

Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Occidente

Reconocimiento de validez oficial de estudios de nivel superior según acuerdo secretarial 15018, publicado en el Diario Oficial de la Federación del 29 de noviembre de 1976.

Departamento de Psicología, Educación y Salud
Maestría en Psicoterapia



Mecanismos de Afrontamiento de una Consultante con Duelo Complicado

TRABAJO DE OBTENCIÓN DE GRADO para obtener el **GRADO** de
MAESTRA EN PSICOTERAPIA

Presenta: **ARANZA DE LA BRENA LEÓN**

Asesor **DR. LUIS MIGUEL SÁNCHEZ LOYO**
Tlaquepaque, Jalisco. 12 de enero de 2024

Índice

Agradecimientos	3
Resumen	4
Abstract	5
Introducción	6
Planteamiento del Problema	7
Justificación del Problema	9
Implicación personal	11
Pregunta de Investigación	12
Objetivo General	12
Marco teórico	14
La Pérdida y el Duelo	14
Aspectos Socioculturales del Duelo en México	15
Factores Protectores y de Riesgo	16
Estrategias de Afrontamiento	18
Proceso Dual de Afrontamiento	20
Tipos de Duelo	21
Fases del Duelo	22
Abandono del proceso psicoterapéutico	25
Marco Metodológico	27
Perspectiva Metodológica	27
Diseño	29
Estudio de Caso	29
Metodología del Presente Trabajo	31
Procedimiento	31
Selección del Caso	31
Instrumentos	34
Análisis Temático	34
Categorías	35
<i>Afrontamiento</i>	36
<i>Mecanismos de Afrontamiento</i>	36
<i>Fases del Duelo</i>	36
<i>Aturdimiento y Choque</i>	37

<i>Evitación y Negación</i>	37
Consideraciones Éticas	38
Características de la Consultante	38
Características Sociodemográficas	38
Motivo de Consulta	38
Contexto Familiar	39
Contexto Social	39
Contexto de la Intervención	40
Resultados y Discusión	41
Mecanismos Orientados a la Pérdida	41
<i>Aislamiento</i>	41
<i>Revisitar Objetos, Lugares o Fotografías Relacionadas a la Pérdida</i>	43
<i>Negar la Posibilidad de Superar el Evento</i>	45
<i>Negación de la Pérdida</i>	47
<i>Hablar con la Persona Fallecida</i>	48
Mecanismos Orientados a la Restauración	49
<i>Aprender Nuevos Roles</i>	50
<i>Experimentar Cosas Nuevas</i>	51
<i>Mantener las Relaciones Sociales de Forma Activa</i>	52
<i>Regresar a sus Labores</i>	53
Fases del Duelo Acorde al Modelo de Payàs (2010)	53
<i>Aturdimiento y Choque</i>	54
<i>Evitación y Negación</i>	55
<i>Apoyo social percibido</i>	55
<i>Abandono del proceso psicoterapéutico</i>	58
Conclusiones, alcances y limitaciones	63
Referencias	64

Agradecimientos

A mis padres Edith León y Raúl De la Brena, les agradezco con el alma el apoyo que me han brindado durante todo este proceso, las palabras de ánimo, las veces que me escucharon hablar sobre duelo por horas, leyeron párrafos que después de horas de escribir parecían no tener sentido. No existen palabras que se acerquen a lo agradecida que estoy con ustedes por apoyar mis sueños, acompañarme a cumplir mis metas personales y académicas. Gracias por extender mi contrato de vivienda por estos años, acompañado de mucho amor. A ustedes y a Dios, les debo todo.

Le agradezco profundamente a mi asesor el Dr. Luis Miguel Sánchez Loyo, por su dedicación, guía e increíble paciencia durante este proceso.

Agradecerles a todas esas personas que me acompañaron en este camino, a esas amistades que me escucharon, leyeron y se interesaron en este tema que me apasiona, preguntando incesantemente cómo iba mi trabajo y me dieron el empuje para seguir.

Por último, a mi alma máter, que me recibió por segunda ocasión poniendo a mi alcance las mejores herramientas y a los mejores profesores para continuar con mis estudios, con el mismo compromiso social que inicié hace muchos años, dejándome aprendizajes para la vida.

Resumen

El propósito del presente trabajo de obtención de grado fue identificar los mecanismos de afrontamiento de una consultante y determinar en qué fase del duelo se encontraba. En este trabajo la perspectiva metodológica se basa en la propuesta del Proceso Dual de Afrontamiento de Stroebe & Schut (1999) y las fases del duelo propuestas por Payàs (2010). Bajo la perspectiva metodológica cualitativa se realizó un estudio de caso único de tipo observacional. Se trabajó con una mujer de 67 años nacida en Jalisco, quien acudió al Proyecto Presencia para recibir atención psicoterapéutica, cuyo motivo de consulta fue el duelo por la muerte de sus padres. Se utilizó como instrumento la videograbación y transcripción de tres sesiones de la evaluación de caso, hasta el término del trabajo que se dio en la tercera sesión. Se realizó un análisis temático por medio de la codificación de diversos segmentos de las sesiones, formando categorías para analizar como mecanismos de afrontamiento divididos en: Mecanismos orientados a la pérdida, Mecanismos orientados a la restauración, las fases del duelo divididas en: Aturdimiento y Choque, Evitación y Negación, Conexión e Integración y finalmente Apoyo social percibido. El duelo al ser un proceso dinámico, oscila entre los Mecanismos que se orientan a la pérdida y los que se orientan a la restauración. Los resultados mostraron que en el proceso de duelo de la consultante predomina la fase de Evitación y Negación. De igual manera, se identificaron los mecanismos de afrontamiento de la consultante en ese momento como orientados a la pérdida, predominando el aislamiento social, la negación de la pérdida, hablar, visitar objetos, lugares y recuerdos de las personas que fallecieron en la cotidianidad y negar la posibilidad de superar la pérdida. Estos hallazgos, aunados a los factores de riesgo de la consultante y evaluando acorde al Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-V), sugieren que la consultante presenta duelo complicado.

Palabras clave: duelo, mecanismos de afrontamiento, duelo complicado, evitación y negación, aturdimiento y choque, pérdida, restauración.

Abstract

This study aimed to identify the coping mechanisms of a consultant and to determine the stage of grief she was experiencing. The methodological perspective of this study is based on Stroebe & Schut's (1999) Dual Process Model of Coping and Payàs's (2010) proposed stages of grief. Using a qualitative methodological approach, a single case study was conducted, employing observational techniques. The participant was a 67-year-old woman from Jalisco, who sought psychotherapeutic support at the Proyecto Presencia to address her grief following the death of her parents. The research instrument used was the video recording and transcription of three therapy sessions, from the beginning of the therapeutic process to its conclusion in the third session. Thematic analysis was performed through the coding of various segments of these sessions, resulting in the categorization of coping mechanisms into Loss-Oriented Mechanisms, Restoration-Oriented Mechanisms, and the grief stages divided into Shock and Numbness, Avoidance and Denial, Confrontation and Integration, and finally, Perceived Social Support. As grief is a dynamic process, it fluctuates between loss-oriented and restoration-oriented mechanisms. The results revealed that the client's predominant stage of grief was Avoidance and Denial. Additionally, coping mechanisms employed by the client were mainly loss-oriented, including social isolation, denial of the loss, talking about and revisiting objects, places, and memories of the deceased in daily life, and denying the possibility of overcoming the loss. Based on these findings, together with the risk factors identified for the client and assessment in accordance with the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-V), it is suggested that the client may be experiencing complicated grief.

Keywords: grief, coping mechanisms, complicated grief, avoidance and denial, shock and shock, loss, restoration.

Introducción

El presente trabajo se conforma por el planteamiento del problema, justificación, pregunta de investigación, objetivos generales y específicos, marco teórico y metodológico, procedimiento, resultados en conjunto con la discusión y las conclusiones. Se aborda la definición de duelo y los tipos de duelo complicado que existen, los mecanismos de afrontamiento orientados a la pérdida o restauración para enfrentarse a una pérdida y las etapas del duelo propuestas por Payàs (2010).

Dentro del marco teórico se encuentra la definición de la pérdida y el duelo, siendo este último la reacción física, psicológica y cognitiva que se da ante una pérdida. Por otro lado se abordan los factores de riesgo entre los cuales se encuentra la relación con el fallecido, estado emocional, contexto social y familiar, estrategias de afrontamiento desadaptativas y vulnerabilidad psicológica; encontrando como factores protectores apoyo social, encontrarse en un estado de salud física y mental óptimo, nivel y estabilidad socioeconómica.

En lo que respecta a las fases del duelo se mencionan distintos autores que han sido relevantes para la concepción del duelo y las fases del mismo, este trabajo se centra en las cuatro fases que propone Payàs (2010) entre las cuales encontramos aturdimiento-choque, evitación-negación, conexión-integración y crecimiento-transformación.

Dentro del marco metodológico se describen los fundamentos de la investigación cualitativa, se mencionan las características del estudio de caso, el procedimiento empleado para seleccionar a la participante y los criterios de inclusión. Para este trabajo se analizarán los datos desde el análisis temático, buscando las siguientes categorías: vivencias, mecanismos de afrontamiento orientados a la pérdida como la añoranza, recuerdo y pensamiento recurrente de la persona fallecida; y los mecanismos orientados a la restauración que permiten manejar el estrés consecuente del duelo, aprender roles nuevos en y adaptarse a ellos en la vida, los cambios psicosociales y las ideas sobre sí mismo después de la pérdida.

Para este trabajo se analizó el caso de una consultante que cumplía con las características de Trastorno por duelo complejo persistente presentadas en el Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (DSM-5). El duelo es un proceso normal que afrontan todos los seres humanos, sin embargo, existen diversos factores que dan lugar a que el duelo no se resuelva de forma espontánea, sino que persista en el tiempo y que el malestar generado por la pérdida no disminuya.

En los resultados se encontró que las fases predominantes en este caso fueron Aturdimiento y choque, Evitación y negación como son propuestas por Payàs (2010), al igual que los mecanismos de afrontamiento de la consultante se orientaron a la pérdida como el aislamiento social, la revisitación de recuerdos y objetos de quienes fallecieron y la negación. Con lo anterior se observa que los mecanismos de afrontamiento que tiene la consultante en ese momento de la evaluación de caso conducen a las complicaciones del duelo.

Planteamiento del Problema

Los seres humanos vivimos pérdidas en cada paso que damos, que en mayor o menor medida conllevan un duelo, sufrimiento y dolor. Perdemos cosas tangibles e intangibles, desde un objeto, una casa, un trabajo, una persona, una relación, la salud, la juventud entre muchas cosas más.

El duelo puede definirse como la respuesta natural ante la pérdida, se expresa y elabora de forma distinta para cada persona, vivir un duelo es parte de la vida misma (Bellver, et al., 2008). La intensidad del duelo está relacionada con múltiples factores que son distintos entre cada persona. La intensidad se relaciona con el significado simbólico del suceso, el apoyo social recibido, la vulnerabilidad de la persona que lo está viviendo (García-Campayo, 2012).

El duelo es multidimensional, lo que implica que el doliente lo experimenta en la dimensión física, cognitiva, emocional y conductual. Hay diversos factores que afectan la forma en que se vive el duelo, el proceso y la resolución, entre estos se encuentra la relación con la

persona que falleció, la rapidez y preparación que se tenía para afrontar la pérdida, si era una enfermedad y los dolientes pudieron prepararse y despedirse o si fue un accidente.

Por otro lado, encontramos características personales asociadas a los recursos que tiene el doliente para enfrentar la pérdida, entre estos se encuentra el apoyo social recibido y percibido, si existe culpa ante la pérdida, incluso es importante si la persona ha vivido otros duelos anteriormente y el significado que le da a la muerte del ser querido (García-Campayo, 2012).

Ante una pérdida el doliente recurre a los recursos psicológicos y personales para afrontar esta situación que genera dolor y estrés, se busca mantener cierto equilibrio ante la falta del fallecido. En algunas ocasiones estos recursos personales son insuficientes para afrontar el duelo y no es posible resolverlo de forma espontánea, sino que se complica.

García-Campayo (2012) menciona que el 90% de las personas tienen una resolución del duelo espontánea, el 10% restante se encuentra en riesgo de desarrollar duelo complicado o algún trastorno. La resolución adecuada del duelo se ve favorecida por la atención psicológica después de una pérdida. McAdam & Puntillo (2018) afirman que después de la muerte de un ser querido, las personas que son contactadas por profesionales de la salud tienden a elaborar el duelo de una forma más adaptativa y sin complicaciones.

El duelo es un proceso no lineal; en este sentido Stroebe & Schut (1999) proponen un modelo de afrontamiento dual, entre mecanismos que se orientan a la pérdida o la restauración. La culminación del proceso del duelo se da cuando se encuentra el balance entre las estrategias que dirigen a la tristeza, añoranza, recuerdo y las estrategias de adaptación y reconstrucción de creencias (Payàs, 2010, pp. 62-65).

Por otro lado, haciendo referencia al proceso psicoterapéutico, es importante considerar las características del duelo complicado y las características del doliente ante el abandono del proceso psicoterapéutico. Considerando el contexto sociocultural en el que se abordó el caso, es importante mencionar que Alcázar (2007) refiere que en México el promedio de sesiones a

las que asisten los consultantes es de tres. Por ello, es importante tener en cuenta y reflexionar en cómo es que la edad, género, nivel socioeconómico y educativo, al igual que el rol que desempeña el doliente en la familia y la modalidad de la psicoterapia (en este caso en línea) puede influir en el abandono del proceso psicoterapéutico.

A través del estudio de caso se pueden llegar a mostrar particularidades dentro de una evaluación de caso de forma detallada. Este permite un análisis mucho más profundo y minucioso de lo que expresan los consultantes (MacPherson et al., 2000). En este trabajo se emplea un estudio de caso único de tipo observacional en donde no se manipulan variables, permitiendo que la consultante transmita y comunique lo que está sucediendo, esto permite dar cuenta de todas las estrategias y recursos que tiene para afrontar las pérdidas por las cuales decidió iniciar un proceso psicoterapéutico.

Justificación del Problema

La muerte es inherente a la vida y es por eso que el duelo es parte de la misma. El duelo es la expresión natural del dolor por la pérdida de un ser querido, cada persona lo vive de manera distinta. La forma de enfrentarse al duelo puede variar entre cada persona, dependiendo de muchos elementos como la edad, sexo, vínculo con la persona y muchos más.

Existen diversos factores que pueden proteger ante el duelo, como la juventud o vejez del doliente, la muerte inesperada, incapacidad de expresar la pena, falta de apoyo familiar y social, pérdidas múltiples, apego ambivalente con el fallecido, bajo nivel de desarrollo familiar, ser padre, madre, esposa o hijo entre otros. En lo que refiere a factores protectores en el proceso del duelo se puede destacar la salud física y mental, madurez del doliente, si el fallecido es una persona mayor, muerte anticipada ya sea por la edad o enfermedad, conocimiento del pronóstico de la enfermedad, alto apoyo familiar y nivel de comunicación entre otros (Barreto et al., 2012).

