

# **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



**Utilidad clínica de la confrontación con fundamento cognitivo-  
conductual para favorecer nuevas formas de pensar y sentir en el  
proceso psicoterapéutico de un adulto con duelo complicado**

---

Trabajo Recepcional para obtener el grado de  
Maestro en Psicoterapia

Presenta: Gustavo Ramírez Rodríguez

Asesor: Dr. Bernardo Enrique Roque Tovar

Tlaquepaque, Jalisco. 6 de enero de 2023

# INDICE

Resumen

Abstract

Agradecimientos y Dedicatorias

Introducción .....	1
CAPITULO 1: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....	5
1.1 Justificación .....	10
Preguntas y objetivos .....	14
CAPITULO 2: FUNDAMENTACION TEÓRICA .....	16
2.1 Introducción al concepto de Duelo .....	16
2.2 Etapas del Duelo.....	17
2.3 Factores situacionales en el proceso de duelo complicado .....	22
2.4 Concepto de duelo complicado.....	25
2.5 Manifestaciones Clínicas del duelo complicado .....	27
2.5.1 Duelo Crónico .....	27
2.5.2 Características del Trastorno Depresivo Mayor en el duelo complicado .....	28
2.6 Criterios del diagnóstico de duelo complicado .....	29
2.7 Principios epistemológicos básicos de la terapia cognitivo-conductual .....	30
2.8 La técnica de confrontación en la terapia cognitivo-conductual .....	32
2.8.1 Diálogo socrático y modelo ABC-DE cómo intervención en la técnica de confrontación... ..	36
2.8.2 Extractos de estudio de caso único desde la técnica de confrontación .....	40
2.9 La reestructuración cognitiva, conceptualizaciones teóricas y clínicas para el tratamiento del duelo complicado .....	43
CAPITULO 3: FUNDAMENTACION METODOLÓGICA .....	50
3.1 Concepto de estudio de caso clínico sistematizado.....	50
3.2 Estudio de análisis de caso clínico sistematizado .....	51
3.3 Sistema de Codificación de la Actividad Terapéutica (SCAT) .....	52
3.4 Descripción del caso analizado .....	56
3.5 Proceso de terapia .....	59
3.5.1 Materiales a emplear .....	60
3.5.2 Consideraciones Éticas .....	62
CAPITULO 4: RESULTADOS .....	63
Fragmento 1 .....	63

Tema: Uso de la técnica de confrontación en el manejo de la pérdida.....	64
Fragmento 2 .....	71
Tema: Sintomatología descrita en el consultante en el manejo del duelo complicado .....	71
Fragmento 3 .....	75
Tema: Experiencia de la vivencia escrita acompañada de la técnica de confrontación hacia una exploración y resignificación de la pérdida.....	75
Fragmento 4 .....	80
Tema: Técnicas complementarias a la sanación de las pérdidas.....	80
Fragmento 5 .....	85
Tema: Cambios del consultante en su conceptualización hacia la madre Intervención desde una connotación positiva en las experiencias de vida del consultante. ....	85
Fragmento 6 .....	93
Tema: Toma de conciencia del consultante del afecto desde la autoexploración y resignificación .....	93
Fragmento 7 .....	96
Tema: Pensamientos alternativos del consultante en la manera de vivenciar el duelo complicado. Efectos del Modelo ABC en el Manejo del Duelo Complicado .....	96
CAPITULO 5: DIÁLOGO CON AUTORES.....	105
5.1 Elaboración del duelo.....	105
5.2 Utilidad clínica de la confrontación en el tratamiento psicoterapéutico del duelo complicado .....	108
CAPITULO 6: CONCLUSIONES.....	111
REFERENCIAS.....	115
ANEXOS .....	120
Anexo 1.....	120
Anexo 2.....	121
Anexo 3.....	122

## Resumen

En este trabajo se analizó la Terapia Cognitivo-Conductual haciendo uso específicamente de una de sus intervenciones: la confrontación. El contexto en la cual fue utilizada, fue un caso clínico que presentaba un cuadro de duelo complicado.

En la parte introductoria se desarrolla una justificación basada en datos estadísticos de los casos de defunciones en México en los últimos años, destacando la COVID-19 como una de las principales causas y de las cuales tuvo una importancia en el análisis terapéutico del caso clínico.

Se describe cómo la psicoterapia a lo largo de los años a tratado de dar respuesta al abordaje del duelo desde distintos enfoques psicológicos con modelos, estrategias, técnicas, posturas propias del terapeuta, con una intención también de entender como experimenta la persona su duelo en términos de sensaciones, emociones, pensamientos e historia de vida.

Se hizo uso de la técnica de confrontación como herramienta terapéutica en el tratamiento del duelo complicado. En la metodología se hicieron uso de herramientas terapéuticas como el diálogo socrático y el modelo ABC, donde la técnica de confrontación cobró una importancia en la reestructuración cognitiva del consultante, en sus pensamientos, emociones y conductas. En este entendido, que pudiera reelaborar sus pérdidas y llevar una mejor calidad de vida.

En los resultados se hizo un análisis de los episodios analizados utilizando el Sistema de Codificación de la Actividad Terapéutica (SCAT), donde se identificaron acciones comunicacionales y su contenido, descripción y comprensión las interacciones en distintos fragmentos terapéuticos, los efectos de la técnica de confrontación y los cambios que el propio consultante iba teniendo de una sesión a otra.

La parte final de este trabajo correspondió a las conclusiones dividido en un apartado del diálogo con autores, que corrobora la teoría planteada y fundamentada sobre la técnica de confrontación en el tratamiento del duelo complicado, alcances y limitaciones del estudio.

Palabras clave: Terapia cognitivo-conductual, técnica de confrontación, duelo complicado, reestructuración cognitiva, reelaboración de pérdida, diálogo socrático, modelo ABC, SCAT.

## Abstract

In this work, Cognitive-Behavioural Therapy was analysed, making specific use of one of its interventions: confrontation. The context in which it was used was a clinical case that presented a complicated grief situation.

The introductory part is developed with statistical data on the cases of deaths in Mexico in recent years, highlighting COVID-19 as one of the main causes and of which it had an importance in the therapeutic analysis of the clinical case.

It describes how psychotherapy over the years has tried to respond to the approach to grief from different psychological approaches with models, strategies, techniques and the therapist's own postures, with the intention of understanding how the person experiences their grief in terms of sensations, emotions, thoughts and life history.

The technique of confrontation was used as a therapeutic tool in the treatment of complicated grief. In the methodology, therapeutic tools such as Socratic dialogue and the ABC model were used, where the confrontation technique became important in the cognitive restructuring of the client's thoughts, emotions and behaviours. In this way, they were able to rework their losses and lead a better quality of life.

In the results, an analysis of the analysed episodes was made using the Coding System of Therapeutic Activity (SCAT), where communicative actions and their

content, description and understanding of the interactions in different therapeutic fragments, the effects of the confrontation technique and the changes that the client himself was having from one session to another were identified.

The final part of this work corresponded to the conclusions divided into a section on the dialogue with authors, which corroborates the theory put forward and based on the confrontation technique in the treatment of complicated grief and the scope and limitations found.

Key words: Cognitive-behavioural therapy, confrontation technique, complicated grief, cognitive restructuring, reworking of loss, Socratic dialogue, ABC model, SCAT.

## Agradecimientos y Dedicatorias

El presente trabajo se lo dedico a mi madre de quien he tenido su gran apoyo en diversos sentidos y a mi abuela de quien, a 7 años de su partida, recibí un gran impulso y fuerza para continuar con mis estudios.

Agradezco primeramente a mi asesor el Dr. Bernardo Roque Tovar, quien me acompañó, asesoró y retroalimentó en todo momento en la realización del TOG con seriedad, calidez y profesionalismo.

Agradezco en especial al Dr. Luis Miguel Sánchez Loyo, quien contribuyó de igual forma con su retroalimentación a las modificaciones y desarrollo de este trabajo. De la misma manera, agradezco a la compañera de maestría Cristina Galeano Blancas por sus aportaciones para un mejor desarrollo del mismo.

Por otra parte, le agradezco profundamente al consultante “J” quien me regaló abiertamente a contarme y a confiarme sus vivencias personales, en especial de la relación que tuvo con su madre antes de su fallecimiento y como esto lo marcó en su vida, siendo esto el motivo principal del desarrollo de este TOG.

## Introducción

El presente trabajo está realizado desde las líneas de conocimiento del programa de la Maestría en Psicoterapia del ITESO, en el cual, desde una postura clínica se abordó el caso de un consultante con duelo complicado durante un proceso psicoterapéutico.

Este trabajo se conforma por el planteamiento del problema, la justificación, incluyendo la pregunta de investigación, objetivos, marco teórico, fundamentación metodológica, resultados, diálogo con autores, conclusiones y referencias.

Partiendo con el apartado del planteamiento del problema, en este se abordan las diferencias en cómo una persona elabora su duelo hacia una restauración de sus pérdidas y otras que complican su duelo. Es decir, se quedan ancladas ante aquello que fue rumiando, interpretando o suponiendo de manera errónea o catastrófica.

Emplea estrategias de evitación que le generan un desgaste emocional, con creencias negativas del mundo, sobre sí mismo y el futuro. Tiene conductas desadaptativas como la culpa, se obstaculizan las emociones al no ser expresadas, esto provoca que la persona no se responsabilice de su propia experiencia. La tarea entonces es ayudar que la persona se perciba a sí mismo y a su entorno, acepte su propia vida y la consideración por los otros.

La justificación de esta investigación se sustenta en la técnica de confrontación como método de intervención clínica, para el proceso de un consultante con duelo

complicado. Se hizo uso de una metodología, diseño, instrumentos entre otras herramientas que sirvieron al motivo de consulta construido en consulta, en este caso, el duelo complicado.

Esta misma justificación surge a la vez por otros motivos, que tienen que ver principalmente con la falta de investigaciones en torno a la atención psicoterapéutica en el tema del duelo complicado. Las investigaciones, en su mayoría, hacen referencia a estudios de caso del duelo como un proceso natural que todas las personas pasan en algún momento de su vida. Si bien esta perspectiva de abordaje es correcta, existen diversos factores que complican un duelo.

Según datos del INEGI (2022) en un informe preliminar de junio del año 2021, en México se registraron un total de 1, 086,094 defunciones, de la cuales fueron un 58.8% Hombres y 41.1% Mujeres y 756 casos de sexo no especificado. Las tres principales causas de muerte fueron por enfermedades y problemas relacionados a la salud (enfermedades del corazón, COVID-19 y diabetes mellitus), también se destacan las muertes por homicidios como la sexta causa de muertes en el país.

Esto nos lleva a pensar que las crecientes defunciones en los últimos dos años fueron de maneras imprevistas y crónico-degenerativas, por enfermedades y por la pandemia del COVID-19. Precisamente otra motivación que me llevó a realizar esta investigación es porque el caso del consultante que presentó en esta investigación, tanto su mamá como uno de sus hermanos fallecieron a causa del COVID-19.

El impacto que genera una pérdida puede afectar a la persona de una manera multidimensional, esto quiere decir física, emocional, cognitiva y conductualmente.

La persona en la vivencia de su duelo puede presentar una regresión intensa en su manera de percibirse a sí misma (autoconcepto), inútil (autoestima), incapaz (autoconfianza), infantil (autovaloración). Con esto la necesidad de que si la persona no logra resolver por sí mismo estas dificultades, tenga el asesoramiento y ayuda profesional desde la psicoterapia para que pueda tratarlas (Horowitz, et al. 1980).

Atender el duelo desde el campo de la psicoterapia, tiene su importancia desde diversas ópticas, que tienen que ver con la prevención, el acompañamiento y la intervención.

Para esto es importante sustentarse de estudios, conceptos y teorías de autores que a lo largo de los años han dado sus aportaciones al tema del duelo complicado, lo que en esta investigación contiene como es el apartado de la Fundamentación Teórica.

Comúnmente se ha pensado en nuestra sociedad que los familiares, amigos o allegados son los que tienen que llevar un acompañamiento con la persona que sufrió la pérdida.

Si bien las redes de apoyo son importantes en la contención emocional, el acompañamiento de un psicoterapeuta toma una importancia relevante en la empatía y escucha activa como actitudes básicas y hacia una sensibilización que se requiere ante las vivencias y las experiencias mismas de la pérdida.

Pasando al apartado de fundamentación metodológica, en el desarrollo del TOG se analizaron herramientas psicoterapéuticas tales como el dialogo socrático, el modelo ABC y la confrontación, mediante el Sistema de Codificación de la Actividad

Terapéutica (SCAT) para identificar, analizar y comprender el proceso de resignificación del consultante en su duelo complicado.

Se describe de manera sintética el proceso de terapia en términos de abordar el duelo complicado al fallecimiento de sus familiares como motivo de consulta. A su vez, una descripción del caso junto con las consideraciones éticas en el resguardo y confidencialidad de los datos del consultante.

Los resultados de esta investigación están planteados de un microanálisis de fragmentos terapéuticos debidamente seleccionados e integrados al SCAT que dieron una visión más amplia de la utilidad de la técnica de confrontación en el duelo complicado.

Se plantean al final de esta investigación un espacio al dialogo con autores, donde se discutió la teoría sustentada con los resultados de los análisis de los fragmentos terapéuticos, el enriquecimiento de la teoría y posibles nuevos hallazgos.

En el último apartado se incluyen las conclusiones de esta investigación. En términos generales, se presentaron hallazgos, limitaciones y sugerencias de cómo la técnica de confrontación incide en los procesos de duelo complicado de manera significativa en términos psicológicos, desde cambios en los pensamientos, emociones y conductas.

Se finaliza con una invitación a realizar en futuras investigaciones, exploración del abordaje del duelo complicado y con un sentido ético, que conlleva una implicación tanto en lo personal como en lo profesional en el quehacer como psicoterapeutas.

## CAPITULO 1: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Quien pasa por un duelo orienta regularmente su atención a la restauración de la pérdida, el doliente trabaja su duelo, tiende a expresar sus emociones y a la experiencia le da un significado que acompaña posteriormente a la pérdida (Cruz, Corona y Portas, 2017).

Las personas que buscan tener una mejor calidad de vida después de una pérdida prestan su atención en actividades que las distraiga de una experiencia de duelo.

Estas actividades tienen que ver con fortalecer sus relaciones interpersonales, llevar estilos de vida saludables tales como la alimentación y el ejercicio. También focalizarse en tareas nuevas (tomar un curso o taller) o retomar aquellas que con el tiempo se dejaron de hacer (leer, caminar, viajar) y se resignifique con ello el duelo. (Cruz, Corona y Portas, 2017).

Esta explicación anterior es entendida más a quien sufre, evalúa y restaura la pérdida hacia lo positivo y que mejora con el tiempo. En cambio, quien pasa por un duelo complicado pasa constantemente pensando, interpretando catastróficamente, supone erróneamente acerca de las causas o consecuencias de la muerte.

Emplea estrategias de evitación que le genera un agotamiento emocional, creencias globales negativas, sobre la vida, hacia sí mismo y del futuro (Cruz, Corona y Portas, 2017).

Cabe aclarar que el duelo es un proceso natural y no patológico, es decir la realización del duelo puede transitar a un camino de restauración de lo perdido e incorporarlo al presente (Myerhoff, 1982).

Para explicar cómo se da este proceso de restauración, se puede retomar la metáfora de “Decir de nuevo: Hola”, en lugar de decir adiós como comúnmente se podría trabajar la aflicción en un proceso de conformidad desde un punto de vista normativo donde se incita a que los pacientes hablen de sus vacíos, los efectos que produjo la pérdida y su depresión, se trabaja en que las personas reaccionen y enriquezcan sus vidas (White y Epston, 1994).

Algunas investigaciones hacen referencia a reacciones emocionales como la culpa hacia uno mismo (“pude haberlo salvado”), la culpa hacia la responsabilidad de los demás (“los cuidadores no estaban al pendiente de ella”) que genera enojo, creencias globales negativas (“en este mundo nadie está seguro”), que posteriores a una muerte violenta de un ser querido podrían generar miedo (Field y Bonanno, 2001).

Es por ello la necesidad de debatir, cuestionar y modificar estas creencias aprendidas y adoptadas desde la infancia y las creadas durante un duelo complicado, hacer una reestructuración cognitiva. Es decir, cambiar los

pensamientos negativos, distorsionados, causantes de las manifestaciones de duelo complicado por otros más adaptativos.

Sobre esta misma dirección, es que el doliente aprenda habilidades de comunicación que la lleven a poder tomar mejores decisiones y afronte de una manera más positiva el duelo.

Desde la técnica de confrontación con base en el enfoque cognitivo-conductual, con un trabajo en conjunto de manejo de contingencias, reforzando conductas adaptativas y extinguiendo las desadaptativas, técnicas de relajación, planificación de actividades gratificantes y habilidades sociales.

A continuación, se presenta una descripción sobre los procesos desadaptativos en los procesos de duelo y cómo se abordan desde la confrontación en un sentido cognitivo conductual.

En la comunicación que tenemos cotidianamente, llegamos a encontrarnos con personas que no se percatan de los innumerables mensajes con contenido acusativo de ambas partes. Los sentimientos de la otra persona frecuentemente son ignorados en una lucha por defenderse, o por señalar la culpa (Vargas, 2003).

Si nos diéramos la oportunidad para analizar el contenido comunicativo, sería más consciente el contenido total del mensaje. Sin embargo, este análisis es poco frecuente; comúnmente la comunicación interpersonal se interfiere antes que se facilite.

“Culpar a la otra persona disfraza los sentimientos que se expresan” (Vargas, 2003. p.80). Esta frase se refleja en las conversaciones cotidianas. Sin embargo, en

los consultantes que están en un proceso psicoterapéutico se ha podido identificar a detalle cómo la culpa se da constantemente, ya sea en segunda o tercera persona de las problemáticas presentadas en gran medida por no asumir responsabilidad de sus propios sentimientos y conductas.

Cuando se habla en segunda o tercera persona se obstaculiza la comunicación al tenerse dos o más tipos de información en un mismo sentido, a diferencia de cuando se habla en primera persona se pueden expresar las propias emociones y sentimientos que a su vez llegue a tener un sentido de responsabilidad de los mismos (Vargas, 2003).

Para Satir (1990), cuando no hay un sentido de responsabilidad las personas proyectan sus conflictos internos en otros de su mala suerte y se les complica reconocer un rasgo positivo.

Las personas en sus relaciones interpersonales llevan a cabo un patrón de conducta generalizado, hacen diálogos externos denominados “contactos” donde lo que se mira son solo las máscaras que quieren dar a conocer.

Las personas que con regularidad emplean una comunicación no asertiva, además de negar sus propios sentimientos, tienen una pérdida de control sobre su vida y tienden a verse como víctimas (Vargas, 2003).

Sobre esta parte, se advierte que los profesionales de la salud que están en el ejercicio psicoterapéutico no se dejen en un sentido manipular o atraer hacia un principio de realidad ante determinada situación que los consultantes quieren que participemos (Jongeward, 1990, citado en Vargas, 2003).

Esta atracción intersubjetiva resulta dañina para ambas partes. Para la persona atendida la conducta ineficaz es reforzada provocando un aumento en la probabilidad de que se continúe la misma conducta y para el profesional manipulado lo convierta en un aliado, se posiciona en una desventaja puesto que la metodología utilizada para hacer frente a la realidad del consultante no es funcional (Vargas, 2003).

Es por lo anterior descrito que el psicoterapeuta emplea habilidades de comunicación tales como la técnica de confrontación con los consultantes para describir específicamente las posibles discrepancias de los mensajes verbales y no verbales entre lo que dice y hace, así como lo que dicen personas a su alrededor con la finalidad de ayudar al consultante a ser más consciente, pueda explorarlas y resolverlas (Fernández y Rodríguez, 2002, p.p. 108-110).

