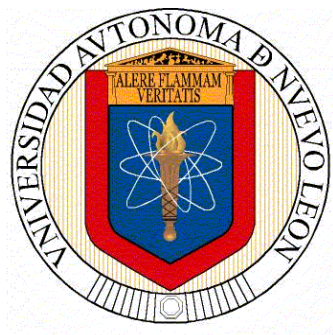


**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE PSICOLOGÍA**



TESIS

**HIPNOSIS CLÍNICA EN EL DUELO DE CUIDADORES
INFORMALES DE PACIENTES DE CUIDADOS PALITIVOS**

PRESENTADA POR:

HUGO GARCÍA BALVANEDA

COMO REQUISITO PARCIAL PARA OBTENER EL GRADO DE:

**MAESTRIA EN CIENCIAS
CON ORIENTACION EN PSICOLOGIA DE LA SALUD**

FEBRERO DE 2023

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON

FACULTAD DE PSICOLOGIA

SUBDIRECCION DE POSGRADO

MAESTRIA EN CIENCIAS CON ORIENTACION EN PSICOLOGÍA DE LA SALUD



**HIPNOSIS CLÍNICA EN EL DUELO DE CUIDADORES INFORMALES DE PACIENTES DE
CUIDADOS PALITIVOS**

**TESIS COMO REQUISITO PARCIAL PARA OBTENER EL GRADO DE MAESTRIA EN
CIENCIAS**

PRESENTA:

HUGO GARCÍA BALVANEDA

DIRECTOR DE TESIS:

DR. ARNOLDO TÉLLEZ

MONTERREY, N. L., MEXICO, FEBRERO DE 2023



FACULTAD DE PSICOLOGÍA
Subdirección de Posgrado

COMITÉ ACADÉMICO DE MAESTRÍAS
SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO
FACULTAD DE PSICOLOGÍA, UANL

Por medio de la presente, nos dirigimos a ustedes para comunicarles que después de haber revisado las correcciones sugeridas al PRODUCTO INTEGRADOR titulado " Hipnosis Clínica en el Duelo de Cuidadores Informales de Pacientes de Cuidados Paliativos

_____",
presentado por Hugo García Balvaneda egresado
(a) en el período escolar Agosto-Diciembre 2022 de la Maestría
en
Ciencias con Orientación en Psicología de la Salud.
Lo consideramos ACEPTADO para su defensa.

Sin otro asunto de momento, quedamos a su órdenes.

Dr. Arnoldo Téllez López
NOMBRE DEL DIRECTOR
Núm. de empleado: 14465

FIRMA

28/11/2022
FECHA

Dra. Dehisy Marisol Juárez García
NOMBRE DEL REVISOR I
Núm. de empleado: 100125

FIRMA

28/11/2022
FECHA

Revisor externo: Si No

Dra. Teresa de Jesús Sánchez Jauregui
NOMBRE DEL REVISOR II
Núm. de empleado: PS0178

FIRMA

28/11/2022
FECHA

Revisor externo: Si No

bvf.*



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
Dr. Carlos Canseco #110, Col. Mitras Centro, Monterrey, Nuevo León, México C.P. 64460
81 8333 8233 • www.psicologia.uanl.mx

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON

FACULTAD DE PSICOLOGIA

SUBDIRECCION DE POSGRADO

MAESTRIA EN CIENCIAS CON ORIENTACION EN PSICOLOGÍA DE LA SALUD

La presente tesis titulada “Hipnosis Clínica en el Duelo de Cuidadores Informales de Pacientes de Cuidados Paliativos” presentada por Hugo García Balvaneda ha sido aprobada por el comité de tesis.

Dr. Arnoldo Téllez
Director de tesis

Revisor de tesis
Dra. Dehisy Marisol Juárez García

Revisor de tesis
Dra. Teresa Sánchez

Monterrey, N. L., México, Febrero de 2023

DEDICATORIA

A mi mamá, Angélica, a quien le debo todo.

A mi hermana, Atzhiri, que me enseñó a no temerle al futuro.

Y a los amigos y amigas que me han acompañado en este viaje.

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a mi director, el Dr. Arnoldo Téllez, quien además de ser mi guía en esta aventura, fue el que me dio la confianza de iniciarla. Asimismo, mi eterna gratitud para mis revisoras, la Dra. Dehisy Juárez y la Dra. Teresa Sánchez, por cada corrección y consejo.

A la Dra. Lucía Quezada, la Dra. Cecilia Meza, el Mtro. Arturo Valdez, el Mtro. Rogelio Hinojosa y la Dra. Diana Almaraz agradezco sus ojos y sus oídos, no solo para lo que está escrito aquí, sino para mis palabras también.

Por último, gracias a mis amigos y colegas, el Mtro. Carlos Rodríguez y la Mtra. Ivonne Domínguez por ser tan pacientes conmigo.

ÍNDICE

RESUMEN	9
ABSTRACT	10
CAPÍTULO I	11
INTRODUCCIÓN	11
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	15
JUSTIFICACIÓN	18
OBJETIVO	21
Objetivo general	21
Objetivos específicos	21
Hipótesis de investigación	21
CAPÍTULO II	23
MARCO TEÓRICO	23
CUIDADOS PALIATIVOS	23
CUIDADORES INFORMALES	24
HIPNOSIS	26
Teorías Disociativas (Estado)	28
Teorías Socio-Cognitivas (No Estado)	29
Neurofisiología de la Hipnosis	34
DUELO	36
Modelo IPIR de la Cuatro Dimensiones	40
DUELO COMPLICADO	45
Ansiedad y depresión	47
Factores de riesgo para desarrollar DC	49
Datos Epidemiológicos del Duelo y DC	52
Explicación biológica del Duelo y DC	55
Explicación psicológica del DC	57
Explicación social del DC	58
CAPÍTULO III	59
MÉTODO	59
DISEÑO	60
PARTICIPANTES	60
APARATOS E INSTRUMENTOS	62

PROCEDIMIENTO	66
ANÁLISIS DE RESULTADOS	67
ASPECTOS ÉTICOS	68
CAPÍTULO IV	70
RESULTADOS	70
Datos sociodemográficos	71
Datos clínicos relevantes	74
Datos específicos del cuidado	74
Evaluación Inicial (Pretest) del Índice de Duelo Complicado (IDC)	75
Relación entre variables	77
Diferencias post-intervención en el IDC	77
Comprobación de hipótesis del IDC	79
Evaluación Inicial (Pretest) de la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS)	79
Diferencias post-intervención en el HADS	81
Comprobación de hipótesis del HADS	82
CAPITULO V	83
DISCUSIÓN	83
Limitantes	86
Implicaciones clínicas	87
Recomendaciones	88
CONCLUSIÓN	88
REFERENCIAS	89
ANEXOS	117

ÍNDICE DE TABLAS Y FIGURAS

Tablas

Tabla 1.	<i>Estadísticos de los puntajes de pretest del IDC y sus subescalas</i>	76
Tabla 2.	<i>U de Mann-Whitney para diferencia entre GC y GE en el pretest del IDC</i>	77
Tabla 3.	<i>Estadísticos del puntaje de ganancia del IDC y sus factores</i>	78
Tabla 4.	<i>Estadísticos de los puntajes de pretest del HADS y sus subescalas</i>	80
Tabla 5.	<i>U de Mann-Whitney para diferencia entre GC y GE en el pretest del HADS</i>	80
Tabla 6.	<i>Estadísticos descriptivos del puntaje de ganancia del HADS y sus subescalas</i>	81

Figuras

Figura 1.	<i>Estado Civil</i>	72
Figura 2.	<i>Estado de Procedencia</i>	72
Figura 3.	<i>Grado de Estudios</i>	73
Figura 4.	<i>Situación Laboral</i>	73
Figura 5.	<i>Enfermedades padecidas por los pacientes de los cuidadores informales</i>	75

RESUMEN

Los recursos de los cuales disponen los cuidadores informales para atender su proceso de duelo por la muerte de un familiar-paciente son limitados. Con el fin de ampliar el catálogo de estos recursos, el presente estudio evaluó los efectos de la hipnosis clínica ante el duelo de cuidadores informales que han experimentado el fallecimiento de su paciente de cuidados paliativos. Para su realización, se diseñó un estudio cuasiexperimental de pretest y postest que se basa en la aplicación de un tratamiento hipno-terapéutico de 4 sesiones. Se contó con la participación de 12 cuidadores en el grupo experimental y 12 para el grupo control, ambos siendo evaluados con el Inventario de Duelo Complicado (IDC) y la Escala de Depresión y Ansiedad Hospitalaria (HADS). Los resultados mostraron una mejoría significativa en el puntaje general del IDC ($p = .011$, $r = -.51$) y sus factores AEFA ($p = .003$, $r = -.59$) y VASS ($p = .036$, $r = -.42$), así como en el puntaje general (distrés) ($p = .026$, $r = -.45$) y subescala de depresión del HADS ($p = .010$, $r = -.52$). No se encontró significancia en el factor PFIR ($p = .976$, $r = -.006$) ni en la subescala de ansiedad ($p = .164$, $r = -.28$). Se concluyó, entonces, que la hipnosis clínica es una modalidad de tratamiento efectiva para el trabajo de duelo en este tipo de cuidadores, además, se considera que puede ser beneficiada por tratamientos complementarios o una intervención de mayor duración.

Palabras clave: hipnosis clínica, hipnoterapia, duelo, cuidadoras informales, cuidados paliativos

ABSTRACT

Resources available to informal caregivers to attend to their bereavement process after the death of a family member-patient are limited. In order to expand the catalog of these resources, the present study evaluated the effects of clinical hypnosis on the bereavement of informal caregivers who have experienced the death of their palliative care patient. A quasi-experimental pretest-posttest study was designed based on the application of a 4-session hypnotherapeutic treatment. Twelve caregivers participated in the experimental group and twelve in the control group, both being evaluated with the Inventory of Complicated Grief (ICG) and the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS). Results showed a significant improvement in the overall score of the ICG ($p = .011$, $r = -.51$) and its factors AEFA ($p = .003$, $r = -.59$) and VASS ($p = .036$, $r = -.42$), as well as in the overall (distress) score ($p = .026$, $r = -.45$) and depression subscale of the HADS ($p = .010$, $r = -.52$). No significance was found for the PFIR factor ($p = .976$, $r = -.006$) or the anxiety subscale ($p = .164$, $r = -.28$). It is concluded that clinical hypnosis is an effective treatment modality for bereavement work with this type of caregivers, and that it could benefit from complementary treatments or a longer intervention.

Key words: clinical hypnosis, hypnotherapy, bereavement, informal caregivers, palliative care.

CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

El duelo es un proceso natural que tiene el potencial de traer consigo una serie de “manifestaciones clínicas que vulneran y comprometen la salud física y emocional de las personas” (Romero, 2018, p. 175). Provoca en el doliente respuestas emocionales, cognitivas y conductuales que pueden resultar abrumadoras, acentuando sus necesidades de compañía, crianza y soporte emocional, llevando incluso al desarrollo de comorbilidades emocionales y mentales a largo plazo como lo puede ser la depresión (Liew et al., 2019). Por este motivo, los cuidados paliativos han establecido dentro de sus prioridades atender los duelos de aquellos familiares que sufrieron la muerte de su paciente (Brugnoli, 2016). Se le presta especial atención a aquellos familiares o amistades clasificados como cuidadores informales (CI) ya que se les considera un elemento esencial del equipo paliativo (Matthews, 2018) que ejerce una labor con múltiples desafíos que potencialmente pueden afectar su salud (León-Campos et al., 2018).

En las últimas décadas se han estudiado los procesos de duelo y la efectividad de posibles intervenciones. Harrop et al. (2020) presentaron una revisión sistemática que abarca el periodo comprendido de 1990 a 2019 en el que se evaluaron 31 estudios que abordan intervenciones terapéuticas para casos de duelo que incluían: grupos de apoyo, psicoterapia familiar e individual, acompañamiento psicológico, arteterapia, supervisión domiciliar y técnicas de relajación con masaje. La síntesis de la revisión mostró resultados benéficos hacia la resolución del duelo y el apoyo social, así como la percepción de dominio sobre el proceso y la capacidad de seguir adelante del sujeto. Reafirmando de esta manera la importancia de su abordaje. Sin embargo, se resalta que los estudios revisados se encuentran limitados por el tamaño de las muestras y la heterogeneidad de sus poblaciones. De igual manera, la evidencia cuantitativa suele ser pobre o mixta, por lo que se señala la necesidad de nuevas investigaciones en distintos grupos poblacionales. Concluye que sus hallazgos recalcan el valor de abordajes escalonados en salud

pública destinados a la atención en duelo, los cuales deberían ser accesibles y ofrecer distintos tipos de soporte adecuados a diversas necesidades.

Para el duelo de los CI, Ornelas (2016) concluye con su estudio que el tratamiento psicoterapéutico en cuidadores en duelo es provechoso para promover el afrontamiento efectivo que lleve a la restauración de la normalidad de su vida cotidiana. En su trabajo empleó una muestra pequeña (26 casos), no equitativa de género (80% mujeres) y sin asignación aleatoria. Por su parte, Kirby et al. (2018) expone la escasa existencia de artículos que aborden las necesidades específicas de los CI en duelo.

En cuanto a duelo en cuidados paliativos, las políticas y guías de práctica clínica para el acompañamiento de familias en duelo indican que la atención debe ser “diseñada a la medida” para cada caso; sin embargo, esto no representa la norma (Aoun et al., 2017; Romero, 2018). El acompañamiento recibido por parte del equipo paliativo es generalmente catalogado como insuficiente y descrito por los pacientes como una práctica no personalizada (Aoun et al., 2017). Estos autores sugieren que los servicios paliativos deberían enfocarse más hacia la atención en duelo.

Por su parte Tang (2019), mediante entrevistas a profundidad, encontró que tanto el tipo de experiencia como la actitud hacia el cuidado tienen una correlación positiva con la vivencia del duelo, es decir, si la actitud general hacia el cuidado había sido positiva, entonces el duelo tendía a ocurrir de manera normal y saludable; si por el contrario había sido negativa, entonces habría mayor probabilidad de complicación.

En los tres estudios longitudinales secuenciados por Romero (2018) se encuentra que los niveles de ansiedad y depresión clínica de los CI previos al fallecimiento pueden ser indicadores de las posibles complicaciones del duelo. Asimismo, se detectaron correlaciones positivas entre la sintomatología de la complicación del duelo con la edad del fallecido y la situación

económica de la familia. Además, a mayor apoyo social por parte del equipo, menor posibilidad de complicación del duelo. En estos estudios el seguimiento no fue uniforme en cuestión de tiempo.

Dentro de los múltiples abordajes para el duelo, este trabajo ha seleccionado la hipnosis clínica (también conocida como hipnoterapia). En el área de los cuidados paliativos, la hipnosis clínica ha probado su efectividad como una terapia auxiliar en el manejo de síntomas, principalmente el dolor (Aravena et al., 2020; Booth, 2020; Brugnoli, 2015, Brugnoli, 2016; Handel y Neron, 2017), aunque la revisión sistemática de Zeng et al. (2018) presentó resultados mixtos, en el que Lioffi (citado por Zeng et al., 2018) reporta disminución en los niveles de ansiedad, depresión y estrés en pacientes con cáncer avanzado, pero Harlow (citado por Zeng et al., 2018) no encontró disminución significativa del dolor en pacientes que le habían identificado como el síntoma principal.

Igualmente, la hipnoterapia ha probado tener un impacto significativo y efectivo para el manejo de síntomas asociados al duelo, como problemas de sueño, rasgos depresivos, trastorno de estrés postraumático y mecanismos de afrontamiento desadaptativos (Sawni y Breuner, 2017). Gupta y Sidana (2020) consiguieron reducir el número de hospitalizaciones, los periodos de abstinencia y mejorar el funcionamiento cotidiano de un paciente que había perdido a su hijo y mostraba mecanismos adaptativos disfuncionales orientados hacia el uso y abuso del alcohol. En el caso de niños y adolescentes con duelo, Sawni y Breuner (2017) encontraron a la hipnosis clínica como una herramienta efectiva para enseñarles mecanismos de afrontamiento funcionales.

En lo que refiere al uso de la hipnosis para el tratamiento de duelo en cuidadores la literatura es limitada, especialmente si se busca dentro de México. Picardi et al., (2021) rescatan al entrenamiento autógeno, una técnica sistemática de relajación que se asemeja a la hipnosis,

como una herramienta funcional para el manejo de los síntomas de ansiedad leve a moderada en cuidadores de pacientes de COVID-19 que experimentaban un duelo anticipado. Finalmente, Brugnoli (2016), hace referencia a siete artículos que generalmente incluyen la hipnosis como parte de un estudio más amplio o un manual de práctica; todos fuera del contexto social mexicano.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Actualmente, el contexto global, regional y nacional se ve envuelto por dos factores que modulan la tasa de mortalidad: la pandemia del COVID-19 y el envejecimiento de la población. La primera provocó más de 307,000 muertes en México y 2.5 millones de muertes a nivel mundial hasta finales de febrero del 2021 (Gobierno de México, 2022; Organización Mundial de la Salud [OMS], 2021).

El envejecimiento de la población está cada vez más presente en la República Mexicana y el resto de los países en Latinoamérica (Organización de las Naciones Unidas [ONU], 2020). Una población envejecida, trae consigo un cambio epidemiológico en el que la predominancia de las enfermedades transmisibles pasa a la de las no transmisibles, las cuales suelen ser crónicas y degenerativas, como el cáncer (Parodi et al., 2016). Esto ha impulsado el desarrollo de los cuidados paliativos (Parodi et al., 2016), que se definen como “el cuidado holístico activo de personas de todas las edades con severos problemas de salud debido a enfermedades graves, especialmente los que se acercan al final de la vida.” (Radbruch et al., 2020, p. 2). Este abordaje no solo se limita a la atención de pacientes, también incluye a sus familiares y equipo de salud (OMS, 2020).

Cada uno de los pacientes de cuidados paliativos requiere de múltiples tratamientos y atenciones (Rivera et al., 2016) pues presentan necesidades médicas, psicológicas, sociales, espirituales y emocionales a lo largo de su proceso de enfermedad (Laabar et al., 2021). Una parte considerable de estos cuidados se transfiere a los CI (Rivera et al., 2016), quienes son el soporte principal del equipo paliativo y realizan la mayor cantidad de cuidados al final de la vida (Gardiner et al., 2020).

Tal rol conlleva una amplia demanda que se suma a sus necesidades individuales que de no ser manejadas adecuadamente pueden afectar su vida personal y la calidad del cuidado que puedan brindar teniendo repercusiones en la salud de su familiar. Incluso existe la posibilidad de que se afecte el proceso de toma de decisiones de la familia y la comunicación del caso con el personal de salud (Hickman y Douglas, citado por Rivera et al., 2016), aspectos fundamentales cuando se vive una enfermedad, independientemente de la cultura o sociedad en la que se viva (Yew-Wong, 2021).