Tener varios factores de riesgo ante una pérdida aumentan la probabilidad de que la resolución del duelo no se dé de forma espontánea, sino que se convierta en un duelo complicado. En México no se han realizado estudios que investiguen la prevalencia del duelo complicado; sin embargo, se puede tomar en cuenta un el metaanálisis de Lundorff et al. (2017) en el que menciona la prevalencia general del duelo complicado es de un 9.8%.

Los mecanismos de afrontamiento que tiene la persona ante el duelo le permitirán llegar a la resolución espontánea o podrían llevarle a vivir un duelo complicado. Es por esto que es relevante tomar en cuenta cómo es que una persona afronta eventos estresantes, pues es probable que afronte las pérdidas de esta manera.

El duelo se ha abordado desde distintas perspectivas y se han presentado diversas teorías sobre su evolución, como la propuesta de las cinco etapas del duelo de Kübler-Ross (1969), las cuatro tareas de duelo que postuló Worden (1997), las fases y tareas del duelo propuestas por Payàs (2010), el modelo de proceso dual de afrontamiento planteado por Stroebe y Schut (1999). Siendo estos últimos los más relevantes en este trabajo por la forma en la que perciben el duelo, como un proceso integral compuesto por mecanismos de afrontamiento orientados a la pérdida o la restauración, en conjunto con las fases del duelo propuestas por Payàs (2010) dentro del modelo integrativo.

Las pérdidas, la muerte y el duelo, son un desafío que conlleva confusión con respecto a sí mismo, los demás, el futuro e incluso las creencias. En México tenemos ritos para sepultar y despedir a los muertos, formando parte de la tradición, aminorando el dolor y al mismo tiempo de forma simbólica negando el dolor. Una de las tradiciones importantes es el día de muertos, originándose como una combinación de rituales católicos y la conmemoración tradicional de los indígenas desde tiempos prehispánicos. Este día la muerte en vez de ser ausencia se convierte en presencia, se colocan ofrendas, cempasúchil, velas y decoración en un altar, con la intención facilitar el retorno de las almas a la Tierra, y de regreso a su destino (INAFED, 2019).

De esta forma se simboliza a la muerte, convirtiéndola en algo más gentil y accesible, al mismo tiempo de ser algo temido por el dolor que se sabe que provoca.

Visibilizar, hablar de este tema y quitarle la censura es de suma importancia para lograr elaborar el duelo de forma social. Simbolizarla fuera del día de muertos permitiría dejar de negarla, hablar de ella en otros momentos abre las puertas a construir espacios seguros, empáticos y comprensibles para enfrentarse a la pérdida y reducir los factores de riesgo.

Los estudios de caso permiten analizar patrones, frecuencias y el avance de un problema específico. En este trabajo se eligió realizar un estudio de caso por la naturaleza del problema, el duelo es un proceso único, con particularidades que le rodean al doliente. Stroebe & Schut (1999) hacen referencia al duelo como un proceso que se orienta a la pérdida y en otros momentos a la restauración, con mecanismos que le acercan a cada persona de una manera distinta a ambas partes. La importancia de identificar los mecanismos de afrontamiento y fase del duelo en un caso particular, permiten reconocer las estrategias que tiene una consultante en la fase de duelo particular que se encuentra.

Implicación personal

En el proyecto de aplicación profesional dentro de la licenciatura en Psicología, al tener la oportunidad de acompañar a personas con enfermedades terminales y sus familias, brindando cuidados paliativos con un equipo transdisciplinar, lo cual brindó una perspectiva nueva ante el duelo y la importancia que tiene su elaboración en conjunto con profesionales. Acompañar el duelo y lograr elaborarlo con las familias antes y después de la partida de su ser querido, fue una experiencia enriquecedora.

Al iniciar la maestría y saber que era necesario elegir un tema de investigación el tema del duelo estuvo presente como una de las posibles opciones a abordar en el Trabajo de obtención de grado. Además, meses antes de elegir el tema la pandemia por SARS-CoV-2 había cobrado miles de muertes en nuestro país. Al pensar en la cantidad de pérdidas que las

familias habían vivido, el contexto en el que se habían dado y la falta de apoyo psicológico recibido, me llevó a elegir el duelo complicado como tema de investigación.

Por otro lado, existiendo la posibilidad de colaborar con una compañera en la clase y discutir ideas elegimos este tema en conjunto: Para ambas, el duelo es algo que nos apasiona acompañar y elegimos investigar en nuestros trabajos de obtención de grado (TOG) . La experiencia de mi colega fue sumamente enriquecedora para este trabajo, por temas personales y el duelo experimentado por ella, tener la oportunidad de compartir y escuchar su historia fue algo que confirmó la importancia de abordar el duelo y sus complicaciones en un trabajo de esta índole.

Al tener la oportunidad de acompañar en psicoterapia un duelo en la maestría, con la supervisión de excelentes profesores con diferentes enfoques y perspectivas, me permitió integrar y construir el conocimiento sobre el duelo desde diversas posturas. Tener acceso a diferentes modelos y crear discusiones en los diferentes trabajos de la maestría y durante las clases, favoreció la comprensión sociocultural y psicoterapéutica que tenía del duelo.

Lo anterior en conjunto me llevó a elegir desarrollar este tema en el TOG.

Pregunta de Investigación

¿Cuáles son los mecanismos de afrontamiento de una consultante con duelo complicado en la y la relación de estos mecanismos con su deserción del proceso psicoterapéutico?

Objetivo General

Identificar los mecanismos de afrontamiento y fase del duelo en la que se encuentra una consultante ante el duelo complicado, así como la relación de estos mecanismos con el abandono del proceso psicoterapéutico.

Objetivos Específicos

Identificar los mecanismos de afrontamiento presentes ante el duelo complicado.

Identificar la fase del duelo en la que se encuentra la consultante acorde al modelo propuesto por Payàs (2010).

Identificar cuáles características del duelo y otros factores pudieron incidir en el abandono del proceso psicoterapéutico.

Marco teórico

La Pérdida y el Duelo

La pérdida es una experiencia común que vivimos todos los seres humanos, desde perder un trabajo, una mascota, cosas materiales, la libertad, relaciones, hasta una persona cercana que fallece. Existen diferentes términos como pérdida, duelo y luto que nos permiten referirnos a diferentes momentos de esta situación y nos ayudarán a diferenciarles en este escrito.

Podemos definir como pérdida cualquier daño en los recursos personales, materiales o simbólicos con los que se tiene un vínculo (Harvey & Weber, 1998, pp. 319-320). La pérdida no es únicamente la muerte como comúnmente creemos, podemos catalogar las pérdidas en primarias, secundarias y múltiples. Las pérdidas primarias se relacionan con eventos significativos como la muerte o cambios importantes en la vida. Las pérdidas secundarias son las consecuencias derivadas de las pérdidas primarias, como carecer de apoyo social, intimidad, compañía, independencia, libertad o capacidades para realizar las cosas del día a día. Las pérdidas múltiples se definen como el conjunto de diferentes pérdidas primarias y secundarias, lo que puede llevar a una sobrecarga de duelo, duelo complicado o duelo patológico (Zhai & Du, 2020).

El duelo es la reacción afectiva o emocional que se tiene ante una pérdida, se expresa en distintas dimensiones, como la psicológica, física y social. Comúnmente pensamos que el duelo sólo se manifiesta por la muerte de un ser querido, sin embargo, el duelo también se puede dar por la pérdida de un vínculo, cambios en la vida como mudarse, alejarse de amistades, perder la libertad, entre otros (Meza et al., 2008).

El duelo es producido por la ruptura del vínculo con el ser amado, la teoría del apego de Bowlby (1986) considera los vínculos como algo característico e instintivo. El apego favorece el

vínculo, si este se ve amenazado o se rompe por algún motivo, se tienen reacciones desfavorables, reacciones emocionales intensas y malestar como las que se dan en el proceso del duelo.

El duelo es una experiencia humana frecuente y la forma en la que se entiende el proceso del duelo se relaciona con el contexto sociocultural en el que vivimos, la percepción de este proceso ha ido cambiando a lo largo de los años. Actualmente la muerte no se considera parte de la vida, sino que se ha convertido en un tabú, algo molesto de lo que no se habla para no incomodar a los demás. La sociedad presiona al doliente para que oculte su dolor y se aíse hasta que lo haya resultado y deje de ser incómodo para los demás (Cabodevilla, 2007).

Aspectos Socioculturales del Duelo en México

Chaurand et al. (2015) mencionan que el contexto social influye en los rituales funerarios, el luto, el significado de la muerte y la forma en que se presenta el duelo, es por esto que podemos ver diversas expresiones del duelo en las distintas culturas.

En la cultura mexicana es común evitar el sufrimiento, a los niños frecuentemente se les impide ir al velorio o el entierro y no se les habla mucho de la muerte. El dolor, la muerte, el duelo y el sufrimiento son temas que se hablan poco, existiendo la creencia de que no es necesario o es de mala educación hablar de eso. Hay una tendencia a educar huyendo de estos temas, pensando que así se evita un sufrimiento que puede ser postergable, esto ha hecho que los mexicanos tiendan a escapar de estas situaciones y emociones que encontramos desagradables y displacenteras (Gómez-Gutiérrez, 2011).

El Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) (2020) encontró que 90,224,559 mexicanos mayores de 5 años son católicos, 16,118,762 profesan una religión distinta a la católica y 9,156,555 mexicanos respondieron en el censo que no tienen religión. Gómez-

Gutiérrez (2011) menciona que en México se tienen tradiciones y creencias muy arraigadas, la mayoría de la población aún se considera católica. Las ceremonias pertenecientes a esta religión se relacionan con los velorios, rezos, novenario o triduo, al igual que dar el pésame a los dolientes; esto da paso al inicio del duelo y la forma en que se vive. La muerte en la religión católica es considerada una ruptura tanto de la vida como de los lazos formados en ésta.

Factores Protectores y de Riesgo

Según Meza et al. (2008) el duelo no tiene un tiempo determinado en cual debe resolverse, podemos decir que la resolución del duelo se relaciona con la capacidad de pensar en la pérdida sin dolor, y esto puede presentarse en distintos momentos dependiendo de la persona. La resolución del duelo se vincula con diversos factores, los cuales permiten predecir cómo se dará esta respuesta biopsicosocial, la cual puede ser adecuada o no adecuada.

Por un lado, se encuentran los factores protectores, que incluyen las creencias religiosas, apoyo social, estabilidad económica, buena salud, una visión positiva del mundo, rasgos de personalidad fuertes, capacidad de reír y resiliencia (Barreto et al., 2008). Si una persona posee estas características es mucho más propensa a resolver el duelo de forma adecuada con el paso del tiempo sin requerir atención profesional.

Por otro lado, se encuentran los factores de riesgo, que son las particularidades del estilo de vida, los aspectos socioculturales o biopsicosociales, al igual que características de la personalidad del doliente. Los predictores de duelo complicado se relacionan con la personalidad, la intensidad del vínculo, el área afectiva, vulnerabilidad psíquica, el contexto, el ámbito familiar, pérdidas previas, la forma de manejar las situaciones, al igual que las interpretaciones y creencias del doliente (Barreto et al., 2008; Cabodevilla, 2007; Van der Hart & Goossens, 1991).

Otro de los factores de riesgo, es la ausencia de rituales de despedida o funerarios (Van der Hart & Goossens, 1991), la intimidad durante y después del proceso de la muerte es esencial tanto para la persona que muere como para la familia. Realizar rituales de duelo o funerarios permiten que las personas comiencen a expresar sus emociones y a construir a partir de ello un proceso de adaptación saludable. El espacio para estar en los últimos momentos con nuestro ser querido nos ayuda a procesar mejor la pérdida y no enfrentarnos a un duelo complicado. McAdam & Puntillo (2018) concuerdan con Araujo, García, & García-Navarro (2020) en que las necesidades tanto de intimidad en el proceso de la muerte como asesoría por parte de profesionales que estén educados en temas de duelo, acompañamiento e información son de suma importancia para facilitar la adaptación a la vida después de la pérdida.

Si se toma en cuenta cada uno de estos elementos podríamos anticipar la complicación del duelo y brindar la atención psicológica necesaria a los dolientes. Shear et al., (2013) mencionan que el duelo es comúnmente más difícil para los adultos mayores, quienes presentan un riesgo significativo relacionado con las complicaciones sociales y de salud, especialmente en la población femenina, con menor educación e ingresos.

Si bien no todas las personas viven el duelo de la misma forma, existen manifestaciones esperadas como el área cognitiva, emocional, física y conductual. En las cogniciones esperamos ver rumiación, confusión, alucinaciones visuales o auditivas, pérdida de concentración y/o memoria al igual que distorsiones cognitivas. Con respecto a las emociones o sentimientos es común la tristeza, angustia, apatía, impotencia, culpa, ira, soledad o abandono, entre otras. Con respecto a las sensaciones físicas más frecuentes son vacío en el estómago, debilidad, falta de energía, falta de aire, taquicardia y opresión en el pecho. Finalmente, en el área conductual es normal que se presenten alteraciones en el ciclo del

sueño, aislamiento social, suspirar, llorar, cambios en el apetito y en la actividad, hablar del difunto o con él (Bellver et al., 2008).

A pesar de lo mencionado anteriormente, de forma general el duelo que podemos considerar normal tiene una duración de entre seis y doce meses, habiendo sintomatología que puede persistir por dos años o más, e incluso algunos síntomas pueden permanecer por el resto de la vida. El duelo agudo deberá ser resuelto en dos meses para considerarle un duelo no patológico, recobrando el apetito, la capacidad para socializar y trabajar. Al recuperar lo anterior se convierte en un duelo integrado (García-Campayo, 2012).

El 90% de las personas que viven un duelo remitirá de forma espontánea, el porcentaje restante se encuentra en riesgo de desarrollar duelo complicado, al igual que cuadros depresivos e intentos suicidas, aumento en el consumo de sustancias tóxicas y trastornos de ansiedad (García-Campayo, 2012). Para reducir la probabilidad de un duelo complicado es importante tener contacto con profesionales de la salud después de una pérdida. McAdam & Puntillo (2018) encontraron que las familias que son contactadas por profesionales de la salud después de la muerte de un ser querido son menos propensas a presentar complicaciones en el proceso de elaboración del duelo.

Estrategias de Afrontamiento

Lazarus & Folkman (1984) definieron el afrontamiento como los esfuerzos que realiza una persona para enfrentarse y manejar las demandas tanto internas como ambientales que se consideran desbordantes. Estos esfuerzos se presentan tanto de forma cognitiva como conductual y cambian de manera constante.