Las discrepancias antes mencionadas se dan en dos formas de mensajes verbales dentro del dialogo terapéutico. Por ejemplo, cuando el terapeuta le hace notar al consultante: “Dices que ya no quieres saber qué piensa o siente tu pareja y al mismo tiempo lo buscas para hablar con él, ¿puedes decirme algo más sobre esto?”. En la comunicación verbal y no verbal del consultante se pueden analizar entre líneas del discurso estas discrepancias y hacer confrontación.

A continuación, se explicarán los motivos que justifican la elaboración del presente estudio de caso clínico.

## 1.1 Justificación

El objeto de estudio del presente Trabajo de Obtención de Grado está en la línea de la sistematización de los modos de intervención en psicoterapia, ya que se propone investigar los efectos de la técnica de confrontación como método de intervención en el caso de un consultante que atravesó por una situación de un duelo complicado.

Parte de la justificación de esta investigación se origina desde el trabajo terapéutico, ya que se ha podido dar cuenta de vicisitudes que presenta consigo mismo y con personas a su alrededor con quienes lleva ya una relación estrecha y afectiva (familia de origen, conformada y amigos) o laboral (compañeros de trabajo).

Estos conflictos se dan desde asuntos que tienen un origen de un pasado próximo o desde una infancia que ahora en un presente les han causado diversos problemas a nivel psicológico, emocional y orgánico.

Los detalles del caso se presentarán un poco más adelante, por ahora vale la pena decir que el motivo de consulta o la queja que expresa la consultante llega a ser proyectada en otros, negando sus propios sentimientos y responsabilidades, comúnmente los mensajes de la comunicación son empleados en segunda o tercera persona que obstaculizan la introyección hacia sus propias emociones y pensamientos.

En ese sentido la propuesta es analizar el efecto de la técnica de confrontación (que más adelante se describirá) a través de preguntas que siguiendo la definición que

hace Ellis (1980), se desafíen las opiniones que conduzcan a reconocer, examinar y abandonar ideas irracionales.

Por ello es preciso ayudar a la persona a centrarse en su propia vivencia interna y lograr sacar a la luz aquellos pensamientos, sentimientos y actitudes cargados emocionalmente que le producen conflictos. Se considera que esta técnica es efectiva para permitir que el consultante se perciba a sí mismo y a su entorno, acepte su propia vida y la consideración por los otros.

Considero que la importancia de hacer intervenciones concretas da pie a la posibilidad de trabajar de una manera directa sobre problemáticas que puedan estar presentando los consultantes a nivel de pensamiento, emocional y contextual (sobre todo en un proceso de duelo complicado).

También ayuda al psicoterapeuta a enfocarse en una línea de trabajo según el enfoque terapéutico más conveniente utilizando una metodología, diseño, instrumentos entre otras herramientas que le sean útiles según los motivos de consulta contruidos.

Desde esta misma línea el psicoterapeuta puede ir encontrando rutas con un plan de trabajo definido y no quedarse perdido en el camino por encontrar soluciones de una o diversas problemáticas que vayan surgiendo en el consultante.

Por otro lado, permite que el psicoterapeuta se especialice y profundice en la técnica de manera teórica y práctica, a fin de que con el pasar de las sesiones al consultante le hagan sentido las intervenciones y se tengan avances del proceso.

Adicionalmente se accede a encontrar soluciones conjuntas a corto, mediano y largo plazo donde se tenga evidencia de cómo determinada intervención está incluida en los discursos y como el consultante va respondiendo según los momentos de la terapia.

La relevancia que tiene el trabajo está en describir la utilidad de la técnica, así como un análisis de su aplicación en las dificultades emocionales y de vida que las personas experimentan al relatar su vida en un contexto psicoterapéutico.

Como bien se conoce, dentro de un proceso psicoterapéutico las problemáticas pueden irse diversificando a fin de dilucidar el motivo real de consulta, de igual manera se puede intervenir desde diferentes enfoques y metodologías a fin de dar solución a lo que el consultante presente.

Con esto se da cuenta que, si bien el uso de la técnica de confrontación puede ayudar a dar soluciones a posibles trastornos anímicos, del pensamiento o de la personalidad en la vida del consultante, también es importante no perder el foco de atención en darle una importancia al valor de la persona en sí, es decir, de sus relatos, de sus vivencias e historia de vida, así como de las emociones y pensamientos presentes (Ruiz, 2007).

La confrontación bien utilizada resulta eficaz y con mucha probabilidad de generar una mejor comunicación y comprensión mutua hacia donde quiere estar dirigida la terapia (Vargas, 2003).

Existen personas que de forma innata no requieren de un aprendizaje para llevarla a cabo que en esencia y de forma muy resumida de lo anterior descrito es poder

dilucidar percepciones erróneas, identificar patrones conductuales no funcionales motivando al consultante a pensar y actuar de manera más constructiva (Vargas, 2003).

Desde una perspectiva social más amplia, las pérdidas provienen desde muy diversas fuentes. Una de ellas, muy relevante, ha sido la pandemia del COVID-19, la cual trajo a la población mundial pérdidas de diversos niveles y vivencias de duelo significativas. A nivel económico, muchas personas quedaron sin empleo, dejando de percibir un ingreso que cubría muchas necesidades básicas para las personas y sus familias.

Desde luego, las pérdidas de personas que fallecieron a causa del COVID-19, ocasionando dificultades de viudez, orfandad y apuraciones económicas, como ya se ha señalado. Según datos obtenidos en el mes de noviembre del año 2020, se registraron en México 2,731 personas en orfandad por la pérdida de alguno de sus padres o alguno de ellos (Excélsior, 2021, como se citó en Villagómez, Franco y Peña, 2021).

Por otro lado, en el caso de la viudez se encontró que hubo más muertes en hombres que en mujeres para el año 2021, esto quiere decir que en México la pandemia del COVID-19 trajo también consigo consecuencias en ámbitos sociales y familiares (Villagómez, Franco y Peña, 2021)

En un informe de la Secretaría de Salud del Estado de Jalisco (2022) al corte del 15 de junio del 2022, en México se registraron 9,452 nuevos casos de personas que dieron positivo al COVID-19 y 290 defunciones. En Jalisco se han registraron hasta

el 4 de Junio de 2022 o 593,113 personas contagiadas y 19,513 defunciones desde inicios de la pandemia.

Entre el 2020 y el 2022 la población en México, como en el resto del mundo, ha tenido que vivir procesos de duelo en diferentes niveles, vivencias y facetas. Muchas de estas pérdidas no solo han sido humanas, sino que también han representado un reto de cómo enfrentar la vida.

A continuación, se presentan los objetivos y preguntas de investigación del presente Trabajo de Obtención de Grado.

### Preguntas y objetivos

- Pregunta General

¿Qué utilidad clínica tiene la confrontación cognitivo-conductual como abordaje terapéutico en la atención de un consultante quien procesa un duelo complicado?

- Preguntas secundarias

¿De qué manera la confrontación cognitivo-conductual incide en la resignificación y elaboración de los procesos de duelo complicado?

¿Qué elementos técnicos de la confrontación cognitivo conductual ayuda a reorientar la pérdida?

- Objetivo general

Identificar la utilidad clínica que tiene la confrontación cognitivo-conductual como abordaje terapéutico en la atención de un consultante quien procesa un duelo complicado

- Objetivos secundarios

Identificar micro-analíticamente momentos terapéuticos en los cuales la confrontación cognitivo conductual incide en la resignificación y elaboración de los procesos de duelo complicado.

Analizar desde el diálogo terapéutico la incidencia de la técnica de confrontación hacia la reorientación del duelo complicado.

## CAPITULO 2: FUNDAMENTACION TEÓRICA

### 2.1 Introducción al concepto de Duelo

Tras la pérdida de un ser querido las personas experimentan un proceso de sufrimiento físico, emocional y psicológico llamado duelo. Este proceso llega a ser natural dependiendo de distintos factores tales como la importancia al fallecido, de aspectos socioculturales o de circunstancias predecibles que dificulten o faciliten su resolución (Barreto y Soler, 2007).

La duración de este proceso estila de uno a dos años dependiendo de los factores antes descritos y de otros factores que entran en una categoría de riesgo y complicación que aumentan la probabilidad de que no se desarrolle adecuadamente, algunos de estos son factores situacionales, personales, interpersonales y salutogénicos (Barreto y Soler, 2007).

El duelo resulta una respuesta vital esencial porque supone un proceso de maduración personal si el doliente procesa la pérdida vital de un ser querido, tomando como referencia las 5 etapas o estadios del duelo descritos por Kübler-Ross (1969) en los que una persona atraviesa desde la negación, la ira, la negociación, la depresión y la aceptación con menor o mayor grado según su intensidad para su recuperación emocional.

Siguiendo la definición del duelo podemos entenderlo con dos tipos de connotación: por un lado, a la pérdida de un ser querido por la muerte y por otro que se refiere a

las emociones que genera el dolor y la pena por la pérdida (López-Muñiz, Martínez-Barbeito y González. 2007).

Los efectos de un duelo son reacciones normales ante la pérdida, de las cuales se integran una serie de sentimientos, sensaciones físicas, cogniciones y conductas que puede presentar el individuo que está experimentando la pérdida de un ser querido.

Los sentimientos pueden llegar a ser variados, entre ellos están la tristeza, el enojo, impotencia, alivio, anhelo, insensibilidad, irritabilidad, por mencionar algunos.

Respecto a los pensamientos, puede presentarse confusión, preocupación, sentido de presencia, incredulidad, e incluso alucinaciones. En cuanto a las conductas podemos observar trastornos en cambios en los patrones o hábitos en el sueño y/o alimentarios, aislamiento social, evitación o búsqueda de recuerdos en torno al fallecido, guardar objetos o lugares relacionados a la persona, hiperactividad desasosegada, entre otras.

Y, por último, entre las sensaciones físicas se encuentran las sensaciones de vacío en el estómago, fatiga, así como opresión en el pecho o garganta, despersonalización, hipersensibilidad al ruido, falta de aire, de energía, debilidad muscular, sequedad en la boca, por mencionar algunos (Alonso, Ramos, Barreto & Pérez, 2019).

## 2.2 Etapas del Duelo

Siguiendo a Kübler- Ross (1969) la primera etapa es la negación. En esta la persona que ha perdido a un ser querido la negación es más simbólica que literal, esto

significa que no puede creer en el caso del consultante quien vive el duelo por el reciente fallecimiento de su madre, llegar a entender que la persona no va a volver a verla nunca más. La persona inclusive cuando lo dice es porque al principio, la realidad es excesiva para su psique.

En esta primera etapa del duelo, explica Kübler- Ross (1969) el mundo se torna absurdo y sin tener un sentido de vida, se está conmocionado y se niegan los hechos. Es común volverse insensible y nos preguntamos cómo podemos seguir adelante. Sin embargo, esta etapa nos ayuda a afrontar la situación y a sobrevivir, ayuda a dosificar la pérdida.

La segunda etapa es la ira, se manifiesta desde ira contra un ser querido o contra nosotros mismos por no haber cuidado mejor de él/ella. Se enoja por impotencia, por incapacidad, por culpa, porque la persona no quería morir o porque aun sabiendo que en un momento dado pasaría el vínculo afectivo ha sido muy fuerte que resulta inadmisible desprenderse (Kübler- Ross, 1969).

La negación y la ira como las etapas que se describirán a continuación son necesarias del paso de una a otra para un proceso curativo.

La ira es necesaria porque resulta una emoción que estamos habituados a tratar, nos pone en contacto de manera profunda con nuestros sentimientos más hondos y es accesible con ello afrontar de manera más auténtica lo que se siente y según Kübler- Ross (1969) se comenzará a curar.

Como tercera etapa esta la negociación donde antes de una pérdida, parece que haríamos cualquier cosa con tal de que no se lleven a la persona que queremos.

Nos extraviamos en un laberinto donde no hacemos más que repetirnos ojalá.... o ¿y si...?

Queremos que la vida vuelva a ser como era, queremos retroceder en el tiempo, impedir que el accidente suceda. Haremos cualquier cosa por no sentir el dolor de esta pérdida, nos quedamos anclados en el pasado, intentando pactar la forma de librarnos del dolor (Kübler- Ross, 1969).

Tras la negociación, nuestra vida pasa a un nivel más profundo, se experimenta una fase depresiva a una respuesta adecuada ante una gran pérdida. Surge a menudo una pregunta como: ¿Por qué tengo que seguir adelante?, los días y las noches te son indiferentes, la vida parece no tener sentido.

Cuesta un inmenso trabajo el simple hecho suponer salir de la cama. Si se consigue poner en marcha y cumplir con las actividades diarias, cada una de ellas parece tan vacía e inútil como la anterior y se hacen otras preguntas: ¿Por qué comer? ¿Por qué dejar de comer? ¿Realmente importa? (Kübler- Ross, 1969).

La pérdida de un ser querido es una situación depresiva. Lo raro dice Kübler- Ross, (1969) sería *no* sentirse deprimido tras perder a un ser querido. Por supuesto, hace hincapié a que una depresión clínica que no se trate puede conducir a un empeoramiento de nuestro estado mental, pero en el duelo, la depresión sirve de manera natural para protegernos. Esto sucede porque nuestro sistema nervioso se bloquea para adaptarnos a algo que sentimos que no podremos superar.

La tristeza y el vacío ayudan a explorar, a experimentar la pérdida, cuando esto sucede esta desaparecerá cumpliendo entonces su función, esta no desaparece en

su totalidad, es decir, puede llegar y alejarse, pero es así como se vive el duelo (Kübler- Ross, 1969).

Advierte Kübler- Ross (1969) que la depresión clínica es un grupo de enfermedades que puede caracterizarse por un estado depresivo a largo plazo. Cuando una depresión normal se transforma en una depresión clínica que requiere ayuda profesional, ya que la depresión pasa a un estado a largo plazo, es entonces que el doliente se ayude de antidepresivos durante un tiempo.

La última etapa del duelo es la aceptación donde se acepta la realidad de que nuestro ser querido se ha ido físicamente y un reconocimiento de que dicha realidad es la realidad permanente. La realidad no será del todo un agrado, pero al final se aceptará y se tendrá que aprender de ahora con una nueva readaptación de nosotros como de las personas quienes están a nuestro alrededor.

La curación se refleja en las acciones de recordar, recomponerse y reorganizarse. Es posible dice Kübler- Ross (1969) que lleguemos a ser conscientes de las razones objetivas de nuestra pérdida, aunque nunca lleguemos a entenderlas.

A medida que nos curamos, aprendemos quiénes somos y quién era nuestro ser querido en vida. De una extraña forma, a medida que avanzamos en el duelo, la curación nos acerca a la persona que amábamos. Comienza una nueva relación. Aprendemos a vivir con el ser querido que hemos perdido.

Empezamos el proceso de reintegración, en el que intentamos recomponer las piezas que se han fragmentado. Empezamos a vivir de nuevo, pero no podremos

hacerlo hasta que no le hayamos dedicado el tiempo correspondiente al duelo (Kübler- Ross, 1969).

Como se mencionaba, el duelo es un proceso natural y no patológico, pero para dilucidar esta afirmación tenemos que referirnos al luto que proviene del latín *lugere* o llorar que se define por el conjunto de prácticas socioculturales y religiosas para representar el dolor por la pérdida (Cagnoni y Milanese, 2010).

Esta experiencia del dolor es subjetiva no solo se da por la muerte en sí, también a la ausencia que no podrá ser colmada o a una distancia que nunca podrá ser cubierta” (Cagnoni y Milanese, 2010, p.110).

Es una experiencia que quisiéramos nunca nos afectara, paradójicamente es una oportunidad para adquirir la capacidad de afrontar y gestionar la muerte. Aunque el luto vaya acompañado de sensaciones y emociones muy dolorosas, es una herida que cicatriza con el tiempo, pero para que esto se dé, se deben considerar ciertas variables (Cagnoni y Milanese, 2010).

Son distintas las fases por las que atraviesa el doliente como maneras y tiempos subjetivos, la sucesión de una fase a otra va a depender del bloqueo en como elabore el dolor y la pérdida (Cagnoni y Milanese, 2010).

La primera fase es la rabia que aparece antes del dolor. Esta se dirige a uno mismo o hacia los demás transformándose en un sentimiento de culpa, esta sensación puede llegar a bloquear el proceso normal de elaboración de una pérdida necesiándose la intervención terapéutica inmediata que permita que la culpa fluya (Cagnoni y Milanese, 2010).

Es importante permitir que fluya la culpa, por un lado, porque puede llevar a revivir sin cesar pensamientos y sensaciones devastadoras y por otro a culparse e insultarse en cada momento.

Una segunda fase es evitar o experimentar plenamente el sufrimiento. Esta dualidad se presenta porque una de las tentativas más frecuentes es intentar alejarse de los recuerdos que ligan a una muerte afectiva, el segundo es poder procesar el luto dando espacio de expresión del dolor, meterse dentro de él y atravesarlo (Cagnoni y Milanese, 2010).

En las personas que asisten a psicoterapia, para esta segunda fase es imprescindible el trabajo del terapeuta a un redescubrimiento del doliente para dirigirlo a un equilibrio individual.

Una tercera fase es cuando el luto genera una resignificación, esto es asignarle un nuevo sentido al dolor, que la experiencia también pueda convertirse al mismo tiempo en fuente de tormento y cambio, sobre este punto el trabajo del terapeuta debe enfocarse en tratar de que el paciente evoque recuerdos, es un tipo de elaboración la cual permite no solo dejar el dolor en el pasado, también de trabajar en el futuro (Cagnoni y Milanese, 2010).

### 2.3 Factores situacionales en el proceso de duelo complicado

Los factores situacionales comprenden los modos en cómo se ha producido la muerte.

Se pueden presentar de forma esperada o inesperada, por homicidio, suicidio y accidente. La ausencia del objeto del duelo (como desaparecidos, cuerpos

irreconocibles, abortos o embarazos ectópicos), la duración de la enfermedad (más de 12 meses), concurrentes (cambio de domicilio, presencia de discapacitados en la familia y problemas financieros, entre otros) recursos materiales escasos y las muertes estigmatizadas. (Barreto y Soler, 2004, p.2)

Las muertes por estigmatización están asociadas a personas con VIH o con distintas preferencias sexuales por mencionar algunas, en donde la discriminación provoca en el doliente una reducción en su autoestima y autoconcepto que a la vez los lleva a tener un aislamiento social, siendo circunstancias que predicen un duelo complicado o patológico (Vedia, 2006, citado en Villagómez, 2020).

Los factores personales integran según Villagómez (2020) la ancianidad y juventud como etapas en la vida del doliente, con prevalencia en el malestar físico debido a que se ha encontrado que las personas más jóvenes en un inicio muestran una intensidad de pena mayor.

Sin embargo, a los dos años experimentan una mejoría significativa, mientras que las personas ancianas que enviudan muestran menos pena al principio por el contrario su salud es más frágil dos años después (Barreto y Soler, 2004).

Se suman a estos factores trastornos de ansiedad, depresión, intentos de suicidio y trastornos de personalidad, abuso de sustancias psicotrópicas legales o ilegales, duelos anteriores no resueltos, escasez de aficiones o intereses, reacciones de rabia, amargura y culpabilidad muy intensas.

Un auto-concepto de “personalidad fuerte”, actitud de negación de necesidades afectivas, valoración subjetiva de falta de recursos para hacer frente a la situación, escasez de recursos para el manejo del estrés, baja autoestima y baja confianza en sí misma (Vedia, 2006, citado en Villagómez, 2020).

Otros factores de situacionales a considerar, es la relación que tiene el doliente con el fallecido y con sus redes sociales que entran dentro de la categoría de los factores interpersonales. Además de los antes descritos, se distingue el parentesco. Ya sea la pérdida de un hijo, del hermano, del padre o la madre en edad temprana y de la pareja en todas las edades, la relación ambivalente o dependiente.

La ausencia de apoyo social como ser de una familia pequeña, con baja cohesión e incapacidad para ayudar a sus miembros, no trabajar fuera del hogar, la existencia de niños pequeños en casa y el recuerdo doloroso como es un control deficiente de los síntomas.

Un diagnóstico tardío o relaciones inadecuadas con el personal sanitario si es que estuvo en un proceso psicoterapéutico o internado en algún centro de atención de la salud (Barreto y Soler, 2004).

