e-Magazine Conductitlan (2022), Vol. 7, No. 1, pp. 39 - 43

EL DUELO ABORDADO DESDE LA TERAPIA DE ACEPTACIÓN Y COMPROMISO

Wendy Cristina Hernández Martínez

cristy10mx@hotmail.com

*“La idea de que uno morirá es más cruel que morir:*

*pero menos que la idea de que otro ha muerto.*”

*Marcel Proust*

La experiencia del duelo después de una muerte o de cualquier situación que conlleve una pérdida; por ejemplo, la salud, el trabajo, la pareja, es una reacción universal y normal que ocurre dentro de un contexto sociocultural. Cuando se enfrentan estás experiencias de duelo, la mayoría de las personas logran recuperarse de la pérdida sin mayor conflicto, sin embargo, la evidencia clínica de varios estudios muestra la existencia de una prevalencia de 7 a 20% de duelo complicado (Langner y Maercker, 2005; Bonanno y Kaltman, 2001; Jacobs, 1999).

Se puede denominar al duelo como una experiencia multidimensional que afecta no sólo biológica y emocionalmente, sino que influye en las emociones, creencias, cogniciones, conductas de la persona. Donde las manifestaciones más comunes son; tristeza, angustia, depresión, enojo, ansiedad, ira, sensación de abandono, desesperanza, miedo, confusión, incredulidad, rumiaciones, dolor de cabeza, vacío en el estómago, aceleración del ritmo cardiaco, dolor de garganta, distracción, insomnio, trastornos de alimentación, aislamiento, llanto frecuente, obsesión por elementos que tengan vínculo con la pérdida, entre otras.

Cada persona, en función de las relaciones que establezca con diversos estímulos, puede tener diferentes síntomas e interpretaciones sobre la pérdida, así como reacciones derivadas de la misma. La cultura influye de forma importante en cómo se conceptualiza la muerte y la pérdida, por tanto, en cómo se lidia con ella. La duración y la expresión del duelo “normal” varían considerablemente entre distintos grupos culturales. Cada cultura tiene su propia perspectiva.

De acuerdo a Malkinson, 2007; Boelen, 2006, en el duelo complicado el dolor se intensifica y no conduce a la asimilación de la pérdida, sino de comportamientos estereotipados y repetitivos, así como problemas de funcionamiento.

Algunos aspectos que determinan el manejo de un duelo y que pueden llevarlo a un proceso complicado son, la estigmatización que el doliente experimenta, la desacreditación por el duelo, duelos silenciosos, sentimientos de culpa, de vergüenza, la relación de proximidad con la persona que muere, o el estímulo perdido. Por ejemplo, en casos de homicidio, suicidio, enfermedades de transmisión sexual, abortos, infidelidad. La persistencia de las conductas, pensamientos, emociones y sentimientos mencionados, conducen a un duelo complicado, donde la persona experimentará complicaciones para encontrar actividades, relaciones que le sean satisfactorias y gratificantes.

Algunos modelos explicativos de las primeras clasificaciones sobre las diferencias individuales del duelo se basaron en la observación clínica o en base a datos de pacientes psiquiátricos (Lindemann, 1944; Parkes, 1965), y se enfocaron principalmente en clasificar las reacciones de duelo entre dos categorías “normales” y “patológicas”, describiendo en detalle su curso a partir de etapas ((Bowlby, 1980; Kübler Ross, 1969), fases (Ramsay, 1979; Sanders, 1989) y estadios (Rubin, 1997), donde se hace hincapié que en el trabajo de duelo la persona necesita pasar por estas etapas o fases para hacer frente a su pérdida.

Recientemente se ha observado que el duelo es un proceso dinámico y no lineal como se pensaba, vivido tanto en un contexto social como interpersonal; donde cada individuo puede focalizar su atención de forma alternada entre la pérdida o la restauración, la manera de actuar en cada estadio influirá en su funcionalidad y recuperación en su contexto o en la posible aparición del duelo complicado.

Un duelo “normal” aceptará las reacciones y síntomas posteriores al duelo, evaluará de modo adecuado las consecuencias de la pérdida, permitiéndose continuar expresando su afecto, hará una revisión constructiva de sus objetivos y metas y actuará activamente para conseguirlas; en contraste, cuando el doliente se mueve hacia la evitacióninvertirá demasiada energía rumiando acerca de las causas o consecuencias de la muerte y se enfocará en intentar disminuir y controlar los síntomas inherentes al duelo, generando estrategias de evitación y aplanamiento emocional (Romanoff, 2012; Polk, 2014), lo que quizá derivará en la aparición de un duelo complicado.