Los autores propusieron dos estrategias generales de afrontamiento, las enfocadas en la resolución del problema, que se dirigen a manejar el problema que ocasiona malestar. Y las

estrategias de regulación emocional, que se dirigen a ajustar la respuesta emocional ante el problema. Dentro de estas estrategias generales, encontramos ocho específicas:

1. Confrontación: implica los intentos que se hacen para solucionar la situación de forma directa, posiblemente arriesgada y agresiva.
2. Planificación: se basa en analizar o generar estrategias para solucionar el problema.
3. Distanciamiento: hace referencia a las acciones que se hacen para alejarse del problema, dejar de pensar en eso o evitar que le afecte.
4. Autocontrol: se busca controlar la respuesta emocional.
5. Aceptación de responsabilidad: en esta estrategia la persona reconoce el papel que tiene en el problema, ya sea en el origen o mantenimiento de este.
6. Escape-evitación: son las acciones poco útiles que alejan del problema de forma temporal, al igual que pensamientos irracionales sobre la situación.
7. Reevaluación positiva: la persona tiende a buscar los aspectos favorables de la circunstancia que atraviesa.
8. Búsqueda de apoyo social: la persona recurre a otros para obtener ayuda, información y apoyo.

Es complejo aplicar el modelo de estrategias de afrontamiento ante el estrés al duelo, puesto que éste se compone de múltiples estresores, algunos de ellos pueden ser modificables por medio de alguna acción, otros no lo son. Las estrategias orientadas a la resolución del problema pueden ser útiles para aspectos que se pueden cambiar, como la situación económica; las estrategias orientadas a la regulación emocional son apropiadas ante los aspectos que no pueden ser modificados. Sin embargo, para poder elaborar el duelo se necesitan ambas estrategias (Stroebe & Schut, 1999).

Proceso Dual de Afrontamiento

Stroebe & Schut (1999) mencionan que el modelo comenzó como una aproximación a la comprensión del duelo por la pérdida de la pareja, sin embargo, podía ser aplicable a otros tipos de duelo. Ante la pérdida, los dolientes no dedican todo el tiempo que tienen a afrontar el duelo, sino que es una experiencia que se encuentra incorporada con la vida diaria.

Los estresores asociados al duelo son afrontados desde mecanismos orientados a la pérdida o la restauración. Los mecanismos orientados a la pérdida se refieren al enfocarse, tratar y procesar algún aspecto relacionado con la experiencia de la pérdida; la persona puede enfocarse en la relación que tenía con la persona que murió, la vida juntos, las circunstancias en las que se dio la muerte, ver fotos viejas, imaginar cómo reaccionaría esa persona ante cierta situación o llorar por el fallecimiento del ser querido. Por otro lado, se encuentran los mecanismos orientados a la restauración, que se enfocan en hacer cosas nuevas, hacer frente a los cambios de vida, aceptar la nueva realidad en la que ya no está la persona que falleció, tomar un nuevo rol en el contexto, realizar actividades que distraen del duelo, entre otras (Stroebe & Schut, 1999).

Stroebe & Schut (1999) ven el duelo como un proceso dinámico, mencionan que la clave para afrontar el duelo de forma exitosa es la oscilación. Esta se refiere a la alternación entre los mecanismos orientados a la pérdida y la restauración, algunas veces el doliente se verá confrontado por la pérdida, en otros evitará recordarle, intentará distraerse o concentrarse en otras cosas con el fin de encontrar alivio; en otros momentos será inevitable hacerles frente a otros estresores de la vida, como lo son el trabajo o tareas domésticas. El proceso cognitivo que se da en estos momentos es un mecanismo regulador, que va y viene de la confrontación a la evitación y es necesario para que la persona se ajuste adecuadamente con el tiempo.

Tipos de Duelo

Cualquier pérdida implica un duelo que es la respuesta biopsicosocial que se presenta y se puede dar de tres formas agudo, integrado y complicado. El duelo agudo o normal abarca una gran cantidad de reacciones y sentimientos como malestares somáticos, hostilidad, culpa y cierta incapacidad para regresar a su funcionamiento normal y cumplimiento de roles previos a la pérdida; esto es natural y esperado al inicio del duelo. El duelo integrado es la respuesta que se da generalmente después de la adaptación a la pérdida. Por último, se encuentra el duelo complicado, que podemos definir como una forma de duelo agudo prolongado, si no se recibe atención profesional puede llegar a convertirse en un trastorno mental (Shear et al., 2013).

El duelo complicado tiene diferentes tipos, crónico, retrasado, exagerado y enmascarado. El duelo crónico tiene una duración excesiva y no se llega a una conclusión adaptativa o satisfactoria, requiere atención profesional. Tener una reacción emocional al momento de la pérdida, pero que esta sea reducida, comúnmente lleva a un duelo retrasado. Contrariamente al concepto anterior, el duelo exagerado manifiesta una respuesta desmedida, desbordada, presentando conductas desadaptativas. El duelo enmascarado se presenta en sintomatología física, mental o conducta desadaptativa, donde la persona no se da cuenta que sus síntomas están relacionados con el duelo (Worden, 1997).

Las complicaciones del duelo también se dan en otras formas, como el duelo anticipado, en el cual la persona se prepara despegándose emocionalmente del ser querido que va a fallecer o de lo que está por perder. En este tipo de duelo la persona se prepara para lo que va a suceder, en algunas situaciones el sufrimiento puede disminuir pues se conoce la causa, permite resolver asuntos pendientes, valorar el presente, reconocer la pérdida de forma gradual y planificar el futuro. Sin embargo, puede ser adverso al producir preocupación, que en muchas ocasiones se acompaña de ansiedad; hay posibilidades de que se presenten síntomas

depresivos, y en muchas ocasiones produce anestesia o entumecimiento emocional al vivir el duelo antes de la pérdida (Guinot et al., 2019).

Finalmente encontramos el duelo inhibido, que se produce al presentar dificultad para expresar los sentimientos. La persona rechaza expresar el duelo, pues no es capaz de afrontar la realidad de la pérdida. Este es el caso de los niños, personas con discapacidad intelectual o personas que no cuentan con los recursos socioemocionales para expresar sus vivencias (Meza et al., 2008). Este tipo de duelo es parecido al duelo retrasado propuesto por Worden (1997) mencionado anteriormente, por la reacción emocional reducida.

Fases del Duelo

La forma en la que se presenta el duelo es distinta en cada persona, sin embargo, existen diferentes modelos conceptuales de fases del duelo. Una de las más conocidas es la de Kübler-Ross (1969) que lo plantea como un proceso dinámico en el cual se debía pasar por ciertas etapas del duelo, la negación, ira, pacto/negación, depresión y aceptación. Al inicio la teoría parecía ser lineal, con el tiempo la autora refirió que no es un proceso rígido.

Esto abrió las puertas a nuevas propuestas sobre este tema, como el modelo que presenta Parkes (1972) quien hace referencia a cuatro fases del duelo empezando por el aturdimiento, añorar y retener, depresión y aceptación. Muy parecido al modelo anterior se encuentra el de Bowlby (1986) donde habla de la fase de aturdimiento, añoranza y búsqueda, desesperanza y desorganización, y finalmente reorganización (Payàs, 2010, pp. 59-62).

Por otro lado, se encuentra Horowitz (1986) quien hace referencia a la fase de la protesta, negación y aturdimiento, trabajo de duelo y finalmente completar el duelo. Podemos observar que las teorías tienen fases similares y comúnmente las consideraban etapas de un proceso lineal. Este autor aporta un nuevo concepto como es trabajar el duelo y completar el

mismo, al igual que integra la visión de las respuestas de estrés ante el trauma (Payàs, 2010, pp. 61-62).

Años más tarde nos encontramos con el modelo dinámico del duelo de Worden (1997) que asocia las fases con tareas que el doliente va completando para llegar a la adaptación de la pérdida, comenzando por aceptar la realidad de la pérdida, experimentar el dolor del duelo, ajustarse a un ambiente donde el fallecido no está y finalmente recolocar al fallecido emocionalmente, convirtiéndose en uno de los modelos más aceptados hasta la fecha (Worden, 1997, pp. 77-110).

Desde otro ángulo se encuentra el modelo de Proceso Dual de Afrontamiento propuesto por Stroebe & Schut (1999), que ofrece una perspectiva integrada del duelo. Los autores basaron el modelo de Proceso Dual de Afrontamiento del duelo en la teoría cognitiva del estrés por Lazarus & Folkman (1984) y en la ampliación del modelo de afrontamiento bimodal del trauma propuesto por Horowitz (1986). Los autores refieren que existen dos tipos de mecanismos de afrontamiento, los mecanismos orientados hacia la pérdida y hacia la restauración.

Los mecanismos orientados a la pérdida se centran en la persona fallecida, enfocándose en:

- Añorar
- Recordar
- Pensar de forma persistente en la pérdida
- Revisitar objetos, fotografías o lugares
- Aislarse
- Expresar tristeza y llanto
- Aplanamiento emocional

- Negar la posibilidad de superar el evento

En lo que refiere a los mecanismos orientados a la restauración, entre los cuales destacan:

- Aprender nuevos roles
- Reconstruir creencias sobre sí mismo después de esta pérdida
- Cambio en la identidad
- Replantear la vida después de la pérdida
- Regresar a sus labores escolares, laborales o domésticas
- Mantener relaciones sociales de forma activa
- Experimentar cosas nuevas

La clave para lograr elaborar el duelo es oscilar entre estos mecanismos, no estar orientados hacia la pérdida todo el tiempo y permitir la restauración, esto le permite al doliente regularse emocionalmente y llegar a la adaptación de una forma más sana (Payàs, 2010, ppp. 62-65).

Acorde a los autores ambos mecanismos pueden darse de forma positiva o negativa, si es positiva la persona interpretará de forma adecuada, funcional y constructiva la pérdida. De ser negativa se dan estrategias de evitación o negación, con una evaluación disfuncional de las consecuencias de la pérdida, generando en muchas ocasiones aplanamiento emocional (Stroebe & Schut, 2001).

El modelo integrativo relacional propuesto por Payàs (2010), concuerda con Stroebe & Schut (1999) en que el duelo es un proceso dinámico que se afronta de diferentes maneras, mientras el proceso del duelo avanza, la persona va cambiando de estrategias para manejar el sufrimiento y adaptarse a la pérdida. La autora propone cuatro fases:

1. Aturdimiento y choque, en esta fase la persona oscila entre los mecanismos de evasión y aproximación. La tarea principal del duelo es manejar los aspectos traumáticos de la pérdida.

2. Evitación y negación, en esta fase la persona tiende a minimizar lo sucedido, mantenerse ocupado para evitar el duelo, negar los hechos o sustituir la pérdida. La tarea en esta etapa consiste en deshacerse de este mecanismo protector de evitación y aumentar la tolerancia al dolor.

3. Conexión e integración, en esta fase se busca generar respuestas de afrontamiento orientadas a ponerse en contacto con la pérdida. La tarea del duelo en esta fase consiste en realizar el trabajo del duelo.

4. Crecimiento y transformación, es en esta fase donde la persona comienza a reorganizar su mundo interno con relación al ser querido que perdió. Se enfoca en convertir esta experiencia en crecimiento personal. La tarea del duelo en esta fase es sustituir creencias previas por nuevas que permitan generar esquemas mentales en los que se incorpora la pérdida.

Abandono del proceso psicoterapéutico

El abandono del proceso psicoterapéutico se puede definir como la inasistencia de un consultante a una cita concretada con el terapeuta, interrumpiendo el tratamiento en contra del criterio del terapeuta (Wierzbicki & Pekarik, 1993). Se menciona que el abandono de procesos psicoterapéuticos individuales en adultos se relaciona con diversas variables, entre ellas estatus socioeconómico bajo, nivel educativo bajo y formar parte de una minoría social, entre otras.

Alcázar (2007) afirma que los consultantes que asisten a un proceso psicoterapéutico se presentan en promedio a tres sesiones, las cuales no son suficientes para lograr o percibir un cambio, ni para generar un vínculo terapéutico. Teniendo en cuenta que el beneficio de la

terapia se alcanza entre las sesiones ocho y doce comúnmente, la asistencia a tres sesiones abarca apenas el inicio del proceso, contemplando la entrevista terapéutica y el comienzo de la vinculación terapeuta-consultante.

Se habla poco del abandono de proceso psicoterapéutico; el enfoque de la literatura se encuentra mayormente en casos de éxito en los que los consultantes han concluido de forma satisfactoria su proceso. Baekeland & Lundwall (1975) mencionan que mientras más sintomatología depresiva presenta, un consultante es más propenso a abandonar el proceso psicoterapéutico individual, refieren el pesimismo, bajo nivel de energía y sentimiento de tristeza u hostilidad.

Dentro de las repercusiones que el abandono terapéutico puede tener en los consultantes, visto desde una perspectiva clínica, el consultante puede no recibir el beneficio completo del tratamiento, incluyendo el beneficio de un cierre terapéutico. El consultante a menudo experimenta una sensación de insatisfacción o fracaso, lo que puede resultar en un empeoramiento de los problemas (Ogrodniczuk et al., 2005).

Por otro lado, Baekeland & Lundwall (1975) mencionan en su estudio que las variables del tratamiento psicoterapéutico son importantes, entre ellas el entorno en el que se realiza. Entre los factores que pueden influir en que un paciente decida abandonar o continuar con el tratamiento, se identificaron que el personal y trato de la institución, los procedimientos de admisión y los métodos de tratamiento son las principales causas de abandono. Las largas rutinas de admisión favorecen el abandono del tratamiento, al igual que la aplicación de métodos de tratamiento inapropiados para un paciente específico. Es importante tomar en cuenta que este estudio es de 1975; en 2021 existen diferentes formas de abordar y asistir a terapia, entre ellas la psicoterapia en línea. Tener procesos a través de una computadora es algo nuevo para muchos consultantes y terapeutas, no existe literatura suficiente que aborde

las dificultades para conectar y vincularse en línea con los consultantes de tercera edad, y cómo esto puede impactar en el abandono del proceso.

Sin embargo, Vallejo & Jordán (2007) sugieren un conjunto de preguntas iniciales como medida preventiva para evitar situaciones problemáticas al trabajar en línea. Proponen llevar a cabo una evaluación preliminar para determinar la idoneidad de la terapia en línea, considerando aspectos como el nivel cultural y de lectoescritura del paciente, su experiencia con el uso de computadoras y su actitud hacia la posibilidad de recibir tratamiento en línea. Además, destacan la influencia de factores diversos como la edad, la clase social, la etnia y el nivel de educación, los cuales podrían limitar la viabilidad de estructurar un programa de tratamiento en línea que sea universalmente aplicable.

Marco Metodológico

Dentro del marco metodológico se encuentra la perspectiva elegida para el trabajo, bajo un enfoque cualitativo se empleó un estudio de caso de tipo observacional. Se inició eligiendo el tema de estudio del trabajo, para posteriormente recolectar datos a través de las sesiones psicoterapéuticas con una consultante que acudió por duelo.