Asimismo, la naturaleza de la atención paliativa indica que la mayoría de sus pacientes fallecerá, dejando a sus cuidadores afrontándose a un duelo que, si bien es un proceso que la mayoría de las personas logra afrontar y superar sin consecuencias severas a largo plazo (Payas, 2016), entre un 10 y un 15% de ellas sufren complicaciones psicológicas, sociales, vocacionales y físicas que les impiden regresar a su funcionalidad previa (Amy y Doka, 2021). A pesar de ello, existe un vacío por llenar en la asiduidad de estos duelos (Zúñiga et al., 2021).

Actualmente, el estudio de las intervenciones en el duelo de familiares presenta variabilidad tanto en sus formas metodológicas, como en los elementos del duelo que analiza y las comorbilidades en las que se enfoca. Sin embargo, hace frente a algunas limitaciones, entre ellas: la mayoría de las investigaciones poseen muestras pequeñas o limitadas, causas de muerte heterogéneas e intervenciones de corte cognitivos conductual. Esto último se considera una limitación, pues la hipnosis clínica se puede hacer desde otros paradigmas como lo son el ericksoniano o el psicodinámica. Asimismo, cabe mencionar que no todos parten de la misma conceptualización de duelo. Aunque la mayoría hace una diferencia entre duelo normal y complicado, la forma en la que realizan la distinción de este último no es equivalente, partiendo algunos de entidades diagnósticas como el “Trastorno de Duelo Prolongado” o el “Trastorno de Duelo Complejo Persistente”, y otros más de los puntos de corte de pruebas como el Inventario de Duelo Complicado (Lancel et al., 2020; Mason et al., 2020, Moss et al., 2021). Esta falta de uniformidad

puede representar inconvenientes presentes y futuros para el abordaje de una situación que de por sí presenta deficiencia en su sanación.

A partir de lo anterior, aparecen cuestionamientos como ¿qué otras intervenciones son adecuadas para enfrentar tal problemática? Y ¿Qué clase de recurso posee el suficiente alcance y flexibilidad para trabajar un fenómeno universal con tal potencial nocivo? Sumado a esto, y considerando la maleabilidad, efectividad, alcance y relativa facilidad de distribución que ha mostrado la hipnoterapia surge la pregunta ¿Es la hipnosis clínica una herramienta efectiva para el abordaje de los duelos de cuidadores informales que han perdido a un paciente de cuidados paliativos?

JUSTIFICACIÓN

Para entender la magnitud de la situación se puede comenzar por las cifras. La cantidad de personas y familias en el mundo que requiere atención de cuidados paliativos y no la recibe es enorme. Cada año, un aproximado de 40 millones de pacientes se encuentran en necesidad de estos cuidados, de los cuales el 78% reside en países de bajos y medianos recursos. Solamente el 14% de quienes los precisan son abordados por este servicio (OMS, 2020), dejando a más de 30 millones de personas, y sus respectivas familias, sin las atenciones requeridas para hacer frente a una situación como ésta.

De acuerdo a lo encontrado por Abdel-Malek et al. (2019), la disponibilidad de cuidadores informales es de 74.5% para pacientes con una edad promedio de 71.5 años y 92.3% para aquellos con edad promedio de 50.9 años; indicando que mientras más joven es el paciente, es más probable que tenga un cuidador.

En México, la falta de estudios en el país no permite precisar el número de CI en duelo por la muerte de un paciente paliativo. Sin embargo, existen otros indicadores relacionados que facilitan dimensionar la situación nacional. Desde el año 2014, la organización Human Rights Watch señalaba al país necesidad de cuidados paliativos (Martínez y Álvarez, 2016) pues existen alrededor de 600 mil casos (González, 2021). Dicha estimación parece palidecer frente a las cifras actuales, pues solamente entre los casos de cáncer se estima un aproximado de 148 mil casos nuevos cada año, con una tendencia al alta (Juntos Contra el Cáncer, 2017). De igual manera, a partir de entonces el juicio de organismos internacionales como la OMS continúa siendo negativo, ya que en su Observatorio Global de Salud de la Región de las Américas se calificó a México como un país sin disponibilidad general de cuidados paliativos ni en la atención primaria de su sistema de salud pública, ni a nivel comunitario o de atención ambulatoria en los

años 2017 y 2019 (OMS, 2020; ONU, 2021). Por otra parte, en su Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo, el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) (2017) especificó que 286 mil personas se dedican al cuidado de personas dependientes (con alguna limitación física o cognitiva severa).

Además de las cantidades de cuidadores, en otros países se reconoce el valor monetario del cuidado informal. España estima que solamente por el cuidado en el hogar (sin contar los periodos de hospitalización), la atención usualmente gratuita que otorgan estas personas ahorra a su sistema de salud entre 18.871 y 53.299 billones de euros, lo que sería el equivalente a entre el 2% y el 5% del producto interno bruto del país (Blanco et al., 2017). Estados Unidos de América por su parte estima su ahorro en 522 billones de dólares, precio que aumentaría hasta 642 billones al año si se reemplazara a los CI por personal de enfermería calificado (Chari et al., 2015). De esta manera se reafirma la importancia de la atención de este sector “escondido” del sistema de salud.

A pesar de esto, internacionalmente los recursos de los cuales disponen los CI para atender sus necesidades, desde el momento del diagnóstico de su familiar o amigo hasta el comienzo del duelo por su fallecimiento, son por mucho insuficientes (Ateş et al., 2018). Retomando a Kirby et al. (2018) y a Zúñiga et al. (2021) que resaltan, respectivamente, la escasa literatura científica del tema y la brecha entre la necesidad y el abordaje concreto de los duelos de CI. Esto, incluso tomando en cuenta que los duelos relacionales (aquellos que surgen de la pérdida de un ser querido) (Centeno, 2013) son la categoría de duelo que más impacto y riesgo provocan en la vida del ser humano (Griese et al., 2017).

Es así como se propone a la hipnosis clínica como una opción viable para atender el duelo de los CI debido a que se considera un método funcional que ofrece diversas ventajas clínicas (Elkins, 2016) que atienden necesidades anteriormente planteadas como la capacidad de

adaptarse a cada caso particular (Handel y Neron, 2017), o una maleabilidad que da apertura a que quien lo aplique sea desde un profesionalista hasta el paciente mismo; lo que es conocido como autohipnosis (Rutten et al, 2017). Vale resaltar que al ser una técnica que aprovecha un estado de conciencia natural en el ser humano, se considera de gran alcance (Téllez, 2020a). De hecho, ha sido utilizada exitosamente con fines terapéuticos en niños (Rutten et al, 2017), adolescentes (Sawni y Collete, 2017) y adultos (Elkins, 2016), permitiendo el desarrollo de mecanismos funcionales de afrontamiento y la conexión “mente-cuerpo”, llevando con ello a la regulación emocional y el control de síntomas (Gupta y Sidana, 2020; Sawni y Breuner, 2017).

Gracias a lo previamente establecido, se considera que este trabajo puede responder a necesidades previamente descritas, así como realizar una contribución al campo teórico de intervenciones enfocadas a duelo en el área paliativa. En razón de lo anterior, se plantean los objetivos e hipótesis de investigación.

OBJETIVO

Objetivo general

Evaluar los efectos de la hipnosis clínica en el proceso de duelo de cuidadores informales que han experimentado el fallecimiento de un paciente de cuidados paliativos.

Objetivos específicos

Los objetivos específicos que se han planteado en esta investigación son los siguientes:

- Identificar y describir variables sociodemográficas, clínicas y específicas del proceso de cuidado relevantes dentro del proceso de duelo de cuidadores informales que han experimentado el fallecimiento de un paciente de cuidados paliativos.
- Comparar los efectos diferenciales del Índice de Duelo Complicado (IDC) entre el grupo control y el grupo experimental.
- Comparar los efectos diferenciales de la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS) entre el grupo control y el grupo experimental.

Hipótesis de investigación

Hi 1: Existe una diferencia significativa entre el puntaje de ganancia del puntaje total IDC del grupo experimental contra el del grupo control después del tratamiento de hipnosis clínica.

Hi 2: Existe una diferencia significativa entre el puntaje de ganancia del factor de Alteración emocional y falta de aceptación (AEFA) del IDC del grupo experimental contra el del grupo control después del tratamiento de hipnosis clínica.

Hi 3: Existe una diferencia significativa entre el puntaje de ganancia del factor de Vacío, aislamiento y sin sentido (VASS) del IDC del grupo experimental contra el del grupo control después del tratamiento de hipnosis clínica.

Hi 4: Existe una diferencia significativa entre el puntaje de ganancia del factor de Presencia del fallecido, identificación con él y evitación de su recuerdo (PFIR) del IDC del grupo experimental contra el del grupo control después del tratamiento de hipnosis clínica.

Hi 5: Existe una diferencia significativa entre el puntaje de ganancia de Distrés del HADS del grupo experimental contra el del grupo control después del tratamiento de hipnosis clínica.

Hi 6: Existe una diferencia significativa entre el puntaje de ganancia de Ansiedad del HADS del grupo experimental contra el del grupo control después del tratamiento de hipnosis clínica.

Hi 7: Existe una diferencia significativa entre el puntaje de ganancia de Depresión del HADS del grupo experimental contra el del grupo control después del tratamiento de hipnosis clínica.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

CUIDADOS PALIATIVOS

De acuerdo a la OMS (2020), los “cuidados paliativos” son un abordaje multidisciplinario que busca mejorar la calidad de vida de pacientes (niños y adultos) y sus familias que encaran problemáticas físicas, psicológicas, sociales y espirituales inherentes a una enfermedad amenazante para la vida. Estos se enfocan en prevenir y aliviar el sufrimiento mediante la identificación temprana, correcta evaluación y tratamiento de los síntomas psicosociales y físicos, así como de distrés espiritual o existencial, particularmente cuando las terapias curativas han fallado (Mercadante et al., 2018).

La atención paliativa pretende otorgar un sistema de apoyo que permita a los pacientes vivir de la manera más activa y digna posible hasta el momento de su muerte, para posteriormente dar apoyo psicológico a la familia en su proceso de duelo (Mercadante et al., 2018; OMS, 2020). Además del control de síntomas, esto se consigue mediante la gestión de una comunicación abierta y sensible entre el paciente, la familia y el equipo de trabajo, así como la atención y cuidado del mismo equipo (Beng et al., 2022).

El grupo de especialistas que otorgan los cuidados paliativos pueden incluir: médicos, enfermeros, psicoterapeutas, trabajadores sociales, nutriólogos, líderes espirituales o religiosos, entre otros profesionales (National Institute of Aging, 2021), además del cuidador informal que, como se expresará a mayor profundidad posteriormente, es un elemento fundamental dentro del equipo paliativo (León et al., 2020).

A partir de su definición, se entiende que los CP atienden una variedad considerable de enfermedades. Algunas de sus categorías más comunes son: cáncer, enfermedades pulmonares, enfermedades cardíacas, enfermedades hepáticas, demencias, VIH/Sida,

Esclerosis Lateral Amiotrófica, entre otras (MedlinePlus, 2022). Ahora, dentro de los síntomas que se atienden con más frecuencia en casos paliativos se encuentran: el dolor (que es el más representativo), náuseas, fatiga, delirium, estreñimiento, ansiedad, problemas de sueño, disnea y falta de aliento (BetterHealth, 2021; Mercadante et al., 2018)

CUIDADORES INFORMALES

La labor de cuidado es un asunto de vital importancia para millones de personas a nivel mundial. Quienes la realizan proveen de asistencia para cumplir las necesidades psicosociales y de salud del receptor. Se consigue ayudando en una o más actividades de la vida del paciente, que van desde los aspectos funcionales y de supervivencia como: vestido, higiene personal, movilización, transporte, alimentación, manutención y atención de emergencias hasta labores de índole psicosocial como: apoyo y gestión emocional, manejo de estrés, acompañamiento y relajación. Éstas, entre algunas otras, permiten el manejo crónico de la enfermedad o condición que sufra la persona (Centro para el Control y Prevención de Enfermedades [CDCP], 2018; Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (INAPAM), 2020).

Comúnmente, a las personas cuidadoras se les divide entre “formales” e “informales”, siendo las primeras aquellas que recibieron una formación profesional o técnica previa relativa a la atención del paciente, ofrecen atención con límite de horarios a cambio de una compensación monetaria y suelen tener un vínculo afectivo menor con el enfermo. Mientras que los CI son quienes no han tenido capacitación especializada en cuidados, no reciben remuneración por su labor, carecen de límites de horarios y tienen un elevado grado de compromiso que se caracteriza por el afecto ya que suelen ser familiares o amigos (INAPAM, 2020); estos son los pilares del cuidado en casa a largo plazo (CDCP, 2018).

El rol de cuidador informal resulta central en el proceso de enfermedad, ya que funge como puente comunicativo entre el paciente, el resto de la familia y el equipo de salud (León et al.,

2020). Su labor es una tarea de alta demanda y estrés pues, como se ha mencionado, sus actividades no se limitan a un contexto específico, como lo es el hospitalario, sino que, en casos de enfermedades no transmisibles (como se suelen encontrar en cuidados paliativos) los niveles de dependencia cotidiana suelen ser altos, llevando a que el cuidador deba de asistir o supervisar hasta las labores más elementales como el caminar o subir escalones (Loredo et al., 2016 citado por León et al., 2020) .

Se ha encontrado que el estilo de vida del CI presenta una correlación negativa entre el tiempo de cuidado otorgado y su propia la salud y calidad de vida del cuidador (Bremer et al., 2015). Esto se ve reflejado en una sintomatología amplia que puede incluir: “tristeza, preocupación de forma permanente, irritabilidad, pérdida de apetito, indefensión, desmotivación, vértigo, cansancio permanente, desesperanza, apatía, insomnio, cambio de humor frecuente, dificultad de concentración, sentimiento de culpabilidad, cefaleas, falta de cuidado personal a sí mismo, aislamiento social y soledad” (Martínez, 2020, p.1). Asimismo, los CI declaran mayor depresión y ansiedad que la reportada por los parientes no-cuidadores, una reducción o eliminación de las aficiones y actividades de ocio y, en ciertas ocasiones, la presencia del síndrome de sobrecarga del cuidador o el uso y abuso de sustancias nocivas para la salud como el alcohol y el tabaco (Bremer et al., 2015; Hurtado, 2021). Tales condiciones tienen una influencia sobre su desempeño y, por ende, generan repercusiones palpables en la salud del enfermo (León et al., 2020).

El perfil del cuidador informal en México se compone de la siguiente manera: persona del sexo femenino (más del 90% de las muestras), hija o conyugue del paciente, casada o en unión libre, mayor de 50 años (aunque hay poblaciones en las que la edad varía entre los 20's y los 50's), sin empleo formal ni educación superior, y dedican, en promedio, 14 horas diarias al cuidado (León et al., 2020; Laguado, 2019; Hurtado, 2021).

El hecho de que en México la labor del cuidado recaiga mayoritariamente sobre población femenina responde a una serie de antigua y extendidas tradiciones y corrientes ideológicas que moldean los roles de género en el país. Estos dictan que aquellas integrantes del sexo femenino deben asumir el rol de cuidadoras y ser poseedoras de los conocimientos sobre atención a la salud, siendo un claro ejemplo la dominancia del sexo femenino en la enfermería (Rangel et al., 2017; Tello y Vargas, 2020). Este peso impuesto tiene consecuencias importantes para esta población: en contraste con su contraparte masculina, refieren mayor frecuencia de dolor muscular-articular, cefaleas, alteración del sueño, ansiedad, depresión, irritabilidad, consumo de ansiolíticos y antidepresivos (Rangel et al., 2017).

HIPNOSIS

A lo largo del mundo y de la historia, diversas culturas han utilizado la hipnosis con fines religiosos y espirituales. Sin embargo, la hipnosis estudiada de manera formal y con fines clínicos (hipnosis moderna) se remonta al siglo XVIII (Kirsch, 2017) con médicos de distintas nacionalidades, comenzando con el austriaco Franz Anton Mesmer (1734-1815), quien originalmente le llamaba “magnetismo animal”. Después, el profesor de medicina John Elliotson (1791-1868) intentó mostrar la utilidad de la hipnosis en la práctica médica a sus colegas; mientras que el cirujano Escocés James Esdaile (1808-1859) ejecutó y reportó múltiples operaciones bajo anestesia hipnótica en la India. Posteriormente, sería James Braid (1795-1860) quien acuñaría el término “hipnosis” a partir del término griego “Hypnos” que significa “sueño, ya que él consideraba a la hipnosis como un tipo de “sueño nervioso”. A partir de ese momento, se desarrollarían distintas ideas, teorías y modelos de lo que es la hipnosis y cómo es que ésta se genera (Holdevici, 2014; Téllez, 2020a; Williamson, 2012).

Fue en el siglo XIX en el que dos escuelas le prestaron especial atención al fenómeno hipnótico, desarrollando su propia conceptualización y abordaje. Primeramente, la escuela francesa de psiquiatría “La Salpêtrière”, cuyo mayor representante del área fue Jean Martin Charcot (1825-

1893); por otro lado, la escuela de Nancy, cuyo mayor representante fue Hyppolyte Bernheim (1840-191) (Holdevici, 2014). Ya a finales de siglo, en el 1889, se tuvo el primer Congreso Internacional de Hipnosis Terapéutica y Experimental en Paris, tiempo aproximado en el que los principales teóricos de la psicología comenzaron a interesarse en dicho fenómeno (Fromm y Shor, 2017).

Actualmente, uno de los autores de referencia para la práctica hipnótica es Milton H. Erickson, psicólogo y psiquiatra estadounidense del siglo XX, considerado la mayor autoridad moderna de la hipnosis clínica. Dentro de sus aportaciones más importantes se incluyen desde técnicas terapéuticas individuales, de pareja y familiares hasta el enfoque de la hipnosis que hoy se conoce como hipnosis ericksoniana (Téllez, 2020a).

De manera general, al trance se le ha caracterizado como un fenómeno con el que se obtiene una alta sugestionabilidad en el sujeto, aunque históricamente se le han atribuido otras cualidades como facilidad de comunicación con la mente inconsciente, hiperobediencia o automatismo, profunda hipersensibilidad al dolor, incluso habilidades por encima de las capacidades humanas o de lo natural (Elkins, 2016).

Cabe resaltar que, desde la perspectiva contemporánea, la noción del “estado especial de consciencia” y sus supuestas cualidades han sido puestas a prueba por el escudriño científico, generando un debate a su alrededor conocido como “Estado contra No Estado” y ofreciendo otras teorías para explicar su fenómeno (Elkins, 2016).

Actualmente, las dos principales perspectivas teóricas en el campo de investigación y trabajo clínico de la hipnosis son: las teorías disociativas y las teorías sociocognitivas (Kirsch y Lynn, citado por Sánchez, 2018). A continuación, se presentan algunas de las más relevantes de las últimas décadas.