Por último, se encuentran los factores salutogénicos que a diferencia de los anteriores se centran en proteger a las personas que van a sufrir un proceso de duelo con una competente intervención clínica teniendo como relevancia la promoción de los recursos y atención a las deficiencias que tenga la persona.

Para lograr estos fines Barreto y Soler (2004) proponen tres categorías: estrategias de afrontamiento, los protectores deducidos del estudio de los factores de riesgo y, por último, los detectados a partir de la experiencia clínica.

Las estrategias de afrontamiento buscan la solución de acuerdo con problemáticas que pueden llegar a tener una transformación o en la aceptación de situaciones inalterables centrándose en la emoción.

Los protectores deducidos del estudio de los factores de riesgo que abarcan desde el estilo de vida, aspectos socioculturales o aspectos y propios de la personalidad. Por último, los detectados a partir de la experiencia clínica, es decir a la percepción del psicoterapeuta de autoeficacia, sentimientos de utilidad, planificación y resolución de problemas (Barreto y Soler, 2004).

#### 2.4 Concepto de duelo complicado

Lo descrito hasta ahora explica en términos generales lo que experimenta una persona tras la pérdida de un ser querido y los factores de riesgo que pueden incidir en que un proceso de duelo natural se complique. A continuación, se explicará el duelo complicado.

El duelo complicado es un constructo a nivel de pensamientos, emociones y sensaciones que se describen en un cuadro clínico de mayor duración y gravedad luego de una determinada pérdida que se caracteriza por distorsiones cognitivas, enojo y amargura acerca del fallecido,

Sus características principales son una negativa para continuar con la vida propia, sentimiento de vacío en la vida, así como ideación intrusiva sobre la persona ausente, que generan reacciones de evitación y disfunción social.

Dicha condición se ha asociado con trastornos anímicos, entre los cuales se incluyen las patologías del sueño, así como con episodios depresivos (Millán y

Solano, 2010). Cada persona hace su duelo, con sus características, tiempo y recursos disponibles y específicos.

Es un error pensar que por ejemplo en el caso de los cuidadores de un paciente con cáncer estén procesando equivocadamente su duelo complicado simplemente porque no sigan un patrón temporal o ritmo con los otros miembros de la familia (López-Muñiz, Martínez-Barbeito y González, 2007).

Una de las maneras de poder conceptualizar el duelo psicoterapéutico es desde la terapia narrativa, mediante el constructo de *remembering*. Esta idea se basa en la reconstrucción de la historia del paciente indagando en lo oculto de ésta, en lo negado, en las excepciones a una historia alternativa contrastándola con la dominante (White, 2002).

El paciente habla de las vidas recordadas, esto es, desde un pasado-presente-futuro, entendido esto como una construcción de su identidad, en la interacción con su contexto, por personas o grupos. White (2002) en el espacio terapéutico le habla al paciente como una revisión de la “propia membresía de vida”.

Con ello permite que se den descripciones de la historia con un contenido que enriquece la identidad, conocimientos y habilidades de la vida, generados en relaciones significativas.

Se proporciona un entendimiento bidireccional, esto es, de las relaciones de la persona con las figuras significativas de su vida (White, 2002). Cabe aclarar que este concepto se retoma para enriquecer la concepción del proceso de duelo y no para el análisis de la intervención del TOG.

## 2.5 Manifestaciones Clínicas del duelo complicado

Un duelo complicado se caracteriza por una intensificación, exacerbación del dolor causado por la pérdida. La persona lleva a cabo conductas desadaptativas, pensamientos intrusivos, rumiantes y catastróficos que provocan a su vez que las emociones y sentimientos pasen a estados más agudos requiriendo un tratamiento farmacológico, la persona somatiza los síntomas causados de la pérdida.

Según Vedia (2016) el duelo complicado se divide en cuatro apartados en los que la persona puede encontrarse que son; duelo crónico, duelo retrasado, duelo exagerado y duelo enmascarado. Para esta investigación describiré solo el duelo crónico debido a que el consultante se situó en este apartado cumpliendo en gran medida con la definición.

### 2.5.1 Duelo Crónico

Esta frecuente forma de duelo complicado se produce especialmente en situaciones en las que el doliente mantenía una intensa dependencia (económica o afectiva) del difunto.

Para evitar la sensación de desamparo, el doliente mantiene a través de la memoria del difunto intensos vínculos con él o ella. De esta forma, se produce una situación de bloqueo en la que el llanto por el difunto aparece de forma inopinada ante cualquier cosa que se lo recuerde al doliente, sin que estos recordatorios tengan que pasar necesariamente por la esfera consciente.

En estas circunstancias, las fantasías de reunión con el muerto hacen del suicidio una posibilidad apetecible (López-Muñiz, Martínez-Barbeito y González. 2007).

La depresión y la anulación social son frecuentes en este cuadro. El tratamiento se compone de fármacos antidepresivos y terapia conductual orientada a la resocialización y a romper los vínculos anormales con el difunto (López-Muñiz, Martínez-Barbeito y González. 2007).

### 2.5.2 Características del Trastorno Depresivo Mayor en el duelo complicado

Según Fernández y Rodríguez (2002) en relación con el DSM-V (Asociación Estadounidense de Psiquiatría, 2014), los síntomas y criterios que tienen mayor prevalencia en el trastorno depresivo mayor son: un retardo psicomotor importante, alteraciones funcionales graves y prolongadas como la pérdida de peso, trastornos del sueño, falta de concentración, pensamientos intrusivos con imágenes del fallecido, debilidad y fatiga.

Otros síntomas son un anhelo o añoranza persistente con el fallecido, una importante dificultad para aceptar la muerte, valoración desadaptativa, sentimiento de vacío (pérdida del sentido de vida), disfunción de las áreas laborales y sociales.

Otros criterios que presenta el doliente son preocupaciones mórbidas sobre la propia valía, una culpa asociada a temas que van más allá de los que rodean la muerte de un ser querido, sobre cosas distintas de lo que se hizo o se dejó de hacer en el momento de la muerte (Flórez, 2002).

También la persona presenta una preocupación por la muerte, independientemente de los pensamientos de estar muerto para estar con el fallecido o más allá de la

sensación de que hubiera sido mejor morirse él mismo en lugar del fallecido, ideación suicida, sentimientos de haber hecho algo que ha provocado la muerte del ser querido, experiencias alucinatorias diferentes a las percepciones transitorias de oír o ver a la persona fallecida (Flórez, 2002).

Cabe decir que estos síntomas y criterios del trastorno depresivo mayor asociados al duelo complicado deben cumplir criterios clínicamente significativos, presentándose de manera diaria y prolongada desde que se presenta el fallecimiento hasta una duración de 12 meses (Fernández y Rodríguez, 2002).

## 2.6 Criterios del diagnóstico de duelo complicado

Dentro de los criterios del diagnóstico para un duelo complicado se pueden incluir 4 tipos de síntomas que corresponden al estrés por la separación afectiva como; pensamientos intrusivos (que entran a la mente sin control) acerca del fallecido, añoranza del fallecido (recuerdo de su ausencia con profunda tristeza), conductas de búsqueda del fallecido (aun sabiendo que ya está muerto) y sentimientos de soledad como consecuencia del fallecimiento (López-Muñiz, Martínez-Barbeito y González. 2007).

Otros criterios entran en una categoría es el estrés por el trauma psíquico por el fallecido, algunos de estos síntomas son la falta de metas, dificultad para aceptar la realidad de la muerte, sentimiento de vacío hacia la vida y tener alterada la manera de ver o interpretar al mundo (López-Muñiz, Martínez-Barbeito y González. 2007).

Una tercera categoría dentro de los criterios es la cronología con duración de los síntomas de al menos 6 meses y el deterioro en su vida social, laboral o de otras actividades significativas.

En la siguiente sección se hablará sobre los principios epistemológicos de la terapia cognitivo-conductual, la técnica de confrontación, el dialogo socrático y el modelo ABC-DE, conceptualizaciones teóricas y clínicas para el tratamiento del duelo complicado.

## 2.7 Principios epistemológicos básicos de la terapia cognitivo-conductual

En el año 1976 el psicólogo y catedrático en psiquiatría Aaron Beck de origen estadounidense, acuña el término Psicoterapia Cognitiva para dar a conocer un modelo donde se identifican los diferentes niveles de cognición: pensamientos automáticos, asunciones subyacentes y distorsiones cognitivas (González, Barreto y Salamanca, 2017).

Al año siguiente en 1977 publica junto con su equipo de investigación un modelo para el tratamiento de la depresión con raíces teóricas, metodológicas y científicas del cual concluye cumplir con los criterios de un sistema de psicoterapia que provee datos clínicos y empíricos que se articulan a la teoría para explicar la personalidad, la psicopatología y el cambio terapéutico (González, Barreto y Salamanca, 2017).

Para el año 1980 el psicoterapeuta Albert Ellis funda la Terapia Racional Emotiva (TREC), que se deriva de la Terapia de la Conducta y que a su vez se deriva de la Modificación de la Conducta. La TREC cumple varios principios como el

reforzamiento, la discriminación, castigo y extinción (Ibáñez, Onofre y Vargas, 2012).

El fundamento que tiene la TREC es enseñar y mostrar al sujeto las consecuencias de sus actos, la causa de sus emociones y el aprendizaje de una forma diferente de pensar y por lo tanto de manejo sus emociones y actos. En ese sentido lo que implica es hacer explícito lo implícito de las autoverbalizaciones del sujeto y que aprenda unas nuevas formas de evaluar las formas de la vida cotidiana para que actúe de una forma más razonable (Ibáñez, Onofre y Vargas, 2012).

Para el año 1983 Beck desarrolla un Modelo de Vulnerabilidad Cognitiva con relación a un modelo de diátesis estrés en el que se identifican contenidos esquemáticos de sociotropía y autonomía con el componente de diátesis, los eventos vitales y su predominancia al componente de estrés (González, Barreto y Salamanca, 2017).

Desarrolla para el año 1991 el modelo Completo de Personalidad Cognitiva en el que se definen las sub-organizaciones de personalidad, afectivo, cognitivo, conductual y motivacional.

Finalmente, para el año 2014 este modelo se actualiza llamado Modelo Cognitivo Genérico-Integrativo que explican la base de los trastornos y su diferenciación con actualizaciones como la función adaptativa, el procesamiento dual, los esquemas, disposiciones memorísticas y atencionales sesgados y factores estresantes repetitivos (González, Barreto y Salamanca, 2017).

En el siguiente apartado se describe la técnica de confrontación en la terapia cognitivo-conductual. Así mismo, ejemplos en los cuales se puede distinguir entre una confrontación directa y una confrontación sutil según la relación terapéutica creada y el contenido discursivo del paciente.

## 2.8 La técnica de confrontación en la terapia cognitivo-conductual

La confrontación es vista como una técnica o herramienta utilizada desde diferentes enfoques psicoterapéuticos, razón por la que resulta importante valorar la necesidad de adquirir las destrezas en que como pueda ser utilizada.

En ese sentido Rupprecht (1998) menciona que técnica de confrontación alude más a una técnica de interrogación, cuyo objetivo es que el cliente descubra las generalizaciones, eliminaciones, distorsiones, conductas y capacidades dentro de su contexto.

Puede decirse entonces, que la confrontación es una forma psicológica de interrogar, que apunta a obtener detalles cognitivos y sensoriales precisos de la persona para ayudarla a centrarse en su propia vivencia interna y así ésta logra sacar a la luz aquellos pensamientos, sentimientos y actitudes cargados emocionalmente que le producen conflictos (Vargas, 2003).

La confrontación tiene el fin de conducir a la persona hacia una reorganización del patrón referencial básico, a percibirse a sí misma y a su entorno de diferente manera, aceptando la responsabilidad por la propia vida y la consideración por otros, lo cual la conducirá a mostrar una conducta más racional basada en el interés de transformarse y crecer emocionalmente (Vargas, 2003).

Esta técnica ayuda a la gente a ver más claramente lo que ocurre en ella, las consecuencias de su conducta y cómo puede asumir responsabilidad para cambiar hacia una vida más eficaz, a desarrollar más y mejores relaciones con otros (Satir 1990).

Una buena confrontación se origina en el deseo de quien confronta debe atenderse más profundamente a la persona que confronta. Por lo tanto, debe basarse en una verdadera comprensión de esa persona orientada y surgir de un interés que sea genuino y claro, ya que comunica el más alto nivel de comprensión empática. Debe ser vista como un acto de afecto y compromiso (Ellis, 1983).

El fin principal que persigue el uso de esta técnica, es dejar a la persona con el mínimo de ansiedad, angustia y culpabilidad; con suficiente capacidad para dejar de culpar a los demás y al entorno de sus conductas y acciones.

Un interrogatorio lento y minucioso resulta más suave, de menos riesgo, pero a la vez más costoso, y una entrevista en la que la persona se sienta confundida o agredida por el tipo de pregunta que se le plantea, no funciona; por lo tanto, se hace necesario un entrenamiento en comunicación asertiva para garantizar que la confrontación se mostrará ante el orientado con firmeza y no con agresividad (Ellis, 1983).

Durante los primeros contactos, progresivamente se produce un rapport, empatía necesaria para proceder entonces a confrontar. Es decir, que una confrontación prematura usualmente puede generar sentimientos y actitudes negativas tales como

defensa, enojo, manipulación y muy probablemente se puede hasta destruir la intención y la relación de ayuda (Ruiz, Díaz y Villalobos, 2012).

Ser asertivamente afirmativo también se convierte de manera especial en confrontación, porque la afirmación puede ser vista como un acto de preocupación cuidadosa y genuina por parte del profesional, con lo cual se puede ayudar a la persona a abandonar actitudes defensivas (Ellis, 1983).

Una confrontación siempre debe ser honesta, por lo que el profesional que la utilice debe aprovechar la oportunidad para comunicar interés, cuidado, preocupación, halagos, y hasta afectos, y así las personas podrán sentirla más suave y por lo tanto favorable para que afloren y se reflejen las reacciones emocionales. Recuérdese que es un instrumento efectivo para aumentar la capacidad de la persona orientada a percatarse de sus limitaciones (Ruiz, Díaz y Villalobos, 2012).

Con la confrontación no se trata de revelar las debilidades personales, más bien se trata de situarse por voluntad propia, en lo que podríamos denominar el banquillo de los acusados, para empezar a buscar las debilidades, encontrar obstáculos, e identificar todos aquellos sentimientos y acciones que le producen a la persona malestar y frustración, con el único propósito de que llegue su mejoramiento personal (Ruiz, Díaz y Villalobos, 2012).

### *Tres ejemplos prácticos*

A continuación, presento tres ejemplos de intervenciones. Estas confrontaciones han sido divididas en función del nivel de impacto que buscaban causar y el grado de “sutileza” con el que se plantearon. Cabe mencionar que esta

clasificación, en el caso presente, es completamente subjetiva y está basada en el criterio personal subyacente al conocimiento del paciente dado y de la relación terapéutica creada (Ruiz, Díaz y Villalobos, 2012).

Cualquiera de estas intervenciones, fuera del contexto en que se dieron y con cualquier otro paciente, podría clasificarse de un modo distinto:

Confrontación sutil: Paciente manifiesta necesidad de control en diferentes situaciones y contextos. Refiere buscar siempre una ubicación en aquellos lugares a los que acude en la que pueda tener “vigilado” visualmente a todo el mundo.

Confrontación sutil: *¿Qué te parecería si ambas continuáramos lo que queda de sesión con los ojos cerrados?*

Confrontación directa: Paciente manifiesta (en varias ocasiones) acusación de su entorno sobre su carácter hostil, agresivo, celoso y manipulador. Muestra una actitud ligeramente acorde a lo descrito, aunque siempre es amable en terapia.

Confrontación directa (después de varias sesiones): *¿Crees que hay algo de lo que tú me has contado habitualmente que se corresponde con un carácter hostil, agresivo, celoso o manipulador?*

Confrontación directa: Paciente manifiesta estar en una relación con un hombre que tiende a abandonar a sus parejas cuando se cansa de ellas y teme que le ocurra lo mismo, aunque refiere tal nivel de enamoramiento que le resulta inviable terminar la relación.

Confrontación (de nuevo, después de varias sesiones): *¿Podrías decirme qué diferencias observas entre tu relación con tu pareja y relaciones pasadas que él te haya comentado?*

El objetivo de una confrontación siempre es buscar que la persona pueda enfocar la situación, al menos, desde dos puntos de vista y que, por tanto, con dos alternativas *pueda elegir*. Es fundamental mencionar que no es competencia del psicólogo juzgar o argumentar (ni a favor, ni en contra) en función de nuestra creencia personal, pues el psicólogo nunca debe empujar en ninguna dirección (Ruiz, Díaz y Villalobos, 2012).

### 2.8.1 Diálogo socrático y modelo ABC-DE cómo intervención en la técnica de confrontación

Ellis (1980) sobre esta técnica desarrolló un modelo llamado ABC-DE con la finalidad de que el paciente enfrente sus propias creencias que le originan estados emocionales inadecuados y comportamientos inadecuados. Así mismo, este tipo de terapia ayuda a confrontar las distorsiones cognitivas del paciente que le provocan sentimientos exacerbados de ira, tristeza y culpa que le resulten plantearse una realidad problemática y una calidad de vida disfuncional.

La tarea entonces es que se desarrollen pensamientos alternativos y se pueda orientar a que tenga una percepción distinta ante ciertas situaciones y que le sean enriquecedoras.

A través del modelo ABC-DE y de preguntas estratégicas que son parte de la técnica de confrontación, se podrán entonces realizar diagnósticos que puedan dar solución

a un manejo de sus emociones, sentimientos y conductas que al paciente le puedan resultar más adecuadas y menos dolorosas o perjudiciales además de la modificación de las estructuras de pensamiento.

El tipo de preguntas que se realizarán serán por medio del método socrático, explorando 5 diversas áreas y dos subcategorías sobre las creencias y los pensamientos:

La petición de pruebas que mantienen los pensamientos o creencias disfuncionales, indagar las alternativas interpretativas a los pensamientos o creencias disfuncionales, explorar las consecuencias emocionales de mantener los pensamientos o creencias disfuncionales, comprobar la gravedad de las predicciones negativas y conceptualizar pensamientos o supuestos vagos en su formulación (Parterrieu, 2011).

El fin que tiene la utilización de la técnica de confrontación es obtener detalles cognoscitivos y sensoriales que ayuden a la persona a centrarse en su propia vivencia interna y lograr sacar a flote esos pensamientos, sentimientos o actitudes que producen conflictos (Vargas, 2003).

Una primera área son las preguntas de aclaración como:

¿Qué quieres decir con...?

- ¿Qué quieres decir con que tu madre fue todo para ti?

¿Podrías poner un ejemplo de...?

- ¿Podrías poner un ejemplo de ese lazo afectivo que mantenías con ella?

Una segunda área son las preguntas para razonar y argumentar:

¿Cómo sabes que...?

- ¿Cómo sabes que tu madre prefería más a tus hermanos que a ti?

¿Qué te lleva a pensar que...?

- ¿Qué te lleva a pensar que no te quería?

Una tercera área son preguntas sobre asunciones:

¿Cómo llegaste a asumir que...?

- ¿Cómo llegaste a asumir que tu hermano era un desobligado?

¿Por qué alguien asumiría que...?

- ¿Por qué alguien asumiría que la vida no vale nada?

Una cuarta área son preguntas sobre causas y consecuencias:

¿Qué pasaría si...?

- ¿Qué pasaría si pensaras que tu madre no es que no te quisiera sino más bien se sentía preocupada o triste por ver tu estado de salud?

¿Cuáles serían las consecuencias de... si asumimos que...?

- ¿Cuáles serían las consecuencias de pensar que si te amaba si asumimos que tu madre en realidad se sentía preocupada por tu salud?

En una quinta área se abordan preguntas sobre el origen de las ideas:

¿De dónde viene esa idea?

- ¿De dónde viene esa idea de que la vida es muy corta?