Perspectiva Metodológica

En cualquier investigación es esencial recolectar la información necesaria y suficiente para cumplir con los objetivos que tiene y estructurarla de forma coherente, interpretando y categorizándolos. Esto no se da de forma sucesiva, sino que va y viene entre obtener información y darle un significado. En el enfoque cualitativo cada elemento es parte importante de la totalidad de la investigación, el material de estudio en este enfoque son las palabras y acciones. Estos estudios tienen como objetivo comprender la experiencia del individuo o grupo que forma parte de la investigación, con quienes el investigador mantiene una relación cálida, comprendiendo que son sujetos que participan en el estudio y no objetos que son estudiados (Martínez, 2006).

El enfoque cualitativo inicia con una idea de investigación, emplea la recolección y análisis de datos para aclarar la pregunta. Es flexible en cuanto a cambiar con el avance del proceso tanto la hipótesis como las preguntas, estas pueden definirse o generarse antes, durante o después de la recolección y análisis de datos. Los datos con los que se trabaja en esta perspectiva son evidencia verbal, audiovisual, texto o imágenes. Se aproxima a la realidad sin manipularla, por lo que este enfoque se emplea para indagar la percepción y forma de experimentar los fenómenos que rodean al individuo, al igual que los puntos de vista, significados e interpretaciones (Hernández Sampieri, et al., 2014).

Existen nueve fases que conforman el proceso de investigación cualitativa, Hernández Sampieri et al., (2014) proponen las siguientes:

1. Elaboración del marco teórico
2. Problematización
3. Inmersión inicial en el campo
4. Concepción del diseño del estudio
5. Definición muestral
6. Recolección de datos
7. Análisis de datos
8. Interpretación de los resultados
9. Elaboración del reporte

Hay estrategias de verificación para la investigación cualitativa, entre ellas encontramos la flexibilidad, creatividad y sensibilidad para responder a lo que sucede en la investigación. La coherencia es otro factor importante para tomar en cuenta, que la pregunta coincida con la metodología y el análisis de datos empleado; por otro lado, para que la investigación sea eficiente, la selección de los participantes es de suma relevancia. Por último, es necesario

poner atención ante la posible saturación de la información, esto se da cuando se obtiene la misma información o muy parecida, de forma recurrente (Castillo & Vázquez, 2003).

Diseño

Wainer (2012) refiere que el diseño de investigación normalmente se asocia con algo experimental. Este término indica qué tanto se conoce con respecto a la investigación, es por eso que se puede distinguir entre un diseño exploratorio, descriptivo, correlacional o explicativo. En este caso se utilizó un diseño descriptivo.

Estudio de Caso

En el presente trabajo se empleó el estudio de caso como metodología de investigación. Wainer (2012) menciona que un caso no es únicamente un sujeto, sino que puede ser un conjunto de personas que forman parte de una familia, grupo o institución; este trabajo se enfocó en el caso de una persona que acude al proyecto presencia para recibir atención psicoterapéutica individual.

Los diseños de caso único permiten predecir el comportamiento, hacer réplicas y establecer relaciones causales, de igual manera pueden probarse hipótesis clínicas particulares y permiten evaluar la validez del tratamiento en un contexto controlado (Roussos, 2007; Wainer, 2012). Las características muestrales de este tipo de estudios son la selección de la muestra por medio de un interés específico, en función de los objetivos de la investigación, y la muestra se compone por un único caso ($n=1$).

Uno de los atributos de este tipo de estudio se relaciona con la afinidad que tiene con la práctica clínica del terapeuta, puesto que no es necesario modificar el contexto y enlazan la investigación con la práctica terapéutica. Por otro lado, una de las limitantes radica en el campo de aplicación reducido que se tiene y la imposibilidad de realizar generalizaciones, la relevancia por el tamaño de la muestra y el criterio probabilístico (Wainer, 2012).

Entre los diferentes tipos de diseño de caso único Roussos (2007) menciona:

- Diseños experimentales de caso único: mantienen el control de la intervención, evalúan el rendimiento en el tiempo y condiciones dadas, finalmente busca los factores que permitan predecir la conducta.
- Diseños observacionales de caso único: en estos no se manipulan las variables, sin embargo, si se pueden elegir algunas para seleccionar el caso. Dentro de la psicología clínica se utilizan principalmente los estudios de caso de evaluación diagnóstica, en los cuales se aplican instrumentos para medir algo específico. Por otro lado, el estudio de caso de intervención terapéutica se enfoca en describir un trastorno clínico o evaluar los efectos terapéuticos del tratamiento, se concentra en las características del caso y los resultados.
- Presentaciones de caso: en esta se observa de manera integral y se basa en la narración de un caso o parte de este.

Por otro lado, Monje (2011) menciona que los estudios de caso se pueden dividir en:

1. Estudio de caso descriptivo: se brinda un informe detallado, sin necesidad de tener hipótesis y marco teórico previos.
2. Estudio de caso interpretativo: se busca teorizar sobre el caso, desarrollando categorías que se puedan comparar con la teoría existente.
3. Estudio de caso evaluativo: describe y explica formando juicios de valor que den pie a tomar decisiones sobre el tema estudiado.

Para que los estudios de caso tengan confiabilidad y credibilidad la sistematización de los datos es de suma importancia, al igual que tener un marco teórico rico con información que provenga de fuentes confiables y diversas, igualmente de ser posible comparar datos entre investigadores (Martínez, 2006).

Metodología del Presente Trabajo

En el presente trabajo de obtención de grado se utilizó un estudio de caso único de tipo observacional, enfocado en el estudio de intervención terapéutica orientado a describir el trastorno clínico, específicamente identificar los mecanismos de afrontamiento y la fase del duelo en la que se encuentra la consultante.

La elección del estudio de caso único se dio por las especificaciones del caso y las particularidades del duelo, al ser un proceso único el estudio de caso permite profundizar en el análisis de los mecanismos empleados por la consultante.

Procedimiento

Selección del Caso

Roussos (2007) afirma que el material clínico que se emplea para el diseño puede darse antes o después de haber planteado la investigación. En este caso el material clínico fue obtenido después de plantear la investigación. Se eligió este caso por ser el duelo el motivo de consulta principal.

Dentro de los criterios de inclusión se tomó en cuenta que cumpliera con los criterios de la American Psychiatric Association (2018) propuestos en el DSM-5 para Trastorno de duelo complejo persistente, entre los cuales se encuentran:

- A. El individuo ha experimentado la muerte de alguien con quien mantenía una relación cercana.
- B. Desde la muerte, al menos uno de los síntomas siguientes está presente más días de los que no a un nivel clínicamente significativo, y persiste durante al menos 12 meses en el caso de adultos en duelo y 6 meses para niños en duelo:

1. Anhelo/añoranza persistente del fallecido. En niños pequeños, la añoranza puede expresarse mediante el juego y el comportamiento, incluyendo comportamientos que reflejan la separación y también el reencuentro con un cuidador u otra figura de apego.
2. Pena y malestar emocional intensos en respuesta a la muerte.
3. Preocupación en relación al fallecido.
4. Preocupación acerca de las circunstancias de la muerte. En los niños, esta preocupación con el fallecido puede expresarse a través de los contenidos del juego y del comportamiento, y puede extenderse a una preocupación por la posible muerte de otras personas cercanas.

C. Desde la muerte, al menos 6 de los síntomas siguientes están presentes más días de los que no a un nivel clínicamente significativo, y persisten durante al menos 12 meses en el caso de adultos en duelo y 6 meses para niños en duelo:

Malestar reactivo a la muerte

1. Importante dificultad para aceptar la muerte. En los niños, esto depende de la capacidad del niño para comprender el significado y la permanencia de la muerte.
2. Experimentar incredulidad o anestesia emocional en relación a la pérdida.
3. Dificultades para recordar de manera positiva al fallecido.
4. Amargura o rabia en relación a la pérdida.
5. Valoraciones desadaptativas acerca de uno mismo en relación al fallecido o a su muerte (p. ej., autoinculparse).

6. Evitación excesiva de los recuerdos de la pérdida (p. ej., evitación de los individuos, lugares o situaciones asociados con el fallecido; en los niños, esto puede incluir evitar pensamientos y sentimientos acerca del fallecido).

Alteración social/de la identidad

7. Deseos de morir para poder estar con el fallecido. 8. Dificultades para confiar en otras personas desde el fallecimiento.

9. Sentimientos de soledad o desapego de otros individuos desde la muerte.

10. Sentir que la vida no tiene sentido o está vacía sin el fallecido, o creer que uno no puede funcionar sin el fallecido.

11. Confusión acerca del papel de uno en la vida, o una disminución del sentimiento de identidad propia (p. ej., sentir que una parte de uno mismo murió con el fallecido).

12. Dificultad o reticencia a mantener intereses (p. ej., amistades, actividades) o hacer planes de futuro desde la pérdida.

D. La alteración provoca malestar clínicamente significativo o disfunción en áreas sociales, laborales u otras áreas importantes del funcionamiento.

E. La reacción de duelo es desproporcionada o inconsistente con las normas culturales, religiosas, o apropiadas a su edad. (American Psychiatric Association, 2018, pp. 789-790)

Al cumplir con por lo menos seis síntomas se puede diagnosticar como trastorno de duelo complejo; en el caso de la consultante cumplió con tres síntomas del criterio B, ocho síntomas del criterio C, contando con los criterios de inclusión necesarios para este trabajo.

Instrumentos

Al trabajar con un estudio de caso único es necesario explicar cómo se seleccionó el caso. De igual manera al emplear material de sesiones psicoterapéuticas se requiere definir la cantidad de sesiones necesarias, tomar en cuenta el momento del tratamiento para realizar la selección de las sesiones, y el modo de selección, si la sesión fue elegida al azar o se empleó un sistema para hacerlo (Roussos, 2007).

En este trabajo en particular se utilizaron las grabaciones en video y transcripciones de tres sesiones con una duración de 50 minutos cada una, partiendo desde la primera sesión en la cual se realizó una entrevista inicial hasta la última sesión del trabajo terapéutico que se dio en la tercera sesión, después de la cual la consultante abandonó el proceso de psicoterapia. Las sesiones fueron elegidas por la temática trabajada en ellas, no se tomaron las sesiones completas, sino partes de estas que se relacionan con el duelo y sus características.

Análisis Temático

El análisis temático es un método que se emplea para identificar, analizar y reportar patrones o temas, dentro de los datos obtenidos. La temática toma lo importante de la relación entre los datos obtenidos y la pregunta de investigación (Braun & Clarke, 2006).

Para considerar que el análisis temático tiene consistencia Miele et al., (2012) mencionan que es necesario evaluar la utilidad de la investigación para que el proyecto pueda replicarse, la obtención de los mismos datos y temática por diversos investigadores, observaciones similares en momentos diferentes o escenarios distintos y que dos investigadores codifiquen la información de manera distinta y después exista la posibilidad de comparar los códigos.

Braun & Clarke (2006) mencionan seis fases en las que se desarrolla el proceso del análisis temático:

1. Familiarización con los datos: en esta etapa se inicia con la transcripción de la información recabada y se da lectura a las transcripciones en distintas ocasiones para lograr habituarse a los datos, al igual que se toma nota de las ideas iniciales.
2. Generación de categorías o códigos iniciales: en esta etapa comienzan a encontrarse datos relevantes en toda la información recabada, los cuales permitirán crear códigos y categorías desde las cuales se parte para la siguiente etapa. Los códigos se generaron de manera deductiva con base en las estrategias de afrontamiento de Stroebe & Schut (1999) y Payàs (2010). Búsqueda de temática: en esta etapa se cotejan los códigos para crear temas potenciales, recabando toda la información necesaria y relevante para cada tema.
3. Nombrar las temáticas: se realiza un análisis continuo en el cual se refinan los detalles de cada tema y la historia general que la temática va relatando, se generan definiciones y nombres claros para cada tema.
4. Analizar los extractos adecuados: en esta etapa se analizan todos los extractos y comienza la selección de extractos que permitan ejemplificar la temática y responder a la pregunta de investigación.
5. Producción del informe final

Categorías

Para este estudio se emplearon las categorías de vivencia, afrontamiento, mecanismos de afrontamiento, mecanismos orientados a la pérdida, mecanismos orientados a la restauración, fases del duelo, aturdimiento y choque, evitación y negación, finalmente conexión e integración. Además, se categorizaron intervenciones psicoterapéuticas que pudieron incidir en el abandono del proceso de psicoterapia por la consultante.

Afrontamiento

Lazarus & Folkman (1984) definen el afrontamiento como afrontamiento, todo lo que hace una persona para enfrentarse a una situación estresante, de forma cognitiva, conductual y emocional. La forma en la que una persona enfrenta una situación estresante cambia dependiendo del contexto en el que se viva.

Mecanismos de Afrontamiento

Stroebe & Schut (1999) mencionan que el afrontamiento refiere a las estrategias, estilos y procesos que las personas tienen para manejar, reducir o tolerar las situaciones en las que el duelo pone al individuo.

Mecanismos Orientados a la Pérdida

Son las estrategias en las que el doliente se enfoca a la experiencia de la pérdida, tratando de aceptarle, recordar a la persona, presentar pensamiento rumiante con respecto al fallecido o las circunstancias en las que se dio, aislarse, ver fotografías, llorar y hablar de la pérdida de manera constante intentando darle sentido (Stroebe & Schut, 1999).

Mecanismos Orientados a la Restauración

Son las estrategias en las que el doliente comienza a adaptar sus pensamientos, creencias y mundo hacia reorientarse en un mundo sin la persona que falleció. Entre ellas podemos encontrar ir a trabajar, ajustar los roles que se tenían y aprender nuevos, construir nuevas creencias sobre sí mismo, experimentar cosas diferentes y mantener las relaciones sociales de forma activa (Stroebe & Schut, 1999).

Fases del Duelo

Las fases del duelo propuestas por Payàs (2010), se basan en la idea del duelo como un proceso dinámico que se afronta de muchas formas, conforme el proceso del duelo se va

dando, la persona modifica los mecanismos empleados para manejar el sufrimiento y adaptarse a la pérdida. Cada fase contando con una tarea que facilitará la resolución del duelo.

Aturdimiento y Choque

En esta fase la persona oscila entre los mecanismos de evitación y aproximación a la pérdida, siendo la tarea principal del duelo manejar los aspectos traumáticos de la pérdida (Payàs, 2010).

Evitación y Negación

En esta fase el individuo recurre a minimizar lo sucedido, mantenerse ocupado en otras actividades o pensamientos para evitar el duelo, negar los hechos o sustituir la pérdida con otras relaciones, objetos o actividades. La tarea en esta etapa consiste en deshacerse de este mecanismo protector de evitación y aumentar la tolerancia al dolor (Payàs, 2010).