Teorías Disociativas (Estado)

Teoría clásica de disociación

Éste se basa en la idea de que el estado hipnótico o “trance” es un estado alterado de consciencia al que se debe acceder primero por una “inducción hipnótica”, la cual se logra usualmente focalizando la atención del sujeto a un estímulo o pensamiento específico (Heap en Elkins 2016). Aunque hoy en día hay autores que cuestionan la necesidad de la inducción (Hunter, 2013; Landry y Raz, 2015)

En su clásico artículo “Hacia una teoría de la Neodisociación: Controles cognitivos Múltiples en el funcionamiento humano”, Ernest R. Hilgard (1974) explica que la teoría clásica de la disociación se basa en la idea de que la consciencia se divide en “capas”. Hay dos corrientes principales de dicha idea: el dipsiquismo y el polipsiquismo.

En el dipsiquismo se propone una división en dos capas, la primera fue concebida como el estado normal de la consciencia en vigilia, mientras que la segunda se encuentra oculta (nombrada subconsciente o inconsciente), pero se desvela en ocasiones mediante “los sueños, síntomas anormales, en hipnosis, y ocasionalmente en actos creativos inusuales o inesperados” (Hilgard, 1974, p. 303). Por su parte, las teorías polipsíquicas aceptan la noción de que la personalidad o el ego se encuentran divididas y, agregan, que estas divisiones no necesariamente se encuentran limitadas a dos instancias (Hilgard, 1974).

Teoría Neodisociativa de Hilgard

Otra de las principales teorías de disociación es la Neodisociativa, presentada por Ernest R. Hilgard en 1974. Ésta propone que existen múltiples sistemas o estructuras cognitivas que se organizan de forma jerárquica bajo el mando de un “ego-ejecutivo” que se encarga “de planificar y supervisar las funciones de la personalidad” (Sheehan y Perry citados por Sánchez, 2018, p.

49). Se explica que, en la hipnosis, el trance construye una barrera de comunicación entre el funcionamiento normal del consciente y el “observador escondido” inconsciente (Zahedi y Sommet, 2021). Dicho de otra manera, las estructuras cognitivas se disocian temporalmente del ego-ejecutivo, teniendo como consecuencia la posibilidad de ser activadas directamente por el hipnotizador mediante sus sugerencias (Sheehan y Perry citados por Sánchez, 2018).

Teorías Socio-Cognitivas (No Estado)

Las teorías socio-cognitivas, por su parte, tratan de explicar el fenómeno hipnótico mediante procesos socio-psicológicos y cognitivos normales. Negando la existencia de un estado especial, lo que también se conoce como el “No estado”. Algunos ejemplos de esta aproximación son: la Teoría de Roles de Sarbin, la Expectativa de Respuesta de Kirsch, la Imaginería de Hull, el Cumplimiento y la Creencia de Wagstaff, entre otros varios que combinan las mismas (Elkins, 2016).

La Teoría de la Expectativa de Respuesta de Kirsch

Kirsch (1985) plantea que las expectativas frente a un estímulo son “anticipaciones de los eventos externos”. Básicamente, lo que ocurre está determinado por lo que se espera que suceda frente a cierto estímulo. Es así que, según Kirsch, las reacciones involuntarias dentro del proceso hipnótico son generadas por la expectación de respuesta ante éste. Siguiendo de tal manera la idea base del efecto placebo (Kirsch, 2018). La diferencia con este último es que la hipnosis no requiere del engaño para funcionar (Kirsch citado por Lynn y Kirsch, 2005).

La Teoría de Roles de Sarbin

Sarbin y Coe plantean su teoría dramaturgica en 1972, en ella se “concibe la hipnosis como un drama teatral mediado por las expectativas, la identificación con el rol, la imaginación, la cognición, la acción, las demandas, el contexto, la congruencia del rol con las creencias y el refuerzo de la audiencia” (González en Molina, 2018, p. 6-7). Además, dicta que es el contenido

de la inducción hipnótica, no el supuesto estado de trance, el determinante para el efecto fisiológico que se pudiera conseguir, el cual sería el mismo dentro o fuera de trance. Por otro lado, sobresale la importancia que tiene para esta teoría el que los “actores” tengan conocimiento de lo que se requiere para un trance (Sánchez, 2018).

Hipnosis e hipnoterapia

Es fundamental señalar que existe una diferencia entre hipnosis e hipnoterapia (o hipnosis clínica). Esta última se refiere a “toda intervención psicoterapéutica (ya sea cognitivo conductual, psicoanalítica, ericksoniana, etc.) que utilice a la hipnosis como contexto” (Rhue et al., citado por Téllez, 2020a, p. 20).

Cabe resaltar que existe una serie de etapas básicas en la hipnosis clínica que, dependiendo del tipo de hipnosis o el ejercicio específico, pueden prescindir de una o varias etapas. Estas son descritas por Brugnoli (2015) y expandidas por Téllez (2020a) de la siguiente manera:

1. Rapport

El establecimiento de una relación de confianza, seguridad y comprensión entre el paciente y el profesional.

2. Inducción

Se refiere a la evocación, focalización e incremento de la atención del paciente para su posterior dirección hacia el interior. Se sugiere la disociación entre la mente consciente e inconsciente. Su objetivo es provocar el trance y existen varias señales que pueden indicar que ya se ha alcanzado, entre ellas: economía del movimiento, relajación muscular, movimientos oculares, retraso en el tiempo de respuesta, disminución en el conteo de respiraciones por minuto y la frecuencia cardíaca, inexpresividad en el rostro, reducción en los movimientos de orientación,

tendencia a la respuesta incrementada, cambios en la percepción y subjetividad, y conductas de reorientación hacia la vigilia.

3. Profundización

Para poder profundizar en el trance se utilizan técnicas de confusión, técnicas de fraccionamiento, sugerencias para la retirada de la mente consciente, alternancia entre trance y vigilia y técnicas de disociación para la separación de la mente consciente y la mente inconsciente.

4. Intervención terapéutica

Ésta va a depender de la problemática y el enfoque teórico del hipnoterapeuta. Las más usadas en hipnosis clínica suelen ser: ericksoniana, cognitiva conductual, psicodinámica y gestalt.

5. Sugestiones posthipnóticas

Una sugestión es una sugerencia o indicación que se dan a la persona para que la experiencia que tuvo en trance se pueda repetir posteriormente en estado de vigilia.

6. Regresión

Es la indicación que se da para la salida del trance hipnótico.

Hipnosis Clínica Ericksoniana

Desde la perspectiva ericksoniana, el término “hipnosis” parece seguir la propuesta de los estados alterados de consciencia, pues le refieren como un estado especial de conciencia que puede ocurrir de forma espontánea o inducida, el cual goza de características como un incremento en la sugestionabilidad (siendo ésta su principal cualidad) y capacidad de modificación de la percepción, memoria y el funcionamiento del sistema nervioso autónomo (Téllez, 2020a). Se le entiende también como un proceso comunicacional entre las personas involucradas (dos o más) en el que se utilizan los recursos psicológicos latentes del hipnotizado: principalmente experiencias pasadas, habilidades o estados emocionales olvidados, que pueden ser traídos al presente y, una vez actualizados, pueden provocar cambios en memoria, percepción, sensación o estados afectivos que a su vez permitirán al sujeto ejecutar patrones conductuales diferentes. (Zeig y Gilligan, 2013 citado por Holdevici, 2019).

Según Téllez (2020a), los principios que sigue la práctica ericksoniana de hipnosis clínica son:

1. Orientación naturalista

Se refiere a un enfoque que procura las dinámicas naturales. Un ejemplo de esto pudiera ser la inducción hipnótica, que se realiza mediante la misma conversación casual, pudiendo también hacer uso de historias. Otro ejemplo es que no siempre requiere de la escenografía artificial de un consultorio. El mismo M. Erickson atendía a sus consultantes en su casa.

2. Utilización

Es el potencial de incorporar todo aquello que el paciente “lleve al consultorio” como facilitador de su proceso terapéutico: sistemas de creencias, conductas, capacidades, pasatiempos, defectos, etc. Por ejemplo: si la persona practica artes escénicas, el lenguaje metafórico o

analógico durante la sesión sería en términos de guion o haciendo referencia hacia obras teatrales.

3. Orientación a futuro y solución

La búsqueda del cambio terapéutico se da enfocándose hacia la expectativa futura y el tiempo presente del sujeto, ya que se parte de que la vida del paciente sólo existe en el hoy, y aunque el pasado puede ser instructivo, éste no va a cambiar.

4. Enfoque indirecto y permisivo.

Primeramente, se refiere al máximo aprovechamiento y procuración de la comunicación metafórica tanto en estado de vigilia como en trance hipnótico: uso de analogías, metáforas, narraciones, chistes, entre otros. De igual manera, se promueve una comunicación terapéutica tanto a nivel digital como analógico, acentuando los mensajes permisivos que se caracterizan por frase como “si quieres...” o “si tu inconsciente quisiese...”.

5. Intervención sobre las pautas

Una pauta es una secuencia de eventos cognitivos o interaccionales que ocurren en un contexto específico y que genera el síntoma o la problemática identificada. Se busca definir detalladamente esta secuencia para poder alterarla, bajo la premisa de que al perturbar la secuencia se puede eliminar el síntoma.

6. Visión del paciente como un recurso activo

Se concibe al paciente como un agente activo dentro de su proceso terapéutico, el cual posee los recursos internos suficientes para resolver sus dificultades. Desde este punto, el paciente es el que hace la terapia, y el terapeuta sólo provee el clima ideal para que esto ocurra. Asimismo, la hipnosis se ve como un estado de predisposición para utilizar lo ya aprendido.

7. El uso de la paradoja y de las ordalías

La paradoja es una estrategia terapéutica en la que se realiza la prescripción del mismo síntoma, mientras que la ordalía es una técnica que consiste en hacer que el paciente haga una conducta relacionada al síntoma, pero más dificultoso que el mismo síntoma.

8. Reestructuración cognoscitiva

Es el cambio de la perspectiva que se tenga de eventos, situaciones o sintomatología que termina en un cambio del cómo se concibe y se entiende, teniendo como consecuencia una vivencia más adaptativa y menos dolorosa.

9. Terapia cortada a la medida

Principio que dicta que hay que ajustar la terapia al paciente y no al revés, partiendo del entendimiento de que cada persona y cada caso son únicos, y esa singularidad es prioridad por sobre la guía que otorgan los modelos y técnicas de intervención.

Neurofisiología de la Hipnosis

Actualmente no existe consenso respecto a un modelo neurobiológico básico de la hipnosis (Kirmayer y Crafa, 2014; Macdonald y Raz, 2014). En 2015, Landry y Raz realizaron una revisión de 37 estudios de neuroimagen del cerebro hipnotizado. Hacen varios señalamientos a la investigación del fenómeno hipnótico desde esta perspectiva. Comenzando por una crítica hacia las limitantes de la tecnología, ya que: los ambientes de prueba actuales son predominantemente artificiales, la calidad de resolución de la imagen dependerá de qué tan bueno sea el aparato que se disponga en el tiempo, espacio y disponibilidad de cada estudio y que estos tienen una capacidad limitada de captar señales claras a pesar del ruido. Asimismo, la metodología que se utiliza en las investigaciones resulta heterogénea como sus muestras: los protocolos no tienen una distinción clara entre sus fases (aunque generalmente se dividen en fase de inducción y fase

de sugerencias, pudiendo haber experimentos que presiden de una u otra); algunos estudios tienen un enfoque en el fenómeno hipnótico, mientras otros en la hipnosis como herramienta de estudio de otro fenómeno cognitivo; además, los sujetos tienen diferentes niveles de sugestionabilidad, entre otros aspectos (Laz y Raz, 2015).

A pesar de estas limitaciones, los estudios logran registrar alteraciones significativas en múltiples zonas cerebrales, como la corteza frontal, la corteza cingulada anterior, el tálamo, la corteza parietal inferior, etc. Esto dependiendo del protocolo; por ejemplo, se han reportado alteraciones de la corteza cingulada anterior durante varias formas de alucinaciones hipnóticas (Laz y Raz, 2015).

Por su parte, en su búsqueda por comprender los mecanismos neuronales y cognitivos de la hipnosis, Liu et al. (2020) exploraron una de sus funciones más básicas: el control de la respiración. Realizaron un análisis de las alteraciones de la fluctuación temporal de la actividad cerebral y la sincronización de las señales BOLD a nivel regional, global e interhemisférico mediante estudios de imagen por resonancia magnética (fMRI) para su posterior análisis de correlación. Para esto, el equipo reclutó un total de 15 sujetos (6 hombres y 9 mujeres) que durante un fMRI tuvieron un periodo de reposo durante 15 minutos y, posteriormente, se les aplicó un ejercicio de hipnosis pasiva enfocada al control de respiración durante 30 minutos. En los resultados se observó que en trance hipnótico se incrementó la actividad de la calcarina derecha, el giro fusiforme bilateral y giro temporal medio izquierdo, y con actividad disminuida en el lóbulo posterior del cerebelo izquierdo. Estas áreas han sido reportadas como áreas visuales por lo que una posible explicación es que la descripción de la escena que se indica en el trance hipnótico estimula la corteza auditiva, de igual forma, la hipnosis se ha reportado como un estado alterado de consciencia en el que se involucra el procesamiento perceptual y cognitivo, se especula que las indicaciones auditivas en este estado facilitan la percepción y cognición mediante la estimulación de la corteza visual. Por otro lado, la hipnosis es conocida por su

capacidad de regulación emocional, lo cual coincide también con la activación del giro fusiforme y el giro medio temporal que se señalan en la literatura como áreas relativas al procesamiento emocional. En cuanto al decrecimiento de actividad del cerebelo posterior izquierdo, esto puede sugerir el rol del mismo en la inhibición de la regulación de la amplitud respiratoria durante el proceso de hipnosis. Por último, en contraste al estado de reposo, el estado hipnótico muestra correlaciones positivas entre la fluctuación temporal y la sincronización de la señal global, medidas que son teóricamente independientes y que se han encontrado asincrónicas en estado de inconsciencia, revelando con ello un poco de las vías y patrones cerebrales que le caracterizan (Liu et al., 2020).

DUELO

El término “duelo” hace referencia al proceso de adaptación frente a la ruptura de un vínculo significativo para la persona. Por definición, no se limita a lo establecido con otra persona, sino que contempla además vínculos con animales, objetos, lugares, ideas, entre otros (Rando, 1993). Es un proceso que varía de persona a persona y está modulado por la cultura en la que se encuentra inmerso el sujeto (Plocha y Bacigalupe, 2020).

Centeno (2013), lo clasifica en cuatro categorías: interpersonales, del propio cuerpo; materiales, posesiones personales y objetos; evolutivas, relativas a los cambios generados por el tiempo; y relacionales, de seres queridos; siendo éstas últimas las de mayor intensidad, rango y potencial doloroso dentro del entorno social del doliente (Griese et al., 2017). De hecho, el duelo se considera un acontecimiento negativo y crítico que puede o no ser traumático y que tiene el potencial para afectar aspectos físicos, mentales y emocionales de la salud del doliente, llevando al incremento en la tasa de mortalidad, morbilidad, suicidio y de trastornos emocionales, psicosomáticos y mentales como la depresión y el trastorno de estrés posttraumático (Plocha y Bacigalupe, 2020; Yoffe, 2013;).

Dentro de las principales pérdidas que pueden generar un proceso de duelo se encuentra la pérdida de un ser querido, considerada como un acontecimiento negativo y crítico que puede o no ser traumático y que tiene el potencial para afectar aspectos físicos, mentales y emocionales de la salud del doliente, llevando al incremento de la mortalidad, morbilidad, intentos de suicidio, trastornos mentales, emocionales y de naturaleza psicosomática (Yoffe, 2013). Yoffe (2013) indica que, en la actualidad, no existe un paradigma único que domine la conceptualización del duelo, por el contrario, las diferentes escuelas y autores le entienden con sus respectivas particularidades.

Históricamente, el inicio de la tradición del estudio y la profundización en el duelo se puede rastrear al texto “Duelo y melancolía” de Sigmund Freud (1917), en el que el autor habla sobre las diferencias entre duelo, melancolía y depresión, tres afectos paralelos que comparten un común denominador: la pérdida (Jácome, 2019). Freud define al duelo como “la reacción a la pérdida de un ser amado o de una abstracción equivalente: la patria, la libertad, el ideal, etc.” (Freud, 1917, p. 236), también lo describe como “el sufrimiento causado por la pérdida cuando se mantiene la catexia sobre la persona fallecida” (Gamba y Navia, 2017, p. 17). Igualmente, señala que es un proceso intrapsíquico y privado (Yoffe, 2013). A partir de ese entonces, la escuela psicoanalítica se focalizó en el “trabajo de duelo” dirigido a permitir que el paciente se deshiciera del “vínculo de apego al difunto, para poder moverse hacia una salida normal del duelo” (Bowlby, 1980; Lindemann, 1994; Parkes, 1998, citados por Yoffe, 2013, p. 130).

Posteriormente, en su teoría sobre el apego, Bowlby responde a la pregunta del por qué se generan los duelos, partiendo la necesidad de vinculación como una característica de animales y seres humanos. La naturaleza humana se caracteriza por la creación de una red compleja de vínculos afectivos en los que se deposita una alta cantidad de esperanza, cariño y otros afectos. Tales vínculos se establecen a lo largo de sus distintas esferas vitales a lo largo de la vida (sociales, laborales, económicas, etc.) (Gómez-Sáncho, 2017). Son necesarias para la

supervivencia desde el nacimiento, pues el neonato llega al mundo indefenso y el contacto con el cuidador permite la supervivencia, así como la satisfacción de necesidades fisiológicas, psicológicas y sociales, por lo que, frente a la posibilidad de perder al cuidador, habrá una fuerte reacción emocional (Gómez-Sáncho, 2017; Yoffe, 2013). Bowlby además señala que la expresión emocional en estos procesos “no es una simple respuesta privada a la pérdida, sino un esfuerzo de parte del deudo para reestablecer la conexión con el objeto perdido, y obtener así consuelo y alivio de los demás seres vivos” (Yoffe, 2013, p. 130).

Ahora, la psiquiatra sueca Elisabeth Kübler-Ross, se considera la principal pionera en el trabajo contemporáneo de duelo y atención al final de la vida. Es considerada, de hecho, una de las figuras más influyentes en el área. En 1969 publicó su libro “Sobre la muerte y el morir” en el que proponía cinco etapas del duelo como reacciones o respuestas comunes de los pacientes y colegas que había entrevistado a lo largo de los años (Corr, 2021), estas son:

1. Negación

Es la primera etapa del duelo. Permite la supervivencia pues tiene la función de sólo dejar sentir y pensar aquello que la persona puede manejar en el momento. Aquí se pierde el sentido de vida y la experiencia se presenta como abrumadora, hay un aletargo general y la persona se pregunta cómo y por qué debería de seguir adelante. La reducción de la negación y el aumento de preguntas sobre la pérdida son indicadores de que el sujeto ha comenzado el proceso de sanación (Kübler-Ross y Kessler, 2005).

2. Ira

Se considera una etapa necesaria en el proceso de sanación. Sigue una lógica paradójica en la que el permitirse sentir la ira será aquello que la vaya disipando y, en consecuencia, se vaya

revelando el dolor que se encuentra oculto en ella. Vale señalar que la ira es una emoción que otorga fuerza y puede dar una sensación temporal de estructura u orientación en “el mar confuso” que puede ser el duelo (Kübler-Ross y Kessler, 2005).