¿Siempre has pensado igual sobre...?

- ¿Siempre has pensado igual sobre la vida?

Preguntas sobre perspectivas y puntos de vista entrar en una sexta subcategoría:

¿De qué otra forma podríamos ver...?

- ¿De qué otra forma podríamos ver la muerte de tu madre?

¿Cómo respondería (otro) a la afirmación sobre...?

- ¿Cómo respondería tu padre a la afirmación sobre que tu madre fue una gran persona con muchas cualidades y dejó como esposa y madre muchas cosas positivas?

Una séptima subcategoría son preguntas sobre las propias preguntas:

¿Por qué crees que preguntaba...?

- ¿Porque crees que preguntaba sobre ti a tus hermanos?

¿Cuál era el objetivo de preguntar?

- ¿Cuál era el objetivo de preguntar cuanto tiempo llevabas consumiendo bebidas alcohólicas?

Los psicoterapeutas que quieren lograr los resultados deseados en esta técnica necesitan atender profundamente a la persona, con un interés claro y genuino, escucha activa y con una comprensión empática alta.

Las preguntas tienen que ser claras y directas cuidando que el consultante no se sienta agredido o confundido. Es decir, actuar con firmeza y no con agresividad, evitar hacer intervenciones que parezcan más interrogatorios y optar mejor por hacer preguntas específicas según los discursos, tanto en el lenguaje verbal y no verbal del consultante.

En ese sentido es poner el énfasis en las partes incongruentes y disonantes de sus vidas, sus mensajes contradictorios y las consecuencias de esta manera se abrirán

puertas a nuevos aprendizajes de cómo expresar sus sentimientos y formas de pensar que le hagan sentido a sus vidas (Vargas, 2003).

## 2.8.2 Extractos de estudio de caso único desde la técnica de confrontación

En un estudio de caso único de una adolescente víctima de abuso sexual con trastorno depresivo realizado en la Universidad del Norte en Barranquilla, Colombia se abordó usando diferentes manuales, esquemas, unidades de análisis y técnicas cognitivo-conductuales.

De entre ellas la confrontación, haciendo uso de preguntas correspondientes al diálogo socrático que dieran cuenta en fragmentos de la terapia creencias arraigadas y compensatorias que respondían a nivel cognitivo a tener ideaciones suicidas, indecisiones y una autocrítica,

A nivel emocional con sentimientos de culpa y vergüenza, sentimientos de ira y respuestas motoras como autolesiones, pasividad y problemas en las habilidades sociales (Galeano, 2017).

Fragmentos del dialogo socrático (Galeano, 2017, p.57)

*T: ¿Porque no tienes un mejor amigo?*

*OSS: Porque todos son falsos, idiotas*

*T: ¿Qué pasa si compartes tus ideas y emociones con un amigo?*

*OSS: nadie va a entender las cosas que me pasan*

*T: ¿Qué pasa si ese amigo no está de acuerdo contigo?*

*OSS: significa que piensa que soy una tonta*

*T: ¿Entonces no tienes amigos porque temes que te vean cómo tonta?*

*OSS: Prefiero estar sola a que se burlen de mis cosas*

*T: ¿Por qué se burlarían?*

*OSS: Porque ni yo entiendo lo que pienso y las cosas que me pasan. Además, siempre que opino en las conversaciones todos quedan con caras de que no entienden.*

Además, se encontró en este estudio que las creencias y las actitudes se articulaban como por ejemplo vemos en este fragmento que el aislamiento y la apatía surgen como creencias compensatorias de una creencia trágica “Si permito que se acerquen a mí, se van a decepcionar, porque no tengo nada de interesante” (Galeano, 2017, p.57)

La atención al caso de este TOG se hizo usando esquemas como el ABC, registro de pensamientos automáticos, revisión de análisis de los autorregistros, un entrenamiento en la resolución de problemas y un entrenamiento en habilidades sociales.

Los resultados dieron solución a que el paciente pudiera tener una reestructuración cognitiva, una mejoría en diferentes áreas de la vida (desde la parte cognitiva, emocional y conductual hasta la parte social) y poder cambiar creencias desadaptativas a más adaptativas (Galeano, 2017).

Un segundo ejemplo del estudio de este tipo de técnica es referido en un estudio de caso se utilizó el método socrático sobre el pensamiento crítico a 160 estudiantes de la Universidad de Bogotá divididos en dos grupos (control y experimental) a

quienes se les aplicaron un total de 706 preguntas con la ayuda de diversos instrumentos como protocolos y un manual de entrenamiento del diálogo socrático.

El manual primeramente fue entrenado hacia profesores para posteriormente ser aplicado a los estudiantes para determinar la existencia, existencia y grado del pensamiento crítico (Acosta, 2002).

Para obtener dicho efecto se recurrió a un diseño cuasi-experimental utilizando como técnicas la observación y la discusión en efecto de probar el desarrollo del pensamiento crítico y en términos de subcategorías como la claridad, precisión, exactitud, pertinencia, profundidad, amplitud y lógica.

Como resultados se destacaron las subcategorías de claridad y precisión donde el grupo experimental superaron a los del grupo control de forma significativa según valoraciones de bajo, medio y alto en las respuestas cumpliéndose los objetivos de la investigación (Acosta, 2002).

Un tercer estudio muestra un análisis del caso de un consultante de 57 años de la ciudad de Bogotá, quien tuvo una pérdida de un familiar de manera violenta y repentina. Se hallaron dos factores que complicaron el duelo, el primero se relacionó con la culpa, en ideas irracionales sobre el evento y otro con rasgos de una personalidad dependiente, derivando en un duelo patológico (Carmona, 2009).

La planificación para la intervención se enfocó en el trabajo con los pensamientos disfuncionales cognitivos, la aceptación de la pérdida y una renovación de un estilo de vida, que le permitió al doliente sentirse valioso, productivo y amado (Carmona, 2009).

## 2.9 La reestructuración cognitiva, conceptualizaciones teóricas y clínicas para el tratamiento del duelo complicado

Uno de los enfoques psicoterapéuticos que maneja el duelo complicado es el Cognitivo-Conductual que brinda un plan de intervención que se enfoca en conocer y evaluar por un lado las causas que dificultan el duelo previamente descritas y los elementos determinantes que mantienen un duelo complicado (Cruz, Corona y Portas, 2017).

Los determinantes básicos se dividen en tres procesos fundamentales: 1) una débil integración de la pérdida en sus creencias previas, 2) creencias generales negativas e interpretaciones disfuncionales de las reacciones del duelo y 3) estrategias de evitación a la depresión y la ansiedad (Cruz, Corona y Portas, 2017).

Analizando la segunda determinante sobre las creencias generales negativas, estas simbolizan conjeturas e interpretaciones erróneas respecto a un tema en general, que lo lleva a sacar sus propias deducciones.

Por ejemplo “creencias como no sirvo para nada, la vida no tiene sentido o el futuro es desesperanzador, refuerza en los dolientes el mantenimiento de la atención respecto a su presente, su futuro y todo lo que se perdió” (Cruz, Corona, y Portas, 2017, p.9).

Por lo que la motivación para continuar con actividades habituales y plantearse nuevos objetivos se verán limitados. Igualmente, las interpretaciones que tengan a las reacciones del duelo, como interpretar su dolor emocional como intolerable, su

tristeza con la pérdida de control o las intrusiones como un reflejo de “pérdida de la razón”

Son interpretaciones fatídicas que se generan en la mayoría de los dolientes, y fomentan en algunos de los casos, angustia y malestar. Por otro lado, es previsible que estas interpretaciones y reacciones conduzcan al individuo a pretender minimizar los sentimientos y pensamientos sobre la pérdida, equivocaciones que por consiguiente aportaran elementos a que realice conductas de evitación con síntomas depresivos y signos de ansiedad (Cruz, Corona y Portas, 2017).

Una propuesta de intervención terapéutica desde la técnica de confrontación cognitivo conductual es la reestructuración cognitiva, que se basa en la identificación y confrontación de los pensamientos negativos e irracionales que nos asaltan ante determinadas circunstancias. Comienza con la identificación de los pensamientos negativos irracionales o en otras palabras distorsiones cognitivas (Ellis, 1958).

Para que se pueda efectuar tal propósito es necesario basarse en la técnica de confrontación haciendo uso de autorregistros como el modelo ABC-DE y del dialogo socrático que ayudaran al paciente a cambiar sus afirmaciones irracionales por otras más racionales, la identificación de emociones dolorosas, señalar sus pensamientos disfuncionales y automáticos que no se den en términos de polarización, generalización o magnificación (Ellis, 1958).

Una parte también será el análisis de los fragmentos de los discursos en terapia que darán cuenta de cómo a través de las preguntas efectuadas al consultante se

puedan ver los cambios conforme pasen las sesiones, que logre mejorar en diferentes áreas de su vida y su entorno.

Estas metas que se quieren lograr también implican a que el consultante aprenda como parte de la reestructuración cognitiva, a que pueda llevar un entrenamiento en la resolución de problemas y en habilidades sociales.

Para ello es importante tener en claro las problemáticas que presenta el consultante debido a las pérdidas recientes, es decir, como la sintomatología puede estar afectando otros aspectos de su vida diaria (laboral, social y familiar) a fin de ir encontrando soluciones con la terapia.

Por esta misma línea del tratamiento de este caso con duelo complicado desde el enfoque Cognitivo-Conductual, se lleva también a cabo una intervención que consta de cuatro fases: descriptiva, explicativa, resolutive y constructiva.

En la primera fase descriptiva lo que se busca es facilitar la integración de la pérdida con el conocimiento previo existente (Cruz, Corona, y Portas, 2017).

Para dilucidar más esta primera fase con el caso, el consultante refiere experimentar una separación temporal y no definitiva, tiene una sensación que la persona no se ha ido del todo o que se encuentra en algún lugar, hace representaciones mentales con respuestas emocionales; dolor y angustia y conductuales; búsqueda de la relación con el ser querido para mantener la proximidad (Cruz, Corona, y Portas, 2017).

Sera necesario entonces como un primer escenario utilizar los síntomas propios del trauma. Refiere Payás (2010) que las consecuencias pueden ser el traer daños irreversibles en el paciente, como pensamientos obsesivos maladaptativos; el

trabajo entonces se enfocará en los pensamientos, emociones y recuerdos intrusivos sobre circunstancias y consecuencias de la muerte.

Posteriormente ya manejados estos síntomas, el tratamiento se centrará en que el doliente tenga un mayor grado de objetividad, con la finalidad de que genere e integre interpretaciones sobre la pérdida más adaptativas, enfocadas a la reducción de conductas evitativas de afrontamiento y a la aceptación de la pérdida.

Un tercer paso será ayudar a orientar al paciente a recordar, objetivar, subjetivar, metaforizar y buscar alternativas tanto a sus creencias como a sus objetivos futuros, revisando detalladamente las implicaciones presentes y futuras de la pérdida en la vida del doliente (Boelen,2006) y puntualizar la irreversibilidad de la pérdida.

En una primera fase se recomienda incentivar a que el consultante hable de toda la historia sobre la pérdida, animar a profundizar en ellos, que profundice en ellos; el terapeuta por su parte tiene la tarea de identificar los momentos de angustia y estrés en el consultante, que integre más detalles sobre esos momentos, evidencias sobre sus creencias, para tener la oportunidad de construir nuevas interpretaciones personales (Neinmeyer & Mahoney, 1998).

En la segunda fase explicativa se pretende identificar y cambiar las creencias desadaptativas del doliente. Y es que las cogniciones juegan un papel muy importante para el mantenimiento o recuperación ante la pérdida, el evento de una pérdida puede causar interrupciones en las creencias básicas acerca de la autoestima y el significado del mundo.

Otras teorías lo vinculan directamente al duelo con la teoría cognitiva de la depresión de Beck (1976), quien propone que los problemas emocionales después

del duelo son similares a la depresión, especialmente en lo referente al patrón de pensamiento disfuncional que implica verse a sí mismo, al mundo y al futuro.

Indica Boelen y Lensvelt-Mulders (2005), que algunos dolientes desarrollan creencias e interpretaciones que contribuyen a producir angustia por separación, acompañados por síntomas de depresión y ansiedad. El objetivo en terapia es reducir la angustia a corto plazo y no dejar prolongarla, con la participación de estrategias cognitivas y conductuales.

Una tercera fase es el afrontamiento donde se busca disminuir las estrategias de evitación del doliente ante la depresión y/o ansiedad que en realidad son defensas. Se propone elevar su tolerancia al sufrimiento, estimular y retomar actividades placenteras ante la pérdida (Cruz, Corona, y Portas, 2017).

En este punto de esta tercera fase, el doliente ya es capaz de discernir su pérdida de manera más objetiva, ajusta sus distorsiones cognitivas, es posible que aún utilice estrategias de evitación. Con la ayuda de técnicas como la imaginación racional emotiva, se reducen sus niveles de ansiedad y le permite tener una mejor capacidad de afrontar la vida.

Suprime pensamientos que le puedan producir sensaciones de displacer, se reducen las rumiaciones (pensamientos repetitivos y negativos acerca de las causas y consecuencias que le aquejan) y se prevé también con estas técnicas, que el doliente tenga conductas desadaptativas, un ejemplo serían los pensamientos de preocupación (Cruz, Corona, y Portas, 2017).

Una cuarta fase corresponde a la resignificación de la experiencia vivida, que sería una consecuencia al tratamiento de las tres fases anteriores a una oportunidad de

reconstruir y consolidar nuevos significados que han sido cuestionados por la pérdida.

De esta manera el doliente reorienta el aprendizaje de sí mismo y el mundo, de afrontar su proceso de duelo, aceptar y adaptarse a una realidad donde la persona querida ya no está y esto conlleva también a un crecimiento personal (Cruz, Corona, y Portas, 2017).

Haciendo una síntesis de lo explicado hasta este momento, el duelo es un proceso natural que experimentan todas las personas a lo largo de su vida. Se viven pérdidas materiales; posesiones, cosas u objetos. Pérdidas evolutivas; cambio de etapas de vida. Pérdidas intrapersonales; capacidades físicas e intelectuales. Pérdidas interpersonales; familiares, amigos, personas significativas.

Las pérdidas generan un sufrimiento emocional, físico y psicológico, sin embargo, son respuestas vitales esenciales que suponen una maduración en la manera en cómo se sobrelleva, afronta y recuerda aquello apreciado o querido.

En el caso de una persona fallecida, el proceso de duelo puede ser natural, aunque se puede complicar dependiendo factores situacionales, personales, interpersonales y salutogénicos.

Podemos decir también que en las etapas de un duelo diversos autores concuerdan en la ira u enojo, negación, culpa, evitación o experimentación del dolor causado y por último la aceptación. Se acepta la realidad de que la persona ya no está físicamente en nuestras vidas, se le puede dar un nuevo significado al dolor, recordando, recomponiendo y reorganizando.

Cuando se complica un duelo, las respuestas emocionales, físicas y psicológicas se prolongan y se agravan como un sentimiento de vacío, ideaciones suicidas sobre la persona ausente y una negativa para continuar con la vida.

Otras manifestaciones clínicas del duelo complicado es que la persona presenta características del trastorno depresivo mayor con síntomas que afectan al sistema psicomotor, sistema digestivo, sistema nervioso, trastornos del sueño, trastornos del pensamiento, disfunciones laborales y sociales. Siendo una alternativa la terapia cognitivo-conductual haciendo uso como herramienta clínica la confrontación en el tratamiento del duelo complicado.

## CAPITULO 3: FUNDAMENTACION METODOLÓGICA

### 3.1 Concepto de estudio de caso clínico sistematizado

Antes de abordar los estudios de caso único es preciso definir lo que es un estudio de caso. Desde una perspectiva integradora, Yin (1994, p.13) explica que un estudio de caso es una investigación empírica que estudia un fenómeno contemporáneo dentro de un contexto de la vida real” con múltiples variables sujetas a tener una fuente de evidencia teórica, una guía de recolección y análisis de datos.

De acuerdo con Yin (1994), es apropiado cuando se va a realizar un estudio de caso plantearse preguntas de tipo: ¿Cómo? o ¿Por qué? Se busca con estas preguntas describir un fenómeno que hasta el momento resulte poco estudiado y buscar las causas que subyacen al fenómeno.

Por otro lado, Walker (1983), define un estudio de caso donde se estudian los incidentes, hechos específicos y una selección de datos biográficos que permite captar y reflejar elementos de una situación que dan un significado.

En estudios de caso clínico se plantea hacer investigaciones de fenómenos poco comunes en donde las muestras con criterios amplios estadísticos no son pertinentes. Sin embargo, si se requiere por lo menos una muestra intencionada que investigue ciertas patologías (Wainer, 2012).

Los límites que tienen los estudios de caso son, por un lado, que no permiten establecer generalizaciones ya que un caso no es una muestra representativa (Wainer, 2012). Por otro, las hipótesis que vayan surgiendo a lo largo de la

investigación se enmarcan dentro de subjetividades y en la relación que surja en el espacio terapéutico.

### 3.2 Estudio de análisis de caso clínico sistematizado

Ahora bien, el presente trabajo se sustenta desde un estudio de caso sistematizado donde Kazdin (2001) plantea que no sigue propiamente una metodología de investigación como lo plantea Yin (1994). Por una parte, los estudios de caso único pueden analizarse desde dos polos: hacia la experimentación o en reportes de caso (historiales clínicos) donde no se definen ni controlan variables.

Esta distinción, sin embargo, no excluye el poder hacer investigación experimental, donde en lugar de comparar grupos experimentales o grupos control, en el tratamiento se toman diferentes momentos a un solo sujeto (Kazdin, 2001).

La relevancia que tiene hacer este tipo de estudio desde un historial clínico es que se pueden aplicar distintas metodologías desde diferentes enfoques terapéuticos (psicoanálisis, humanista, cognitivo-conductual o sistémico) con resultados heterogéneos (Kazdin, 2001).

A partir de estas dos alternativas, surge una tercera que comprende a las investigaciones sistemáticas (Kazdin, 2001), que llevan una secuencia, un objeto de estudio e instrumentos de análisis.

Sobre esta línea, Maldavsky (1997) añade que una metodología con carácter sistemático tiene que llevar como consideraciones la confiabilidad de los instrumentos y la validez de los instrumentos, tener una relación con el objeto de estudio, las metas de investigación y la teoría.

De estas consideraciones igualmente importantes una de otra, se pone el acento en la relación con la teoría, es decir, en la validez que tiene con el marco teórico. De acuerdo con Kazdin (2001) los estudios de caso clínico sistematizados deben ser acordes al tipo de diseño que se utilizarán y los objetivos de tratamiento, permitiendo una comparación de otra información de otros estudios de caso único.

Maldavsky (1997) establece que a diferencia de otras disciplinas donde se da una constante de causa-efecto (física o química), estudiar procesos endopsíquicos lleva a hacer estudios sistemáticos no experimentales que llevan a formalizar una propia metodología. Esta será la propuesta específica que se utilizará en el presente trabajo con el uso del instrumento denominado Sistema de la Actividad Terapéutica (SCAT) que se describe a continuación.

### 3.3 Sistema de Codificación de la Actividad Terapéutica (SCAT)

Uno de los principales sistemas de codificación del dialogo psicoterapéutico es el SCAT, como una noción performativa del lenguaje que permite analizar las conversaciones terapéuticas identificando las acciones verbales y su contenido (Valdés, Tomicic, Pérez, y Krause, 2010).

La evidencia conversacional en el análisis del dialogo terapéutico, consiste en la comprensión del lenguaje considerando acciones al hablar y la comunicación de contenidos. Estas dos perspectivas permiten el análisis de la actividad terapéutica donde el terapeuta y paciente se influyen entre si (Valdés, Tomicic, Pérez, y Krause, 2010).

Para el presente trabajo, el SCAT será el sistema que se empleará, ya que el diseño de la investigación es de tipo exploratorio-descriptivo desde un enfoque mixto, utilizando técnicas cualitativas (Valdés, Tomicic, Pérez, y Krause, 2010).

