre no será usado para reportar los resultados de la investigación. Los resultados no podrán ser usados para estudios de investigación que estén relacionados con condiciones distintas a las estudiadas en este proyecto, y estos estudios deberán ser sometidos a aprobación por un Comité de Ética

La información que usted proporcione estará solo disponible para los investigadores titulares, quienes están obligados por la Ley a no divulgar su identidad. Los documentos que contengan la información obtenida serán guardados en un archivero con llave y en una computadora con contraseña. Sólo los investigadores tendrán acceso a ellos. El personal del estudio podrá tener acceso a la información de los participantes.

Si bien existe la posibilidad de que su privacidad sea afectada como resultado de su participación en el estudio, su confidencialidad será protegida como lo marca la ley, asignando códigos a su información. El código es un número de identificación que no incluye datos personales. Ninguna información sobre su persona será compartida con otros sin su autorización, excepto:

- Si es necesario proteger sus derechos y bienestar (por ejemplo, si requiere algún tratamiento con urgencia).
- Si es solicitado por la ley.

Todas las hojas de recolección de datos serán guardadas con las mismas medidas de confidencialidad y solo los investigadores titulares tendrán acceso a los datos que tienen su nombre. Si usted decide retirarse del estudio, podrá solicitar el retiro y destrucción de su información; si así lo desea, deberá contactar al investigador responsable y expresar su decisión por escrito.

El Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Psicología de la UMSNH aprobó la realización de este estudio. Dicho comité es quien revisa, aprueba y supervisa los estudios de investigación. En caso de ser necesario, le solicitamos que nos autorice contactarlo para solicitarle información que podría ser relevante para el desarrollo de este proyecto.

Los datos obtenidos como parte de este estudio podrían ser utilizados en publicaciones o presentaciones en foros académicos. Su nombre y otra información personal serán eliminados antes de usar los datos.

IDENTIFICACIÓN DE LOS INVESTIGADORES:

Si usted tiene preguntas sobre el estudio, puede ponerse en contacto con *Lic. Itzel Paulina Izquierdo López*.

Si usted tiene preguntas acerca de sus derechos como participante en el estudio, puede hablar con el Presidente del Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Psicología de la UMSNH Pedro Caballero Díaz pedro.caballero@umich.mx.

DECLARACIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

He leído con cuidado este consentimiento informado, he hecho todas las preguntas que he tenido y todas han sido respondidas satisfactoriamente.

Para poder participar en el estudio, estoy de acuerdo con todos los siguientes puntos:

1. Estoy de acuerdo en participar en el estudio descrito anteriormente. Los objetivos generales, particulares del reclutamiento y los posibles daños e inconvenientes me han sido explicados a mi entera satisfacción.
2. Estoy de acuerdo en otorgar la información que se me solicite con fines propios de la investigación.
3. Estoy de acuerdo, en caso de ser necesario, que se me contacte en el futuro si el proyecto requiere información adicional o si se encuentran información relevante para mi salud.
4. Mi firma también indica que he recibido un duplicado de este consentimiento informado.

Por favor responda las siguientes preguntas, marcando SÍ o No en la columna correspondiente:

	SÍ	NO
a. ¿Ha leído y entendido el formato de consentimiento informado, en su lengua materna?		
b. ¿Ha tenido la oportunidad de hacer preguntas y de discutir este estudio?		
c. ¿Ha recibido usted respuestas satisfactorias a todas sus preguntas?		
d. ¿Ha recibido suficiente información acerca del estudio y ha tenido el tiempo suficiente para tomar la decisión?		
e. ¿Entiende usted que su participación es voluntaria y que es libre de suspender su participación en este estudio en cualquier momento, sin tener que justificar su decisión y sin que esto le afecte?		
f. ¿Entiende los posibles riesgos de participar en este estudio?		
g. ¿Entiende que puede no recibir algún beneficio directo por participar en este estudio?		
h. ¿Entiende que no está renunciando a ninguno de sus derechos legales a los que es acreedor de otra forma como sujeto en un estudio de investigación?		

i. ¿Entiende que el investigador principal del estudio puede retirarlo del mismo sin su consentimiento, ya sea debido a que usted no concluyó los procedimientos de la investigación?		
j. ¿Entiende que usted recibirá un original firmado y fechado de esta Forma de Consentimiento para sus registros personales?		

Declaración del participante:

Yo, _____ declaro que es mi decisión participar en el estudio. Mi participación es voluntaria.

Se me ha informado que puedo negarme a participar o terminar mi participación en cualquier momento del estudio sin que sufra penalidad alguna o pérdida de beneficios. Yo puedo solicitar información adicional acerca de los riesgos o beneficios potenciales derivados de mi participación en este estudio.