3. Negociación

La persona desea que la vida vuelva a ser lo que era por lo que pareciera que está dispuesta a hacer lo que sea para que su ser querido sea perdonado (ya sea por la vida, por dios, etc.). Se caracteriza por los pensamientos de “¿y si hubiera...?” y “si tan solo...” ya que la culpa se coloca sobre uno mismo y se piensa que las cosas se pudieron haber hecho diferentes (Kübler-Ross y Kessler, 2005).

4. Depresión

Posterior a la negociación, la atención se devuelve mayoritariamente al tiempo presente y con ella los sentimientos del duelo en el estado más profundo, teniendo sentimientos de depresión, como intensa tristeza, o cuestionamientos como “¿para qué seguir adelante?”, que pareciera que durarán para siempre. Es importante hacer notar que, a diferencia de los trastornos depresivo, la depresión ante la pérdida de alguien importante es una respuesta normal y necesaria para el duelo (Kübler-Ross y Kessler, 2005).

5. Aceptación

Comúnmente, la aceptación se confunde con las nociones de “estar bien” o “estar de acuerdo” con lo ocurrido, que no es el caso; la mayoría de la gente nunca lo estará. Esta etapa se acepta que existe una nueva y permanente realidad en la que el ser querido ya no existe físicamente. Para así poder aprender a vivir en este nuevo mundo en el que no se recuperarán las viejas conexiones, pero se pueden generar nuevas. Puede ser que, al principio, en esta etapa de vida el objetivo sea de tratar de tener “más días buenos que malos” (Kübler-Ross y Kessler, 2005).

Se debe señalar que estas etapas no son necesariamente lineales. Esta propuesta ha tenido un impacto tan enorme, que se sabe que se extiende desde el área paliativa hasta la cultura general, llegando a ser descrito como un trabajo que ha tomado “vida propia” (Kelley, 2010; Thompson, 2012).

Modelo IPIR de la Cuatro Dimensiones

Alba Payas es una alumna directa de Kübler-Ross que ha continuado con el trabajo de investigación y tratamiento del duelo, volviéndose una de las líderes mundiales en el tema hoy en día (A. Chaurand, comunicación personal, 17 de enero de 2019). A partir de su libro “Las tareas del duelo: Psicoterapia de duelo desde un modelo integrativo-relacional” (2016) se obtiene el presente subtema del marco teórico.

Payas (2016) desarrolló el “Modelo IPIR de las Cuatro Dimensiones”, anteriormente conocido como el “Modelo Integrativo-Relacional para Duelo y Trauma”, que permite comprender, diagnosticar, supervisar e intervenir sobre estos procesos. Éste se manifiesta como una evolución frente a los modelos de fases que se presentan con una estructura única, secuencial y limitada (A. Chaurand, comunicación personal, 17 de enero de 2019).

La autora lo describe comparándolo al modelo epigenético descrito por Waddington (1977, citado por Payas, 2016) en el que, si bien se plantean un número determinado de fases o dimensiones por las que todos los sujetos pasarán, las líneas por la que lo hagan, así como el resultado, serán singulares para cada individuo, siendo moduladas por variables intrapsíquicas, interpersonales, circunstanciales y contextuales a lo largo del tiempo.

Las cuatro dimensiones que propone Payas son: aturdimiento y choque, evitación y negación, conexión e integración, y crecimiento y transformación. La autora escribe:

Cada etapa...refleja un compromiso epigenético entre las necesidades o tareas de duelo que deben realizarse para la adecuada evolución del procesamiento y las capacidades

de respuesta interna, los recursos del entorno o sistema en que se produce el duelo y las circunstancias específicas en que ha tenido lugar la pérdida (Payas, 2016, p. 122).

Uno de los conceptos fundamentales de este modelo es el de las “tareas”, que se rescata del modelo integrado del procesamiento emocional-cognitivo, que describe al duelo como un proceso dinámico en el que el doliente responde mediante afrontamientos para adaptarse y manejar tanto el sufrimiento como la situación. Cada uno de ellos tendrá una función determinada para el procesamiento adaptativo. Para referirse al contenido funcional de estas respuestas se adopta el término “Tareas o necesidades del duelo”. Éstas tienen una temporalización y responden a necesidades específicas de naturaleza psicológica, biológica, emocional y/o relacional del sujeto, las cuales deben resolverse, teniendo como consecuencia su acumulación para el abono a la transformación personal del mismo. Por otro lado, si alguna o varias tareas no se logran procesar normalmente y se instalan en manera rígida, inflexible e intensa llevarán a la patologización del proceso. Para poder atender estas tareas el organismo reacciona mediante estrategias cognitivas, emocionales o conductuales que son llamadas afrontamientos o mecanismos.

Dentro de esta propuesta se contempla el elaborar distintas dimensiones a la vez, por ejemplo: es común que conforme avanza el duelo el doliente pueda elaborar de manera más directa los aspectos en relación con la pérdida y conectar con la misma, pero esto no significa que deje de requerir cierto grado de estrategias para evitar las sensaciones de la misma. Además, se contempla la posibilidad de trabajar ciertas tareas en más de una ocasión durante el proceso sin que esto represente un retraso o problema (Payas, 2016).

La primera de las cuatro dimensiones es el “Aturdimiento y Choque”. El momento inicial del duelo suele ser cuando se recibe la noticia del fallecimiento y se genera una primera reacción de incredulidad y confusión. La realidad del fallecimiento de un ser querido representa un estímulo que sobrepasa las defensas del ego y tiene un impacto tal que se ve amenazada la capacidad

reactiva del ser, llegando a provocar dificultades en la conexión con la realidad. Se genera un “estado de choque”, descrito por autores como Parks (1972) y Bowlby (1979) (citados por Payas, 2016) como la respuesta normal (aparentemente desorganizada) ante experiencias abrumadoras, aplicándose en duelo al estrés cognitivo y emocional que surge en seguida de la pérdida, ya sea que la posibilidad de muerte haya sido prevista o no. En el aturdimiento existe una oscilación bimodal entre reacciones de evitación y confrontación, en las que, hay quien presenta una capacidad de adaptación y resolución sorprendentes, por ejemplo: enfocándose en arreglar el funeral, y quienes, por el otro lado, “se hunden” completamente en un pozo de desesperanza. Existirá también quien pase de un extremo al otro en cuestión de minutos, horas, días o semanas.

Las tareas de esta primera dimensión responden a la necesidad de preservación del ego ante la fragmentación. Cumplen una función anestésica, una especie de filtro que inhibe el *input* de la información o genera distanciamiento de la realidad, regulando así el nivel de impacto recibido, puesto que la persona no es capaz de procesar todo lo le significa la muerte de su ser querido. De esta manera se le facilita responder a las demandas ambientales que se presentarán en el periodo posterior a la pérdida del ser querido.

Los afrontamientos cognitivos y conductuales se presentan como estrategias suelen ser, pero no se limitan a: “despersonalización, desrealización, disociación, incredulidad, racionalización, hacer de cuidador de los demás” (Payas, 2016, p. 136), entre otros. Mientras que los mecanismos físicos/emocionales son: “euforia, agotamiento, ansiedad, miedo, apatía, insensibilidad, vacío y culpa” (Payas, 2016, p. 136).

De igual manera, se debe resaltar que es en este punto en el que más problemas psico-somáticos se presentan al corresponder con el momento de mayor alarma somato-sensorial, generando reacciones físicas como temblores, aumento de la frecuencia cardíaca, cansancio, problemas de

sueño o de indigestión, etc. En caso de que los síntomas de aturdimiento y choque no remiten aproximadamente en los primeros seis meses, el proceso deja de ser normal para transformarse en un Trastorno de Estrés Postraumático asociado a un Duelo Complicado.

Después de cierto tiempo, de un par de días a unos cuantos meses, el aturdimiento va desapareciendo. Tanto los ritos funerarios como las visitas especiales han finalizado y ya no hay tantos pendientes que distraigan a la persona, por lo que se da paso al contacto gradual con lo que será la nueva realidad, una cotidianidad sin el ser querido. Es aquí cuando llega la “Evitación y Negación” cuyos mecanismos predominantes de desconexión-avoidance. Estos se presentan progresivamente en la mayoría de los dolientes (no en todos) y ponen en marcha respuestas de afrontamiento que fraccionan el impacto emocional de la pérdida a manera de protección, como un esfuerzo inconsciente de disminuir el nivel de consciencia y aliviar el sufrimiento físico, psicológico y emocional, garantizando así la estabilidad y la continuación del día a día del sujeto.

Estas protecciones psicológicas minimizan o reprimen aspectos relacionados a la pérdida, mientras evaden las consecuencias de esta realidad. Cognitivamente, la persona puede negar los hechos (negación de la pérdida); distorsionar la realidad alterando su significación emocional o minimizando la importancia de la relación; negarse a aceptar el significado de la muerte o sus consecuencias (rechazo de la realidad); mantener espacios u objetos de forma rígida e inflexible, deteniendo metafóricamente el tiempo (momificación); utilizando un objeto o espacio para representar al difunto, buscando sentir que no lo han perdido del todo, siendo estos últimos dos ejemplos del uso de objetos transicionales, los cuales permiten de cierta manera, mantener la vinculación cuando no se acepta la separación. Otro relevante mecanismo cognitivo es la sublimación espiritual, en la que se otorga responsabilidad o culpa a una fuerza o ser trascendental como dios, usando frases como “es parte del plan divino”. Igualmente, se presentan rumiaciones obsesivas y culpa.

En cuanto a los mecanismos emocionales se tienen estados como el enfado, la rabia y la irritabilidad. Mientras que en los mecanismos conductuales están las sustituciones, distracciones, hiperactividad, adicciones y el aislamiento. Vale la pena señalar que algunas de estas respuestas generan una sintomatología ansiosa secundaria.

“El doliente, en esta etapa de su proceso, debe ir disolviendo progresivamente estas estrategias defensivas, a medida que aumenta su tolerancia al dolor y puede afrontar la realidad sin necesidad de maniobras de distorsión” (Payas, 2016, p. 139). En caso de que estos mecanismos se fijen, se estaría desarrollando un tipo de duelo complicado llamado “duelo evitativo-ausente”. Finalmente, hay que aclarar que no todas las personas viven un amplio periodo de rechazo, algunas de ella simplemente pasan por mínimas y puntuales estrategias de evitación para continuar hacia la próxima etapa.

Así como los mecanismos de aturdimiento se van disipando con el paso del tiempo, lo mismo pasa con los de evitación ya que se va incrementando la tolerancia al sufrimiento asociado a la pérdida, dando paso a la “Conexión e integración”. Esta dimensión se evidencia por el incremento de aceptación y los afrontamientos orientados a la conexión con el vínculo perdido.

En esta etapa la aflicción en sus distintas presentaciones, como “el dolor, la tristeza o la culpa son maneras de mantener actualizado el vínculo con el ser querido” (Payas, 2016, p. 179). También son indicaciones de probables tareas del duelo, asuntos inconclusos como expresar perdón, gratitud o amor hacia el ser querido, o el permitirse sentir y manifestar tristeza, añoranza y búsqueda de reconciliación. Aquí es donde comienza la resignificación emocional y cognitiva de la pérdida, elemento esencial para su correcta integración. Esto se procura a nivel conductual mediante rituales de recuerdo o actividades transicionales de conexión, o a nivel cognitivo por medio de reminiscencia, rumiaciones productivas e introspección.

Existe un consenso en la literatura de que la simple sanación o el deshacerse de la sintomatología no son los objetivos últimos del duelo, sino el reacomodar emocionalmente al fallecido, ajustarse a la nueva vida sin él y continuar viviendo (Rando, 1993). A pesar de lo destructiva que puede llegar a ser la pérdida de un ser amado se presenta la fase de “Crecimiento y transformación”, dimensión en la que el doliente mantiene vivo el vínculo con el fallecido de manera saludable, extrayendo continuamente “frutos” y aprendizajes de la misma, llevándoles a la transformación de su identidad, recuperando la ilusión por la vida, generando cambios positivos y relevantes y honrar al fallecido mediante su vida. Es lo que Tedeschi y Calhoun (1996) han denominado “crecimiento postraumático”, y se entienden como aquellos aspectos psicológicos positivos que se desarrollan a partir de una experiencia de crisis o trauma (Guzmán et al., 2018).

DUELO COMPLICADO

“Lo primero al hablar sobre el estudio del duelo complicado es que es complicado” (Rando et al., 1993)

Cada vez existe una mayor aceptación de que los procesos de duelo pueden llevar a reacciones severas, persistentes e incapacitantes (Lundorff et al., 2017). Estos procesos que no consiguen un desarrollo o culminación normal han sido ampliamente estudiados y se les han acuñado una gran diversidad de denominaciones entre las que se encuentran: desorganizado, atípico, crónico, retrasado, no resuelto, entre otros (Eisma, 2018). Chaurand et al. (2015) señala la presencia de, por lo menos, 16 denominaciones distintas que hacen referencia a la misma entidad: el “Trastorno de Duelo Complicado” o, simplemente, “Duelo Complicado” (DC); término seleccionado para el presente trabajo.

El DC se define como una desviación clínicamente significativa de la norma cultural del duelo, en función a la intensidad y duración de los síntomas generales y específicos que presente el doliente, que además interfiere con su funcionalidad cotidiana y llega a ser acompañada por pensamientos y conductas auto-destructivas (Chaurand et al., 2015; Mason et al., 2020; Morrison, 2015).

Vale señalar que, tanto en las principales guías diagnósticas que se utilizan en la salud mental contemporánea (Maciejewski et al., 2016) como en la literatura científica, el DC también tiende a encontrarse como Trastorno de Duelo Prolongado (TDP) o Trastorno de Duelo Complejo Persistente (TDCP) (Chaurand et al., 2015).

Por su parte, la Clasificación Internacional de Enfermedades agregó a su 11^a revisión la reciente clasificación de TDP (Eisma et al., 2020). En él se pueden clasificar individuos que, después de una pérdida significativa, presentan con una notable disfuncionalidad por periodos atípicos de tiempo. Sus síntomas clave incluyen un anhelo generalizado por el difunto y/o una constante preocupación cognitiva de este último acompañado un dolor emocional intenso por un mínimo de seis meses (Eisma et al., 2020; Lundorff et al., 2017). Como indicadores de dolor emocional intenso se tienen: “la tristeza, la culpa, el enojo, la negación, reproche; dificultad para aceptar la muerte; sentir que se ha perdido una parte de uno mismo; una incapacidad para experimentar un estado de ánimo positivo; entumecimiento emocional; dificultad para participar en actividades sociales o de otro tipo” (OMS citado por Eisma et al., 2020, p. 2).

En lo que respecta al DSM, paso de tener al TDCP dentro de los apartados a estudiar en un futuro en su versión V (Heeke et al., 2019), a incluir al TDP como categoría diagnóstica en su versión V-TR (American Psychiatric Association [APA], 2022). La diferencia principal entre las clasificaciones del ICD-11 y el DSM V-TR radica en el criterio de tiempo, que parte de los 12 meses en adultos y de los 6 meses en niños. Asimismo, contrario al DSM V-TR, el ICD-11 utiliza

un abordaje tipológico, dando a entender que las descripciones diagnósticas no tienen un requisito estricto de un número de síntomas que se necesite para entrar en su categoría diagnóstica, siendo así más simple (Eisma et al., 2020; Maciejewski et al., 2016; Yeyati, 2022).

Ansiedad y depresión

Además de lo previamente definido, la literatura señala la importancia de ciertos síntomas en el proceso de duelo, siendo dos de los principales la ansiedad y la depresión. La ansiedad se considera una respuesta emocional esperada frente a la pérdida de un ser querido. Ésta se entiende como una forma de respuesta normal al estrés que se caracteriza por una sensación de miedo, preocupación, temor, nerviosismo y/o inquietud. Puede generar síntomas físicos, cognitivos y comportamentales varios con potencial benéfico o nocivo para la persona. En personas en duelo puede llegar a alcanzar niveles clínicamente significativos e incluso derivar en trastornos que afectan la funcionalidad del doliente, aumentando a su vez el riesgo de complicar su proceso de duelo (Horenstein y Charney, 2020; Mason, 2020).

Existe una alta comorbilidad entre los trastornos de ansiedad y el DC (Shear y Skritskaya, 2012) particularmente en los trastornos de: ansiedad generalizada, pánico, ansiedad social (Sung et al., 2011; Marques et al., 2013) y ansiedad por separación (Pini et al., 2012). Siendo, a su vez, la presencia previa de uno de estos trastornos un factor de riesgo para el desarrollo del duelo complicado (Shear y Skritskaya, 2012). Como ya se mencionó, se ha encontrado una correlación significativa entre duelo complicado y los síntomas del espectro de pánico (Bui et al., 2013; Bui et al., 2015).

A grandes rasgos, la ansiedad se entiende como una forma de respuesta normal al estrés que se caracteriza por una sensación de miedo, preocupación, temor, nerviosismo y/o inquietud. Ésta puede generar síntomas físicos, cognitivos y comportamentales varios con potencial benéfico o nocivo para la persona. Por ejemplo, un aumento de energía y concentración frente a un examen que resultaría positivo para un estudiante o; por el lado contrario, un miedo abrumador que

imposibilite asistir al trabajo, que pudiera ser inconveniente o hasta perjudicial para un asalariado. Esta respuesta se manifiesta considerablemente en el cuerpo, así como la mente y la conducta, teniendo dentro de los síntomas comunes: agitación, tensión, incremento del ritmo cardiaco, aumento de las respiraciones por minuto (llegando a la hiperventilación), sudoración, temblores, problemas de sueño, problemas gastrointestinales, problemas de concentración, rumiaciones, tendencia a la evitación de situaciones que provoquen la ansiedad y dificultad para controlar las preocupaciones; siendo los más intensos, duraderos y nocivos los que distinguen los trastornos de ansiedad (MayoClinic, 2020b; MedlinePlus, 2021; National Institute of Mental Health, 2022).

Así como con la ansiedad, el duelo complicado posee una íntima relación con la depresión pues los síntomas depresivos son comunes y característicos del padecimiento; sin embargo, éste se debe distinguir de los trastornos depresivos (Bryant, 2013), pues varía tanto en respuesta al tratamiento como en sintomatología (Robbins et al., 2018). Igualmente, se debe señalar que este tipo de duelo ha mostrado una alta comorbilidad y predictibilidad con trastornos y síntomas depresivos (Kersting et al., 2009; Nielsen et al., 2017; Otani et al., 2017; Robbins et al., 2018; Sung et al., 2011). Por lo que saber identificarlos tanto por separado como en coexistencia para así ejecutar el tratamiento preciso para uno o ambos, así atenuando y previniendo secuelas médicas a largo plazo (Robbins et al., 2018). Se ha registrado una alta comorbilidad entre los dos y tanto los síntomas como los trastornos depresivos exhiben una alta predictibilidad de la complicación de un duelo (Kersting et al., 2009; Nielsen et al., 2017; Sung et al., 2011; Robbins et al., 2018).