El SCAT realizado por Valdés et al. (2010) se conforma por cinco categorías de análisis; las primeras tres categorías se sitúan en una dimensión de acción (forma básica, intención comunicacional y técnica) agrupadas en 22 códigos. Las dos siguientes categorías se sitúan en una dimensión de contenido (ámbito y referencia) agrupadas en 9 códigos (ver en anexo tabla de dimensiones, categorías y códigos del SCAT-1.0).

La finalidad que tiene el SCAT, es tener una herramienta de análisis que permita comprender mejor la interacción comunicativa en el espacio de terapia con la premisa del lenguaje performativo que “decir algo, es hacer algo” (Valdés, Tomicic, Pérez, y Krause, 2010).

La primera categoría de acción llamada forma básica permite clasificar las categorías verbales del hablante en códigos como: asentir (“mhm”, “claro”), negar (“no”, “de ninguna manera”), aseverar (“pero igual la extraña, esa podría ser otra manera”), dirigir (“piense en lo que le acabo de decir”, “sostenga esa emoción que está experimentando ahora”) y preguntar (“¿A qué se refiere con...?, ¿Me podría dar un ejemplo de lo que dice?”).

Un segundo componente de la categoría de la acción es la dimensión de la intención comunicacional que tienen estos códigos, están en poder distinguir si se está explorando, resignificando o sintonizando con el consultante como AC (Acciones de

Comunicación), que corresponden a una segunda categoría de acción (Valdés et al., 2010).

En la intención comunicacional de la exploración lo que se busca es averiguar o entregar contenidos que se desconocen en relación a conocimientos, hechos, afectos o bien cuando se quieren saber los motivos de una conducta. Se clarifican estos contenidos para profundizar y entregarlos en una opinión o datos.

La resignificación es una acción comunicacional que tiene el propósito de construir o consolidar nuevos significados. Esto permite que el contenido sea más consistente y completo. Por otro lado, sintonizar tiene el propósito de entender o ser entendido por el consultante, armonizar y dar una retroalimentación (feedback).

Una tercera categoría en la dimensión de acción que explican Valdés et al. (2010) es la técnica. Se aclara que al ser muchas solo se dará una explicación y algunos ejemplos. Las categorías se agrupan en códigos empezando con la Argumentación, la da un fundamento, generalización o justificación de un contenido (“usted no demuestra sus emociones porque creció en un ambiente machista donde la creencia era que los hombres no lloran”).

La Autorrevelación es una segunda técnica que evidencia la información personal de uno mismo ya sea del terapeuta o del consultante (“T: Trato de entender cómo se siente porque le confieso que yo pase por una situación similar”, “Cx: Usted me recuerda a un familiar que no veo desde hace años”),

El Consejo como una tercer técnica, da una instrucción o persuasión de manera en cómo se deben ejecutar determinados actos (“No debería seguir ausentándose de

sus hijos porque por eso saca sus propias conclusiones del porqué de sus conductas”).

Técnicas como la Información para Valdés et al. (2010) son conocimientos dados como verdaderos (“unos de los síntomas de la depresión es la pérdida de apetito, la anhedonia y dificultad para conciliar el sueño por lo que me comenta”).

La Narración son contenidos que se citan como episodios a través del tiempo en la historia de vida del paciente (“Esa vez que me dijo mi esposo que cambiaría me la creí y desde ese entonces he querido ver que eso suceda y no ocurre”).

Y el resumen, el cual sintetiza los contenidos (“En síntesis por lo que hemos estado hablando en esta sesión, me has hablado de la dificultad que has tenido de relacionarte con las personas a tu alrededor porque sientes ansiedad que se manifiesta en síntomas físicos como la hiperventilación, cognitivos como el miedo, que resultan en que opte por huir últimamente y a evitar a experimentar esas sensaciones”).

Pasando a las categorías de contenido, éstas se dividen en el ámbito y referencia. La primera hace referencia a como se está planteando el objeto del trabajo terapéutico: contienen códigos cognitivos (ideas), emocionales (afectos) y comportamentales (acciones) (Valdés et al., 2010).

Por ejemplo: Ideas (“Me hizo sentido lo que usted plantea”), afectos (“Permítase seguir experimentando eso que siente”), acciones (“Cuando agarra la botella ya sé que va a tomar y lo que hago es salirme de la casa”).

La segunda categoría que corresponde a las referencias clasifica las AC (Acciones Comunicativas) dirigidas al paciente o al terapeuta y se dividen en tres tipos de códigos: A sí mismo, a otro presente o a la relación terapéutica (Valdés et al., 2010).

Por ejemplo: A sí mismo (“Me sigue costando trabajo demostrar mis emociones”), a otro presente (“Usted desde su posición es muy fácil decirlo”), relación terapéutica (“Nos quedamos tratando el tema de la sesión pasada que quedo en pausa para seguirlo conversando hoy”).

Dentro de esta categoría, los autores Valdés et al. (2010) añaden tres códigos que hacen hincapié a actores que está dentro o fuera de la relación terapéutica, estos son: referencia a un tercero, a la relación con un tercero o a lo neutral (algo indefinido).

Por ejemplo: A un tercero (“Ellos son lo que no me comprenden”), a la relación con un tercero (“Esto que he estado trabajando en los ejercicios para tratar mi ansiedad me ayuda mi pareja”), a lo neutral (“No sé por qué me siguen ocurriendo esas cosas que no me permiten vivir”).

(En el anexo 1 se encuentra la Tabla de Dimensiones, Categorías y Códigos del SCAT-1.0).

### 3.4 Descripción del caso analizado

Desde el trabajo psicoterapéutico hasta ahora con consultantes adultos me he podido dar cuenta de vicisitudes que les han representado conflictos consigo mismos y con personas a su alrededor con quiénes llevan ya sea una relación

estrecha y afectiva (familia de origen, conformada y amigos) o laboral (compañeros de trabajo).

Estos conflictos se dan desde asuntos que tienen un origen de un pasado próximo o desde una infancia que ahora en un presente les han causado diversos problemas a nivel psicológico, emocional y orgánico.

Es preciso decir que el motivo de consulta o la queja que tienen los consultantes llegan a ser proyectados en otros, negando sus propios sentimientos y responsabilidades, comúnmente los mensajes de la comunicación son empleados en segunda o tercera persona que obstaculizan la introspección hacia sus propias emociones y pensamientos.

El caso en cuestión es de un adulto de 40 años que atravesaba por un duelo complicado. Su proceso se llevó a cabo en el contexto de un servicio de psicoterapia estudiantil de la zona metropolitana de Guadalajara.

Los criterios de selección que se enmarcan en este proyecto institucional son de población adulta que, de forma voluntaria, tienen el interés de recibir una atención psicoterapéutica. Este proyecto a su vez tiene una política de inclusión en la cual tanto hombres como mujeres pueden recibir esta atención psicoterapéutica.

El consultante presentó distintas sintomatologías que corresponden a un duelo complicado, como la angustia por separación que conducen a una mala asimilación de su pérdida, una búsqueda y un anhelo que tienen un efecto perjudicial en él y comportamientos estereotipados y repetitivos como la evitación.

A su vez, reunió otras problemáticas en su estilo de vida, su familia formada, su familia de origen, sus relaciones sociales, su calidad de vida, que apelan o se tradujeron en el significado que tuvo la pérdida de seres queridos.

Así mismo, dando prioridad al consultante y en su proceso de duelo, teniendo como premisa el trabajo con la técnica de confrontación hacia el bienestar y resignificación de sus pérdidas.

Dentro de los aspectos de su contexto sociocultural el consultante es de religión católica, aunque no es practicante. Hace más de 20 años asistió a un grupo de alcohólicos anónimos (AA) a consecuencia de su adicción al alcohol desde que fue joven, un tanto a raíz por los conflictos constantes que tuvo con sus padres porque se sentía rechazado y poco comprendido.

Su familia de origen está conformada por hermanos y hermanas, viviendo unos en la ciudad de Guadalajara y otro fuera de la ciudad. Su madre falleció a causa del COVID-19; esta pérdida no la pudo procesar debido a que había perdido contacto con su madre en meses y un familiar le hizo saber de su fallecimiento.

En cuanto a la parte de su familia formada, el consultante tenía una pareja con quien vivía en su casa desde hace más de 30 años y con quien tuvo tres hijos. El consultante refiere que su relación de pareja fue disfuncional desde los inicios de esta por discusiones constantes, deficiente comunicación y poco afecto de los unos con los otros, complicándose por el duelo complicado por el que atravesaba con su madre.

### 3.5 Proceso de terapia

Durante la elaboración de este trabajo de investigación, se había concluido el proceso psicoterapéutico con el consultante con un total de 20 sesiones, de las cuales acudió a cada una de ellas con regularidad 1 vez por semana, con una duración de 40 a 45min en un espacio confidencial, con iluminación, ventilación y mobiliario adecuado para llevar a cabo las sesiones.

Desde la primera sesión, se abordó el motivo de consulta respecto al duelo que vivía en esos momentos y tener los acuerdos de como iríamos trabajando como parte del encuadre. Esto mismo, permitió tener un compromiso mutuo dentro del espacio de terapia, ir paso a paso en la reelaboración de su duelo y en la reestructuración cognitiva del consultante, que es parte de la finalidad de la técnica de confrontación al tratamiento en este caso de su duelo complicado.

Se analizaron un total de 7 fragmentos de las 20 sesiones que duró el proceso con el consultante, con la finalidad de contestar a las preguntas y objetivos de investigación.

Las sesiones fueron en línea y audio grabadas con previa autorización del consultante (Ver en anexo 4), con la intención de realizar transcripciones y análisis de las mismas, y también para realizar una mejor intervención psicoterapéutica supervisada.

### 3.5.1 Materiales a emplear

Para la recolección y análisis de los relatos terapéuticos, se hizo uso del documento eje y del modelo ABC-DE como modo de intervención principal (ver esquema en el apartado de anexos 2).

El documento eje es un formato que sirve para dar una explicación detallada del consultante y a su vez de análisis de lo que se trata en cada sesión. Para dar cuenta de esto, el documento está dividido en apartados: contexto sociocultural, familia de origen, familia conformada, relaciones sociales.

También contempla el motivo de consulta original y los desarrollados a lo largo de las sesiones dentro de los cuales, se abordaron los apartados anteriormente mencionados, como hipótesis del caso, cambios buscados en la sesión (tanto por el terapeuta como por el consultante) y antecedentes en otros tratamientos de salud.

Incluye además un breve resumen de cada sesión terapéutica, relatos de la propia sesión a analizar que será el contenido analizado en un formato de tres columnas (transcripción, descripción, evaluación y análisis, y una tercera que es la relación con la teoría).

Para el caso estudiado se analizaron 7 episodios terapéuticos que cumplieron con el requisito de la técnica que se investigó. Este análisis se realizó haciendo uso del SCAT, el cual, permitió categorizar los episodios transcritos en cuanto a las dimensiones que contempla el instrumento: forma básica, intención comunicacional, técnicas, ámbito y referencia.

Estos episodios a su vez fueron seleccionados a los cambios que el consultante fue teniendo en términos de sus pensamientos, emociones y conductas en su proceso de duelo complicado, acompañadas de otras herramientas terapéuticas que ayudaron a reelaborar sus pérdidas.

Para el análisis del diálogo, se realizó la transcripción de las sesiones realizadas con el consultante. Para dicha transcripción, se siguieron las normas de transcripción de Mergenthaler y Stinson (1992), con sus respectivas adecuaciones.

A continuación, se presenta un resumen de las principales normas de transcripción: numeración secuencial de cada turno de palabra, abreviación diferenciada del consultante (C) y T (Terapeuta), superposiciones con el signo + y las expresiones paraverbales.

Se identifican las expresiones de afirmación, negación, duda, evasión, pregunta, humor y exclamación. Las pausas de un segundo se señalan con un guion (-), así hasta cinco segundos. De cinco segundos en adelante se señalarán de la siguiente manera, (p. 00.10). Las palabras incompletas señaladas con un guion y seguido. Por ejemplo, C. *No qui-* , *no quiero*.

Los signos de puntuación como el punto, punto y coma se utilizaran en función de cómo hable la persona, los signos de interrogación, exclamación y pronunciaciones alargadas como un “nooo” se mostrarán con (:). Cuando una palabra es incomprensible se señalara con un signo de interrogación (?) y en el caso de que sea más de una palabra incomprensible se pondrá entre paréntesis la palabra (incomprensible).

### 3.5.2 Consideraciones Éticas

En cuanto a las consideraciones éticas, al consultante para participar en dicho proyecto, se hizo de su conocimiento y autorización a través de un consentimiento informado (ver en el apartado de anexo 4) firmado por el participante, quien hace de su autorización el uso de información recolectada en formato de audio y video.

Así mismo, el participante está en su derecho si así lo desea en que no se haga uso de dichos materiales de videograbación e información personal. Cabe resaltar, que la información proporcionada por el participante se tendrá en un marco de confidencialidad con fines únicamente académicos y con miras a próximas investigaciones para brindar una mejor atención en el campo de la psicoterapia.

Los procedimientos para salvaguardar la identidad del consultante se dieron en primera instancia, en la omisión del nombre del consultante refiriéndose a él con la letra “J” o refiriéndose únicamente como “consultante”. Únicamente se tomaron datos tales como lugar de origen y número de familiares.

En el caso de las personas fallecidas, se tomó registro únicamente del sexo y la referencia familiar y vínculo con el consultante. Esto se debió principalmente porque esta investigación estuvo centrada en cómo vivió el proceso de duelo el consultante en el espacio terapéutico.

## CAPITULO 4: RESULTADOS

En este microanálisis de los fragmentos, es importante precisar que la técnica de confrontación se lleva a cabo de una forma sutil más que de una forma directa. Esta forma sutil está más apegada al diálogo socrático que a la definición que se tiene del SCAT, en el que se confrontan los pensamientos de una manera más directa.

A continuación, se fundamenta esta explicación anterior en algunos fragmentos de sesiones al inicio y al final del proceso psicoterapéutico.

Por otro lado, en estos fragmentos se puede dar cuenta del progreso del consultante conforme fueron pasando las sesiones, de ir explorando juntos sus vivencias, darles un significado a sus emociones y a sus pensamientos, darles una relevancia e importancia y hacerlas conscientes.

La técnica de confrontación ayudo a que se dieran estos progresos junto con un acompañamiento, empatía, el uso de técnicas complementarias y el autorregistro del ABC.

### Fragmento 1

En este fragmento terapéutico de la sesión 5 el consultante me habló sobre la relación que mantenía con su madre en relación con la educación, crianza, estilo de vida y cómo le dio él un significado a esas partes de estructura de origen de su infancia.

Tema: Uso de la técnica de confrontación en el manejo de la pérdida

Subtema: Exploración de la relación consultante-madre, consultante-hermanos,  
consultante-contexto sociocultural

Sesión 5

	Transcripción	Forma Básica	Intención Comunicacional	Técnica	Ámbito	Referencia
1.1	C. Acá en la casa estaba bien condenado que- que yo—este—me drogara—o sea mi mamá no lo aceptaba ni tantito ya cuando llegaba así marihuano y eso se hacía de la vista gorda—porque tanto me hice más vago y se hartó. <sup>1/2</sup> O sea ese trato en el que me inculcó que eso no estaba bien yo lo veo hoy positivo pero en aquel tiempo	1. Aseverar  2. Aseverar	1. Explorar  2. Resignificar	1. Narración  2. Narración	1. Ideas  2. Ideas	1. A la relación con un tercero

	yo pensaba 'es bien culera' pero al día de hoy lo veo que fue necesario por eso digo que fue positivo. <sup>2</sup>					
1.2	T. ¿Qué quieres decir con que fue necesario?	1. Preguntar	1. Explorar	1. Confrontación	1. Ideas	1. A otro presente
1.3	C. Que me rechazara drogado, que no le gustaba que yo estaba drogado y también el maltrato con palabras y con acciones—era lo que tenía para dar.	1. Aseverar	1. Explorar	1. Interpretación	1. Ideas	1. A la relación con un tercero
1.4	T. ¿Qué te llevo a drogarte?	1. Preguntar	1. Explorar	1. -	1. Ideas	1. A otro presente
1.5	C. Pues mira- lo he analizado mucho y pienso que fue por berrinche, yo crecí	1. Aseverar	1. Explorar	1. Interpretación	1. Ideas/ Afectos	1. A si mismo

	<p>con muchas carencias tanto económicas y de amor; veía a otros niños que calzaban zapatos y tenis y tenían una casa bonita y mi casa era de adobe-solo tenía dos puestas de ropa y digo que falta de amor porque sentía que mi mamá no me quería.</p>					
1.6	<p>T. ¿Qué te lleva a pensar que no te quería?</p>	1. Preguntar	1. Explorar	1. Confrontación	1. Ideas	1. A otro presente
1.7	<p>C. Porque me pegaba—y luego al saber que me drogaba para no dejarme salir me amarraba a una puerta y ya después de un rato me</p>	1. Aseverar	1. Explorar	1. Argumentación	1. Ideas	1. A la relación con un tercero

	desamarraba; era una forma de que ella me controlara de alguna forma.					
1.8	T. Mhm	1. Asentir	1. Sintonizar	1. -	1. Afectos	1. A otro presente
1.9	C. Y luego también sentía que prefería más a mis hermanos; eso hizo que me guardara una especie de enojo y me drogara más.	1. Aseverar	1. Explorar	1. Argumentación	1. Afectos	1. A si mismo
1.10	T. ¿Cómo sabes que tu madre prefería más a tus hermanos que a ti?	1. Preguntar	1. Explorar	1. Confrontación	1. Ideas	1. A otro presente

1.11	C. Porque ellos también cometían errores y no les decía nada—no los amarraba.	1. Aseverar	1. Explorar	1. Argumentación	1. Ideas	1. A la relación con un tercero
1.12	T. Mhm <sup>1/2</sup> ¿De qué otra forma podríamos ver el trato que tu mamá tuvo hacia ti?	1. Asentir 2. Pregunta	1. Sintonizar 2. Explorar	1. – 2. Confrontación	1. Afectos 2. Ideas	1. A otro presente 2. A otro presente
1.13	C. Pues-----, no lo sé, quizás, de que se sentía preocupada y no quería que me hundirme más en las drogas.	1. Aseverar	1. Explorar/ Resignificar	1. Argumentación	1. Ideas	1. A la relación con un tercero
1.14	T. Mhm	1. Asentir	1. Sintonizar	1. -	1. Afectos	1. A otro presente
1.15	C. Yo por eso le agradezco a mi mamá la forma en cómo me quiso enderezar el camino—porque de no ser por ella—no	1. Aseverar	1. Resignificar	1. Argumentación	1. Ideas	1. A la relación con un tercero

	hubiera podido salir adelante en mi vida.					
1.16	T. Con esto que me dices ¿de qué otra forma podríamos ver la muerte de tu mamá?	1. Preguntar	1. Explorar	1. Confrontación	1. Ideas	1. A otro presente
1.17	C. Que no es que no me haya querido- más bien que se sentía preocupada y así me lo demostraba.	1. Aseverar	1. Resignificar	1. Argumentación	1. Afectos	1. A la relación con otro presente

## Análisis

La primera intervención en el turno de palabra 1.2 se le formula una pregunta al consultante, en la cual habla de un estilo de crianza autoritario donde describe a una madre inflexible, exigente, severa y violenta. Aunque este estilo de crianza no admite la opinión, la relación cercana, ni la empatía, pareciera que fue necesario establecer normas y límites al comportamiento de la incapacidad de controlar sus impulsos al consumo de sustancias.

En este fragmento se puede observar una confrontación sutil, donde las preguntas que se le hacen al consultante están realizadas desde el dialogo socrático. En la segunda pregunta de confrontación en el turno de palabra 1.6, el consultante hace una descripción del trato que ejerció su mamá hacia él y el pensar del por qué su mamá justificaba ese trato. Posiblemente estas vivencias incrementaron sus conductas autodestructivas, por ejemplo su dependencia a las sustancias.