Una de las terapias que aborda el manejo del duelo es la terapia de aceptación y compromiso, que es una de las terapias de conducta de tercera generación sensibles al contexto y a las funciones de los fenómenos psicológicos. La ACT aplica procesos de aceptación y “conciencia”, así como el compromiso y procesos de cambio conductual para facilitar la flexibilidad psicológica. Dicha flexibilidad psicológica permite la aceptación del sufrimiento psicológico tal cual es, por lo que es posible aprender de él y cambiar el centro de atención hacia los comportamientos que realzan y dan sentido a la vida (Hayes *et al.*, 1999). Esta terapia ha sido validada en términos científicos para su aplicación en pacientes con un duelo complicado.

El modelo de ACT considera la mente como un complejo conjunto de procesos cognitivos relacionados, que dependen del lenguaje; donde una reacción adaptativa implica que el individuo reconozca la pérdida, pueda permanecer en contacto con otros y crea que la vida puede aún tener un propósito y significado, es decir la aceptación en lugar de la evitación (Walser y Hayes,2006).

En la sociedad occidental se promueven de manera constante la búsqueda de la felicidad y la relajación como una forma de evadir pensamientos y sentimientos desagradables, colocando el “ser feliz” y “sentirse bien” como signos de salud mental y como lo normal (Molina y Luciano, 2003). Desde la perspectiva de ACT, el sufrimiento humano es una consecuencia de la fusión con las instrucciones mentales que animan a la supresión, el control o la eliminación de aquellas vivencias que se supone pueden resultar angustiosas; sin embargo, tener pensamientos y sentimientos tanto desagradables como agradables resulta psicológicamente saludable (Hayes *et al.*, 1999).

Aunque a corto plazo la evitación puede dar la impresión de ser efectivo, a largo plazo las situaciones de evitación se multiplican, los pensamientos y sentimientos evitativos se desbordan y hay incapacidad de entrar en contacto con el presente y disfrutar, se pierde dirección de lo que la persona quiere para su vida, provocando un trastorno de evitación experiencial, donde aparecen patrones depresivos, ansiedad, adicciones, obsesiones, delirios y alucinaciones. A mayor “deseo de control, eliminación o evitación” se incrementa la prolongación del curso de su duelo.

La terapia de aceptación y compromiso tiene como metas:

* Desesperanza creativa. La primera meta en la terapia es combatir las experiencias de control como un modo razonable de estimular la salud psicológica. La meta no es que los pacientes se sientan desesperanzados, sino enfocar dicha desesperanza sobre sus estrategias de evitación y escape hacia sus experiencias privadas a fin de vivir su vida efectivamente ( Hayes *et al.*, 1999). La finalidad es buscar una nueva manera de convivir con su dolor.
* La Aceptación psicológica que es la adopción de una postura abierta, receptiva, flexible y sin juicios respecto a la experiencia que tiene lugar momento a momento, aun cuando el contenido resulte indeseable y angustioso. Se alienta al doliente a no rehuir el contacto con el dolor de su pérdida, ningún control emocional puede deshacer la pérdida o modificar un evento.
* La flexibilidad psicológica que es “la habilidad de ponerse en contacto con el momento presente junto con los pensamientos y sentimientos que contiene, sin necesidad de defensa y, dependiendo de lo que la situación permita, la persistencia o cambio en la conducta para buscar lograr valores y metas personales” (Hayes, 2004; Luoma, Hayes y Walser, 2007; Hayes y Strosahl, 2004).
* Enfatizar los valores del paciente, que se conceptualizan como patrones conductuales individuales y dinámicos que abarcan distintas áreas de la vida y proveen un sentido de dirección (Wilson y Byrd, 2004). Son direcciones de vida elegidas**.** Se eligen libremente y tienen la función de orientar y motivar al paciente en la determinación de un propósito (Hayes *et al.*, 1999). Se trata de cualidades deseadas que involucran el cómo quiere comportarse la persona, cómo quiere actuar, qué es lo que le importa y qué es relevante (Harris, 2009); por tanto, los valores serán determinantes para que las acciones comprometidas de la persona sean significativas.