La depresión se caracteriza por sentimientos de tristeza o nostalgia persistentes y la pérdida de interés por actividades que usualmente se disfrutarían por un periodo mínimo de dos semanas. Éstas pueden llegar a ser incapacitantes y tienen como última consecuencia el suicidio (MayoClinic, 2020a). Asimismo, otros síntomas que se pueden presentar son: “pérdida de energía; cambios en el apetito; necesidad de dormir más o menos de lo normal; ansiedad;

disminución de la concentración; indecisión; inquietud; sentimiento de inutilidad, culpabilidad o desesperanza; y pensamientos de autolesión o suicidio” (Organización Panamericana de la Salud, S.F., p.1).

Factores de riesgo para desarrollar DC

Sumado a lo anterior, dentro del proceso de duelo hay una multitud de elementos que pueden aumentar la posibilidad de que se desarrolle un duelo complicado (DC), presentándose varios de ellos como una condición o característica del mismo cuidador, mientras otros los presenta el paciente que recibe el cuidado, la familia o la sociedad (Mason et al., 2020).

Toftthagen et al. (2017) señalan que algunos de los factores de riesgo individuales más relevantes son: estilos de afrontamiento ineficientes o disfuncionales, un historial clínico de salud mental pasado o presente y rasgos específicos de la personalidad. Otros factores individuales han sido los niveles bajos de felicidad, baja satisfacción con la vida o ser un sobreviviente de intento de suicidio (Bellini et al., 2018; Simon et al., 2018).

Profundizando en el señalamiento de Toftthagen et al. (2017), los estilos de afrontamiento, se definen como los diferentes procesos mediante los cuales las personas lidian con o responden al estrés (Carver et al., 1989), siendo en el caso de un duelo aquellos relativos a la pérdida. Estos se dividen en tres categorías: enfocados en el problema (afrontamiento activo, planeación, soporte instrumenta, religión, etc.), afrontamiento emocional activo (humor, aceptación, reencuadre positivo, soporte emocional y desahogo), y afrontamientos emocionales evitativos (distracción, negación, uso de sustancias, culpa, desvinculación conductual, entre otros). Estos últimos son los que se han mostrado más ineficientes y disfuncionales, convirtiéndose, en consecuencia, en un riesgo para el desarrollo de DC (Huh et al., 2017; Toftthagen, 2017). Fisher et al. (2020) encontraron que este tipo de afrontamientos se relacionaban también con una mayor severidad del duelo, depresión y menor crecimiento postraumático.

Mancini et al. (2012) enlistó al apego disfuncional orientado hacia la dependencia (tanto en el doliente como en el fallecido), la ausencia de resiliencia, la dificultad para acceder a memorias positivas y la dificultad de crear nuevas relaciones como rasgos específicos de la personalidad que aumentan el riesgo de cuidadoras primarias para desarrollar un DC. Por último, vale señalar que dentro de su estudio, Nielsen et al. (2017) encontraron que el sexo y la edad no resultaron ser factores predictivos de que el duelo se pudiera complicar en cuidadores.

El apego seguro parece ser uno de estos; sin embargo, Levi-Belz y Levi-Ari (2019) encontraron que una alta habilidad de buscar ayuda, compartir experiencias y aceptar el confort de los otros también pueden traducirse en resiliencia frente al DC, incluso en la presencia de un bajo apego seguro. De igual manera, la espiritualidad previa a la muerte del familiar se asoció positivamente con una mejor adaptación a largo plazo (Kramer et al., 2010). Para aquellos que recibieron atención paliativa, la satisfacción con el servicio, particularmente con en lo relativo al manejo físico del paciente, y la autopercepción positiva de la preparación para la pérdida resultaron significativos para su ajuste a largo plazo (Kim et al., 2017).

Así como a nivel individual, en el sistema familiar existen dinámicas o elementos que aumentan la posibilidad de la complicación del duelo. Siendo uno de ellos la falta de aceptación de la pérdida por parte de uno o varios miembros de la familia, e incluso los conflictos concernientes al fallecimiento (Mason et al., 2020), por ejemplo: desacuerdos por la herencia, oposición en el algún aspecto del ritual funerario o simplemente qué se hará con la ropa o muebles del fallecido.

Respecto al familiar que falleció, sus condiciones tanto de enfermedad como de muerte contienen sus propias variables amenazantes para el proceso del cuidador. El tipo de muerte es una de ellas, la evidencia apunta a que, a diferencia de las muertes por causas naturales en las que el familiar padeció una enfermedad o condición orgánica por un periodo de tiempo, las muertes repentinas y/o violentas incrementan la severidad y dificultad del duelo, aumentando su riesgo

de patologización (Fisher et al., 2020). Igualmente, el tipo de vínculo es relevante; por ejemplo, perder a la pareja pudiera ser más impactante que perder a un padre (Nielson et al., 2017).

También, la edad del fallecido es un factor, las muertes de menores de edad resultan más difíciles de aceptar, esto porque culturalmente se considera que son contrarias al ciclo vital (Payas, 2016; Gómez-Sancho, 2017). Huh et al. (2017) observó en su estudio con 81 padres surcoreanos, los cuales perdieron a sus hijos adolescentes en muertes repentinas, una mayoría (52.55%) presentó síntomas de DC.

Entre los factores de riesgo sociales se encuentra aquellos que producen distrés psicológico, como una baja escolaridad o la insuficiencia en la oferta de servicios de salud mental. Una menor cantidad de años de educación pudiera ser un indicador de la vulnerabilidad personal y ambientes adversos en los que se desenvuelve el doliente, elementos que afectan el cómo se procesa la pérdida, así como los recursos disponibles para manejarla (Nielsen et al, 2017). Inchausti et al. (2020) resalta que los fenómenos sanitarios de alto impacto (como el COVID-19) generan una deficiencia en la atención de las necesidades de una persona en duelo, ya que hay un aumento en la demanda, pero una mayor dificultad para la provisión de servicios de salud mental, tanto psicoterapéuticos como psiquiátricos.

Por otro lado, la percepción del apoyo social es altamente relevante, particularmente cuando la persona fallecida resultaba la principal fuente de soporte emocional y social. Una deficiente o negativa percepción del apoyo social vulnerará el proceso de recuperación, poniendo a la persona en riesgo pues su sesgo perceptivo no le permitirá aprovechar las redes de apoyo que tiene y a su vez presentará dificultad formar nuevas relaciones (Mason et al., 2020).

La política pública también puede modular la adaptación a la pérdida. El hecho de que el doliente tenga una opinión crítica o desaprobatoria de las regulaciones del gobierno y su respuesta hacia la tragedia se ha correlacionado con DC (Huh et al., 2017; Yun et al., 2018). En el caso del

naufrago de Sewol, un accidente ocurrido en Corea del Sur en el 2014 donde murieron 304 estudiantes, se encontró inconformidad y enojo por parte de los padres de los fallecidos hacia la reacción y seguimiento del gobierno, lo cual se asoció a un incremento en la prevalencia del DC de los 18 a los 30 meses de ocurrido el accidente (64.3% a 76.8% respectivamente) (Yun et al., 2018).

Los cambios restrictivos en la interacción social a causa de una crisis sanitaria se han probado como factores de riesgo: el distanciamiento social, la reducción y pérdida de libertad individual y las restricciones hacia la posibilidad de despedirse propiamente del ser querido afectan el luto y sus rituales pueden activar esquemas de afrontamiento maladaptativos como el rechazo o la desconexión, así como promover el deterioro y alteración en el ámbito de la autonomía, las creencias y el rendimiento (Diolaiuti et al., 2021; Inchausti et al., 2020).

Gesi et al. (2020) escriben que bajo un contexto que demanda distanciamiento social en final de vida, aquellos que perdieron un ser querido se pueden culpar por no haber sido más insistentes para ver a su familiar y/o no haberse encargado de su comodidad y dignidad durante la hospitalización. Estos factores han mostrado ser una alta causalidad de afrontamientos maladaptativos que llevan al desarrollo de defensas en vez de afrontamientos, culminando así en duelos complicados (Diolaiuti et al., 2021; Gesi et al., 2020).

Datos Epidemiológicos del Duelo y DC

Como ya se mencionó, el duelo es un proceso universal, es otra forma de decir que toda persona cursará por duelos de variadas naturalezas a lo largo de su vida. Al ser un proceso natural, la mayoría de la gente lo afronta y supera por sí mismo sin consecuencias severas a largo plazo (Gómez-Sáncho, 2017), sin embargo, existe un porcentaje menor de la población que sufrirá complicaciones psicológicas, sociales, vocacionales y físicas que les impiden regresar a su funcionalidad previa.

Eisma y Tamminga (2020), escriben en los últimos años, no solo el número de muertes ha incrementado, sino también la cantidad de personas en duelo y procesos que se complican. Una muestra de esto es que a principios de la década pasada, Shear (2014) estimaba que por cada fallecido, de una a cinco personas entrarían en duelo. En contraste, en 2020, Verdery et al., describió un promedio de 9 personas en duelo por fallecido.

Ahora, de aquellos que pasen por un duelo, entre el 10 al 15% de los dolientes (Amy y Doka, 2021) sufrirá la patologización de su proceso. Desde el DSM-V (APA, 2022) bajo la etiqueta de TDCP se marca que la prevalencia es del 2.4% al 4.8% de la población, con una tendencia a presentarse más en mujeres que en hombres.

A lo largo del mundo se han realizado una multitud de estudios que se enfocan en describir la prevalencia del duelo complicado en cada país, complementando con el análisis de sus factores de riesgo. Partiendo de España, Parro-Jiménez et al. (2021) buscaron “revisar el estado de la investigación psicopatológica del duelo complicado en población adulta”. A través de una revisión sistemática de bases de datos encontraron una prevalencia global del 21.53% del TDC en los dolientes. Asimismo, marcan una distinción en la prevalencia dependiendo del tipo de instrumento utilizado, aquellos que usaron instrumentos diagnósticos mostraron una prevalencia del 7.67% al 10.68%, mientras que los que usaron instrumentos somáticos tuvieron un 28.77%. Sus resultados señalan que este diagnóstico se relaciona con “un menor nivel socioeconómico y situación laboral desfavorable, la pérdida de un hijo o cónyuge, menor edad del fallecido, vulnerabilidad psicológica previa, consumo de psicofármacos y comorbilidad con otros trastornos” (Parro-Jiménez et al., 2021, p. 189).

En Noruega, Thimm et al. (2020) buscaron investigar la prevalencia de las reacciones severas de duelo. De una muestra total de 21.083 participantes adultos de 40 años y más (edad promedio = 57.2 años, DS = 11.3 años, 52.4% mujeres), el 97% (20.453) respondió haber sufrido la pérdida

de un ser querido a lo largo de su vida. Se encontró que el 4.1% reportó reacciones severas de duelo frente a una pérdida ocurrida el último año, 5.2% después de una pérdida antes de los 18 años y 25.9% luego de una pérdida posterior a los 18 años. La reacción severa se asoció con el género femenino, mayor edad, vivir sin una pareja, ser de estatus socioeconómico bajo y no ser de etnia noruega.

En su estudio efectuado en China, Tang y Xiang (2021), pusieron como primer objetivo el estudiar la prevalencia del TDC en personas que perdieron a un ser querido por COVID-19. Su muestra se conformó por 422 participantes (55.5% hombres) con una edad promedio de 32.73 (D.E. = 9.31). Para ello aplicaron dos instrumentos, la Escala Internacional de Duelo Prolongado del CIE-11 (IPGDS) y el Inventario de Autorreporte de Duelo Traumático (TGI-SR), obteniendo una prevalencia del 37.8% y 29.3% respectivamente.

Vale resaltar la revisión sistemática y análisis de meta-regresión desarrollado por Djelantik et al. (2020), en el que, mediante una revisión de 25 artículos de diferentes países se analizó la prevalencia del TDP en personas cuyo ser querido falleció por causas no naturales. En estos casos el promedio de prevalencia fue de 49% (C.I. = 95%), el más alto encontrado en este trabajo. Se encontró que los casos derivados de muerte del hijo único, muertes violentas y estudios en locaciones no occidentales estaban relacionado a mayor prevalencia. Por otro lado, un mayor tiempo desde la pérdida y fallecimiento por un desastre natural se asociaron a una menor prevalencia.

En lo que respecta a la estadística nacional y estatal, la bibliografía es limitada. Por su parte, Chaurand et al. (2015) buscaron “explorar la manifestación de las pérdidas no superadas en una muestra de personas mexicanas que han sufrido la muerte de algún ser querido”. Para ello administraron el Inventario de Historial de Pérdidas a una muestra mexicana, encontrando

que el 12,46% de la tenía puntuaciones que la clasificaban en DC y el 35,2% dijo tener alguna muerte que no ha podido superar.

Explicación biológica del Duelo y DC

Como señala O'Connor (2012), el estudiar los componentes fisiológicos del duelo y sus complicaciones tiene el potencial de ayudar a entender cómo es que éstas se generan, prediciendo cómo es que impactará y facilitando la creación de opciones viables para su tratamiento. Diversos estudios han logrado encontrar que el duelo y el DC presentan perfiles de funcionamiento distintivos en los sistemas neurológico, inmunológico y endocrinológico.

Partiendo del sistema neurológico, se ha observado una mayor activación de ciertas áreas del cerebro durante la percepción y procesamiento emocional, así como de los patrones cerebrales de recompensa en función de los sentimientos de deseo y anhelo en pacientes con DC. Al contrastar a estos últimos con pacientes con depresión se encontró una mayor actividad en la corteza orbitofrontal medial, la amígdala izquierda, el putamen y el núcleo caudado. Un aumento de activación de la corteza orbitofrontal en contraste a pacientes con trastorno de estrés postraumático, y finalmente, un incremento de actividad en la corteza cingulada anterior pregenual (pgACC), la insula bilateral, corteza prefrontal dorsolateral y el núcleo caudado derecho. Así como una mayor conectividad entre la pgACC y el palio derecho. (Bryant et al., 2021). En armonía con esto, McConnell et al. (2018) encontraron una relación predictiva entre la presencia de síntomas de anhelo para la activación de la corteza cingulada anterior subgenual.

A nivel inmunológico, se ha descubierto que los biomarcadores proinflamatorios son indicadores relevantes de la severidad del duelo; particularmente la interleucina-6 (IL-6), el Factor de Necrosis Tumoral α (TNF- α), y el Interferón γ (IFN- γ), que han mostrado una sensibilidad superior ante éste (Fagundes et al., 2019). Además, hay biomarcadores que se han asociado a estrategias de gestión emocional. La supresión emocional (SE), por ejemplo, se ha correlacionado con una mayor presencia de TNF- α e IFN- γ . Para esto, López et al. (2019) ofrece

dos posibles explicaciones, la número uno es que existen estilos de afrontamiento que alteran el sistema inmune, provocando un incremento en la producción de citocinas inflamatorias. En otro orden de ideas, pudiera ser que el aumento en la permeabilidad de la barrera hematoencefálica que se obtiene a consecuencia de procesos inflamatorios neuronales (Van Dyken y Lacoste, 2018) tenga consecuencias en el funcionamiento de la corteza prefrontal junto a sus ramificaciones en las regiones subcorticales, turbando su eficacia en la regulación emocional, y provocando que sean más propensos a suprimir emociones previamente experimentadas (López et al., 2019).

Asimismo, los procesos inflamatorios también se ven modulados por el contexto económico del sujeto. Wu et al. (2021) observó que aquellos sujetos en duelo con un estatus socioeconómico objetivo bajo o menor nivel educativo era más susceptibles a cambios en la calidad de sueño relacionados a la función inmune, a mayor presencia de biomarcadores proinflamatorios, menor calidad de sueño. Esto probablemente debido a que el incremento en la producción de citocinas (especialmente TNF- α e IL-1) modifica la duración e intensidad del sueño REM.

El funcionamiento del Sistema endócrino en sujetos en duelo ha sido mayoritariamente investigado en función del cortisol, ya que éste se considera un indicador de la actividad del eje Hipotalámico-Pituitario-Adrenal. En general se ha observado un aplanamiento en los picos diurnos y una reducción en el cortisol matutino y de mediodía (particularmente aquellos en DC) y se ha observado que aquellos con experiencia previa en este tipo de pérdida se ven menos afectados en el funcionamiento de su eje HPA que quienes lo sufren por primera vez. Por otro lado, se ha encontrado un nivel promedio elevado en aquellos dolientes con altos niveles de ansiedad y estrés. También se ha visto que estas alteraciones son moderadas por las reacciones emocionales, síntomas depresivos, cercanía con el difunto y edad (Hopf et al., 2020).

Por su parte, Saavedra et al. (2017) comparó a personas en duelo complicado con sujetos en duelo normal y sin duelo. Encontró que, quienes tenían DC mostraron menores niveles de cortisol matutino, y menores niveles de cortisol al despertar que los que tenían duelo normal. Sorprendentemente no halló diferencia significativa entre el cortisol en duelo normal y ausencia de duelo. Saavedra et al. (2017), escribe que esta hipocortisomia se pudiera explicar de tres maneras:

- Reducción de la biosíntesis del cortisol como parte de una disminución adaptativa en la regulación del HPA en personas que han experimentado experiencias traumáticas severas.
- Una reducción de la hormona adrenocorticotropa y menores niveles de cortisol como respuesta a un aumento en la sensibilidad del HPA al feedback negativo, sumado a una hipersecreción del factor liberador de corticotropina (CRH)
- Atrofia de la corteza prefrontal y áreas subcorticales (amígdala e hipocampo), que están involucradas en la regulación inhibitoria del HPA.

Explicación psicológica del DC

Existen distintas teorías que presentan puntos clave para entender cómo un proceso de duelo normal puede fallar su objetivo de integración de la pérdida y convertirse en un duelo complicado. Una de las principales es la que se enfoca en los afrontamientos y defensas. Entiéndase los primeros como reacciones maduras de gestión emocional que incluyen una distorsión mínima de la realidad. Estas se pueden manifestar a nivel cognitivo, emocional, físico o conductual. Por otro lado, las defensas refieren a un manejo emocional improductivo con resultado fijo, que supone una distorsión o inhibición significativa de la realidad (Payas, 2016; Vaillant, 1992).

Desde la perspectiva psicobiológica, se explica que si la “sobrestimulación producida por la experiencia de pérdida es excesiva en relación con los recursos de la propia persona, los

afrontamientos fracasan a la hora de responder de forma adecuada al exceso de alerta sintomatológica y se produce una experiencia de fragmentación interna” (Payas, 2016, p. 102). A partir de esto, las emociones que experimenta el doliente pierden su función adaptativa (fungir como señales integrales de necesidades o situaciones específicas) llevando a que se experimenten como una estimulación crónica de un único nivel, generando una fijación del tipo: fisiológica (p. ej: somatizaciones), cognitiva (p. ej: rumiaciones obsesivas) o conductual (adicciones, manías, hiperactividad, etc.), pasando de ser un afrontamiento a una defensa. Estas últimas tienden a ser rígidas a lo largo del tiempo, interponiéndose en el proceso de integración de la pérdida. Los síntomas manifestados en defensas serán los que caractericen y definan a un proceso de duelo como complicado (Van der Kolk et al., 2012). Asimismo, cuando las emociones pierden su funcionalidad, la persona reduce su capacidad de tomar decisiones adaptativas, es incapaz de reconocer que el estímulo original de la emoción distorsionada es la ausencia del ser querido y su manifestación (fijación) puede incluso cambiar de objeto (p. ej., desplazar la ira o tristeza por la pérdida a otra persona o situación). Vale la pena señalar que las defensas cumplirán la función específica de protegerse de emociones subyacentes incómodas, pero globalmente generan problemas y no le permiten a la persona atender eficazmente su duelo (Payas, 2016).