Se puede identificar también, que el diálogo gira en torno al ámbito de las ideas y los afectos. De alguna manera las preguntas tuvieron un contenido racional y afectivo, eso quizá resultó a que el consultante se situara en estos dos ámbitos.

Al ser una quinta sesión, fue importante clarificar como el consultante estaba viviendo la pérdida de su madre desde su historia de vida y su impacto a nivel emocional y psicológico.

En la segunda pregunta del fragmento 1.10, la intención fue confrontar su creencia de preferencia de su madre hacia sus hermanos con relación a él. A esto, el consultante refuerza esta creencia a la violencia física que recibía distinta a sus hermanos, donde no había una paridad a la manera de recibir un castigo.

En la parte final de este fragmento en el turno de la palabra 1.16 el T le formula una pregunta desde la técnica de confrontación. Mi intención fue que el consultante después de hablarme de la relación que tuvo con su madre en su actitud, también en la forma de demostrar su afecto, establecer límites y normas, pudiera permitirse tener otros puntos de vista o perspectivas a la muerte de su madre.

## Fragmento 2

En este segundo fragmento de la sesión 6 el consultante me habla de su sintomatología a nivel físico, emocional y psicológico que tienen que ver con una estrecha relación en cómo vivió su duelo complicado, afectando en su vida diaria.

Tema: Sintomatología descrita en el consultante en el manejo del duelo complicado

### Sesión 6

	Transcripción	Forma básica	Intención Comunicacional	Técnica	Ámbito	Referencia
2.1	C. Sé que tengo que salir y hacer ejercicio al aire libre y todo eso, pero no me dan ganas- nada de ganas—me dan ganas solo de estar acostado y fumar más—y mira sé que tengo que cambiar esa rutina; esa actitud. <sup>1</sup> Y me cuesta trabajo, pero el hecho de que lo sepa no me ayuda en nada. <sup>2</sup>	1. Aseverar  2. Aseverar	1. Explorar  2. Explorar	1. Argumentación  2. Argumentación	1. Acciones  2. Ideas	1. A si mismo  2. A si mismo

2.2	T. De esto que me comentas- que sabes que tienes que cambiar la rutina pero no la realizas- ¿Qué es lo que te detiene?	1. Preguntar	1. Explorar	1. Confrontación	1. Acciones	1. A otro presente
2.3	C. 'Pues que me siento cansado me siento abrumado (cierra los ojos y los aprieta) quisiera descansar'; o sea quisiera tener una semana sin hacer absolutamente nada.	1. Aseverar	1. Explorar	1. Argumentación	1. Afectos	1. A si mismo
2.4	T. ¿A crees que se deba este cansancio?	1. Preguntar	1. Explorar	1. -	1. Ideas	1. A otro presente
2.5	C. Pues-supongo que es por la depresión, pero lo supongo, porque pues no me siento triste no me siento molesto; le puse a mi mamá un altarcito y a mi hermano-pero pues no	1. Aseverar	1. Explorar	1. Argumentación	1. Ideas/ Afectos	1. A si mismo

	<p>me llama mucho la atención estar en el altar y hacerle cosas y así- 'no más me siento cansado'; por eso ya me hice los exámenes completos para saber si ya me dio diabetes o algo que me hace sentir así. Me falta ganas motivación- eso es lo que me pesa.</p>					
2.6	<p>T. Lo que te estoy escuchando son varias situaciones- que podría poner como principal el tema de tu mamá y de tu hermano-por otro el tema de tu trabajo y escuela que te desgasta física y emocionalmente.<sup>1</sup>/Al final sientes la necesidad de descansar; pero por el estrés-tristeza- entre otras</p>	<p>1. Aseverar 2. Aseverar</p>	<p>1. Explorar 2. Sintonizar</p>	<p><b>1. Interpretación</b></p>	<p>1. Ideas 2. Afectos</p>	<p>1. A sí mismo/A otro presente 2. A otro presente</p>

	sintomatologías no puedes. <sup>2</sup>					
--	--	--	--	--	--	--

## Análisis

En este fragmento podemos observar, que la confrontación directa se da en el turno de la palabra 2.2, donde se le pregunta al consultante que es lo que le detiene el no cambiar sus rutinas, respondiendo a que se deben a síntomas fisiológicos, siendo esto motivos de su dificultad para re-elaborar sus pérdidas.

La técnica de confrontación fue empleada en este caso mostrándome hacia el consultante con firmeza sin ser agresivo, comunicando de manera asertiva. Es decir, siendo honesto, directo, con un interés y preocupación hacia sus propias limitaciones, identificar sus obstáculos, sentimientos y acciones que le producen a la persona un malestar y frustración.

El consultante en los turnos de palabra 2.1, 2.3 y 2.5 describe su sintomatología de no tener ánimos de hacer alguna actividad, cansancio, “desgaste físico y emocional”, que sumado a su pesada jornada laboral no puede discernir las pérdidas de su madre y hermano.

En el turno de palabra la 2.2 donde intervengo con la técnica de confrontación, el consultante pudo hacer una exploración a nivel corporal y como se percibe a nivel afectivo.

A través de la no acción del consultante, se fortalece el duelo complicado. Por ejemplo, en la interacción directa se observa una argumentación lógica ante las intervenciones y hacia las preguntas formuladas. Aparentemente se puede inferir que el consultante pasa por un estado depresivo.

### Fragmento 3

En el siguiente fragmento 3 de la sesión 7 el consultante me habla de una carta como recurso terapéutico donde rescata los aspectos positivos y como le hizo sentir y resignificar lo vivido con su mamá.

Tema: Experiencia de la vivencia escrita acompañada de la técnica de confrontación hacia una exploración y resignificación de la pérdida

### Sesión 7

	Transcripción	Forma Básica	Intención Comunicacional	Técnica	Ámbito	Referencia
3.1	T. ¿Qué cosas positivas rescatas de la carta?	1. Preguntar	1. Explorar	1. -	1. Ideas	1. A otro presente
3.2	C. Que mi mamá me amo a su manera----- que siempre quiso el bien para mí que está presente aunque ya no está aquí. <sup>1</sup> /	1. Aseverar 2. Aseverar	1. Resignificar 2. Resignificar	1. Argumentación 2. Narración	1. Afectos 2. Ideas	1. A la relación con un tercero 2. A la relación con un tercero

	Te digo como lo positivo fue que tuve un acercamiento de manera agradable— desde que murió no había tenido comunicación con ella y lo positivo fue una manera de tener una red de comunicación que no la había tomado en cuenta. <sup>2</sup>					
3.3	T: Mhm	1. Asentir	1. Sintonizar	1. -	1. Afectos	1. A otro presente
3.4	T: ¿Y cómo te hizo sentir el hecho de comunicarte con ella?	1. Preguntar	1. Explorar	1. -	1. Afectos	1. A otro presente
3.5	C. Como no sentirme tan frustrado así tan triste porque no está. <sup>1</sup> / Si yo me comunico con ella 'si esta para mi es creíble y tiene validez'	1. Aseverar 2. Aseverar	1. Resignificar 2. Resignificar	1. Argumentación 2. Imaginería	1. Afectos 2. Ideas	1. A si mismo 2. A la relación con un tercero

	lo que antes no había considerado. <sup>2</sup>					
3.6	T: Lo que te escucho es te hizo sentido y te hizo sentir mejor.	1. Aseverar	1. Sintonizar	1. Reflejo	1. Ideas/Afectos	1. A si mismo / a otro presente
3.7	C. Si y también en la pregunta que me hiciste la otra sesión de que si “me había llegado a perder de algo por pensar más negativo que positivo de mi mamá”; pues si- siempre le observe lo malo. <sup>1</sup> /Según yo me perdoné o la había perdonado, pero la realidad es que estaba ahí la parte desagradable- ella tenía cosas muy agradables solo que	1. Aseverar 2. Aseverar	1. Resignificar 2. Explorar	1. Argumentación 2. Argumentación	1. Ideas 2. Afectos	1. A otro presente 2. A si mismo

	me cuesta concientizarlas. <sup>2</sup>					
3.8	T. Te escucho que te cuesta concientizarlas porque no las habías trabajado como ahora, ¿es así?	1. Aseverar/Pre guntar	1. Sintonizar	1. Interpretación	1. Ideas	1. A otro presente
3.9	C. Así es <sup>1</sup> y tampoco las he reconocido ni dado importancia <sup>2</sup>	1. Asentir  2. Aseverar	1. Sintonizar  2. Explorar	1. –  2. Argumentación	1. Afectos  2. Ideas	1. A otro presente  2. A si mismo
3.10	T. Por lo que entiendo es- no le he dado importancia y por eso te cuesta concientizarlas.	1. Aseverar	1. Sintonizar	1. Reflejo	1. Ideas	1. A si mismo
3.11	C. Si	1. Asentir	1. Sintonizar	1. -	1. Afectos	1. A otro presente
3.12	T. ¿Emocionalmente crees que también ha influido a que no le des una importancia y un reconocimiento a tu mamá?	1. Preguntar	1. Explorar	1. Confrontación	1. Afectos	1. A otro presente

3.13	C. Porque aún me duele que me haya sentido rechazado; <sup>1</sup> /pero es algo que fíjate ahora que lo hemos hablado de tiempo atrás no lo he sanado del todo mi enojo-mi resentimiento. <sup>2</sup>	1. Aseverar  2. Aseverar	1. Explorar  2. Resignificar	1. Argumentación  2. Argumentación	1. Afectos  2. Afectos	1. A si mismo  2. A si mismo
3.14	T. Mhm	1. Asentir	1. Sintonizar	1. -	1. Afectos	1. A otro presente

## Análisis

En este fragmento la intención fue que, por medio de la carta terapéutica desde la terapia narrativa, el consultante pudiera conectarse más consigo mismo, esto es, que pudiera permitirse por medio de la escritura plasmar y evocar emociones y pensamientos.

La carta como una herramienta empleada de la terapia narrativa, funcionó a su vez que expresara lo no expresado, lo que por el habla se le dificultaba. El que se permitiera conectarse también con su madre, quién influyó en vida y después de su fallecimiento en su identidad, en su calidad de vida, en su estado emocional. Que lograra crear un vehículo de comunicación simbólica.

Los efectos de esta dinámica permitieron como se puede observar en los turnos de palabra 3.2, 3.5, 3.7 y 3.9, que el consultante rescatara momentos significativos de la relación afectiva que en algún momento tuvo con su madre y otras maneras de pensar de su actuar hacia él.

La técnica de confrontación del turno de palabra 3.12 facilitó en el turno de palabra 3.13 que el consultante reconociera que aún había dolor y resentimiento en sentirse rechazado o, en otras palabras, con un sentimiento de abandono y que había un trabajo psicoterapéutico por delante en sanar esas heridas del pasado.

#### Fragmento 4

En este fragmento 4 de la sesión 8, el consultante habla de una dinámica que realizamos de imaginación, al recordar la relación que tuvo con un amigo de su infancia y como recordó su sentir a decir que si cuando realmente quería decir que no, sintiéndose así en diversos momentos de su vida, incluyendo su relación matrimonial.

Tema: Técnicas complementarias a la sanación de las pérdidas

#### Sesión 8

	Transcripción	Forma básica	Intención Comunicacional	Técnica	Ámbito	Referencia
4.1	T. ¿Qué me quisieras decir de lo que	1. Preguntar	1. Explorar	1. -	1. Ideas	1. A si mismo/ A

	experimentaste de esta dinámica?					otro presente
4.2	C. Pues-el acceder a lo que no quiero hacer y vivir las consecuencias; pero molesto conmigo y pues eso no me gusta; lo he vivido de muchas maneras.	1. Aseverar	1. Resignificar	1. Narración	1. Ideas	1. A si mismo
4.3	T. Tener que decir que si cuando realmente quieres decir que no.	1. Aseverar	1. Sintonizar	1. Argumentacion / Reflejo	1. Ideas	1. A otro presente
4.4	C. Mhm	1. Asentir	1. Sintonizar	1. -	1. Afectos	1. A otro presente
4.5	T. Como lo que decías hace un momento cuando “recordaste a tu amigo Jorge de la infancia que te ofrecía droga y tú	1. Aseverar	1. Sintonizar	1. Reflejo	1. Ideas	1. Otro presente/ A un tercero

	no querías, pero por no querer perder su amistad accedías”.					
4.6	C. Si- si+también mi relación matrimonial es en ese mismo sentido- de decir que si cuando quería decir que no-	1. Aseverar	1. Explorar	1. Argumentación	1. Ideas	1. A si mismo
4.7	T. ¿El perdón donde crees que lo experimentaste?	1. Preguntar	1. Explorar	1. -	1. Ideas	1. A otro presente

4.8	C. Cuando le digo a mi mamá; a mi amigo Jorge; y a mis hermanos que ya no les guardo enojo y rencor al confrontarlos	1. Aseverar	1. Resignificar	1. Imaginería	1. Ideas	1. A si mismo
-----	--	-------------	-----------------	---------------	----------	---------------

	diciéndoles cómo me sentía libre de un peso que tenía alguna forma.					
--	--	--	--	--	--	--

## Análisis

En este fragmento 4 de la sesión 8 el consultante cuenta su experiencia con el proceso de memorización en la cual como se observa en el turno de palabra 4.5, el consultante revive momentos de una relación de amistad la cual estaba condicionada a consumir drogas y la asociación que hace con su esposa. En los dos casos el consultante ha accedido a decir que “sí” cuando en el fondo quiere decir que no, por no perder una amistad o en el caso de su esposa a no generar una discusión.

En el turno de la palabra 4.7 se le hace una pregunta al consultante sobre donde experimentó el perdón, esto con la finalidad que el consultante lo recordara en esos diálogos con sus seres queridos. A esto, en el turno de palabra 4.8 el consultante habla de que al momento de expresarles cómo se sentía, él se sintió más libre, con menos peso encima.

En este fragmento se puede identificar que la intención comunicacional fue sintonizar, explorar y resignificar. Esto implicó también de mi parte entender como había recordado esas vivencias y como aparecían otras personas como su amigo

“Jorge” que lo marcó en su vida y tuvo una incidencia importante en cómo se vivía en su infancia y juventud.

En este punto del proceso psicoterapéutico, se puede identificar que técnicas complementarias a la confrontación fueron importantes en los cambios internos en el consultante. Estos cambios internos tuvieron que ver con la propia memorización de sus vivencias y qué significados le daban en su forma de vivir su presente.

Para el consultante en este fragmento reelaborar el duelo implicó identificar de sus vivencias momentos en los cuales se sintió molesto, como se muestra en el turno de la palabra 4.2: *“C. Pues-el acceder a lo que no quiero hacer y vivir las consecuencias; pero molesto conmigo y pues eso no me gusta; lo he vivido de muchas maneras”*. Quizá esto se puede traducir en “tener que hacer lo que no quiero a lo largo de mi vida me ha traído consecuencias como guardarme un profundo enojo”.

Este enojo se traduce en resentimiento al extrapolarlo en su familia formada, como se puede observar en el turno de la palabra 4.6 en su relación de pareja *“C. Si-si+también mi relación matrimonial es en ese mismo sentido- de decir que si cuando quería decir que no-“*. El consultante al hablar de sus vidas pasadas, interactúa con su contexto y con otras personas que construyen a su vez su identidad.

En el turno de la palabra 4.8 cuando el consultante dice *“Cuando le digo a mi mamá; a mi amigo Jorge; y a mis hermanos que ya no les guardo enojo y rencor al confrontarlos diciéndoles cómo me sentía libre de un peso que tenía de alguna*

*forma*” hace un ejercicio de imaginación, una remembranza con aquellos mensajes que tomó con credibilidad por ser de parte de personas significativas para él que White (2002) lo conceptualiza como “club de vida”.

El consultante logra expresar sus emociones abriendo la posibilidad a llegar a ser más consciente de su propia responsabilidad tanto de sus sentimientos y conductas sin una culpa que había estado elaborando constantemente.

### Fragmento 5

En este fragmento 5 de la sesión 9, el consultante logra hacer una autoexploración del significado que le daba al trato de su madre hacia él, con términos como dureza, enérgica. Y en este sentido como le ayudo a dejar de consumir drogas y tener un comportamiento que solo lo lastimaba.

Tema: Cambios del consultante en su conceptualización hacia la madre

Intervención desde una connotación positiva en las experiencias de vida del consultante.

### Sesión 9

	Transcripción	Forma Básica	Intención Comunicacional	Técnica	Ámbito	Referencia
--	---------------	--------------	-----------------------------	---------	--------	------------

5.1	T. Me pongo a pensar que ella sabía que te drogabas.	1. Aseverar	1. Sintonizar	1. Interpretación	1. Ideas	1. A la relación con un tercero
5.2	C. ¿Mi mamá?	1. Pregunta	1. Explorar	1. -	1. Ideas	1. A la relación con un tercero
5.3	T. Si	1. Asentir	1. Sintonizar	1. -	1. Afectos	1. A otro presente
5.4	C. Ah si	1. Asentir	1. Sintonizar	1. -	1. Afectos	1. A otro presente
5.5	T. Y aun así te quería mucho.	1. Aseverar	1. Resignificar	1. Argumentación	1. Afectos	1. A la relación con un tercero /A otro presente
5.6	C. Pues ya cuando me drogaba no tanto he: cuando ya estaba harta ya me miraba con ojos de que cabrón eres; o sea le daba vergüenza	1. Aseverar 2. Aseverar	1. Explorar 2. Explorar	1. Argumentación 2. Argumentación	1. Ideas/Afectos 2. Ideas	1. A la relación con un tercero.

	<p>que le preguntaran que si eres mi hijo. Y luego me decía mira llévate una credencial en la bolsa porque el día de mañana te van a matar te van a atropellar de andar en la calle todas las noches yo ya no quiero volver a buscarte en el SEMEFO.</p> <p><sup>1/2</sup> Ya se había cansado de buscarme en la calle y mejor me decía llévate la credencial porque andas en la calle y te pones muy idiota; su expectativa era que yo ya no tenía solución.</p>					<p>2. A la relación con un tercero</p>
5.7	<p>T. Te escucho un discurso hacia lo negativo, hacia lo doloroso, hacia la</p>	<p>1. Aseverar</p> <p>2. Pregunta</p>	<p>1. Sintonizar</p> <p>2. Explorar</p>	<p>1. Reflejo</p>	<p>1. Afectos</p> <p>2. Ideas</p>	<p>1. A otro presente</p>

	<p>violencia y el rechazo<sup>1</sup></p> <p>/<sup>2</sup>¿eso lo sigues cargando, todo lo que me has estado contando de tu mamá?</p>					2. A otro presente
5.8	<p>C. Si+ lo sigo cargando, pero con el valor de que eso me sirvió a mí—de que eso fue para mí—o sea yo más bien le doy gracias a Dios que haya sido enérgica tajante y cortante; le doy gracias porque eso me desarmo y me impulso a dar el todo por el todo</p>	1. Aseverar	1. Resignificar	1. Argumentación	1. Ideas	1. A la relación con un tercero
5.9	<p>T. Esta parte de la manera de ser enérgica de tu mamá ¿de qué otra manera lo pudieras ver también?</p>	1. Preguntar	1. Explorar	1. Confrontación	1. Ideas	1. A otro presente

5.10	C. Es que ella era muy dura	1. Aseverar	1. Explorar	1. Argumentación	1. Ideas	1. A la relación con un tercero
5.11	T. ¿No crees que esta manera de ser enérgica contigo iba también en relación de que tú estabas cayendo en las drogas?	1. Preguntar	1. Resignificar	1. Confrontación	1. Afectos/ Ideas	1. A otro presente / A la relación con un tercero
5.12	C. ---O sea si era dura conmigo porque yo estaba cayendo en las drogas pero aparte yo no trabajaba yo no le aportaba nada a la casa-- entonces como mi mamá ya no trabajaba sus otros hijos le enviaban dinero y ella hacia ellos era más cordial más atenta. Yo llegaba a la casa y me decía no te tomes la leche- no	1. Aseverar	1. Explorar	1. Argumentación	1. Ideas / Afectos	1. A la relación con un tercero

	<p>abras el refrigerador- a mi nomas un plato de frijoles y un vaso de leche- o sea, me tenía como racionado- eso era cuando estaba bien molesta.</p>					
5.13	<p>T. ¿Ella llevo a ver cosas positivas en ti?</p>	1. Preguntar	1. Explorar	1. Confrontación	1. Afectos	1. A otro presente /A la relación con un tercero
5.14	<p>C. Si veía cosas buenas</p>	1. Asentir	1. Sintonizar	1. -	1. Afectos	1. A otro presente
5.15	<p>T. ¿Cómo cuáles?</p>	1. Preguntar	1.Explorar	1. -	1. Ideas	1. A otro presente
5.16	<p>C. Pues me decía Ricardo ponte a estudiar-- ella siempre me inculco que fuera a la</p>	1. Aseverar	1. Explorar	1. Argumentación	1. Ideas	1. A la relación con un tercero

	<p>escuela a la primaria- la secundaria; cuando terminé me seguía drogando y ya no recogí mis papeles y ya me decía ve a recoger tus documentos para continuar tus estudios.</p>					
5.17	T. ¿Qué otras cosas positivas veía en ti?	1. Preguntar	1. Explorar	1. -	1. Afectos/ Ideas	1. A otro presente/ A la relación con un tercero
5.18	C. Pienso que me veía como un buen muchacho, fui vago pero no fui un asesino o un violador y pues ya cuando me	1. Aseverar	1. Resignificar	1. Argumentación /Interpretación	1. Ideas	1. A la relación con un tercero

metí al grupo AA						
cambio mi						
comportamiento y						
nuestra relación fue						
diferente y me hice						
gente de bien.						