Conexión e Integración

En esta fase el doliente busca generar respuestas de afrontamiento orientadas a ponerse en contacto con la pérdida, conectar con las emociones que trae consigo y experimentarlas. Para lograr integrar la pérdida como parte de la vida, la vivencia diaria y el contexto. Realizar el trabajo del duelo se convierte en la tarea de esta etapa (Payàs, 2010).

Intervenciones no pertinentes

Las intervenciones no pertinentes se dan cuando se emplea una técnica o una tarea terapéutica de forma prematura, antes de que el vínculo entre consultante y psicoterapeuta se haya formado.

Consideraciones Éticas

Wainer (2012) expone que considerar la parte ética y legal es de suma importancia, siendo perjudicial para la persona si el tratamiento que recibe no es el necesario o si el investigador elige detener el tratamiento para demostrar que es efectivo.

Para cumplir con las consideraciones éticas, se respetó la integridad de la consultante modificando sus datos personales y de identificación, empleando datos sociodemográficos distintos al igual que el cambio de algunos detalles y especificaciones del caso, esto de manera que no impacte en el trabajo y al mismo tiempo su identidad se encuentre protegida. Las grabaciones de la evaluación de caso se encuentran resguardadas en una computadora personal a la cual no se tiene acceso sin una contraseña alfanumérica. Por otro lado, los documentos de las transcripciones han sido cifrados, esto con la finalidad de proteger los datos reales de la consultante y su integridad.

De igual manera se empleó un formato de consentimiento informado firmado por la consultante, en donde se indica que las sesiones fueron videograbadas con fines didácticos y de análisis.

Características de la Consultante

Características Sociodemográficas

Carmen era una mujer de 67 años nacida en Zapopan, Jalisco, con estudios de secundaria no finalizados, quien acudió al proyecto Presencia para recibir atención psicoterapéutica por recomendación de una conocida. Al momento del proceso de psicoterapia, la consultante era ama de casa, en su casa pasaba la mayor parte del tiempo sola.

Motivo de Consulta

El motivo de consulta inicial fue el duelo por la muerte de sus padres. Se reconoció como problemática el no haber podido despedirse de su madre, el sentimiento de no poder superarlo

y sentirse estancada en la situación. La muerte de su mamá era algo que le afecta en su vida diaria, la recuerda y comienza a llorar, parece enfrentarse esto durmiendo, evitando que la vean llorar, pero haciéndolo cuando está sola. Menciona dormir todo el día, hacer actividades cortas del hogar y volver a dormir.

Contexto Familiar

La consultante creció con ambos padres presentes, un padre que trabajaba para sostener la economía familiar y una madre que cuidaba de ella y sus nueve hermanos. Refiere haber crecido con carencias económicas y poco espacio en casa, menciona que emocionalmente siempre se sintió atendida por su mamá, quien siempre le apoyó. Fue madre soltera a sus dieciséis años, dejando al cuidado de su hijo a su mamá mientras ella trabajaba para mantener el hogar.

La madre de la consultante falleció cuatro meses antes y su padre cinco meses de iniciar con el proceso de psicoterapia. Mencionó que ambas pérdidas fueron difíciles para ella, pero la de su mamá era la que no logra asimilar ni superar. Después de jubilarse, la consultante estuvo con ellos todo el tiempo, refirió cuidarlos día y noche, hacerse cargo de todo lo que necesitaran. Finalmente, ellos se habían encargado de cuidar y criar a su hijo, especialmente su mamá.

Con sus hermanos la relación era distante y en algunas ocasiones hostil, menciona que ellos no se hicieron responsables de sus papás, ni siquiera de visitarlos y eso le molesta mucho; con la hermana que vivía tampoco estaba al pendiente, y le dijeron que era ella quien tenía tiempo de cuidarle, ellos por otro lado tienen a sus familias y no pueden hacerlo.

Contexto Social

La consultante no tenía amistades cercanas, ni era activa en su comunidad, mencionaba visitar a una vecina que vive a unas cuerdas de vez en cuando y platicar con ella, sin embargo, no era

algo frecuente. Después de la muerte de sus padres, comenzó a salir a la banqueta afuera de su casa, la hija de sus vecinos salía a jugar en la cochera algunas veces a la misma hora, y comenzaba a platicar con ella, esto la motivaba a salir y platicar en vez de estar dormida.

Contexto de la Intervención

Este caso fue atendido en el marco del Proyecto Presencia ITESO en el Centro Polanco, que se encuentra en una zona del AMG con un nivel socioeconómico bajo, en donde la mayoría de las personas tiene un nivel de estudios de secundaria inconclusa. Esto se ve reflejado en el 43% de la población de 15 a 17 años que no acudía a la escuela, mientras que el 77% de la población entre los 18 y 24 años no acudía a la escuela en la zona industrial en la cual se encuentra el Centro Polanco (Ortega, et al., 2015).

El proceso terapéutico fue en línea y tuvo en total una duración de tres sesiones, en esta etapa inicial del proceso se realiza la evaluación del caso, el proceso terapéutico planteado fue abandonado por la consultante de forma temprana. La consultante dejó de asistir al proceso psicoterapéutico ocasionando la baja por protocolo del Proyecto Presencia. El proceso psicoterapéutico fue en línea de manera obligada por la contingencia sanitaria por la epidemia de COVID-19. Además, es importante mencionar que en las tres sesiones en línea la conexión de internet por parte del Centro Polanco fue inestable, ocasionando fallas en el video y en el audio. Esto complejizaba la comunicación con la consultante, debido a que en múltiples ocasiones ambas partes preguntaban qué era lo último que la persona había dicho.

El motivo de consulta inicial como fue mencionado anteriormente fue resolver el duelo por la muerte de sus padres, el objetivo inicial fue crear un espacio de escucha segura para la consultante. Al tener pocas sesiones con la consultante no fue posible construir más la problemática a trabajar, ni definir más objetivos. No se realizó una evaluación de satisfacción de la atención recibida debido a que la consultante no atendió las llamadas de seguimiento por parte del Centro.

Resultados y Discusión

A continuación, se presentarán los resultados separados en las diferentes categorías que se dividieron al inicio del proceso. Las categorías empleadas fueron: mecanismos orientados a la pérdida, mecanismos orientados a la restauración, fase de aturdimiento-choque, fase de evitación-negación, y finalmente apoyo social percibido. Buscando responder a los objetivos del presente trabajo que son identificar los mecanismos de afrontamiento y la fase del duelo prevalente en la que se encuentra la consultante.

Mecanismos Orientados a la Pérdida

Esta categoría se refiere a las acciones de la consultante focalizadas a experimentar y revivir la pérdida como: pensamiento persistente sobre la pérdida, añorar, recordar, visitar objetos, lugares o fotografías, negar la posibilidad de poder superar el evento, aislamiento, llanto o dolor dentro de su discurso sobre la pérdida que coinciden con los mecanismos orientados a la pérdida propuestos por Stroebe & Schut (1999).

Aunado a lo anterior los autores mencionan que añorar a la persona que falleció y ver fotografías viejas, imaginar cómo reaccionaría la persona o llorar, son mecanismos orientados a la pérdida.

Aislamiento

El aislamiento alude al alejamiento o mínimo contacto con los demás, como: familiares, amigos o personas del contexto en el que se vive. El aislamiento social forma parte de los mecanismos orientados hacia la pérdida. Esto se puede ver en las siguientes palabras de la consultante:

*P: Sí, sí, [tengo mucho tiempo sin salir] semanas y ya yo empecé [a pensar], o sea yo misma dije no, **porque decían [mis vecinas] no te vemos así salir a comprar que tortillas ¿estás enferma? casi no sales.** (S1)*

El párrafo previo hace referencia al aislamiento de la consultante, percibido por las personas en su entorno inmediato, ya que comenzaron a notar su ausencia en actividades cotidianas y se lo hicieron saber. La consultante reconoció que estaba quedándose en casa sin salir por días.

*P: Pero ya como que escucho que toca (la vecina) antes de que me vaya y me acueste **y no quiero salir** y me dice mi hermano te está hablando la niña, ay no, **no salgo, pa que piense que no estoy**, y ya cuando me ve, me dice ayer te vine a tocar le digo ay mija es que fui a que me inyectaran, o le invento alguna mentira para no salir (S2)*

*P: Sí, algo me pasó, porque ya no dormía tanto me sentía así y yo sola me salía a la cochera y ya pasaba la niña y pues ya le abría, entraba ahí conmigo, **pero dejé de hacerlo**, y eso es lo que no, no entiendo qué me pasó (S2)*

Los párrafos anteriores la consultante hacen referencia a la forma en la que se aparta de quienes intentaban mantener contacto con ella, buscando formas de evitar la interacción, a pesar de reconocer que interactuar con otros le hacía bien, continuó aislándose de los demás.

Guillem-Porta, et al. (2007) mencionan que el aislamiento social forma parte de los cambios conductuales en las personas después de una pérdida; siendo común que durante el proceso de duelo el doliente reduce el contacto con las personas que antes frecuentaba. Guillem-Porta, et al. (2007) concuerdan con Stroebe & Schut (1999) en lo que respecta a considerar al aislamiento como un mecanismo de afrontamiento orientado a la pérdida en procesos de duelo.

El aislamiento social afecta la forma de desenvolverse del doliente como lo hace la consultante en los dos ejemplos previos. Siendo esto algo que no se hace de forma consciente,

sino que es una respuesta de adaptación a un mundo sin la persona que falleció. La consultante se aísla evitando salir con su vecina, dejando de hacer actividades cotidianas como ir por tortillas o salir a barrer su cochera y hablar con sus vecinos. Esto se asocia a la disminución de la motivación y ganas de mirar hacia el futuro sin la presencia del fallecido, presentándose en gran medida la apatía.

Por otro lado, el aislamiento responde a una estrategia evitativa como lo mencionan Lazarus & Folkman (1984). La evitación puede verse desde la decisión de la consultante de aislarse, generando así un ciclo en el cual gran parte de su energía, atención y acciones se dirigen a mecanismos relacionados a la pérdida como lo refieren Stroebe & Schut (1999). Alejarse de las pocas amistades que tiene, de su comunidad (vecinas) y de personas que la buscan, son acciones centradas en la pérdida. Estas conductas comúnmente se presentan de forma involuntaria e irreflexiva, es por ello que la consultante menciona que sabe que salir y hablar con otros le hace bien, pero ha dejado de hacerlo y no sabe el porqué.

Revisitar Objetos, Lugares o Fotografías Relacionadas a la Pérdida

Revisitar recuerdos o fotografías del fallecido son conductas que se enfocan en la pérdida, dirigiéndose a evocar el recuerdo de quien ya no está como forma de sentir nuevamente su presencia. Estas conductas de revisitar recuerdos frecuentemente traen consigo reacciones emocionales como el dolor, tristeza, aturdimiento y llanto (Stroebe & Schut, 1999). Esto se puede ver en las siguientes palabras de la consultante:

P: Veo la fotografía, entro a su cuarto y veo una fotografía, agarro un álbum que tengo y me dice mi hijo: guarda ese álbum, no lo veas. (S2)

P: Saqué la fotografía en tamaño grande en octubre fue su cumpleaños, dije ay la voy a tener en la entrada, y un día vino uno de mis hermanos y me dijo ¿para qué quieres eso ahí? (S2)

Los párrafos previos hacen referencia a los momentos en los que la consultante se pone a ver fotografías de su mamá, las personas a su alrededor se dan cuenta que esto le causa dolor. Ellos le dicen que deje de observar las fotografías, sin embargo, ella se niega a dejar de visitar los recuerdos.

Lo anterior responde a una forma de perpetuar la presencia, mitigando en parte la ausencia de quien falleció, sin embargo, los autores mencionan que si esto persiste por mucho tiempo es un indicador de duelo complicado (Guillem-Porta et al., 2007). En el intento de conservar el recuerdo en la vida cotidiana la lleva a mantenerse en un círculo vicioso en el que el recuerdo produce dolor, el dolor mismo impide reajustarse a una vida sin sus papás y de esta manera el duelo se complica.

*P: Hay veces que también cuando estoy, o sea cuando no sé, **así que me viene un recuerdo y lloro**, o sea porque es mejor llorar a quedar [triste], porque siento que eso de cuando la vi {toca su pecho}, todavía siento algo ahí, pero sí, si lloro, muy seguido que lloro (S1).*

*P: Sí, **más bien me acordé de mi mamá** y eso es lo que... No, no entiendo qué me pasa {lágrimas y limpia su ojo}; estoy bien, **nada más recuerdo y me viene**, no sé, no me entiendo (S2).*

Se puede percibir con lo anterior cómo es que los recuerdos relacionados a su mamá llegan repentinamente, de forma intrusiva y provocan emociones que le son complicadas de explicar, entre ellas se detecta el dolor, tristeza y llanto. Estos recuerdos se consideran pensamientos o imágenes intrusivas.

Cuando alguien experimenta un evento traumático tiene como reacción inicial entumecimiento emocional provocado por el shock, posteriormente se da interpretación al evento generando activación neurológica; la hipersensibilidad psicológica es un efecto de la

dificultad para asimilar el evento traumático y la visión que la persona tiene del mundo, esto se presenta por medio de memorias o pensamientos intrusivos (Everly, 1995). Los pensamientos intrusivos se perciben en la consultante cuando menciona que varias veces en la semana se acuerda de su mamá y llora, sin necesidad de hacer algo específico para evocar el recuerdo, sino que llega de forma repentina.

Stroebe & Schut (1999) mencionan que visitar objetos o recuerdos de forma intencional forma parte de los mecanismos orientados a la pérdida. Por otro lado, se encuentra Everly (1995) quien habla de los factores neurocognitivos asociados a eventos traumáticos, se considera la pérdida de un ser querido como un evento traumático; mencionando que las memorias o pensamientos intrusivos no se manifiestan intencionalmente, sino que son pensamientos involuntarios que interfieren con las actividades del día a día.

Con lo mencionado en el párrafo anterior, se pueden considerar los recuerdos intrusivos de la consultante como respuestas al trauma. Sin embargo, en los momentos que ella intencionalmente observa fotografías u objetos asociados a quienes fallecieron, se puede considerar como un mecanismo orientado a la pérdida.

Negar la Posibilidad de Superar el Evento

La creencia de no poder salir adelante sin la persona que falleció se relaciona directamente con los mecanismos de evasión y negación, en donde la persona cree que no tiene los medios para sobreponerse a una vida sin esa persona. Esto se puede ver en las siguientes palabras de la consultante:

*P: Siento algo, no sé, algo la pérdida de mi mamá más que nada, me siento sola la verdad y es difícil, no... **no creo que pueda superarlo no sé, es muy difícil.***

*P: También algo cuando vi, no sé, yo pensé que quería decirle muchas cosas y no pude al verla, o sea eso como que también me dejó muy, **no sé y no no puedo no puedo superarlo**, por más que yo digo ay sí, ya yo misma tengo que salir adelante*

Como contexto de esta cita, la consultante fue quien reconoció el cuerpo de su mamá en el hospital civil después de su muerte, en ese momento ella quería despedirse y decirle algo, sin embargo, menciona que no salieron palabras de su boca. Quedando esto como algo que para ella quedó pendiente, creyendo que, si le hubiera dicho algo en ese momento, le sería más sencillo superar la pérdida.