Explicación social del DC

En el nivel social, se debe partir de que el duelo posee una dimensión social llamada luto, que refiere a sus demostraciones sociales y signos exteriores, las cuales se manifiestan en formas, interacciones y rituales específicos de cada cultura. Estos varían particularmente en función de la religión y se ven altamente modulados por variables contextuales, siendo el ejemplo más significativo de estos últimos años la pandemia del COVID-19 (Sanz et al., 2020).

Factores contextuales como el distanciamiento social, la reducción y pérdida de libertad individual y las restricciones hacia la posibilidad de despedirse propiamente del ser querido afectan el luto

y sus rituales, además pueden activar esquemas de afrontamiento maladaptativos como el rechazo o la desconexión, así como promover el deterioro y alteración en el ámbito de la autonomía, las creencias y el rendimiento (Diolaiuti et al., 2021; Inchausti et al., 2020). Por su parte, Gesi et al. (2020) escriben que aquellos con un ser querido que haya fallecido por COVID-19 se pueden culpar por no haber sido más insistentes para ver a sus seres queridos y/o no haberse encargado de su comodidad y dignidad durante la hospitalización. Estos factores han mostrado ser una alta causalidad de afrontamientos maladaptativos que llevan al desarrollo de defensas en vez de afrontamientos, culminando así en duelos complicados (Diolaiuti et al., 2021; Gesi et al., 2020).

Ahora, para aquellos que ya padecen un DC, Inchausti et al. (2020) señalan que el distrés psicológico general que ha conllevado el contexto de la pandemia ha logrado exacerbar la sintomatología de los duelos complicados, así como de sus comorbilidades, perjudicando y prolongando los procesos. De igual manera, resalta que las limitantes sociales han generado una deficiencia en su atención ya que hay mayores dificultades para la provisión de servicios de salud mental, tanto psicoterapéuticos como psiquiátricos.

CAPÍTULO III

MÉTODO

DISEÑO

El presente es un trabajo de corte cuantitativo, del tipo cuasiexperimental, con un diseño de preprueba, posprueba y grupo control. Este tipo de investigaciones buscan poner a prueba una hipótesis causal referente a un tratamiento propuesto, manipulando al menos una variable independiente y buscando observar sus efectos sobre una o más variables dependientes. Al igual que los diseños experimentales, la muestra se divide entre el grupo que recibirá la intervención (experimental) y el que no la recibirá (control), siendo ambos evaluados de manera simultánea con una o varias pruebas previas y posteriores al tratamiento (preprueba y posprueba, respectivamente) (Cook, 2015; Fernández et al., 2014; Hernández-Sampieri et al., 2014). Cabe destacar que, desde las ciencias de la salud, este tipo de estudio también se conoce como un ensayo clínico controlado no aleatorizado (Instituto de Salud Carlos III, 2020). El diseño se diagrama de la siguiente manera (Hernández-Sampieri et al., 2014):

RG1 01 X 02

RG2 03 - 04

La diferencia principal entre el cuasiexperimento y el experimento “puro” radica en la forma de repartición de la muestra: en el primero se utilizan grupos intactos, en otras palabras, la asignación se hace a criterio de los investigadores (como en el presente) o por elección de los mismos sujetos (Hernández-Sampieri et al., 2014). En sí, esta ausencia de aleatoriedad representa una amenaza para la validez del estudio; sin embargo, la misma aplicación de la preprueba y posprueba es, en sí, una táctica para reducir dicha amenaza (Darío, 2016).

PARTICIPANTES

Para esta investigación se utilizará un muestreo no probabilístico por conveniencia y por bola de nieve. El muestreo no probabilístico se refiere a la selección de una parte de la población, la cual no se escoge con base en la probabilidad, sino en las necesidades de la investigación

(Hernández-Sampieri, 2014). Específicamente, el muestreo por conveniencia “permite seleccionar aquellos casos accesibles que acepten ser incluidos. Esto, fundamentado en la conveniente accesibilidad y proximidad de los sujetos para el investigador” (Otzen y Manterola, 2017, p. 230). Mientras que el muestreo por bola de nieve que consiste en solicitar a los informantes que vayan conformando la muestra que recomienden otros posibles participantes (Martín-Crespo y Salamanca, 2007).

Criterios de inclusión:

- Sexo: indistinto
- Mayor de 18 años
- Saber leer y escribir
- Contar con los recursos necesarios para realizar videollamadas en privado (computadora o celular, internet y un cuarto o espacio privado)
- Haber sido cuidador informal (familiar o amigo) de un paciente que haya fallecido hace más de un mes y que pueda clasificarse como paciente de cuidados paliativos (que haya padecido una enfermedad potencialmente mortal).
- Locación: Interior de la República Mexicana.

Criterios de exclusión:

- Abando voluntario del tratamiento.
- No firmar el consentimiento informado.
- Ser partícipe de otro tratamiento o terapia psicológica

Criterios de eliminación

- No completar las evaluaciones.

- Dejar de asistir a dos o más de las sesiones programadas.

APARATOS E INSTRUMENTOS

Instrumentos de recolección de datos (Anexos)

- Instrumentos psicométricos
 - Inventario de Duelo Complicado (Prigerson et al., 1995)

Adaptación de inventario de auto aplicación que consta de 21 reactivos tipo Likert con opciones de respuesta entre el 0 (Nunca) y el 4(Siempre), con un rango de 0 a 84, cuyo objetivo es evaluar la presencia de sintomatología referente al duelo. Tiene 3 factores: “alteración emocional y falta de aceptación” (AEFA); “vacío, aislamiento y sin sentido” (VASS); y “presencia del fallecido, identificación con él y evitación de su recuerdo” (PFIR). A falta de una versión adaptada a México de este instrumento o de otro que cumpla un objetivo similar se ha optado por esta versión en español adaptada a una población latinoamericana (colombiana) (Gamba y Navia, 2017), la cual mostró una alta consistencia interna ($\alpha = .941$) y un índice de fiabilidad test-retest de $r = .9$. A diferencia del instrumento original, que consta de 19 reactivos (Prigerson et al., 1995), los autores de esta adaptación aclaran que no se pudo obtener un punto de corte.

Para su presente ejercicio, en el puntaje total se obtuvo una consistencia interna de $\alpha = .90$ para la primera aplicación y $\alpha = .95$ para la segunda; el AEFA obtuvo $\alpha = .88$ y $\alpha = .93$, el VASS $\alpha = .83$ y $\alpha = .92$; y el PFIR $\alpha = .74$ y $\alpha = .84$, respectivamente.

- La Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS) (Zigmond y Snaith, 1983)

Cuestionario de auto aplicación compuesto por 14 reactivos tipo likert con opciones de respuesta que se califican del 0 al 3, teniendo un rango de respuesta del 0 al 42. Busca detectar síntomas clínicamente significativos de ansiedad y depresión, las cuales poseen su respectiva subescala conformadas por 7 de los 14 ítems cada una. Asimismo, su puntaje total compone una escala global que puede medir el distrés general (Noguera-Orozco., 2013). Validado en México, en cuidadores primarios informales de pacientes con Cáncer por Galindo et al. (2015). La consistencia interna de la escala global fue de $\alpha = .83$, su subescala de ansiedad mostró $\alpha = .82$ y la subescala de depresión mostró $\alpha = .78$.

Para el presente, el puntaje total tuvo un confiabilidad de $\alpha = .89$ en la primera aplicación y $\alpha = .91$ para la segunda. Por su parte, la subescala de ansiedad obtuvo un $\alpha = .82$ en la primera aplicación y $\alpha = .84$ en la segunda, mientras que la subescala de depresión obtuvo $\alpha = .87$ y $\alpha = .87$ respectivamente.

- Encuesta inicial (Diseñada por el investigador).

Aplicada en Google Forms entre febrero y marzo del 2022. Se compone por datos sociodemográficos y de identificación, datos clínicos relevantes e información relativa a la persona fallecida. Además, incluye el IDC y el HADS.

- Entrevista de apertura (Diseñada por el investigador).

Entrevista semiestructurada compuesta por tres preguntas abiertas cuyo objetivo es tener un primer acercamiento y profundización en el cómo se originó y se ha vivido hasta el momento la pérdida de su ser querido y su proceso de duelo.

- ¿Cómo ocurrió la pérdida?
 - ¿Qué síntomas o afectaciones has presentado?
 - ¿Qué es lo más importante de trabajar para ti en tu hipnoterapia?
- Manual de hipnosis clínica para cuidadores informales de pacientes de cuidados paliativos (Diseñado por el investigador, 2022). Incluye:
 - Proceso de diseño de la intervención
 1. Partiendo del “Modelo de las 4 Dimensiones” de Alba Payas (2016) como base teórica para la comprensión y diagnóstico del duelo, se realizó un análisis de la información recabada en la entrevista de apertura referente a los síntomas y afrontamientos más relevantes presentados por los participantes del grupo experimental, poniendo especial atención en aquellos que se presentaban en múltiples o todos los sujetos.
 2. Posteriormente se partió de dicho análisis para la selección de técnicas hipnóticas dentro de la literatura existente buscando trabajar de manera directa o indirecta los síntomas seleccionados, que en este caso fueron:
 - a. Dolor emocional
 - b. Tristeza/Depresión
 - c. Nostalgia y anhelo
 - d. Ansiedad y preocupación
 - e. Baja autoestima
 - f. Culpa
 - g. Búsqueda de perdón y reconciliación
 - h. Negación o evitación
 3. Procedimiento de las sesiones

- a. Cada sesión comenzaba con las preguntas
 - ¿Cómo te has sentido esta semana?
 - ¿Has notado algún cambio a partir de los ejercicios?
 - b. Después se aplicaba el primer trance, para continuar con las preguntas
 - ¿Cómo te sientes?
 - Cuéntame ¿Cómo fue tu experiencia?
 - c. Luego se hacía el segundo trance y se repetían las dos preguntas anteriores.
 - d. Por último, se realizaba el cierre de la sesión.
4. Se realizaba la entrevista de cierre
- Técnicas hipnóticas seleccionadas de la literatura existente
 - Sesión 1
 - Técnica del Árbol (Téllez, 2020a)
 - Abreacción silenciosa de Watkins (Téllez, S.F.)
 - Sesión 2
 - Silla vacía hipnótica para duelo, variación del autor.
 - Espíritu Universal de Sanación (Téllez, 2020b)
 - Sesión 3
 - Desactivando emociones negativas (Hunter, 2013)
 - El pasillo del perdón y de las posibilidades (Téllez, 2020b)
 - Sesión 4 (En esta sesión se combinaron técnicas hipnóticas con metáforas)
 - Sacando la basura (Luco, modificada por Téllez, 2018) + el oso de felpa (Casula, 2010)
 - Autoestima de Moshe Torem (Téllez, 2020a) + el anciano y la muerte (Téllez, 2020b)

- Entrevista de cierre (Diseñada por el investigador).

Entrevista semiestructurada orientada a recolectar las diferencias entre el estado inicial y el estado final del proceso de duelo, basado en las siguientes preguntas.

- ¿Cómo te has sentido esta semana?
- ¿Qué cambios has notado a partir de tu tratamiento?

PROCEDIMIENTO

1. La muestra se buscó extendiendo invitaciones mediante una campaña publicitaria del estudio en redes sociales que incluyeron Facebook, Instagram y WhatsApp estando abierta a personas de toda la república, pero enfocándose en las ciudades de Monterrey, Nuevo León; Guadalajara, Jalisco; y Ciudad de México.

2. Se recolectó una muestra total de 24 sujetos y se dividió de manera equitativa por conveniencia entre grupo control ($n = 12$) y grupo experimental ($n = 12$) para su calendarización.
3. Una vez calendarizados, los participantes del GC tuvieron únicamente dos sesiones virtuales cuya vía de comunicación fue la mensajería WhatsApp. En la primera se revisó y firmó el consentimiento informado y se aplicó la encuesta inicial y los instrumentos psicométricos. 6 semanas después se hizo el re-test y se otorgó una compensación de \$100.00 mexicanos por su participación.
4. Por su parte, el GE tuvo seis sesiones vía Zoom: en la primera se revisó y firmó el consentimiento informado, se aplicaron los instrumentos psicométricos, se tuvo la encuesta inicial, la entrevista de apertura y se les dio la presentación de “Mitos y realidades de la hipnosis”. De la sesión dos a la cinco se aplicó la intervención planteada en el “Manual de hipnosis clínica para cuidadores informales de pacientes de cuidados paliativos” teniendo una duración promedio de una hora por sesión (explicado previamente en instrumentos). Finalmente, en la última sesión se aplicó el re-test y la entrevista de cierre.

ANÁLISIS DE RESULTADOS

- a. Vaciado de resultados en el programa “SPSS” versión 22.0.
- b. Análisis descriptivo
 - i. Se obtuvieron las frecuencias absolutas y porcentajes para las variables categóricas y medidas de tendencia central y variabilidad para las variables numéricas.

c. Comprobación de hipótesis

- i. De acuerdo a Téllez et al. (2015), al ser una muestra reducida, como lo suele ser en los ensayos clínicos, se recomienda hacer uso del puntaje de ganancia para la comprobación de hipótesis. Asimismo, en concordancia con lo escrito por Landero y González (2016), al ser una muestra reducida ($n < 50$) se optó por hacer la comprobación de hipótesis mediante pruebas no paramétricas, seleccionando en esta caso la U de MannWhitney al ser una alternativa no paramétrica que sirve para comparar dos muestras independientes (Bookdown, S.F.).
- ii. Adicionalmente y siguiendo las recomendaciones del Manual de Publicaciones del 2010 de la APA y de Téllez et al. (2015) se obtuvo el tamaño del efecto (TE) con base en la r de Rosenthal, siguiendo las recomendaciones de Cohen (1992) para su interpretación. En ésta última establece que arriba de .50 es un tamaño del efecto grande, de .3 a .49 se considera mediano, y de .1 a .29 cuenta como un tamaño del efecto chico.

ASPECTOS ÉTICOS

El presente estudio se apegó a lo dispuesto en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud (Cámara de diputados, 2014). Para poder ser parte de la investigación, los interesados debieron ser mayores de edad, firmar un consentimiento informado específico para cada grupo (ANEXO) en el que se especificaron: generalidades del proyecto, propósito del estudio, duración estimada, forma de realización del trabajo, beneficios si se acepta

ser parte del mismo, confidencialidad; así como riesgos, inconvenientes, derechos y responsabilidades de quien se comprometa como participante. Previo a la firma del consentimiento se tuvo un primer contacto telefónico o virtual en el que se otorgó información y se aclararon dudas que pudiera tener el interesado.

El consentimiento informado incluyó además la autorización al investigador de hacer uso de los resultados de las distintas evaluaciones con fines científicos, de divulgación, docentes y estadísticos, en el marco de la ética profesional y con el resguardo de la información personal bajo estricta confidencialidad.

Es importante mencionar que dentro del protocolo no se manejó ningún medicamento o sustancia que pudiera poner en riesgo la salud del paciente. Además, aunque el experimento se prestaba a la adaptación y aprovechamiento del ambiente, se procuró un espacio con adecuada ventilación e iluminación, además de silencioso y falta de interrupciones para ofrecer el mejor servicio posible a las participantes.

Por otro lado, con el fin de asegurar el principio ético de beneficencia-no maleficencia se usaron de técnicas y pruebas de evaluación cuyo formato no representa ningún riesgo biológico ni psicológico para los participantes.

Cabe aclarar que el investigador estuvo consciente de que debido a los usos comerciales que se le ha dado a la hipnosis, la hipnosis clínica puede llegar a cargar con algunos prejuicios por lo que dentro de la sesión informativa se preparó una breve sección llamada “Mitos y realidades de la hipnosis” con el fin de aclarar dudas y explicar de manera clara en qué consiste dicho procedimiento.

La calidad del trabajo se asegura con la dirección del Dr. Arnoldo Téllez, psicólogo especialista en hipnosis clínica y psico-oncología, que estuvo supervisando y asesorando la aplicación y análisis del protocolo a lo largo del proceso.

El investigador estuvo abierto y disponible para los participantes para resolver dudas o imprevistos a lo largo del proceso.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

Datos sociodemográficos.

La muestra final se conformó por un total de 24 personas, divididas equitativamente por conveniencia entre el GE ($n = 12$) y el GC ($n = 12$). La edad promedio de los participantes del GE fue de 38.17 años ($D.E. = 10.85$) y del GC fue de 35.50 años ($D.E. = 5.53$). En cuanto al sexo, el GE estuvo conformado por 10 mujeres y 2 hombres, mientras las 12 participantes del GC fueron mujeres. En la categoría de estado civil el grupo con más representación fue el de personas solteras, siendo 6 en el GE y 5 en el GC.

Respecto al estrato socioeconómico, a pesar de que se dividió en 3 clases, ninguno de los participantes entró en la categoría de clase alta (ganar 50 mil pesos mensuales o más), y se repartieron de la siguiente forma: en la clase media (10 mil a 50 mil pesos mensuales), hubo 8 en el experimental y 4 en el control; mientras que para la clase baja (4 mil a 9 mil pesos mensuales) hubo 5 en el GE y 7 en el GC.

A continuación se presentan las Figura 1 a la 4, que extienden la información sociodemográficos de interés, incluyendo: estado civil, estado de procedencia, grado de estudios y situación laboral.