Realizar una evaluación previa ayuda al terapeuta a conocer el sistema de funcionamiento del paciente, así como a identificar los componentes básicos del duelo complicado y los valores y metas que el paciente quiere desarrollar. Entre los puntos a evaluar se recomienda conocer los antecedentes de otras pérdidas y la forma en que fueron enfrentadas, factores individuales de vulnerabilidad, la relación que llevaba con el fallecido, o el estímulo perdido, el tipo de vínculo y la historia del evento traumático. Otro aspecto importante es reconocer la disponibilidad de la persona en cuanto al contacto con sus experiencias privadas (p. ej., los estados o sensaciones de su cuerpo, sus pensamientos, sus recuerdos, sus predisposiciones conductuales) y saber si altera deliberadamente la forma o frecuencia de tales experiencias privadas, así como las condiciones que las generan (Hayes, Wilson, Gifford, Follette y Strosahl, 1996).

Dentro de las herramientas que podemos utilizar para la evaluación son:

1. **Entrevista que ayude a identificar**: a) Factores circunstanciales de la pérdida reciente; b) variables históricas relevantes; c) Factores individuales de vulnerabilidad y d) el soporte personal.
2. **Instrumentos psicométricos sugeridos:** a) Inventario de Duelo Complicado Revisado (IDC-R- ECEP); b) Cuestionario de Aceptación y Acción-II (AAQ-II-YUC); c Symptom checklist 90 (SCL-90-R, Derogatis, 1996); d) Inventario de Calidad de Vida y Salud (incavisa).
3. **El análisis funcional** nos permite identificar y definir las conductas clínicamente relevantes, entendido como el reconocimiento de patrones de los conflictos de los pacientes a partir de la identificación de las relaciones funcionales entre: A) antecedentes; B) Conductas y C) Consecuencias, organizando estas conductas clínicas relevantes, para posteriormente definir aquellas con las que se trabajará, detectando cuáles tendrán que reforzarse positivamente o negativamente.

**Algunas estrategias de intervención en la sesión que pueden utilizarse son:**

* **Mindfulness:** se define como “mantener la conciencia viva de la realidad actual”, una conciencia plena. Esto tiene dos objetivos principales: 1) promover en el paciente la atención al momento presente; y 2) ayudarlo a que esté enfocado en lo que se va a trabajar en sesión (Walser y Westrup, 2007).
* **Registros** que ayuden a identificar “soluciones que no son soluciones” (evitación experiencial), que ayuden a trabajar la desesperanza creativa y “el costo de las estrategias utilizadas por el paciente” a corto y largo plazo, las barreras que afectas otras áreas de su vida a partir de la pérdida.
* **Metáforas:** una metáfora ayuda a enfatizar lo inútil que es prolongar la utilización de estrategias que promueven la evitación experiencial. Creando desesperanza.
* **Establecer Contrato de terapia:** el paciente tenga claro cuál será su rol y el del terapeuta durante el tiempo que dure el tratamiento
* **Revisión de sesiones anteriores:** emplear de 5 a 10 minutos para revisar lo visto en la sesión anterior. Éste es el momento adecuado para explorar la experiencia del paciente sobre los temas que se trabajaron en la sesión anterior y sus reacciones posteriores.
* **Ejercicios de defusión:** La defusión cognitiva es uno de los procesos centrales para la flexibilidad psicológica, que impone al individuo distanciarse de involucrarse de manera innecesaria con las vivencias y acontecimientos internos, angustiosos e indeseados, para pasar a considerarlos, sin juzgarlos, una mera actividad del propio funcionamiento mental. El objetivo de los métodos de defusión es ayudar al paciente a disminuir la conexión literal que tiene con los contenidos de su mente (Walser y Westrup, 2007).
* **Formulario narrativo de valores.** Esta estrategia permite identificar los valores del paciente de acuerdo con distintas áreas vitales es de gran utilidad para definir qué le importa, qué cosas quiere conseguir y por las cuales querría trabajar.

El final de la terapia es un buen momento para pedirle al paciente que describa su impresión sobre todo el proceso, qué ha cambiado desde que inició hasta ahora, qué habilidades adquirió y puede seguir utilizando. Es importante que el terapeuta refuerce todo lo que el paciente mencione y haga énfasis en los avances que él pudo observar. También se le alentará para continuar con los compromisos adquiridos. Se pueden aplicar los mismos instrumentos psicométricos que se ocuparon en la evaluación inicial para identificar información del estado actual del paciente.

Referencia bibliográfica

Cruz Gaytán, J; Reyes, M; Corona, Z (2017). Duelo: tratamiento basado en la terapia de aceptación y compromiso (ACT). Editorial El Manual Moderno