### Análisis

En este fragmento la técnica de confrontación se llevó a cabo desde una connotación positiva, en el que se pretendió que el consultante pudiera hacer introspección en otras formas de pensar menos negativas o dolorosas.

Los pensamientos alternativos se dieron de una forma gradual, es decir, el consultante fue pasando de un contenido discursivo que le generaba emociones de enojo y frustración a poder identificar aspectos de sus vivencias más positivos, como el cariño, la preocupación, su bienestar personal y profesional.

Esto anterior se puede identificar en el turno de palabra 5.6 donde el consultante rememora la relación que tuvo con su mamá ligada a sus vivencias. Una conceptualización que tuvo de ella como “dura”, “enérgica”, “cortante”, “tajante” a un pensamiento más alternativo de ella como comentaba en el párrafo anterior. Esto impulsado en el proceso de terapia con la técnica de confrontación que se puede identificar en los turnos de palabra 5.9 y 5.13.

Este fragmento le ayudo al consultante a tener una visión más positiva de sus vivencias, si bien le resultaba complicado cambiar una tendencia muy marcada de su enojo y resentimiento, empezar a darle una nueva narrativa a sus experiencias era importante para que el consultante interpretara de una forma menos dolorosa el comportamiento de su madre hacia él.

Otro aspecto relevante en este fragmento fue que el consultante le dio una connotación positiva a su persona, en el turno de la palabra 5.18 al decirse que fue una persona vaga pero no un vago o un violador, probablemente esto hizo disminuir una carga negativa de su autoconcepto.

### Fragmento 6

En este fragmento el consultante toma conciencia del afecto y su importancia de demostrarlo hacia los demás como un acto a la vez de autoestima y amor que no sintió con su madre.

Tema: Toma de conciencia del consultante del afecto desde la autoexploración y resignificación

### Sesión 11

	Transcripción	Forma Básica	Intención Comunicacional	Técnica	Ámbito	Referencia
6.1	C. Yo creo que tengo amor propio, una autoestima, pero si no	1. Aseverar 2. Pregunta	1. Explorar 2. Explorar	1. Interpretación 2. -	1. Ideas 2. Ideas	1. A si mismo

	se ve reflejado en mis actos, este entonces tengo más <sup>1/2</sup> ¿egocentrismo?					2. A si mismo
6.2	T. Que tu amor no lo demuestras a los demás.	1. Aseverar	1. Resignificar	1. Interpretación	1. Acciones	1. A otro presente
6.3	C. Quiere decir que quiero mucho a la gente que me rodea, pero,	1. Aseverar	1. Resignificar	1. -	1. Afectos	1. A otro presente
6.4	T. No se los demuestras. <sup>1/</sup> <sup>2</sup> Quizá esto venga de la relación que tenías con tu mamá y que no sentías de parte de ella su afecto hacia ti y tú ahora reprimes ese afecto a los demás.	1. Aseverar 2. Aseverar	1. Resignificar 2. Resignificar/Explorar	1. Interpretación	1. Afectos 2. Ideas	1. A otro presente 2. A otro presente
6.5		1. Aseverar	1. Resignificar	1. Argumentación	1. Ideas	1. A la relación

	C. Pues si suena lógico-- aprendí eso de mi mamá.					con un tercero
6.6	T. Antes de finalizar la sesión ¿con que te quedas de esto que hemos hablado?	1. Pregunta	1. Explorar	1. -	1. Ideas	1. A otro presente
6.7	C. Pues me siento más consciente de lo que el afecto significa para mí y para los demás-- más despierto en ese sentido que tengo ese problema pero que es interesante e importante.	1. Aseverar	1. Resignificar	1. Argumentación	1. Ideas	1. A si mismo

## Análisis

En este fragmento 6 de la sesión 11 se puede observar cómo la intención comunicacional se fue desarrollando en la exploración y resignificación, esto con la

intención que el consultante indagara en los distintos ámbitos (ideas, afectos, acciones).

El consultante logra hacer consciencia de la importancia que tiene dar y recibir afecto, reconociendo en su historia de vida la falta de afecto recibido por su mamá y que esto le trajo consecuencias en su baja autoestima y dificultades para contactar con sus emociones.

La resignificación se puede apreciar cuando en el turno de palabra 6.5 el consultante, en este reconocimiento que se dio en el aprendizaje y patrón que replicó de su madre de la falta de dar y recibir afecto, se permitió tomar conciencia en el turno de palabra 6.7 que tiene un problema, pero se siente más despierto en la importancia que tiene en su vida.

## Fragmento 7

En este fragmento 7 de la sesión 19, abordamos el Modelo ABC lo que sesiones anteriores había estado trabajado en su día a día y como fue teniendo una reestructuración cognitiva, emocional y conductual de la pérdida de su mamá, a su vez usando la técnica de confrontación.

Tema: Pensamientos alternativos del consultante en la manera de vivenciar el duelo complicado. Efectos del Modelo ABC en el Manejo del Duelo

Complicado

Sesión 19

	Transcripción	Forma básica	Intención Comunicacional	Técnica	Ámbito	Referencia
7.1	T. ¿Cómo te ha ido con el autorregistro?	1.Preguntar	1. Explorar	1. -	1. Ideas	1. A otro presente
7.2	C. Bien--siento que si he mejorado mucho en mi forma de pensar.	1.Aseverar	1. Resignificar	1.Argumentación	1. Ideas	1. A si mismo
7.3	T. Mhm <sup>1</sup> / <sup>2</sup> - ¿traes tu cuaderno para ver cómo se ha ido dando esta mejoría?	1. Asentir 2.Preguntar	1. Sintonizar 2. Explorar	1. – 2. -	1. Afectos 2. Ideas	1. A otro presente 2. A otro presente
7.4	C. Si-- (busca en su mochila la libreta) por ejemplo en lo que hablábamos	1. Aseverar	1. Resignificar	1.Argumentación	1. Ideas	1. A la relación con un tercero

<p>el otro día que la relación con mis hijos y mi esposa es distante y fría; ahora he podido desde hace ya como un mes acercarme más a ellos, en especial a uno de mis hijos que ya acepto su homosexualidad y me acerco a preguntarle cómo se siente- si necesita algo- y luego nos vamos que a comer y platicamos-- que eso no sucedía.</p>						
---	--	--	--	--	--	--

7.5	T. ¿A qué crees que se deban estos cambios?	1. Preguntar	1. Explorar	1. Confrontación	1. Ideas	1. A otro presente
7.6	C. Yo creo que el quitarme prejuicios de su preferencia sexual que me alejaba de él y yo también aceptarlo.	1. Aseverar	1. Explorar/ Resignificar	1. Argumentación	1. Ideas	1. A la relación con un tercero
7.7	T. Es decir has cambiado tus pensamientos automáticos a otros más alternativos-- otros que no te provocan malestar.	1. Aseverar	1. Sintonizar	1. Interpretación	1. Ideas	1. A otro presente
7.8	C. Si	1. Asentir	1. Sintonizar	1. -	1. Afectos	1. A otro presente

7.9	T. ¿Qué emociones te provocan pensar de esta otra manera?	1. Preguntar	1. Explorar	1. Confrontación	1. Afectos	1. A otro presente
7.10	C. mm creo que más calma, ya no me encabrono por cualquier cosa- ya acepto al novio de mi hijo- tengo más cariño podría decirse hacia él.	1. Aseverar	1. Explorar/ Resignificar	1.	1. Afectos	1. A si mismo
7.11	T. Mhm si <sup>1/2</sup> y ya vez que comentábamos que también el que estuvieras pensando de esa manera posiblemente tenía que ver	1. Asentir 2. Aseverar	1. Sintonizar 2. Explorar	1. - 2. Interpretación	1. Afectos 2. Ideas	1. A otro presente 2. A otro presente

	con tu historia de vida.					
7.12	C. Si pues ya vez de lo que te he contado de que de niño me sentí rechazado por mi mamá y le guardaba un cierto rencor que pues ahora que ya no está ya no le guardo enojo-- -fue lo que me toco. <sup>1/2</sup> Y también con lo que hemos hablado de que ella sentía preocupación por mí y también quería que siguiera mis estudios-- ser	1. Aseverar  2. Aseverar	1. Resignificar  2. Resignificar	1. Argumentación/  2. Argumentación/ Interpretación	1. Afectos  2. Afectos	1. A la relación con un tercero  2. A la relación con un tercero

	una gente de bien.					
7.13	T. ¿Te costó trabajo llevar el autorregistro?	1. Preguntar	1. Explorar	1. -	1- Ideas	1.A otro presente
7.14	C. Al principio si se me hacía confuso y luego había días que no anotaba nada, pero también me sirvió el preguntarte cómo hacerlo y eso me facilitaba ir haciendo los registros.	1. Aseverar	1. Resignificar	1. -	1. Ideas	1. A si mismo

## Análisis

En este fragmento de la sesión 19, se puede observar que al consultante se le pregunta sobre los cambios que se han producido en su auto registro, haciéndole

preguntas con una intención comunicacional de explorar el contenido de sus escritos.

La confrontación se hizo en dos sentidos en esta transcripción. En el turno de palabra 7.5 se le pregunta al consultante los cambios producidos en él desde un ámbito de las ideas. En el turno de palabra siguiente 7.6, el consultante responde al cambio que dio desde sus creencias limitantes y desadaptativas a la interacción con los integrantes de su familia.

Una segunda pregunta que se le plantea al consultante en el turno de palabra 7.9 se da desde el ámbito de las emociones, donde el consultante se permite hacer una autoexploración y resignificación.

El trabajo del consultante con el modelo ABC pudo identificarse en este fragmento, a la transición de sus pensamientos automáticos, emociones que le provocaban un malestar en su parte afectiva y física, así como en las conductas que llevaba a cabo de manera desadaptativa. La reestructuración cognitiva como uno de los objetivos de la técnica de confrontación, se puede observar en los turnos de palabra 7.10 y 7.12 donde se identifican pensamientos alternativos y un cambio en la manera en cómo experimenta sus emociones.

Los indicadores de cambio en el consultante implicaron un movimiento hacia la resignificación de sus síntomas a nivel de pensamiento como fueron sus creencias limitantes, a su sentido de pertenencia en su familia de origen y construida; a nivel emocional de pasar del enojo y del rencor a la calma, a la aceptación y a la preocupación.

Estos cambios también surgieron en el acompañamiento de elementos de la terapia narrativa para la técnica de confrontación cómo es la co-construcción de historias dominantes por relatos alternos, que le permitieran al consultante tener nuevas formas de pensar y sentir de las pérdidas en esa exploración de sus vivencias desde su infancia hasta su presente. Con ello, se pretendió entonces dar respuesta en este fragmento a las preguntas de investigación y los objetivos secundarios de esta investigación.

La culminación de este proceso con el consultante en su reelaboración del duelo puede identificarse a partir del turno de la palabra 7.5 donde le pregunto “¿A qué crees que se deban estos cambios”? el consultante responde diciendo en la eliminación de prejuicios y a una aceptación en este caso de la preferencia sexual de su hijo, sus pensamientos automáticos pasaron a otros más alternativos.

Uno de los efectos que tiene el modelo ABC es un cambio en conjunto o hilado de emociones y conductas, en este caso el consultante en el turno de palabra 7.9 pasó de un “encabronamiento” a un estado de “calma” y a un aumento de cariño hacia su hijo, conductualmente esto quizá le permito tener un mayor acercamiento hacia él y mejorar la relación padre-hijo.

En el turno de la palabra 7.11 realizo una interpretación respecto a que su forma de pensar, sentir y actuar posiblemente estaba ligada a su historia de vida, a las vivencias y relación con su madre, hermanos, amigos y el medio en el que se desenvolvía. A esto el consultante en el turno de la palabra 7.12 rememora la relación con su madre y como ahora en su presente resignifica las maneras de

actuar hacia él, con un sentido de preocupación y realización de su vida personal y profesional.

## CAPITULO 5: DIÁLOGO CON AUTORES

### 5.1 Elaboración del duelo

Después del análisis realizado en el SCAT, se puede entender este TOG con vicisitudes tanto en la práctica psicoterapéutica como en el desarrollo mismo de la investigación, en el caso de este consultante con duelo complicado.

Distintos autores como Cruz, Corona y Portas (2017) señalan que el tratamiento del duelo complicado desde el enfoque cognitivo-conductual no es llevado desde una pauta lineal ascendente en todo momento. Es decir, depende de cada persona procesar su duelo y en este sentido el psicoterapeuta debe estar consciente de las altas y bajas en el proceso no solo del consultante, también de su participación como agente activo.

Partiendo de esta idea, se puede entender que el duelo es un proceso dinámico en un contexto social como interpersonal, donde el individuo elige evadir o concentrarse en uno o más aspectos de la pérdida, así como adaptarse a cambios en su vida posteriores a la misma (Stroebe, Schute, 1999).

En los resultados de los análisis de los fragmentos terapéuticos del SCAT, se puede identificar cómo el consultante pasa por momentos donde su orientación es hacia la pérdida y otras veces hacia la restauración.

El consultante en algunas sesiones terapéuticas y observados también en distintos fragmentos terapéuticos, oscilaba entre una orientación a la pérdida, es decir, expresaba, interpretaba y les daba un significado a sus experiencias y posteriores a la pérdida, sentía y recordaba hechos específicos.

En otros momentos oscilaba su orientación hacia la restauración, donde buscaba actividades o afianzaba sus relaciones cercanas laborales y familiares, contrarrestando el vacío de su madre o evitando el dolor o emociones causadas.

Cabe señalar que estas dos orientaciones como señalan Cruz y Villalobos (2012) pueden ser negativas, cuando el consultante la orientaba a la pérdida, rumiaba por las noches sin poder conciliar el sueño, interpretaba negativamente eventos como pensar que había una preferencia más a hacia sus hermanos que a él o interpretar que las acciones de su madre de internarlo en un grupo AA eran un castigo más que una ayuda a su salud.

En ocasiones tenía un aplanamiento emocional, es decir, no expresaba sus emociones, esto por motivos de su fatiga laboral y sus sintomatologías de depresión y ansiedad.

En la misma línea de lo negativo, cuando su orientación era hacia la restauración en ocasiones en lugar de hacer reevaluaciones positivas, rumiaba e interpretaba como maltrato el no quererlo dejar en la calle consumiendo drogas. Evitaba tener contacto afectivo con sus seres queridos (esposa e hijos) o no realizar actividades físicas o recreativas continuamente y discontinuarlas.

Siguiendo la explicación de Strobe y Schute (1999), en el análisis del SCAT se puede identificar que el consultante orienta su pérdida hacia su propia sintomatología, usando la técnica de confrontación para que expresara sus emociones, las interpretara y les diera un significado.

Se puede apreciar que el consultante orienta su pérdida hacia la restauración: con nuevos roles, resignifica la pérdida, regula sus emociones, reestructura sus creencias y prejuicios. A su vez, hizo cambios de pensamientos automáticos a otros más alternativos.

Por ejemplo, el consultante en un inicio del proceso tenía pensamientos como “mi mamá me miraba con enojo, rechazo...era cortante, tajante y enérgica” a “mi mamá reaccionaba así porque le preocupaba, no quería que me siguiera drogando, ser una gente de bien, que siguiera mis estudios”.

Estos cambios no sólo se dieron en sus pensamientos también en sus emociones, de guardar un enojo, rencor y culpa a un cariño y comprensión empática tanto con su madre como con sus familiares.

Uno de los hallazgos en esta investigación fue que el consultante presentó diferencias y similitudes en los criterios de duelo complicado respecto a estudios que indican un anhelo o añoranza con el fallecido, dificultad para aceptar la muerte, sentimiento de vacío.

Por otro lado, la sintomatología a nivel fisiológico y emocional hay una similitud en la disfunción de las áreas laborales, sociales y una culpa asociada que va más allá de la muerte de sus seres queridos como lo explica Flores (2002).

La culminación del proceso terapéutico con este consultante fue significativa en términos de la resignificación de sus creencias, reelaboración de las pérdidas y la reestructuración a nivel de pensamiento, emoción y conductas.

Estos tres aspectos fueron relevantes en los efectos de la técnica de confrontación, también en el compromiso del consultante desde un inicio del proceso. Por ejemplo, en llevar su auto registro, hacer introspección y cuestionarse continuamente de su pensar sentir y actuar.

## 5.2 Utilidad clínica de la confrontación en el tratamiento psicoterapéutico del duelo complicado

Durante el acompañamiento con el consultante, la confrontación fue sutil en la mayor parte de las sesiones. Esto significó hacer preguntas estratégicas según sus discursos en relación a sus vivencias y las experiencias alrededor de éstas. Atendiendo con un genuino interés, escucha activa y comprensión empática.

La técnica de confrontación siguiendo a Vargas (2003) consistió en hacer preguntas que lograron obtener detalles cognitivos y sensoriales precisos del consultante para ayudarlo a centrarse en su propia vivencia interna y así éste logra sacar a la luz aquellos pensamientos, sentimientos y actitudes cargados emocionalmente que le producían conflictos.

Otros de los hallazgos en esta investigación, es que otras técnicas enriquecieron la confrontación como métodos de intervención, estas fueron la interpretación y la argumentación. Esto cobró una importancia en como el consultante reorganizó su propia percepción, a su entorno de manera distinta, aceptara la responsabilidad de

su propia vida y la consideración por otros, con un interés de crecer y transformarse emocionalmente como lo refiere (Vargas, 2003)

Si bien esta técnica apunta a dejar a la persona con el mínimo de ansiedad, angustia y culpabilidad, en el caso de este consultante que atravesó por un duelo complicado, fue importante detectar que otras sintomatologías estuvieron presentes, como episodios depresivos y estos como afectaban en su proceso de duelo en la terapia.

Partes que enriquecieron esta investigación, fue que las intervenciones de confrontación iban ligadas a llevar a la práctica modelos como el ABC en los autorregistros y de la terapia narrativa tomando elementos como la técnica de imaginería.

En el caso del modelo ABC el consultante fue cambiando sus pensamientos automáticos a otros más alternativos como aceptar la preferencia sexual de uno de sus hijos, lograr una comunicación más estrecha y hacer actividades juntos, mejorando así la relación padre-hijo.

Otros efectos del modelo ABC fueron en sus emociones, primero externando su rencor, enojo y culpa a estados de calma, cariño y aceptación, que le permitieron en sus conductas posteriormente ser más adaptativas con su entorno.