Figura 1
Estado civil

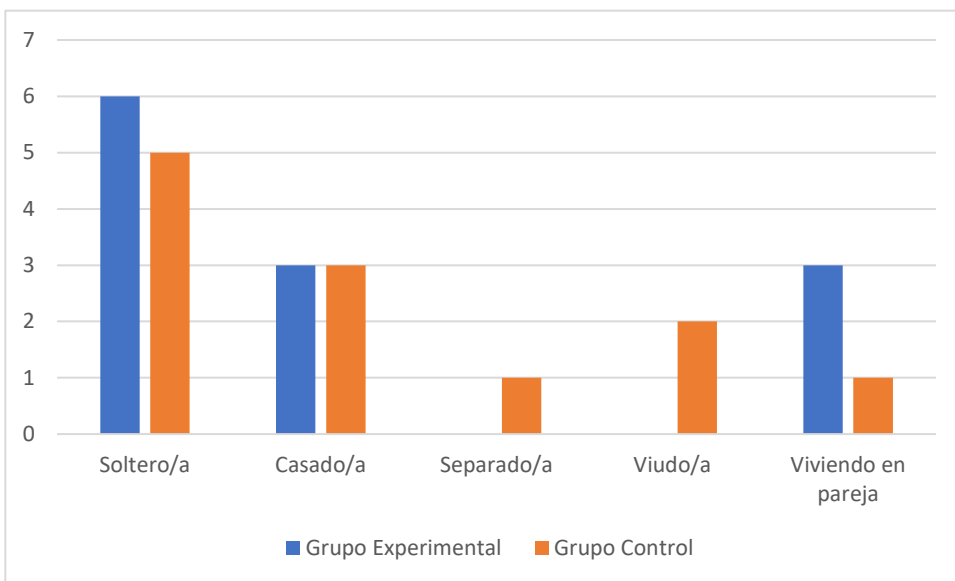


Figura 2
Estado de procedencia

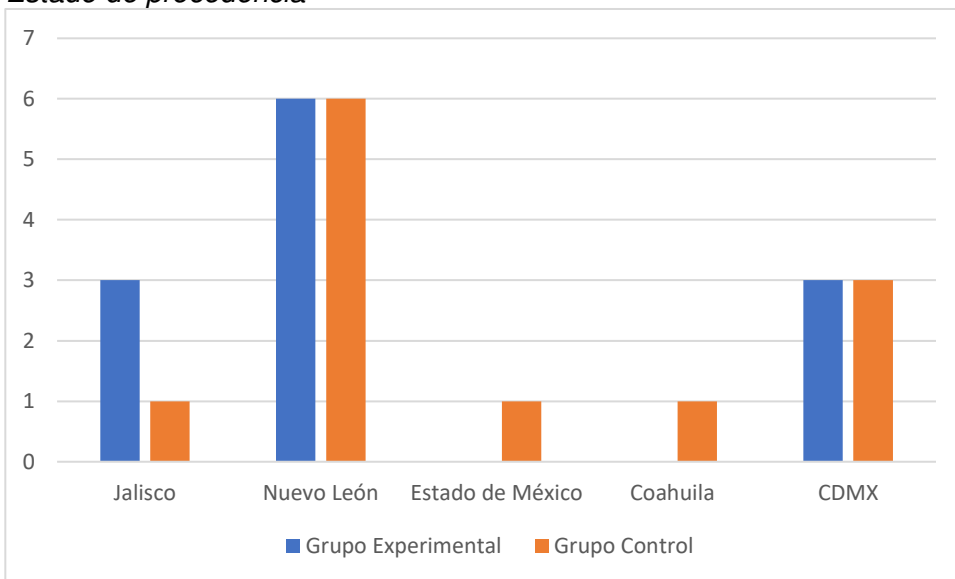


Figura 3
Grado de estudios

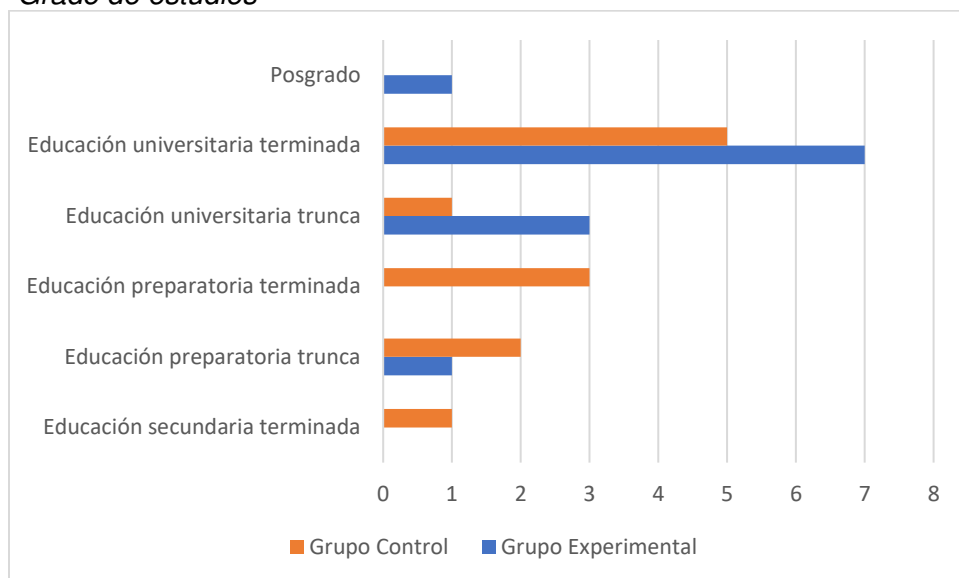
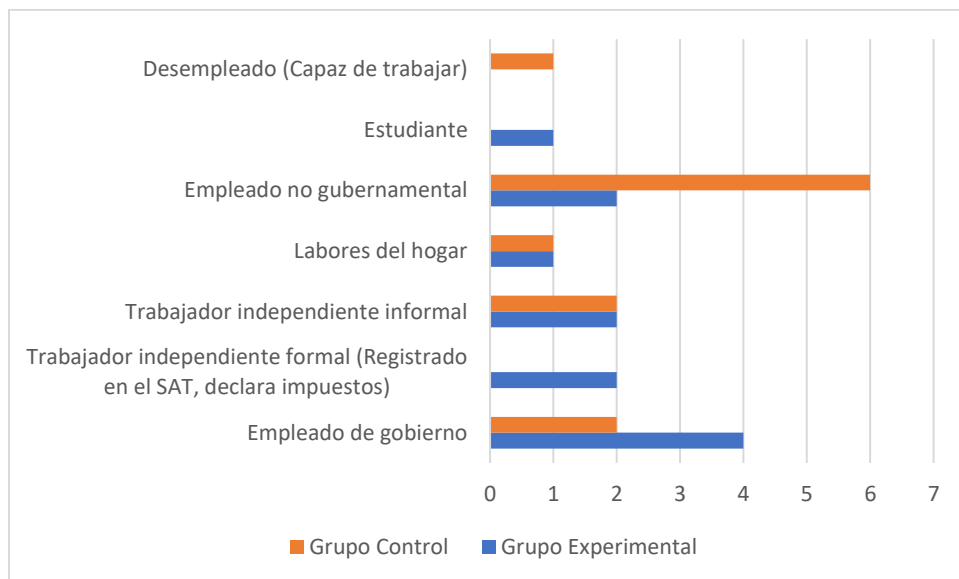


Figura 4
Situación laboral



Datos clínicos relevantes

En la dimensión física, en el GE, 4 personas (33.3%) reportaron tener una enfermedad crónica, teniendo dos hipertensión y las otras dos diabetes, mientras que en el GC, 3 personas (25%) reportaron padecer una enfermedad crónica, teniendo una diabetes, otra problemas de regulación de tiroides y la última otra condición no especificada.

En la dimensión mental, en el GE, una persona (8.3%) declaró tener un diagnóstico de Trastorno Límite de la Personalidad, mientras que en el GC, una persona (8.3%) declaró tener diagnóstico de Depresión, y otra (8.3%) de Ansiedad y Depresión. En cada grupo, dos personas (16.7% de cada grupo), han pensado en hacerse daño a sí mismas por lo menos una vez durante el último año.

Datos específicos del cuidado

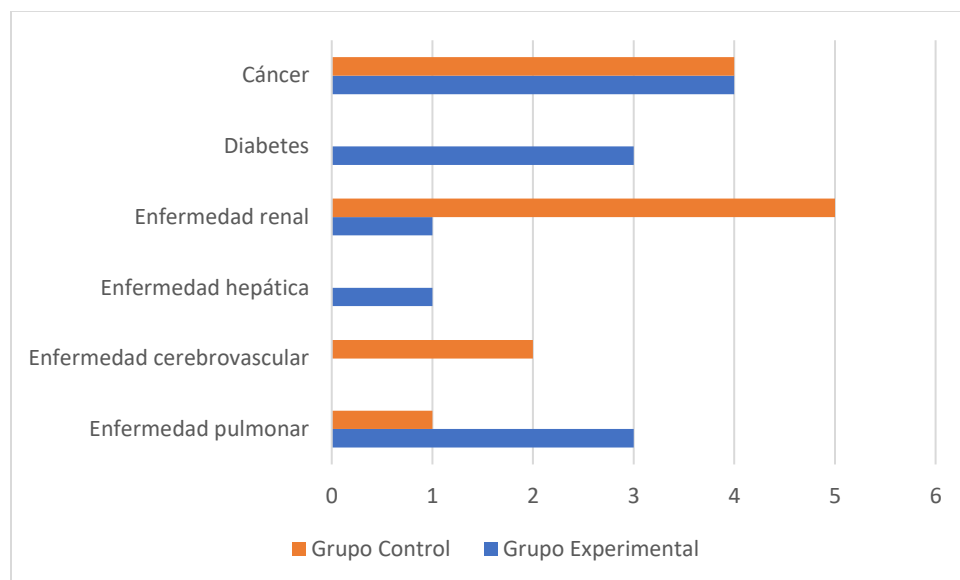
En el GE, todos los cuidadores fueron parientes directos del enfermo, 9 fueron hijos (75%), y 3 nietos (25%). El tiempo de cuidado varió de un 1 a 24 meses, con una media de cuidado de 7.46 meses (D.E.= 7.43). Mientras que al iniciar tratamiento el fallecimiento había ocurrido entre 3 y 39 meses antes, con una media de 12.25 meses (D.E.=10.1).

Por otro lado, en el GC hubo 8 hijos (66.7%), 1 sobrina (8.3%), 2 esposas (16.7%) y 1 persona (8.3%) que marcaron la categoría de “otro”, lo que significa que no eran familiares directos. El tiempo de cuidado varió de un mes a 24 meses, con una media de cuidado de 8.5 meses (D.E. = 8.52). Mientras que al iniciar tratamiento el fallecimiento había ocurrido entre 2 y 48 meses antes, con una media de 25.25 meses (D.E. = 16.316).

Los padecimientos amenazantes para la vida que sufrieron los pacientes de los cuidadores se pueden clasificar en: cáncer, diabetes, enfermedades renales, enfermedades cerebrovasculares, enfermedades pulmonares y enfermedades hepáticas. Se distribuyeron de la manera mostrada en la Figura 5.

Figura 5

Enfermedades padecidas por los pacientes de los cuidadores informales



A ausencia de un punto de corte que permita hablar de duelo normal o duelo complicado se optó por hacer una división en cuartiles del puntaje de IDC con el fin de observar y relacionar a aquellos sujetos con una mayor tendencia al DC. El cuartil 3 se encontró en 37 y aquellos con un puntaje mayor se clasificaron como el grupo con tendencia al DC. Primeramente, el GE fue el único que mostró cambio en sus tipos de duelo, éste comenzó con 6 personas con tendencia al DC y 6 personas en duelo normal y terminó con 1 con tendencia al DC y 11 en duelo normal. Por su parte, el GC también comenzó con 6 pacientes con tendencia al DC y 6 en duelo normal y terminó sin cambios, los participantes de este grupo mantuvieron sus estados de duelo.

Evaluación Inicial (Pretest) del Índice de Duelo Complicado (IDC)

Primeramente, en la Tabla 1 se pueden apreciar los estadísticos obtenidos en la primera evaluación del IDC, los cuales se dividen para el puntaje total y sus respectivas subescalas: AEFA (Alteración emocional y falta de aceptación), VASS (Vacío, aislamiento y sin sentido) y PFIR (Presencia del fallecido, identificación con él y evitación de su recuerdo). Vale recordar que el rango del puntaje total va del 0 a 84. A partir de esto se puede resaltar que la diferencia entre

los grupos de la media del puntaje total, el AEFA y el PFIR fue de solo 1.25 puntos, y para el VASS de 2.5. En concordancia con esto, no se encontró una diferencia significativa para las puntuaciones pretest entre los grupos, como lo muestra la Tabla 2.

Tabla 1

Estadísticos de los puntajes de pretest del IDC y sus subescalas

Grupo		IDC ¹	AEFA	VASS	PFIR
Experimental	N	12	12	12	12
	Media	34.17	22.92	8.17	3.08
	Mediana	36.50	24.00	7.00	2.50
	Desviación estándar	14.135	8.174	6.043	3.397
	Rango	49	30	18	10
	Mínimo	6	5	0	0
	Máximo	55	35	18	10
Control	N	12	12	12	12
	Media	37.75	22.75	10.67	4.33
	Mediana	34.00	18.50	11.50	2.50
	Desviación estándar	17.899	9.790	6.638	4.697
	Rango	58	31	22	17
	Mínimo	14	8	1	0
	Máximo	72	39	23	17

1. Puntaje total

Tabla 2*U de Mann-Whitney para diferencia entre GC y GE en el pretest del IDC*

	IDC ¹	AEFA	VASS	PFIR
U de Mann-Whitney	67.000	69.000	56.500	61.000
Z	-.289	-.174	-.898	-.644
Sig. asintótica (bilateral)	.773	.862	.369	.519

1. Puntaje total

Relación entre variables

Con el de explorar a mayor profundidad la asociación entre las variables relevantes para el estudio. Primeramente, se encontró una correlación positiva moderada entre los puntajes del IDC y el HADS ($r = .541, p = .006$). No se encontró una correlación significativa entre el tipo de duelo pretest y el tiempo de cuidado registrados en la evaluación inicial ($r = .067, p = .755$). Por otro lado, una prueba exacta de Fisher determinó que no hubo una asociación significativa entre el tipo de duelo y el grupo al que se perteneció ($gI=1, p=.658$). Tampoco se encontró relación entre el tipo de duelo y la enfermedad que estaba atendiendo el cuidador $\chi^2 (5, N = 24) = 5.500, p = .358$.

Diferencias post-intervención en el IDC

Vale recordar que para la comprobación de hipótesis se están tomando en cuenta los puntajes de ganancia, que se obtienen de la diferencia entre el postest y el pretest. Ya que los test aplicados en el presente trabajo buscan medir la intensidad de la sintomatología, son los puntajes negativos los que describen una reducción de la misma y los positivos un aumento; a partir de esto se busca que el puntaje sea lo más negativo posible.

En la Tabla 3 se puede apreciar los estadísticos del puntaje de ganancia del IDC y sus subescalas. En estos se observan datos relevantes, por ejemplo: todos los puntajes (tanto el

general como el de las subescalas) muestran una reducción en la segunda evaluación con respecto a la primera, siendo siempre mayor la del GE. En el puntaje general de la prueba, el GE presentó una reducción de 11.25 puntos más que el GC; a su vez, en la subescala de AEFA fue de 7, en el VASS 3.17 y, finalmente, en el PFIR, únicamente de .58; esto dentro de una prueba con rango de 0 a 84.

Tabla 3

Estadísticos del puntaje de ganancia del IDC y sus factores

<i>Grupo</i>		IDC ¹	AEFA ²	VASS ³	PFIR ⁴
Experimental	N	12	12	12	12
	Media	-14.33	-10.00	-3.25	-1.08
	Mediana	-15.00	-9.50	-2.00	.00
	Desviación estándar	11.919	6.849	4.595	2.746
	Rango	41	23	17	9
	Mínimo	-38	-23	-14	-7
	Máximo	3	0	3	2
	Control	N	12	12	12
Media		-3.08	-2.50	-.08	-.50
Mediana		-3.00	-3.00	.00	-.50
Desviación estándar		5.299	3.177	3.260	1.567
Rango		17	11	13	6
Mínimo		-11	-9	-9	-3
Máximo		6	2	4	3

1. Puntaje total del IDC
2. Alteración emocional y falta de aceptación
3. Vacío, aislamiento y sin sentido
4. Presencia del fallecido, identificación con él y evitación de su recuerdo

Comprobación de hipótesis del IDC

Para la Hi1, que aborda el puntaje total del IDC, se encontró que el puntaje de ganancia del GE ($Mdn = -15.0$) mostró una diferencia superior al del GC ($Mdn = -3.0$). En este caso se halló una diferencia significativa entre en el puntaje de ganancia del GE contra el del grupo control después del tratamiento de hipnosis clínica por lo que se rechaza la hipótesis nula, $U(GE = 12, GC = 12) = 28.00$, $p = .011$, $Z = -2.544$. Además, se encontró un tamaño del efecto grande ($r = -.51$).

En la Hi2, referente a la subescala de AEFA, el puntaje de ganancia del GE ($Mdn = -9.50$) también mostró fue superior a la del GC ($Mdn = -3.0$). También se rechaza la hipótesis nula ya que se encontró una diferencia significativa, $U(GE = 12, GC = 12) = 21.50$, $p = .003$, $Z = -2.923$, con un tamaño del efecto grande ($r = -.59$).

Asimismo, para la Hi3, respectiva a la diferencia en la subescala de VASS, el puntaje del GE ($Mdn = -2.00$) resultó superior a la del GC ($Mdn = 0.0$). Se rechaza la hipótesis nula ya que se encontró una diferencia significativa, $U(GE = 12, GC = 12) = 36.00$, $p = .036$, $Z = -2.094$, con un tamaño del efecto mediano ($r = -.42$).

Por otro lado, para la Hi4, referente a la subescala de PFIR, la ganancia del GC ($Mdn = -.50$) fue superior a la del GE ($Mdn = .00$). Se acepta la hipótesis nula pues no se encontró una diferencia significativa, $U(GE = 12, GC = 12) = 71.50$, $p = .976$, $Z = .03$. Aunque vale resaltar que se presentó un tamaño del efecto nulo ($r = -.006$).

Evaluación Inicial (Pretest) de la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS)

En la otra mano, en la Tabla 4 se pueden apreciar los estadísticos obtenidos del puntaje total del HADS y sus subescalas de Ansiedad y Depresión. Sumado a esto, como se expresa en la Tabla 5, tampoco no se encontró diferencia significativa en los puntajes iniciales.

Tabla 4*Estadísticos de los puntajes de pretest del HADS y sus subescalas*

Grupo		HADS ¹	Ansiedad	Depresión
Experimental	N	12	12	12
	Media	17.42	8.83	8.58
	Mediana	17.00	8.00	8.50
	Desviación estándar	6.473	3.881	4.660
	Rango	22	11	15
	Mínimo	8	5	3
	Máximo	30	16	18
	Control	N	12	12
Media	17.08	8.67	8.42	
Mediana	15.50	7.50	9.00	
Desviación estándar	9.653	4.619	5.401	
Rango	36	18	18	
Mínimo	2	2	0	
Máximo	38	20	18	

1. Puntaje total

Tabla 5*U de Mann-Whitney para diferencia entre GC y GE en el pretest del HADS*

	Distrés ¹	Ansiedad	Depresión
U de Mann-Whitney	67.000	70.000	69.500
Z	-.289	-.116	-.145
Sig. asintótica (bilateral)	.772	.907	.885

1. Puntaje total del HADS

Diferencias post-intervención en el HADS

Retomando, esta prueba tiene un rango total de 0 a 42 puntos. La Tabla 6 describe cómo, así como en los puntajes del IDC, se encuentra una reducción mayor en la media de los puntajes de ganancia del GE por sobre los del GC. Se tuvo una diferencia de 5.67 puntos en Distrés (Puntaje total), de 2.25 para la subescala de Ansiedad y de 2.92 para la subescala de Depresión.