La consultante manifiesta explícitamente que no quiere aceptar que su madre ya no está, por la forma en que lo menciona se percibe que racionalmente sabe que no está, pero en lo que respecta a lo emocional aún contacta directamente con el dolor ocasionado por la pérdida, dejando claro lo que Stroebe & Schut (1999) refieren como parte de los mecanismos orientados a la pérdida.

La negación se ha visto asociada al rechazo de la realidad, aplazamiento, incapacidad de mirar hacia uno mismo, evitación y represión. Negar la posibilidad de superar la muerte de su madre es una forma de mantenerse en el duelo, aplazar la aceptación de la pérdida y evitar pensar más en la falta de sus seres queridos. El evento traumático, la muerte de su madre, es algo tan importante que parece ser imposible de enfrentar y por ende imposible de superar. Por otro lado, al no contar con una red de apoyo que le brinde contención y comprensión, hacerle frente a una pérdida de esta magnitud es inconcebible (Wheeler & Lord, 1999).

Negación de la Pérdida

Como mecanismo de afrontamiento la negación conlleva el no aceptar la pérdida, intentando minimizar lo que ha pasado y negarlo. Esto se puede ver en las siguientes palabras de la consultante:

*P: En que **no quiero aceptar eso de que ella ya no está.***

*P: Sí me cuesta trabajo, **me es difícil aceptarlo.***

En estas frases la consultante comunica expresamente que le es difícil aceptar que su mamá ya no está, mencionando que no quiere hacerlo, esto hace ver cómo es que en este momento sigue enfocada en la pérdida.

Al intentar evaluar o darle sentido a la muerte de su madre, le es difícil procesarlo, por lo que no integra el fallecimiento con el enfrentarse a la vida diaria sin ella, mencionando no creerse capaz de superar su muerte. Esto ocasiona estrés y ante esto una de las formas de afrontarle es a través de la evitación o negación, acorde a Lazarus & Folkman (1984) con la finalidad de regularse emocionalmente las personas dirigen sus esfuerzos a alguna estrategia, en este caso intentando alejarse del problema a pesar de lograrlo únicamente de forma temporal.

Por otro lado, la negación le permite a la consultante enfrentarse a la realidad de forma lenta y gradual, para incorporar poco a poco la ausencia de sus padres como parte de su mundo interno posterior a la pérdida (Everly, 1995). Wheeler & Lord (1999) hacen referencia a la negación como un mecanismo de afrontamiento que permite que la información o experiencia vivida se integre lentamente, sin producir niveles emocionales excesivos o retraumatización. Igualmente, la negación es parte del proceso que comúnmente viven los dolientes, una forma de protegerse y reducir el impacto de la muerte del ser querido; teniendo oportunidad de integrar esta información lentamente.

Si bien Stroebe & Schut (1999) hacen mención de la negación como mecanismo orientado a la pérdida, Everly (1995) propone que la negación es un mecanismo que le permite a la persona adaptarse con el tiempo a la nueva realidad. Finalmente se puede decir que la negación únicamente funciona de forma temporal, como lo refieren Lazarus & Folkman (1984). Al negar que su mamá murió, la consultante logra sentirle cerca aún y le brinda una especie de esperanza; la consultante dirige su esfuerzo a esta estrategia de negación para evitar hacerle frente a una realidad dolorosa.

Hablar con la Persona Fallecida

Ante la dificultad de integrar la pérdida, una forma de enfrentar la separación es hablar con la fotografía o el recuerdo vívido de la persona que ya no está. Esto se puede ver en las siguientes palabras de la consultante:

*P: Pero he estado este mmm, ¿cómo decirte? como todo, el levantarme y darles las gracias y decirles que estamos bien, y **como que platicar con ellos sí yo estoy en el cuarto de ellos** y me ha ayudado porque en las mañanas, en la tarde, en la noche también y todos esos días he estado haciendo eso y me he sentido bien (S2).*

*P: **Cuando hablo con ella le digo te quiero mucho**, o sea **siempre le digo a ella que nos cuide, le digo que cuide de mi hijo**, vamos a estar bien, todos estamos bien, o a veces que **escucho un ruido le digo ¿mamá que necesitas?** todos estamos aquí bien y ya, pero ya así y me siento bien (S3).*

*P: No sé, todavía siento como que quisiera llorar pero pues sé que ellos ya no están y **siempre digo ustedes van a estar, ya están en un mejor lugar ya no están sufriendo, yo misma lo lo hago** y si, pero si si siento*

[se toca el pecho] así como que quisiera llorar cuando platico con ellos, así [se toca el pecho] me, así me siento pero se me pasa, ya se me pasa (S2).

En estas frases es notoria la propensión de la consultante a recordar fácilmente y activar los recuerdos e imágenes relacionados a sus padres, expresando que habla con ellos todos los días. Manifiesta que le ocasiona bienestar el hablar con ellos, y al mismo tiempo provoca dolor.

Estas acciones forman parte de los mecanismos orientados a la pérdida como los mencionan Stroebe & Schut (1999), lo que provoca que la consultante dirija su atención a evocar recuerdos de sus padres y dedique tiempo a ver sus fotografías orientándose a conectar con la pérdida vivida. Del mismo modo al hablar con el recuerdo de sus padres, de manera activa se dirige a comunicarse y contactar con la pérdida en sí misma.

Todas las personas emplean el razonamiento lógico o mágico dependiendo de la situación a la que se enfrentan. El pensamiento mágico emerge en el duelo como una nueva forma de reubicarse a sí mismo y al fallecido en el mundo, intentando comprender los hechos. La lógica no es suficiente para el doliente, por lo que frecuentemente se recurre al pensamiento mágico, para la consultante es real y normal hablar con los fallecidos, aunque sabe que hablar con los muertos no es socialmente aceptado (Guillem-Porta et al., 2007).

Mecanismos Orientados a la Restauración

Esta categoría se refiere a las estrategias en las que el doliente comienza a adaptar sus pensamientos, creencias y mundo hacia reorientarse en un mundo sin la persona que falleció. Entre ellas se encuentran: aprender nuevos roles, reconstruir creencias sobre sí misma después de la pérdida, experimentar cosas nuevas, cambio en la identidad, replantear la vida

después de la pérdida, regresar a sus labores (escolares, laborales o domésticas) y mantener las relaciones sociales de forma activa (Stroebe & Schut, 1999).

Aprender Nuevos Roles

Los roles son las funciones que una persona desempeña en la sociedad, se definen por la cultura, las normas prescritas de la sociedad y los comportamientos esperados del contexto social en el que se vive. Los roles se transforman, cambian con la cultura y el paso del tiempo (Amarís, 2004). Cada persona cumple con varios roles a la vez, son complementarios, se puede ser padre, hijo, trabajador y amigo a la vez.

La consultante desempeñó el rol de trabajadora y proveedora por muchos años, su madre era quien se encargaba de desempeñar el rol de madre y abuela con el hijo de la consultante, al igual que de trabajo en la familia y el hogar.

C: ...a mí me costó muchísimo (.) entrar a la cocina, o sea casi no sabía hacer (.) este comidas, y ahorita me cuesta trabajo (.) y voy con ella [una vecina] y le digo oyes (.) oyes me puedes ayudar como hago esto (.) y ella me dice haz así y así, y ya más o menos estoy haciendo (.) a mi hijo y a mi hermano (.) preparándoles comida (S2)

En el párrafo anterior es posible notar que la consultante se enfrenta a un nuevo rol en el cuidado del hogar y la familia. A pesar de ser algo complicado para ella por no haberlo hecho antes, poco a poco se ha ido adaptando a este rol después de la muerte de su madre. Como mencionan Stroebe & Schut (1999), el aprender nuevos roles forma parte de los mecanismos orientados a la restauración. Estos autores hacen referencia a la dificultad y reacciones emocionales que se presentan con al ajuste a nuevas tareas que conforman parte del inesperado cambio de rol.

Por otro lado, existe una dimensión secundaria a la pérdida, en la cual se encuentran diferentes estresores a los que se tiene que enfrentar el doliente. Estos estresores son derivados de la pérdida primaria, que en el caso de la consultante es la muerte de su madre (Cook & Oltjenbruns, 1998). Las pérdidas secundarias y la transición de adaptación que mencionan Cook & Oltjenbruns (1998) coinciden con lo mencionado por Stroebe & Schut (1999) bajo el concepto de mecanismos orientados a la restauración. Dentro de los mecanismos que se orientan a restaurar, se menciona el aprender nuevos roles y el dominio de las tareas que implican, lo cual puede ser considerado un estresor necesario de enfrentar después de la pérdida.

Experimentar Cosas Nuevas

En lo que respecta a experimentar cosas nuevas como mecanismo orientado a la restauración, implica el distraerse de las experiencias del duelo. Esto se puede ver en los siguientes párrafos con las palabras de la consultante:

*C: ...el no sé, no sé [se toca el pecho] no sé porque me siento así (3)[triste] pero voy a superarlo, (.) con tu ayuda creo que voy a (.) me siento, cuando vengo aquí contigo me siento (.) bien salgo (.) como que fuera otra persona (.) no sé, **me siento muy bien** (S3)*

*C: **trato de hacer oración**, (.) de en las noches poner una veladora, (.) y eso me ha ayudado mucho, tengo (.) tengo un rosario en el face, ahí lo pongo y me hace sentir hora que pudo (S1)*

Asistir a un proceso psicoterapéutico por primera vez, es una experiencia nueva para la consultante, implicando otras actividades que forman parte de los mecanismos orientados a la restauración como: salir de su casa, interactuar con otras personas y brindarse un espacio para ser escuchada. Por otro lado, hacer oración de manera frecuente (algo que no hacía con

anterioridad) le ha permitido a la consultante distraerse de la experiencia del duelo, como lo refieren Stroebe & Schut (1999).

Mantener las Relaciones Sociales de Forma Activa

Las relaciones sociales son el conjunto de interacciones entre dos o más personas, forman parte de quienes somos y de cómo nos vamos desarrollando en el contexto social que se vive.

Las relaciones sociales se mantienen por medio de las interacciones constantes, por lo que tienen que ser cultivadas (Grossetti, 2009). En los siguientes párrafos se puede observar cómo es que la consultante hace intentos de cultivar sus relaciones sociales:

C: aún con mi pie [esguinzado] medio mal, me fui a a la playa (.) con mis amigas y y me sentí muy bien eh, me sirvió muchísimo (.) me ayudo muchísimo muchísimo, este, el haber salido (S3)

C: al otro lado de mi casa está una niña y me dice mi hijo, me dijo mamá esa niña le ha ayudado demasiado... me siento así en la cochera (.) y llega y ya me empieza a decir de su escuela, tiene 10 años la niña (.) y y estamos ahí hasta una hora [platicando] (S1)

C: ahorita ya me ha dado por salir un poquito, así que con una amiga, (.) que a la vuelta de mi casa, porque siento que salgo, platico ... y ya regreso y me siento diferente, siento que me, que necesito con alguien platicar (S1)

La consultante expresa en los párrafos anteriores cómo es que gradualmente incrementa el contacto social, incluso con un obstáculo como lo era el esguince que tenía en el tobillo, asistió al viaje a la playa con sus amigas. O'Connor (2007) menciona que parte del proceso del duelo y la aceptación de la pérdida es incrementar las amistades, estrechar los lazos que ya existen, de esta forma

asegurándose de mantener un sistema de apoyo. Conservar y promover las relaciones sociales actuales, al igual que crear nuevos lazos es un desafío que requiere esfuerzo mutuo.

Regresar a sus Labores

La reincorporación paulatina a las labores cotidianas forma parte de los mecanismos orientados a la restauración, como los presentados anteriormente, implicando la distracción de la experimentación del duelo. Esto se puede ver en los siguientes párrafos con las palabras de la consultante:

*C: ... ya empecé **poco a poquito a salir** a la cochera (.) a barrer, ya sentí yo que **el barrer en sí la cochera (.) ya me distraía un poquitito***
(S1)

*C: ...**me salgo así al jardín a regar o buscar algún, alguna otra cosa** (.) **y se me pasa ya**, ya no ya no [he estado durmiendo tanto en el día]*
(S3)

Con los párrafos previos la consultante menciona cómo es que poco a poco ha ido reincorporándose a sus actividades diarias, manifestando conductas significativas como realizar actividades de limpieza en la cochera o regar. Tiene un efecto positivo en el proceso de elaboración del duelo, a pesar de tener mínima motivación para ajustarse a la vida sin la persona que falleció, son estas pequeñas acciones las que, de forma acumulativa, marcan la diferencia (Stroebe & Schut, 1999).

Fases del Duelo Acorde al Modelo de Payàs (2010)

Payàs (2010) propone un modelo integrativo relacional en el cual aparte de las fases propone tareas del duelo, las cuales no se dan en un proceso lineal o sucesivo, sino que se puede pasar por varias tareas a la vez o saltar de una tarea a otra.

Aturdimiento y Choque

La fase de aturdimiento y choque propuesta por Payàs (2010) se conforma por la anestesia que protege ante el impacto de la pérdida como parte del aturdimiento; en lo que respecta al choque, es el momento en el que se reconecta con la gravedad de la situación, la persona se hace consciente del dolor provocado. En el siguiente párrafo se puede observar esta tarea del duelo:

*C: Lo que pasa que (.) la hospitalizamos y ya una semana ya no la vimos ya nos avisaron que ya había fallecido (.) y el verla, cuando la, **me impresioné**, no sé, no todavía no (.) y me siento igual así [se toca el pecho] así como cuando (.) cuando la vi ya [se limpia el ojo con pañuelo desechable] (.) y ese día que pues que tienes que ir yo (.) no no sé [se toca el pecho], te digo que sentí (.) **pensé que iba a a decirle muchas cosas pero (.) de verdad no, me impresione tanto, me quede, no pude decirle nada (.)** [se limpia la nariz con un pañuelo desechable] **hasta ya que salieron con ella que iba a la la carroza si me (.) como que quise (.) pues me puse bien mal, muy mal (.) o sea en llorar (.) pero hasta después cuando ya se la llevaron (.) y eso como que me dejo [se toca el pecho] no sé (S3)***

En el párrafo anterior se puede percibir como para la consultante es difícil darle orden a su pensamiento. Haciendo muchas pausas, esta es una forma en la que la fase de aturdimiento se ve representada. En el discurso refleja mucho dolor, tristeza y llanto, manifestando la parte de choque en esta fase del duelo. Este discurso es frecuente en la consultante, refiriéndose a los momentos posteriores a la muerte de su mamá en los cuales tuvo que reconocer el cuerpo y no logró despedirse de ella por el impacto (aturdimiento). A lo largo de las tres sesiones recopiladas y

transcritas, la consultante repite en seis ocasiones que es muy difícil hablar de la muerte de su mamá.