De acuerdo con Satir (1990) la técnica de confrontación ayudó junto con el ABC a que el consultante resignificara su duelo, específicamente hablando del rencor que sintió con su madre por sentirse rechazado.

Conforme las sesiones fueron transcurriendo, el consultante pudo hacerse responsable de aquellas conductas autodestructivas que lo estaban haciendo caer

en una adicción a sustancias y su madre preocuparse por ello, tener una vida donde se desarrollara como persona, en lo profesional y en la relación con los otros.

Se trabajó de la mano de la técnica de confrontación con elementos de la terapia narrativa con la técnica de *remembering*, debido a que en el proceso de su duelo complicado fue importante que se reconstruyera una historia dominante por una historia alternativa.

En este sentido el consultante revivió por medio de recuerdos negados u ocultos, pensamientos y sensaciones como la culpa, resentimiento o enojo, dándoles espacio de expresión, se metió dentro de ellos y los atravesó, como lo explica Cagnoni y Milanese (2010). En este sentido, la teoría llevada a la práctica en este consultante ayudó a su vez a que le asignara un nuevo sentido al dolor.

## CAPITULO 6: CONCLUSIONES

Durante el desarrollo del TOG se fueron presentando cambios en la elaboración de este, esto aludiendo al acompañamiento que tenía con el consultante en su duelo complicado. Estos cambios tuvieron que ver en la interacción de cómo se estaba viviendo en pensamientos, emociones, conductas y sensaciones.

La pregunta general de esta investigación se responde a que la utilidad clínica de la técnica de confrontación cognitivo-conductual en la atención de este consultante quien paso por un duelo complicado fue llevada la práctica con preguntas estratégicas que ayudo a una reestructuración cognitiva del consultante, sin embargo, fue necesario abordar la historia de vida, sus vivencias, experiencias y la relación que tuvo con el fallecido.

Reelaborar sus pérdidas implico que el consultante hiciera un trabajo de introspección profundo, en el cual se conectó con sus emociones, sus experiencias, vivencias y momentos específicos los cuales le hicieron cambiar sus pensamientos disfuncionales y mejorar su calidad de vida.

Se puede decir que gracias a usar la técnica de confrontación se tuvo un impacto en cadena, es decir, conforme iba haciendo más consciente sus vivencias, pudo revivir aspectos positivos de ellas y eso al igual en sus emociones, pensamientos y conductas.

Así mismo, a que el consultante pudiera elegir alternativas para tener una mejor calidad de vida estas alternativas tuvieron que ver en la elección de actividades

físicas y recreativas en su día a día, así como formas de distintas de vivir las pérdidas en su presente.

En el caso de este consultante, vivir la pérdida de su madre fue un proceso que estuvo cargado de emociones, sentimientos y pensamientos de enojo, resentimiento, culpa, tristeza, confusión que fueron cambiados por calma, perdón, resignificación y mejor claridad de sus vivencias, menos dolorosas y más apegadas a una realidad.

Uno de los principales aportes clínicos de la técnica de confrontación es que se puede aplicar en muchas problemáticas que la persona presente, ya fuese el caso de un duelo, de pareja, familiar, laboral o en el tratamiento de una serie de trastornos del estado de ánimo (ansiedad, depresión, etc).

Al ser una técnica donde se interroga de manera puntual en la conversación de la sesión, ayuda a que el consultante constantemente se cuestione sus propias creencias, identifique y exprese sus emociones, asuma la responsabilidad de sus conductas y adquiera nuevas formas de llevar una vida más funcional en su presente.

El uso del SCAT fue una herramienta metodológica que permitió hacer microanálisis de las conversaciones de fragmentos terapéuticos, en esta investigación, dando cuenta de la evidencia de la noción performativa del lenguaje, es decir, de la comprensión de las acciones y la comunicación de contenidos.

En el caso del duelo complicado por el que pasaba el consultante, se pudo analizar la evolución en términos terapéuticos de su reelaboración del duelo, identificando la

forma básica, la intención comunicacional, la técnica, el ámbito y la referencia, que son las propiedades del SCAT, en una co-construcción entre el terapeuta en formación y el consultante durante el proceso de la terapia.

Considero que para futuras investigaciones, la técnica de confrontación podría servir de apoyo de otras herramientas metodológicas en el análisis de los discursos, esto ayudaría a profundizar en entender cómo se da la relación de terapeuta-paciente y la evolución a las soluciones de las problemáticas abordadas.

Una pregunta también sería ¿Cómo esta técnica podría abonar a modelos, diseños o instrumentos clínicos desde otros abordajes terapéuticos además de la terapia cognitivo-conductual? Es en este sentido pensar que la psicoterapia ha venido teniendo una evolución en ser interdisciplinaria y surja a partir de ello nuevas teorías o explicaciones de cómo entender al ser humano.

Las limitaciones de esta investigación se presentan en que esta realizado desde una perspectiva cognitivo-conductual, lo cual para el caso de un duelo complicado pondera más aspectos cognitivos y conductuales que sus propias experiencias y cómo las vivió en términos de emociones y sensaciones.

Al ser un duelo complicado, las fluctuaciones que el consultante estaba presentando en el proceso, es decir, las resistencias en no expresar emociones, rigidez a nivel de creencias y motivación de hacer los cambios en su día a día fueron difíciles de analizar y dar respuesta.

La misma complejidad del proceso junto con mi inexperiencia en el campo de práctica psicoterapéutica, me llevo a exigirme dentro de mis habilidades y

limitaciones la escucha, empatía, comprensión e implementación de herramientas psicoterapéuticas como la técnica de confrontación como otras mencionadas, con la finalidad de que al consultante le sirvieran en su reelaboración de su duelo complicado.

Es importante aclarar de esta investigación, que el consultante necesitaba a la par de llevar un proceso psicoterapéutico, tener una atención médica que requiriera una evaluación, diagnóstico y tratamiento debido al cuadro depresivo que presentaba.

Será necesario seguir investigando la confrontación cognitivo-conductual como modo de intervención en esta problemática del duelo y algunas otras donde su uso sea pertinente.

## REFERENCIAS

- Acosta, B. (2002). Efectos del dialogo socrático sobre el pensamiento crítico en estudiantes. *Psicología desde el Caribe Universidad del Norte* (10), 1-26. En: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=21301002>
- Alonso, L., Ramos, M., Barreto, P & Pérez, M. (2019). *Modelos Psicológicos del Duelo: Una Revisión Teórica. Calidad de vida & salud*, [online] Vol.12 (1), pp.66-68.  
En: <http://c.ns.uflo.edu.ar/index.php/CdVUFLO/article/view/176/180>
- Asociacion Psiquiatrica Americana. (2014). *Manual de diagnostico y estadistico de los trastornos mentales (DSM.5)* (5 ed.). Madrid: Medica Panamericana.
- Barreto, P., & Soler, M. C. (2007). *Muerte y duelo*. Madrid: Síntesis.
- Beck, A. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. Penguin.
- Boelen, P. A. (2006). *Cognitive-behavioral therapy for complicated grief: Theoretical underpinnings and case descriptions*. *Journal of Loss and Trauma*, 11 (1), p.p. 1-30. DOI: [10.1080/15325020500193655](https://doi.org/10.1080/15325020500193655)
- Boelen, P. A., & Lensvelt-Mulders, G. (2005). Psychometric properties of the grief cognitions questionnaire (GCQ). *Journal of Psychopathology & Behavioral Assessment*, 27 (4), p.p.291-303. DOI:10.1007/s10862-005-2409-5
- Boelen, P. A., Van Den Hout, M. A., & Van Den Bout, J. (2006). *A Cognitive - Behavioral conceptualization of complicated grief*. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 13 (2), p.p 109-128. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2850.2006.00013.x>

- Cagnoni, F., & Milanese, R. (2010). *Cambiar el pasado. Superar las experiencias traumáticas con la terapia estratégica*. Herder: Barcelona. p.p. 1-227.
- Carmona, C. (2009). *Análisis de un caso de duelo patológico desde la Terapia Cognitivo-Conductual*. *Revista de Psicología Da IMED*, 1(2), p.p.231-242.  
doi:<https://doi.org/10.18256/2175-5027/psico-imed.v1n2p231-242>
- Cruz, G. J.C., Corona, C. Z.I., & Portas, V., C. J. (2017). *Terapia Cognitivo Conductual en el manejo de duelo complicado*. Centro de Estudios da Familia e Individuo (CEFI). <https://www.researchgate.net/publication/329655368.pdf>
- Ellis, A. G. (1980). *Manual de Terapia Racional Emotiva* (10 ed.). Bilbao, España: Desclee De Brouwer.
- Fernandez, L. (2002). *Intervenciones sobre problemas relacionados con el duelo para profesionales de Atención Primaria (I): el proceso del duelo*. Rev.Scielo.  
De: <http://scielo.isciii.es/pdf/medif/v12n3/dinamica.pdf>
- Flores,S.(2002).Duelo.*ANALES*, 25, 77-85. doi:<https://doi.org/10.23938/ASSN.0843>
- Galeano, M. (2017). *Aplicación de técnicas cognitivo-conductuales. En Caso Único De Adolescente Víctima De Abuso Sexual Con Trastorno Depresivo*. Universidad del Norte. Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales, 1-94.  
En:<https://manglar.uninorte.edu.co/bitstream/handle/10584/7448/63529063.pdf>
- Ibañez, E. O. (2012). *Terapia Racional Emotiva. Una revisión actualizada de la investigación*.*Rev. ElectronicadePsicologiaIztacala*, 15(4).En:<http://www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (24 de Enero de 2022). *Estadística de defunciones registradas en México de Enero a Junio de 2021 (Preliminar)*.

Comunicado de Prensa Número 24. p.p. 1-40.

En:<https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2022/dr/dr2021.pdf>

Kazdin, A.E. (2001). *Métodos de investigación en psicología clínica* (3ª ed.). México: Pearson Educación.

Kazdin, A.E. (2001). *Métodos de investigación en psicología clínica*. (3ª ed.). México: Pearson Educación.

Kübler- Ross., E. (1969). *Sobre el duelo y el dolor*. Barcelona, España: Luciernaga.

López-Muñiz, J. M.-B. (2007). *El duelo complicado*. Recuperado el 15 de Febrero de 2021, de Servicio de Oncología Medica. Hospital Virgen de la Salud. Toledo.SEOM.En:<http://www.seom.org/seomcms/images/stories/recursos/sociosyprofs/documentacion/manuales/duelo/duelo18.pdf>

Maldavsky, D. (1997). *Sobre las ciencias de la subjetividad*. Buenos Aires: Nueva Visión.

Myerhoff, B. (1982). Life history among the elderly: Performance, visibility and remembering. Ruby, J. (ed): *A Crack in the Mirror. Reflective perspectives in anthropology*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press.

Neimeyer, R., Mahoney, M. J., & Aparicio, A. (1998). *Constructivismo en psicoterapia*. Barcelona: Paidós.

Partarrieu, A. (2011). *Dialogo socratico en psicoterapia cognitiva*.En:<https://www.academica.org/000-052/236.pdf>

- Payás, A. (2010). *Las tareas del duelo. Psicoterapia de duelo desde un modelo integrativo-relacional*. Barcelona: Paidós.
- Robert, Y. K. (s.f.). Investigación sobre estudios de casos: Diseño y Metodos . 5(Segunda Edición). Recuperado el 23 de Agosto de 2021, de <http://panel.inkuba.com>
- Ruiz, M. D., & Villalobos, A. (2012). *Manual de técnicas de intervención cognitivo conductuales*. Bilbao: Desclee de Brouwer.
- Rupprecht, W. ( 1998). *La PNL y la imaginación*. Barcelona: Sirio.
- Satir, V. (1990). *En contacto íntimo: Como lograr una relación auténtica con uno mismo y con los demás*. España: Neo Person.
- Secretaria de Salud Jalisco. (2022). Informe Técnico COVID-19. Jalisco Gobierno del Estado. En:<https://ssj.jalisco.gob.mx/prensa/noticias>
- Skinner, B. F. (1938). *The behavior of organisms*. Cambridge: E.U.A.
- Valdés, N; Tomicic, A; Pérez, J.C; Krause, M. (2010). Sistema de Codificación de la Actividad Terapéutica (scat-1.0): Dimensiones y categorías de las acciones comunicacionales de pacientes y psicoterapeutas. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 19, (2), 117-130.Fundación Aiglé. Buenos Aires, Argentina. De: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=281921801002>
- Vargas, Z. R. (2003). La confrontación: una oportunidad para el desarrollo personal.*Revista Educación*,27(2),86.De:<https://www.redalyc.org/pdf/440/44027206.pdf>

- Vedia V. (2016). Duelo patológico. Factores de riesgo y protección. *Revista Digital de Medicina Psicosomática y Psicoterapia*, 6, (2). España. De [https://www.psicociencias.org/pdf\\_noticias/Duelo\\_patologico.pdf](https://www.psicociencias.org/pdf_noticias/Duelo_patologico.pdf)
- Villagómez, Z., P. G. (2020). *Evaluación del duelo complicado: una reflexión desde la perspectiva económico-familiar en pacientes tratados con Terapia de Aceptación y Compromiso en el Centro Universitario de Ciencias de la Salud. Universidad de Guadalajara*. En: <http://ru.iiec.unam.mx/5156/1/2-057-Villagomez-Pena-Franco.pdf>
- Wainer, A. (2012). Estudios de caso único en el campo de la investigación actual en psicología clínica. *Subjetividad y Procesos Cognitivos*, 16(2), pp. 214-222.
- White, M. y Epston, D. (1990). *Medios narrativos para fines terapéuticos*. Paidós.
- Yin, K. R. (s.f.). *Investigación sobre estudio de casos: Diseño y Metodos*. 5 (Segunda Edición). De: de <http://panel.inkuba.com>

## ANEXOS

### Anexo 1

<b>Contenidos</b>	<b>REFERENCIA</b> 1º persona singular (1) / 2º persona singular o plural (2) / Tercera persona singular o plural (3) / Relación Terapéutica (4) / Relación con un tercero (5) / Neutral (6)																					
	<b>ÁMBITO</b> Acciones (1) / Ideas (2) / Afectos (3)																					
<b>Tipos de Acciones Comunicacionales</b>	<b>FORMAS BÁSICAS</b>	<table border="1"> <tr> <td rowspan="14"><b>INTENCIONES COMUNICACIONALES</b></td> <td rowspan="14"><b>TÉCNICAS</b></td> <td>Argumentación (1)</td> <td>Autorrevelación (2)</td> </tr> <tr> <td>Confrontación (3)</td> <td>Consejo (4)</td> </tr> <tr> <td>Imaginería (5)</td> <td>Información (6)</td> </tr> <tr> <td>Interpretación (7)</td> <td>Narración (9)</td> </tr> <tr> <td>Nominación (10)</td> <td>Paradoja (11)</td> </tr> <tr> <td>Reflejo (12)</td> <td>Refuerzo (13)</td> </tr> <tr> <td>Resumen (14)</td> <td>Rol Playing (15)</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Explorar (1) / Sintonizar (2) / Resignificar (3)</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Asentir (1) / Aseverar (2) / Negar (3) / Preguntar (4) / Dirigir (5)</td> </tr> </table>	<b>INTENCIONES COMUNICACIONALES</b>	<b>TÉCNICAS</b>	Argumentación (1)	Autorrevelación (2)	Confrontación (3)	Consejo (4)	Imaginería (5)	Información (6)	Interpretación (7)	Narración (9)	Nominación (10)	Paradoja (11)	Reflejo (12)	Refuerzo (13)	Resumen (14)	Rol Playing (15)	Explorar (1) / Sintonizar (2) / Resignificar (3)		Asentir (1) / Aseverar (2) / Negar (3) / Preguntar (4) / Dirigir (5)	
		<b>INTENCIONES COMUNICACIONALES</b>			<b>TÉCNICAS</b>	Argumentación (1)	Autorrevelación (2)															
						Confrontación (3)	Consejo (4)															
						Imaginería (5)	Información (6)															
Interpretación (7)	Narración (9)																					
Nominación (10)	Paradoja (11)																					
Reflejo (12)	Refuerzo (13)																					
Resumen (14)	Rol Playing (15)																					
Explorar (1) / Sintonizar (2) / Resignificar (3)																						
Asentir (1) / Aseverar (2) / Negar (3) / Preguntar (4) / Dirigir (5)																						

Tabla de Dimensiones, Categorías y Códigos del SCAT-1.

## Anexo 2

### Modelo ABC-DE de Albert Ellis

#### *Técnica ABC de Ellis y Beck*

<b>A</b>	<b>B</b>	<b>C</b>	<b>D</b>	<b>E</b>
Acontecimientos activadores	Creencias y pensamientos sobre A	Consecuencias emocionales y conductuales	Pensamientos racionales adaptativos sobre A	Consecuencias emocionales y conductuales adecuadas
Ansiedad antes de los exámenes	Me sacare malas notas No obtendré un promedio adecuado	Siento miedo, que pierdo el control	Me relajare antes de los exámenes porque todo ira bien	Me controlare mejor, mantendré la calma y estudiare
		Dejo de estudiar y hago otras cosas		Estudiare y no hare otras cosas
Miedo a quedarme sola	Estaré toda la vida sola, ya que nadie se interesa por mi	Lloro, siento miedo, actuó impulsivamente	Estaré bien, tendré personas que se interesan por mi.	No llorare, ni sentiré miedo

## Anexo 3

### Formato de Consentimiento Informado

Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Occidente

Departamento de Psicología, Educación y Salud

**Maestría en Psicoterapia**

**Forma de consentimiento informado**

**Título:** “La técnica de confrontación como utilidad en la modificación y búsqueda de nuevos hallazgos de formas de pensar y sentir en consultantes adultos”.

**Alumno y programa:** Gustavo Ramírez Rodríguez, IDI I (Investigación, Desarrollo e Innovación I).

**Nombre del asesor:** Bernardo Enrique Tovar

**Propósito**

Este trabajo tiene la finalidad de conocer la utilidad de la técnica de confrontación para brindar una óptima atención a las personas que acuden a un proceso psicoterapéutico.

Se solicitan personas que estén actualmente en un servicio de atención psicológica por parte del ITESO a través del proyecto presencia y con una permanencia de al menos 6 meses. De la misma manera se solicita de su consentimiento informado para utilizar el material clínico de los consultantes para fines académicos.

**Riesgos**

Ningún riesgo es esperado para los participantes.

**Beneficios**

Ningún beneficio es esperado para los participantes.

El beneficio primario de este proyecto será obtener información que permita la mejor comprensión de los modos de intervención en psicoterapia para una mejor atención. El propósito que tiene este proyecto de intervención es poder ayudar a los participantes a ver con más claridad las consecuencias de sus conductas y en ese sentido pueda asumir una vida con mayor responsabilidad y desarrollar mejores relaciones con los otros.

**Participación y Retiro Voluntario**

La participación es totalmente voluntaria. Usted tiene el derecho para negarse a participar de este proyecto. Si decide participar y cambia de opinión se puede retirar en cualquier momento.

### **Confidencialidad**

Los hallazgos se resumirán y serán informados en un reporte académico. Los participantes serán identificados con el uso de pseudónimos, los nombres reales no aparecerán en ningún registro, ni cualquier otro dato que permita la identificación de los participantes. Las grabaciones de las entrevistas serán guardadas bajo llave y en un dispositivo electrónico. El encargado de esta información será el alumno Gustavo Ramírez Rodríguez junto con el director del proyecto Bernardo Enrique Tovar y estarán disponibles por un lapso de tres años para académicos y alumnos del programa que justifiquen el acceso a los datos.

### **Procedimientos**

Las entrevistas se llevarán a cabo dentro de las instalaciones del ITESO y tendrán una duración de 50 a 60 minutos. La fecha y hora será acordada con el alumno del proyecto.

Recibirá una copia de esta forma de consentimiento informado para que se quede con ella.

Si está dispuesto a participar de este proyecto, por favor firme abajo.

Fecha \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Participante

Gustavo Ramírez Rodríguez

Fecha 18/11/2020

\_\_\_\_\_  
Alumno encargado del proyecto