Si tengo preguntas sobre el estudio, puedo ponerme en contacto con la Dra. Mónica Fulgencio Juárez monica.fulgencio@umich.mx.

He leído y entiendo toda la información que me han dado sobre mi participación en el estudio. He tenido la oportunidad para discutirlo y hacer preguntas. Todas las preguntas han sido respondidas a mi satisfacción. He entendido que recibiré una copia firmada de este consentimiento informado.

Tengo claro que en caso de tener preguntas sobre mis derechos como sujeto de investigación en este estudio, problemas, preocupaciones o dudas, y deseo obtener información adicional, o bien, hacer comentarios sobre el desarrollo del estudio, tengo la libertad de hablar con el presidente del Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Psicología de la UMSNH C. Pedro Caballero Díaz pedro.caballero@umich.mx.

Nombre del Participante

Firma del Participante

Fecha

Coloque la huella digital del participante sobre esta línea si no sabe escribir

Nombre del representante legal (si aplica)

Firma del representante legal

Fecha

Nombre del Investigador que explicó el documento

Firma del Investigador

Fecha

Nombre del testigo 1

Firma del testigo 1

Fecha

Relación con el Participante

Dirección

Nombre del testigo 2

Firma del testigo 2

Fecha

Relación con el Participante

Dirección

Lugar y fecha

El presente documento es original y consta de siete páginas.

NOMBRE DEL TRABAJO

Efecto de la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) en el Duelo Complicado de personas que perdie

AUTOR

Itzel Paulina Izquierdo López

RECUENTO DE PALABRAS

36956 Words

RECUENTO DE CARACTERES

202362 Characters

RECUENTO DE PÁGINAS

131 Pages

TAMAÑO DEL ARCHIVO

1.1MB

FECHA DE ENTREGA

Sep 17, 2024 12:51 PM CST

FECHA DEL INFORME

Sep 17, 2024 12:53 PM CST

● **28% de similitud general**

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para cada base de datos.

- 27% Base de datos de Internet
- Base de datos de Crossref
- 0% Base de datos de trabajos entregados
- 14% Base de datos de publicaciones
- Base de datos de contenido publicado de Crossref

Formato de Declaración de Originalidad y Uso de Inteligencia Artificial

Coordinación General de Estudios de Posgrado
Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo



A quien corresponda,

Por este medio, quien abajo firma, bajo protesta de decir verdad, declara lo siguiente:

- Que presenta para revisión de originalidad el manuscrito cuyos detalles se especifican abajo.
- Que todas las fuentes consultadas para la elaboración del manuscrito están debidamente identificadas dentro del cuerpo del texto, e incluidas en la lista de referencias.
- Que, en caso de haber usado un sistema de inteligencia artificial, en cualquier etapa del desarrollo de su trabajo, lo ha especificado en la tabla que se encuentra en este documento.
- Que conoce la normativa de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, en particular los Incisos IX y XII del artículo 85, y los artículos 88 y 101 del Estatuto Universitario de la UMSNH, además del transitorio tercero del Reglamento General para los Estudios de Posgrado de la UMSNH.

Datos del manuscrito que se presenta a revisión		
Programa educativo	Maestría en Psicología	
Título del trabajo	Efecto de la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) en el Duelo Complicado de personas que perdieron a un familiar por COVID-19	
	Nombre	Correo electrónico
Autor/es	Itzel Paulina Izquierdo López	itzel.paulina.izquierdo.lopez@umich.mx
Director	Dra. Mónica Fulgencio Juárez	monica.fulgencio@umich.mx
Codirector	Dra. Morelia Erandeni Gil Díaz	morelia.gil@umich.mx
Coordinador del programa	Dra. Blanca Edith Pintor Sánchez	mae.psicologia@umich.mx

Uso de Inteligencia Artificial		
Rubro	Uso (sí/no)	Descripción
Asistencia en la redacción	No	

Formato de Declaración de Originalidad y Uso de Inteligencia Artificial

Coordinación General de Estudios de Posgrado
Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo



Uso de Inteligencia Artificial		
Rubro	Uso (sí/no)	Descripción
Traducción al español	No	
Traducción a otra lengua	No	
Revisión y corrección de estilo	Sí	Language Tool corrector de ortografía
Análisis de datos	No	
Búsqueda y organización de información	No	
Formateo de las referencias bibliográficas	No	
Generación de contenido multimedia	No	
Otro	No	

Datos del solicitante	
Nombre y firma	Itzel Paulina Izquierdo López 
Lugar y fecha	Morelia, Michoacán 13 de septiembre de 2024