Evitación y Negación

La fase de evitación y negación se da cuando el doliente tiene que enfrentarse a la nueva realidad sin la persona que falleció y sin el apoyo que se le brindó durante los momentos iniciales del duelo. En esta fase la persona tiende a minimizar lo sucedido, mantenerse ocupado para evitar el duelo, negar los hechos o sustituir la pérdida (Payàs, 2010). En el siguiente párrafo se puede observar esta fase del duelo:

C: como a las 4 de la tarde (.) fui y me acosté, mi hijo bajó a las 8:30 y me habló, mamá mamá (.) yo dije ¿qué horas son?, me dice son las 8:30 mamá (.) y:y 8:30, y yo me quedé ay 8:30 (S2)

La consultante menciona recurrentemente en la primera y segunda sesión que ha dormido varias horas por la tarde, haciéndolo para evitar pensar en sus papás, especialmente en su mamá. La consultante refiere no querer llorar más, por lo que dormir es una respuesta evitativa en la elaboración del duelo. Parkes (1972) menciona una fase de entumecimiento y embotamiento, con sentimientos de incredulidad, irrealidad y pensamientos de negación, concordando con lo que propone Payàs (2010) en la fase de evitación y negación.

Apoyo social percibido

El apoyo social percibido es la evaluación significativa que tiene la persona del apoyo que recibe de los demás, es una apreciación subjetiva. La percepción del apoyo social se relaciona altamente con el bienestar psicológico (Vivaldi & Barra, 2012). La consultante cuenta con una pobre percepción del apoyo recibido desde que sus padres enfermaron, cuando fallecieron y en la actualidad que cuida de su hermano. En los siguientes párrafos se muestran ejemplos del apoyo social percibido:

C: tengo hermanas que (.) duraron **hasta un mes** que (.) ni siquiera se pararon [en la casa para ver a su mamá o ayudar con su cuidado] (S1)

C: el sábado vinieron mis hermanas y dice una de ellas, **no hablen nada de mi mamá**, a mí no me gustan que hablen de ella (S2)

C: como decirte [lo que siento] como que ese dolor, ese no sé sí **coraje hacia ellas (.) que nunca me apoyaron**, que no, a lo mejor, no no no me entiendo **(1)** la verdad, pero sí si fue muy difícil (S1)

C: nada más está mi hijo y uno de mis hermanos que está enfermo, pero no sé, siento algo, no sé (.) algo la pérdida de mi mamá más que nada (.) **me siento sola** (S1)

En los párrafos previos la consultante comunica de forma expresa sentirse sola y la percepción que tiene de no haber sido apoyada durante el proceso de enfermedad de su mamá. La consultante manifiesta no tener una red de apoyo, mencionando que sólo vive con su hijo y su hermana que está enferma. El contexto sociofamiliar es de suma importancia para enfrentarse al duelo, la ausencia de una red de apoyo y falta de apoyo social percibido forman parte de los factores predictores de duelo complicado (Cabodevilla, 2007). El apoyo de familiares, amigos y vecinos es fundamental en la vivencia de un duelo, una buena calidad de apoyo social y relaciones cercanas disminuye la prevalencia de comorbilidades como la depresión, ansiedad y riesgo suicida (Pinazo, 2005).

Se logran identificar las primeras dos fases del duelo propuestas por Payàs (2010), encontrándose el shock inicial de la consultante bajo la fase nombrada como aturdimiento y choque. En esta fase se identificó el aprender nuevos roles como un mecanismo orientado a la restauración, al darse en las primeras etapas Stroebe & Schut (1999) mencionan que más que orientarse a la restauración probablemente la persona se encuentre evitando contactar con las

emociones que genera la pérdida. La consultante se encontraba en la fase de aturdimiento y choque cuando su mamá falleció y los primeros meses posteriores a la pérdida.

Al ser un proceso dinámico, el duelo no se encuentra siempre en una sola fase, es por esto por lo que en el caso de la consultante se puede observar cómo es que, si bien predomina la fase evitación y negación, en la cual es común sentir dolor intenso, se presenta en menor medida la fase de aturdimiento y choque como la menciona Payàs (2010).

Se detectaron conductas que se relacionan con la fase mencionada anteriormente como aturdimiento y choque, haciendo un énfasis especial en el choque, formando parte de ello los momentos en los que el doliente reconecta con el dolor. Guillem-Porta et al. (2007) mencionan que entre las manifestaciones conductuales del duelo en adultos se pueden encontrar trastornos del sueño, aislamiento social, llanto, hipoactividad, atesorar objetos, hablarles en voz alta, entre otras. Estas conductas mencionadas concuerdan con lo que la consultante refiere como dormir mucho en el día, hablar con sus padres, aislamiento, llanto constante y el visitar recuerdos u objetos.

Los resultados presentados muestran que en el proceso de duelo de la consultante predomina la fase de evitación y negación como es propuesta por Payàs (2010). Concordando con lo propuesto por Boelen et al. (2006), quienes mencionan que durante los procesos de afrontamiento la persona suele manifestar creencias negativas con respecto a sí mismo, el mundo y el futuro. Como se ve en el caso de la consultante a través de la creencia de no poder superar la pérdida.

En lo que respecta a la evitación, los autores antes mencionados hablan de la evitación la ansiosa y depresiva, en la primera la persona evita pensar en cualquier cosa que le recuerde a la pérdida. La segunda se caracteriza por la evasión del contacto social desde actividades ocupacionales, sociales hasta recreativas, al igual que una característica importante de este

tipo de afrontamiento es el retraimiento (Boelen, et al., 2006). Las características de evitación ansiosa son notorias en la consultante, manteniéndose aislada de las personas que antes frecuentaba, al no tener actividades recreativas ni otros círculos sociales la consultante se aleja de quienes le rodean.

Existen factores socioculturales relacionados con el duelo complicado, Heeke et al. (2017) encontraron que las mujeres tienden a reaccionar a las situaciones estresantes con síntomas como ansiedad y mecanismos como la evitación. Por otro lado, mencionan que no tener trabajo, tener un bajo nivel educativo y el género femenino son factores que explican la complicación del duelo. Se ha asociado culturalmente a las mujeres con las respuestas emocionales como la tristeza y el llanto, mientras que a los hombres se les asocia con expresiones emocionales de ira.

La consultante presenta diversos factores de riesgo como los mencionados anteriormente, al igual que la falta de apoyo social percibido, la relación cercana con su mamá y la senectud (Mason, et al., 2020). Estos factores son los que mantienen a la consultante en la fase de evitación y negación, derivándose de esto el duelo complicado que fue resultado de los factores de riesgo antes mencionados y la falta de factores protectores como la unión familiar, red de apoyo y actividades que ocupen su tiempo. Tomando en cuenta lo mencionado anteriormente, hay que reconocer la situación del duelo de la consultante viviendo pérdidas múltiples en menos de seis meses y convirtiéndose en cuidadora principal de su hermano tras la muerte de sus padres.

Abandono del proceso psicoterapéutico

El abandono del proceso terapéutico es definido por la inasistencia de un consultante a la siguiente sesión acordada con el terapeuta. La consultante asistió a tres sesiones de psicoterapia, en el margen del inicio del proceso que se conforma por la entrevista y evaluación.

En los siguientes párrafos se presentan ejemplos que muestran intervenciones que se volcaban a la pérdida, intervenciones prematuras o inadecuadas para la etapa del proceso psicoterapéutico y la falta de vínculo terapeuta-consultante.

La siguiente intervención se dio en el marco del inicio de la segunda sesión, en los primeros diez minutos de esta, después de que la consultante expresara que había estado triste porque había pensado mucho en su madre últimamente:

T: Sí tuvieras a tú mamá (.) en frente de ti (.) en este momento, ¿qué te imaginas que traería puesto? (.) ¿Cómo se vería tu mamá? (.) ¿Me la podrías describir?... ¿Queda algo más que te gustaría decirle a tu mamá en este momento (.) antes de que te despidas de ella?... Después de esto justamente, me gustaría que repitieras (.) “te dejo ir” (S2)

La siguiente intervención fue dentro de la segunda sesión, una propuesta de escritura terapéutica como tarea:

T: Porque quería proponerte que sé que es (.) difícil (.) enfrentar la pérdida de tus papás y especialmente la de tu mamá (.) y el ejercicio como el que hicimos hoy (.) en el que empezamos agradeciendo (.) pidiendo perdón (.) perdonando lo que tengamos que perdonar y al final decirles que les dejamos ir (.) podríamos seguirlo haciendo (.) cuando tu sientas esta necesidad (.) ya sea de forma escrita (.) o igual decirlo (.) pudieras decírselo a una de sus fotos que me dices que tienes ahí un álbum (.) o elegir una y hablar y decir esto que (.) quizá todavía necesitas sacar un poquito más (.) a mí me gusta hacerlo de forma escrita (.) pero cualquiera de las dos (.) pudiera ser una buena opción para ti (.)

A continuación, se muestra una intervención con la respuesta de la consultante que muestra la orientación intensa a la pérdida en la tercera y última sesión:

T: Si trataras de explicarme cómo te sientes (.) no importa que palabras uses (.) pero (.) si trataras de explicarme cómo te sientes

*P: (2) O sea (.) **[llanto]** me da, ay no sé (.) por llorar, por llorar **[se limpia el ojo con pañuelo desechable]** por llorar, eso siento, así siento (.) pero me siento muy mal, siento (1) cuando mi mamá este, que fui a reconocerla, o sea así siento como (.) cuando la vi así como que me, no sé **[se toca el pecho]** me siento, algo así, un recuerdo, no sé (S3)*

Los fragmentos mostrados anteriormente responden a intervenciones no pertinentes, debido a que se realizaron en la segunda y tercera sesión respectivamente, cuando el vínculo terapéutico aún no estaba formado. En el fragmento de la tarea terapéutica que se dejó en consecuencia al ejercicio realizado dentro de la segunda sesión, es importante reconocer que las cartas son una buena forma de despedirse y enfrentarse a la pérdida, sin embargo, no era el momento adecuado para hacerlo, pues la consultante continuaba orientada a la pérdida. Por lo que no se presentarían beneficios ante esa tarea, sino más orientación a la pérdida.

En los siguientes fragmentos se muestra la transcripción de un momento dentro de la primera sesión en el cual se tuvieron problemas de conexión:

T: ¿Cambiaron las cosas?

*P: **[imagen congelada]** (3) ¿Mande?*

T: ¿Cambiaron las cosas en la familia?

T: Mhm, debió ser muy pesado cuidar a sus papás día y noche

P: [imagen congelada, sonido no responde](3) ¿Mandé?

T: Debíó ser muy pesado cuidar a sus papás día y noche

En lo que respecta al proceso psicoterapéutico y el abandono de este, considero que la fase de evitación y negación en la que se encontraba en ese momento la consultante dificultó la adherencia al tratamiento terapéutico. De igual manera la consultante experimentó pérdidas múltiples en el marco de la pandemia por SARS-CoV2, perdiendo a ambos padres en menos de seis meses. En este sentido, uno de los factores de riesgo ante el duelo complicado, es la percepción de la soledad del enfermo, el confinamiento, la ausencia de rituales y despedidas, el sentimiento de culpa y la rapidez de la muerte no anticipada, especialmente cuando se habla de una pandemia con las características que tuvo COVID-19 (Lacasta-Reverte et al., 2020).

Van der Hart & Goossens (1991) mencionan que uno de los factores de riesgo es la ausencia de rituales de despedida o funerarios, la intimidad durante y después del proceso de la muerte es esencial tanto para la persona que muere como para la familia. Realizar rituales de duelo o funerarios permiten que las personas comiencen a expresar sus emociones y a construir a partir de ello un proceso de adaptación saludable. El espacio para estar en los últimos momentos con nuestro ser querido nos ayuda a procesar mejor la pérdida y no enfrentarnos a un duelo complicado. Para la consultante, esto no fue posible por las medidas sanitarias impuestas por la epidemia de COVID-19; por un lado, la incapacidad de despedirse del enfermo o del recién difunto por las medidas de restricción estrictas en los hospitales en las áreas de COVID-19 en las cuales no se permitían familiares y los cuerpos eran entregados directamente a la funeraria. Por otro lado, la prohibición de rituales funerarios particularmente la velación del cuerpo, en la cual los dolientes reciben el apoyo moral de familiares y amigos, la imposibilidad para los dolientes de ver nuevamente al difunto embalsamado en el féretro y no contar con el espacio socialmente aceptado para la expresión de tristeza profunda por la pérdida del ser querido.

Aunado a la tendencia de vivir el duelo desde la pérdida y siendo esta la forma que tenía en ese periodo para enfrentarlo se puede reconocer que asistir a un proceso psicoterapéutico en el cual se enfrenta a la realidad de la pérdida de forma constante es difícil y agotador. Con respecto a la deserción del proceso psicoterapéutico, Alcázar (2007) menciona que en México los consultantes asisten a un promedio de tres sesiones, las cuales son insuficientes para un abordaje psicoterapéutico.

Por otro lado, considero importante tomar en cuenta las características de la consultante, cómo la edad y el contexto sociocultural pudieron haber impactado en la adherencia a un proceso psicoterapéutico en línea, es decir, por tratarse de una mujer adulta mayor, con educación media básica y de un estrato social bajo. En mi opinión la presencialidad en casos con problemáticas complejas como lo es el duelo complicado permite la formación de una buena relación terapéutica y fortalece el vínculo terapeuta-consultante.

Como psicoterapeuta hay diversas acciones que podrían haber mejorado la adherencia al tratamiento, entre ellas y quizá la más importante es la psicoeducación con respecto al proceso psicoterapéutico y cómo es que este se va desarrollando, ya que era la primera vez que la consultante asistía a psicoterapia. Hay que recordar que el cambio de conducta y cognición conlleva tiempo y perseverancia por parte de los consultantes, si se encuentran con disposición al cambio el proceso será más llevadero, de no ser así es posible la deserción del mismo al no ver cambios de forma inmediata.

De igual manera la pertinencia de algunas intervenciones es cuestionable, debido a que aún no existía un vínculo terapéutico lo suficientemente fuerte como para realizar una intervención de imaginación guiada, aunado a los problemas de conexión al internet en el Centro, y la tarea terapéutica no adecuada para la consultante que continuaba orientada a la pérdida. Estos factores fueron probablemente una razón muy importante por la que la consultante abandonó el proceso.

Conclusiones, alcances y limitaciones

En el presente Trabajo de Obtención de Grado se identificó que la fase del duelo principal en la que se encuentra la consultante es Evitación y Negación acorde a lo propuesto por Payàs (2010). Los mecanismos de afrontamiento que utiliza la consultante son orientados a la pérdida, entre ellos predomina el aislamiento social, la negación de la pérdida y la posibilidad de superarla, visitar objetos, lugares o fotografías de quienes fallecieron y hablar con ellos en su vida cotidiana como si estuvieran aún presentes.

Este trabajo favorece el acercamiento a un caso particular de duelo complicado, permite conocer cómo es que una persona puede estancarse en una fase del duelo empleando mecanismos de afrontamiento que generan un ciclo del cual es complicado salir para lograr resolver la tarea del duelo de ese momento, lo que permitiría moverse a otra etapa. En caso de que un psicoterapeuta en formación se encuentre con un caso de duelo complicado, este trabajo le hace posible consultar y reconocer los factores de riesgo a los cuales se enfrenta un consultante.

La elaboración de este trabajo me permitió ver el duelo desde una perspectiva dinámica, comprendiendo las pérdidas y el duelo como algo complejo a lo que todos los seres humanos nos enfrentamos en algún momento. De igual manera aprendí del impacto que tienen los factores socioculturales en la forma en la que una persona enfrenta el duelo. Cómo es que estos factores pueden hacer que una persona se encuentre vulnerable, en riesgo de vivir un duelo complicado por su edad, género, escolaridad y relaciones sociales. Por otro lado, logré reconocer que el duelo es un proceso que se acompaña, con tareas por resolver y mecanismos que vienen y van de la pérdida a la restauración.

Las limitaciones de este trabajo se relacionan con la particularidad del caso, al ser un estudio de caso único no es generalizable. Dentro de las características que no permiten que el estudio sea generalizable se encuentra el género de la consultante, al ser mujer, no es posible

expandir los hallazgos a los hombres que enfrenten el duelo. Al haber nacido en Jalisco, no es posible asegurar que en otras regiones de México se enfrenten al duelo de la misma manera, en cada región del país pueden enfrentarse al duelo de una forma distinta.

De igual manera se encuentra limitado el trabajo por la cantidad de sesiones a las cuales asistió la consultante, al ser la evaluación del caso es imposible afirmar que la consultante continuaría afrontando el duelo con las mismas estrategias; logrando o no realizar las tareas del duelo que la llevarían a avanzar en el proceso.

Finalmente, en el ámbito clínico o psicoterapéutico es importante considerar los posibles factores que llevaron a la deserción del proceso por parte de la consultante. Cabe mencionar que la formación como terapeuta en el momento del abordaje era insuficiente para el tratamiento de un caso tan complejo como el presentado. Los duelos múltiples y la experiencia traumática que vivió la consultante ante la pérdida de ambos padres en el marco de una pandemia en la que no se tuvo acceso a rituales funerarios complejizan mucho más el caso.

De igual manera cabe recalcar que la poca experiencia de la terapeuta en formación en el trabajo terapéutico con casos de duelo complicado atendidos en línea hasta ese momento, las características sociodemográficas de la consultante como edad, escolaridad, la falta de procesos previos y la ausencia del vínculo terapéutico, fueron muy probablemente la causa del abandono del proceso psicoterapéutico.

Referencias

- Alcázar, R. (2007). Expectativas, percepción del paciente hacia su terapeuta y razones para asistir a dos o más sesiones. *Salud Mental*, 30(5), 55-62.
- Amarís, M. (2004). Roles parentales y el trabajo fuera del hogar. *Psicología desde el Caribe*(13), 15-28.
- American Psychiatric Association (2018). *DSM-5. Manual Diagnóstico y Estadístico De Los Trastornos Mentales* (5ta ed.). Editorial médica panamericana.

- Araujo, M., García, S., & García-Navarro, B. (2020). Abordaje del duelo y de la muerte en familiares de pacientes con COVID-19: revisión narrativa. *Enfermería Clínica*, 31(1), 112-116. doi:10.1016/j.enfcli.2020.05.011
- Baekeland, F., & Lundwall, L. (1975). Dropping out of treatment: A critical review. *Psychological Bulletin*, 82(5), 738-783. doi:10.1037/h0077132
- Barreto, P., De la Torre, O., & Pérez-Marín, M. (2012). Detección de duelo complicado. *Psicooncología*, 9(2-3), 355-368. doi:10.5209/rev_PSIC.2013.v9.n2-3.40902
- Barreto, P., Yi, P., & Soler, C. (2008). Predictores de duelo complicado. *Psicooncología*, 5(2-3), 383-400. Obtenido de <https://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/view/PSIC0808220383A>
- Bellver, A., Gil-Juliá, B., & Ballester, R. (2008). Duelo: evaluación, diagnóstico y tratamiento. *Psicooncología*, 5(1), 103-116. <https://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/view/PSIC0808130103A>
- Boelen, P., van den Hout, M., & van den Bout, J. (2006). A cognitive-behavioral conceptualization of complicated grief. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 13, 109-128. doi:10.1111/j.1468-2850.2006.00013.x
- Bowlby, J. (1986). *Vínculos afectivos: formación desarrollo y pérdida*. Morata.
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in. *Qualitative Research in Psychology*, 3, 77-101. doi:10.1191/1478088706qp063oa
- Cabodevilla, I. (2007). Las pérdidas y sus duelos. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 30(3), 163-176. doi:10.23938/ASSN.0209
- Castillo, E., & Vázquez, M. (2003). El rigor metodológico en la investigación cualitativa. *Colombia Médica*, 34(3), 164-167. <https://colombiamedica.univalle.edu.co/index.php/comedica/article/view/269>
- Chaurand, A., Zacarías, J., Benítez-Borrego, S., Nuñez-Quintero, L., & Feixas, G. (2015). Pérdida, depresión y duelo complicado en una muestra mexicana. *Revista de psicología*, 17(2), 42-55. doi:10.18050/revpsi.v17n2a3.2015
- Cook, A., & Oltjenbruns, K. (1998). The bereaved family. En A. Cook, & K. Oltjenbruns, *Dying and grieving : Lifespan and family perspectives* (pp. 91-115). Wadsworth Publishing Company.
- Everly, G. (1995). An Integrative Two-Factor Model of Post-Traumatic Stress. En G. Everly, J. Lating, G. Everly, & J. Lating (Edits.), *Psychotraumatology* (pp. 27-37). Springer. doi:10.1007/978-1-4899-1034-9_3
- García-Campayo, J. (2012). Manejo de duelo en atención primaria. *Revista Digital de Medicina Psicosomática y Psicoterapia*, 2(2), 1-8. https://www.psicociencias.org/pdf_noticias/Manejo_del_duelo_en_AP.pdf
- Gómez-Gutiérrez, J. (2011). La Reacción ante la Muerte en la Cultura del Mexicano Actual. *Investigación y saberes*, 1(1), 39-48. http://data.over-blog-kiwi.com/1/38/03/91/20171019/ob_4dcb4d_la-reaccion-ante-la-muerte-en-la-cultu.pdf

- Grossetti, M. (2009). ¿Qué es una relación social? Un conjunto de mediaciones didácticas. *Revista Hispana para el análisis de redes sociales*, 6(2), 44-62.
[tps://www.redalyc.org/articulo.oa?id=93112850002](https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=93112850002)
- Guillem-Porta, V., Romero-Retes, R., & Oliete-Ramírez, E. (2007). Manifestaciones del duelo. En S. E. Médica, P. Sánchez, & C. Camps (Edits.), *Duelo en oncología* (pp. 63-83). Dispublic,S.I.
- Guinot, J., Cuesta, M., Ferriol, V., & Postigo-Zegarra, S. (2019). Duelo anticipado y sentido. *CM de psicobioquímica*, 6, 1-11.
- Harvey, J., & Weber, A. (1998). Why there must be a psychology of loss. En J. Harvey, *Perspectives on loss: A sourcebook* (pp. 319-320). Routledge.
- Heeke, C., Kampisiou, C., Niemeyer, H., & Knaevelsrud, C. (2017). A systematic review and meta-analysis of correlates of prolonged grief disorder in adults exposed to violent loss. *European journal of psychotraumatology*, 8, 1-20. doi:10.1080/20008198.2019.1583524
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, P. (2014). *Metodología de la investigación*. McGraw Hill.
- Horowitz, M. J. (1986). Stress-response syndromes: A review of posttraumatic and adjustment disorders. *Hospital & Community Psychiatry*, 37(3), 241-249. INAFED. (2019, Noviembre 01). *Día de Muertos, tradición mexicana que trasciende en el tiempo*. Gobierno de México, Instituto Nacional para el Federalismo y el Desarrollo Municipal. www.gob.mx/inafed/articulos/dia-de-muertos-tradicion-mexicana-que-trasciende-en-el-tiempo
- INEGI (2020, Enero 01). *Religión*. Instituto Nacional de Estadística y Geografía.
https://www.inegi.org.mx/temas/religion/#Informacion_general
- Kübler-Ross, E. (1969). *On death and dying*. McMillan.
- Lacasta-Reverte, M. A., Torrijos Zarcero, M., López-Pérez, Y., Carracedo Sanchidrián, D., Pérez Manrique, T., Casado Sanmartín, C., Rocamora González, C., Blanco Rosado, L., Iglesias Gutiérrez, N., Vidal Bermejo, E., Trigo Varela, D., & Martí-Esquitino, J. (2020). Impacto emocional en pacientes y familiares durante la pandemia por COVID-19. Un duelo diferente. *Medicina Paliativa*, 27(3), 201-208. doi: 10.20986/medpal.2020.1188/2020
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. Springer Publishing Company.
- Lundorff, M., Holmgren, H., Zachariae, R., Farver-Vestergaard, I., & O'Connor, M. (2017). Prevalence of prolonged grief disorder in adult bereavement: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 1(212), 138-149. doi:10.1016/j.jad.2017.01.030
- MacPherson, I., Brooker, R., & Ainsworth, P. (2000). Case study in the contemporary world of research: Using notions of purpose, place, process and product to develop some principles for practice'. *International Journal of Social Research Methodology*, 3(1), 49-61.
 doi:10.1080/136455700294923
- Martínez, M. (2006). La investigación cualitativa (síntesis conceptual). *Revista de investigación en Psicología*, 9(1), 123-146. doi:10.15381/rinvp.v9i1.4033

- Mason, T., Toftshagen, C., & Buck, H. (2020). Complicated Grief: Risk Factors, Protective Factors,. *Journal of Social Work in End-of-Life & Palliative Care*, 16(2), 151-174. doi:10.1080/15524256.2020.1745726
- McAdam, J., & Puntillo, K. (2018). Pilot study assessing the impact of bereavement support on families of deceased intensive care unit patients. *Families in Critical Care*, 27(5), 372-380. doi:10.4037/ajcc2018575
- Meza, E., García, S., Torres, A., Castillo, L., Sauri, S., & Martínez, B. (2008). El proceso del duelo. Un mecanismo humano para el manejo de las pérdidas emocionales. *Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas*, 13(1), 28-31. Obtenido de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=47316103007>
- Mieles, M., Tonon, G., & Alvarado, S. (2012). Investigación cualitativa: el análisis temático para el tratamiento de la información desde el enfoque de la fenomenología social. *Universitas Humanística*(74), 195-226.
- Monje, C. (2011). *Metodología de la investigación cuantitativa y cualitativa. Guía didáctica*. Colombia: Universidad Surcolombiana.
- O'Connor, N. (2007). *Déjalos ir con amor*. (M. E. Moreno, & G. Benitez, Trans.) D.F., México: Trillas.
- Ogrodniczuk, J., Joyce, A., & Piper, W. (2005). Strategies for Reducing Patient-Initiated Premature Termination of Psychotherapy. *Harvard Review of Psychiatry*, 13(2), 57-70. doi:10.1080/10673220590956429
- Ortega, A., Mendo, A., & Morales, H. (2015, Mayo 4). *Proyecto Integral Centro Polanco. Aproximación descriptiva a su contexto de referencia*. Blogs ITESO. https://blogs.iteso.mx/polanco/wp-content/uploads/sites/74/2018/02/ANEXO-B-Aproximaci%C3%B3n-descriptiva-Polanco_IG2.pdf
- Parkes, M. (1972). Accuracy of predictions of survival in later stages of cancer. *British Medical Journal*, 2(5804), 29-31. doi:10.1136/bmj.2.5804.29
- Payàs, A. (2010). *Las tareas del duelo: Psicoterapia de duelo desde un modelo integrativo-relacional*. Paidós.
- Pinazo, S. (2005). El apoyo social y las relaciones sociales de las personas mayores. En S. Pinazo, & M. Sánchez (eds.), *Gerontología: actualización, innovación y propuestas*. (pp. 221-256). Pearson.
- Roussos, A. (2007). El diseño de caso único en investigación en psicología clínica. Un vínculo entre la investigación y la práctica clínica. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 16(3), 261-270. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=281921790006>
- Shear, K., Ghesquiere, A., & Glickman, K. (2013). Bereavement and Complicated Grief. *Current Psychiatry Reports*, 15(11), 1-7. doi:10.1007/s11920-013-0406-z
- Stroebe, M., & Schut, H. (1999). The dual process model of coping with bereavement: rationale and description. *Death studies*, 23(3), 197-224. doi:10.1080/074811899201046

- Stroebe, M., & Schut, H. (2001). Meaning making in the dual process model of coping with bereavement. En R. Neimeyer, & R. Neimeyer (Ed.), *Meaning reconstruction & the experience of loss* (págs. 55-73). Washington, DC: American Psychological Association.
- Vallejo, M. & Jordán, C. (2007). Psicoterapia a través de internet: Recursos tecnológicos en la práctica de la psicoterapia. *Boletín de Psicología*, 91 (2), 27-42.
- Van der Hart, O., & Goossens, F. (1991). Rituales de despedida en la terapia de duelo. *Cuadernos de la terapia familiar*, 17, 35-44.
- Vivaldi, F., & Barra, E. (2012). Bienestar Psicológico, Apoyo Social Percibido y Percepción de Salud en Adultos Mayores. *Terapia psicológica*, 30(2), 23-29. doi:10.4067/S0718-48082012000200002
- Wainer, A. (2012). Estudios de caso único en el campo de la investigación actual en psicología clínica. *Subjetividad y Procesos Cognitivos*, 16(2), 214-222. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=339630260010>
- Wheeler, S., & Lord, L. (1999). Denial: A Conceptual Analysis. *Archives of Psychiatric Nursing*, XVIII(6), 311-320. doi:10.1016/S0883-9417(99)80063-6
- Wierzbicki, M., & Pekarik, G. (1993). A meta-analysis of psychotherapy dropout. *Professional Psychology: Research and Practice*, 24(2), 190–195. doi:10.1037/0735-7028.24.2.190
- Worden, W. (1997). *El tratamiento del duelo: asesoramiento psicológico y terapia*. Paidós.
- Zhai, Y., & Du, X. (2020). Loss and grief amidst COVID-19: A path to adaptation and resilience. *Brain, Behavior, and Immunity*, 87, 80–81. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.04.053>