Tabla 6

Estadísticos descriptivos del puntaje de ganancia del HADS y sus subescalas

Grupo		Distrés ¹	Ansiedad	Depresión
Experimental	N	12	12	12
	Media	-6.58	-3.00	-3.58
	Mediana	-6.50	-2.50	-3.00
	Desviación estándar	7.403	5.027	3.554
	Rango	24	19	10
	Mínimo	-17	-12	-9
	Máximo	7	7	1
	Control	N	12	12
Media		-.83	-.75	-.08
Mediana		.00	-1.00	.00
Desviación estándar		3.407	2.832	1.443
Rango		12	9	4
Mínimo		-7	-5	-2
Máximo		5	4	2

1. Puntaje total del HADS

Comprobación de hipótesis del HADS

En la Hi5, para el Distrés (puntaje total) del HADS, el puntaje del GE ($Mdn = -6.50$) resultó superior a la del GC ($Mdn = 0.0$). Se rechaza la hipótesis nula, puesto que sí existe una diferencia significativa entre el puntaje de ganancia de Distrés del GE contra el del GC después del tratamiento de hipnosis clínica $U(GE = 12, GC = 12) = 33.50, p = .026, Z = -2.23$. Éste tuvo un tamaño del efecto mediano ($r = -.45$).

Para la Hi6, referente a la subescala de Ansiedad, el puntaje del GE ($Mdn = -2.50$) también resultó superior a la del GC ($Mdn = -1.0$). Se acepta la hipótesis nula pues no existe una diferencia significativa entre el puntaje de ganancia de Ansiedad del HADS del GE contra el del GC después del tratamiento, $U(GE = 12, GC = 12) = 48.00, p = .164, Z = -1.392$. Se encontró un tamaño del efecto pequeño ($r = -.28$).

Por último, en la Hi7, el puntaje del GE ($Mdn = -3.00$) resultó superior a la del GC ($Mdn = -0.0$). Se encontró una diferencia significativa entre los puntajes de ganancia de Depresión del HADS $U(GE = 12, GC = 12) = 27.50, p = .010, Z = -2.592$, con un tamaño del efecto grande ($r = -.52$).

CAPITULO V

DISCUSIÓN

Empezaremos por señalar algunas características de la muestra que participó en este estudio. Nuestra muestra coincidió con el perfil de cuidador informal en México de acuerdo a algunos autores como León et al. (2020), Laguado (2019) y Hurtado (2021) en los siguientes aspectos: la conformó un número mayor de mujeres (91.7%) y las “hijas” fueron el grupo más grande de cuidadoras. Sin embargo, contrario a lo mencionado por dichos autores, las participantes femeninas fueron mayoritariamente solteras, tenían empleo, educación superior terminada y de menor edad. Esto se puede deber a un sesgo en el método de difusión del proyecto y recolección de la muestra, el cual fue por redes sociales las cuales tienden a ser menos usadas por personas a finales de la adultez media y en la tercera edad. En México el porcentaje de personas mayores a 55 años en redes sociales, tanto en hombres como en mujeres, se compone solo del 5% del total de usuarios (Statista, 2022).

Respecto a los resultados de este ensayo clínico se encontró que el programa de intervención tuvo un efecto importante en el GE al reducir significativamente la intensidad de la sintomatología de duelo y sus factores AEFA y VASS de acuerdo a los puntajes del IDC. Por otra parte, el GE mostró una reducción en los niveles de distrés y depresión medidos por el HADS, todos con tamaño del efecto mediano a grande. Sin embargo, el factor PFIR del IDC y la escala de Ansiedad del HADS no mostraron cambios significativos.

Partiendo de lo obtenido con el IDC, se ha observado que otros estudios que analizan el impacto de un tratamiento específico para el duelo utilizando el IDC como herramienta de medición, no suelen hacer un análisis por factores o subescalas del mismo como se hizo en el presente estudio sino que tienden a correlacionar el puntaje general con el de otros instrumentos (Alonso-Llacer, 2020; Shear et al., 2014; Shear et al., 2005). Son los estudios de caso los que profundizan

en la sintomatología más allá que la simple intensidad del duelo. Sin embargo, un común denominador en todos ha sido que los tratamientos que fueron desarrollados específicamente para trabajar duelo y DC muestran una mejoría significativa superior en comparación con otros tratamientos genéricos aplicados a duelo como la terapia interpersonal en adultos y adultos mayores (Shear et al., 2014; Shear et al., 2005).

Lo encontrado en este trabajo coincide con la literatura: la hipnosis clínica apunta a ser un tratamiento eficiente para trabajar el duelo y DC, permitiendo la reducción significativa de su sintomatología (Brugnoli, 2016; Gupta y Sidana, 2020; Savage, 1995; Sawni y Breuner, 2017). Como ya se mencionó previamente, se observaron reducciones significativas en el GE de los síntomas de alteración emocional, falta de aceptación (AEFA), vacío, aislamiento y sin sentido (VASS). Otros estudios como el de Özer et al. (2014) que usó hipnoterapia en el duelo de una mujer de 25 años con intento de suicidio, reportó una mejoría en los siguientes síntomas: ver a su difunto, visitar su tumba constantemente, problemas de sueño y pesadillas, gritos, desmayos, incapacidad de quedarse en casa y de reconocer a su familia, amnesia, mutismo y severa discapacidad social. Por su parte, Gupta y Sidana (2020) describieron la reducción del abuso del alcohol y síntomas de abstinencia, además de un incremento de funcionalidad en un paciente que había perdido a su hijo. La profundización en los síntomas suele ser parte de estudios de corte cualitativo o mixto, mientras que el uso de una herramienta como el IDC suele adecuarse más a los análisis cuantitativos.

Por otro lado, en el único factor del IDC que no se encontraron diferencias entre grupos fue el de “Presencia del fallecido, identificación con él y evitación de su recuerdo”, el cual habla de síntomas que existen en relación directa con el fallecido. En cambio, en los factores AEFA y VASS en los que sí hubo diferencia, se hablan de síntomas subjetivos. Quizá para los elementos en función del fallecido como los del PFIR se requiera una intervención de mayor duración o que

esté combinada o reforzada por otras técnicas como la relajación progresiva u otra modalidad de psicoterapia como lo ha hecho Ho (2007).

A demás de eso, se encontró que la intervención con hipnosis clínica redujo significativamente el distrés en el GE, coincidiendo con los estudios de Bragard et al. (2017), Cramer et al. (2015), Lioffi y White (2001), y Untas et al. (2013), aunque estos solo alcanzaron tamaños del efecto pequeños a medianos. Estos autores explican que el ejercicio hipnótico facilita la adopción de mecanismos de afrontamiento funcionales que llevan al buen manejo del distrés psicológico y emocional o buen afrontamiento de la situación.

En múltiples estudios, la hipnosis se ha mostrado como una opción de tratamiento efectiva para pacientes que muestran síntomas depresivos de variadas naturalezas. Milling et al. (2018) buscaron cuantificar la eficacia de la hipnosis en pacientes con síntomas depresivos y realizaron un meta-análisis que incluyó 10 estudios con 13 ensayos clínicos en los que al final del tratamiento se encontró una significancia $p \leq .001$ con un tamaño del efecto entre medio y alto ($d = .71$), equiparándose e incluso llegando a superar los resultados encontrados de otras alternativas de terapia como lo son la TCC de Beck o la terapia interpersonal. Esto resultó consistente con lo encontrado en este estudio, en el que hubo una reducción significativa en los niveles de la subescala de Depresión del HADS en el GE con un tamaño del efecto grande. Dentro de lo que señala Yapko para el manejo de la depresión con hipnosis (2010), que coincide con lo que se hizo en esta intervención, es que la hipnosis puede ser usada para trabajar: manejo de síntomas, reencuadrar y principalmente acceder a recursos personales y la construcción de afrontamientos funcionales, desarrollo de estrategias asociativas y disociativas, así como desarrollar expectativas positivas de los cambios que puede haber e interrumpir patrones negativos de pensamiento, emoción y conducta.

La mayor discordancia con la literatura fueron los resultados referentes a la ansiedad. En su revisión sistemática, Valentine et al. (2019) evaluó 17 experimentos en adultos con problemas de ansiedad (no causados por duelo) que mostraban que la hipnosis había tenido un efecto significativo para la reducción de niveles de ansiedad, con tamaños del efecto medianos a grandes, contrario a lo encontrado en este trabajo, que no muestran diferencias significativas entre grupos y obtuvo un tamaño del efecto pequeño. Esta diferencia se puede deber a que 13 de los 17 intervenciones fueron diseñadas para atender momentos específicos de ansiedad como una operación dental, un examen o hablar en público por lo que son cortas y focalizadas (Valentine et al., 2019) los cuales difieren con la vivencia de los síntomas ansiosos en el duelo que no se limitan a un solo evento. Vale añadir que se ha visto que los mejores resultados del manejo de ansiedad se obtienen complementando la hipnosis con otra modalidad de tratamiento como la terapia cognitivo-conductual, biorretroalimentación o relajación muscular progresiva (Hammond, 2010; Valentine et al., 2019).

Limitantes

Dentro de este estudio hubo varias limitaciones considerables. Partiendo de que a pesar de haberse seleccionado una población particular (la paliativa) y haber limitado ciertos aspectos del duelo (duración y tipo de enfermedad), la muestra no deja de ser heterogénea. Además, el instrumento utilizado no fue uno validado en la población mexicana, sino en población colombiana. Se optó por esta versión del instrumento sobre la adaptación española de Limonero et al. (2009) por ser latinoamericana y más cercana a nuestra población; sin embargo, se debe mencionar que durante el desarrollo de este experimento, Domínguez-Rodríguez et al. (2021) publicaron una validación de la adaptación de Limonero en adultos mexicanos mostrando validez, buenas propiedades psicométricas y medidas adecuadas del duelo complicado en población mexicana.

Se debe tomar en cuenta que este tratamiento fue solo de 4 sesiones durante un mes, cuando en otras modalidades como en terapia breve se tiene un promedio de 10 sesiones (Téllez, comunicación oral, 2 de febrero de 2022) y en terapia de duelo por fallecimiento suele atenderse en un periodo de 6 meses a 1 año (Chaurand, comunicación oral, 17 de enero de 2020).

Por otro lado, debido a la insuficiencia de recursos disponibles para esta investigación se optó por una muestra pequeña y no aleatorizada. Esto llevó a la utilización de análisis no paramétricos, que si bien permiten la obtención de la significancia (p) y el tamaño del efecto (r de Rosenthal) carecen de una medición del poder estadístico (Fritz et al., 2013). Asimismo, como ya se mencionó, ésta muestra solo coincide parcialmente con el perfil de cuidadores que se ha encontrado anteriormente en México y por sus proporciones no permite hacer comparaciones por género o profundizar en el duelo de cuidadores informales masculinos.

Implicaciones clínicas

Los resultados obtenidos dan pie y pueden ayudar a justificar investigaciones y tratamientos que hagan uso de la hipnosis clínica tanto para duelos como para otras necesidades psicosociales en cuidadores informales, ya sea dentro o fuera del ámbito paliativo.

De igual manera, vale resaltar el formato de terapia utilizada en este estudio: hipnoterapia por videollamada. Poletti et al. (2020) encontró en su revisión de 18 estudios que la terapia por videollamada (telepsicoterapia) es un formato confiable y efectivo alternativo a la terapia tradicional (presencial), como se confirma en el presente trabajo. La hipnoterapia por videollamada puede ampliar del rango de población y facilitar el acceso de la misma a pacientes con dificultad de movilización.

Recomendaciones

Para futuros trabajos que busquen explorar o profundizar en los efectos de la hipnosis clínica en pacientes en duelo o del ámbito paliativo se recomienda hacer uso de una muestra mayor y aleatorizada con el fin de poder hacer un análisis más completo que, además de la p y el tamaño del efecto, se complemente con el poder estadístico recomendado de .80 (Téllez et al., 2015). Siguiendo lo escrito por Téllez et al. (2015), para las investigaciones sobre intervenciones psicoterapéuticas se recomienda un mínimo de 64 sujetos en el GE y 64 en el grupo control para poder alcanzar una potencia estadística recomendada.

De igual forma, para población mexicana se sugiere el uso de la adaptación de Domínguez-Rodríguez et al. (2021). Por último, la profundización en la experiencia particular de cada duelo resulta esencial para su mejor entendimiento y tratamiento, por lo que se aconsejan estudios mixtos en los que los métodos cuantitativos permitan esto último.

CONCLUSIÓN

Con base en lo anterior se puede concluir que la hipnosis clínica orientada al trabajo de duelo es una modalidad de tratamiento eficaz para cuidadoras informales que hayan sufrido la pérdida de un paciente que afrontó una enfermedad amenazante para la vida. Su alta efectividad se ve reflejada en los efectos que tuvo en intensidad general del duelo, los síntomas subjetivos del cuidador, su nivel de distrés y síntomas depresivos, los cuales fueron significativos y con tamaños del efectos importantes a pesar de su breve duración.

Se espera que este trabajo pueda servir como justificación, guía o apoyo para futuras investigaciones que busquen explotar las múltiples bondades de la hipnosis clínica en el área del duelo y los cuidados paliativos, así como en las necesidades de los cuidadores informales, tomando en cuenta las observaciones y recomendaciones previamente planteadas para la correcta construcción del conocimiento clínico en el área.

REFERENCIAS

- Abdel-Malek, R., Farag, D., Shohdy, K., y Cox, S. (2019). Availability of Informal Caregivers for Palliative Care Patients with Cancer: Is there a Difference between Higher- and Lower-Income Settings. *Indian journal of palliative care*, 25(3), 379–382.
https://doi.org/10.4103/IJPC.IJPC_199_18
- Alonso-Llácer, L., Martín, P. B., Ramos-Campos, M., Mesa-Gresa, P., Lacomba-Trejo, L., & Pérez-Marín, M. (2020). Mindfulness y duelo: programa MADED, mindfulness para la aceptación del dolor, las emociones y el duelo. *Psicooncología*, 17(1), 15.
<https://doi.org/10.5209/psic.68244>
- American Psychological Association. (2010). *Manual de Publicaciones de la American Psychology Asociation*. Manual Moderno.
- American Psychological Association. (2022). *Manual de Publicaciones de la APA*. Editorial El Manual Moderno.
- Amy, T., y Doka, K. (2021). A Call to Action: Facing the Shadow Pandemic of Complicated Forms of Grief. *Omega: Journal of Death & Dying*, 83(1), 164–169.
<https://doi.org/10.1177/0030222821998464>
- Aoun, S., Rumbold, B., Howting, D., Bolleter, A., y Breen, L. (2017). Bereavement support for family caregivers: The gap between guidelines and practice in palliative care. *PLOS ONE*, 12(10), 1-15. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0184750>
- Aravena, V., García, F., Téllez, A., y Arias, P. (2020). Hypnotic intervention in people with fibromyalgia: A randomized controlled trial. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 63(1), 49-61. <https://doi.org/10.1080/00029157.2020.1742088>

- Ateş, G., Ebenau, A. F., Busa, C., Csikos, Á., Hasselaar, J., Jaspers, B., Menten, J., Payne, S., Van Beek, K., Varey, S., Groot, M., y Radbruch, L. (2018). “Never at ease” – family carers within integrated palliative care: a multinational, mixed method study. *BioMed Center Palliative Care*, 17 (1), 1-11. <https://doi.org/10.1186/s12904-018-0291-7>
- Bellini, S., Erbuto, D., Andriessen, K., Milelli, M., Innamorati, M., Lester, D., Sampogna, G., Fiorillo, A., & Pompili, M. (2018). Depression, hopelessness, and complicated grief in survivors of suicide. *Frontiers in Psychology*, 9, 198. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.00198>
- Beng, T. S., Kim, C., Shee, C. C., Ching, D., Liang, T. J., Kumar, M., Guan, N. C., Khuen, L. P., Loong, L. C., Chin, L. E., Zainuddin, S. I., Capelle, D. P., Munn, A. C., Yen, L. K., & Isahak, N. (2022). COVID-19, Suffering and Palliative Care: A Review. *The American Journal of Hospice & Palliative Care*, 39(8), 986–995. <https://doi.org/10.1177/10499091211046233>
- BetterHealth. (2021). Palliative Care – Dealing with Common Symptoms. Better Health Channel. <https://www.betterhealth.vic.gov.au/health/servicesandsupport/Palliative-care-dealing-with-common-symptoms#delirium>
- Blanco, A., Chueco, A., López-Ruiz, J. (2017) *Informe España 2017 / Cátedra José María Martín Patino de la Cultura del Encuentro*. Fundación Encuentro.
- Bookdown. (S.F.) Métodos cuantitativos. Bookdown. <https://bookdown.org/dietrichson/metodos-cuantitativos/>
- Booth, S. (2020). Hypnosis in a specialist palliative care setting – enhancing personalized care for difficult symptoms and situations. *Palliative Care & Social Practice*, 14 (1), 1–11. <https://doi.org/10.1177/2632352420953436>

- Bragard, I., Etienne, A. M., Faymonville, M. E., Coucke, P., Lifrange, E., Schroeder, H., y Jerusalem, G. (2017). A nonrandomized comparison study of self-hypnosis, yoga, and cognitive-behavioral therapy to reduce emotional distress in breast cancer patients. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 65(2), 189-209. <https://doi.org/10.1080/00207144.2017.1276363>
- Bremer, P., Cabrera, E., Leino-Kilpi, H., Lethin, C., Saks, K., Sutcliffe, C., Wübker, A. (2015). Informal dementia care: Consequences for caregivers' health and health care use in 8 European countries. *Health Policy*, 119(11), 1459–1471. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2015.09.014>
- Brugnoli, M. (2016). Clinical hypnosis for palliative care in severe chronic diseases: a review and the procedures for relieving physical, psychological and spiritual symptoms. *Annal of Palliative Medicine*, 5(4), 280-297. <https://doi.org/10.21037/apm.2016.09.04>
- Brugnoli, M. P. (2015). *Clinical hypnosis in pain therapy and palliative care: a handbook of techniques for improving the patient's physical and psychological well-being*. Charles C Thomas Publisher.
- Bryant, R. A. (2013). Is pathological grief lasting more than 12 months grief or depression? *Current Opinion in Psychiatry*, 26(1), 41-46. <https://doi.org/10.1097/ycp.0b013e32835b2ca2>
- Bryant, R. A., Andrew, E., & Korgaonkar, M. S. (2021). Distinct neural mechanisms of emotional processing in prolonged grief disorder. *Psychological Medicine*, 51(4), 587–595. <https://doi-org.ezproxy.iteso.mx/10.1017/S0033291719003507>

- Bui, E., LeBlanc, N. J., Morris, L. K., Marques, L., Shear, M. K., y Simon, N. M. (2013). Panic-agoraphobic spectrum symptoms in complicated grief. *Psychiatry Research*, *209*(1), 118–120. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2013.03.033>
- Bui, E., Horenstein, A., Shah, R., Skritskaya, N. A., Mauro, C., Wang, Y., y Simon, N. M. (2015). Grief-related panic symptoms in complicated grief. *Journal of affective disorders*, *170*, 213-216. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2014.08.028>.
- Cámara de Diputados (2014). *Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud*. Honorable Cámara de Diputados Sitio Oficial. http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/regley/Reg_LGS_MIS.pdf
- Carver, C. S., Scheier, M. F., & Weintraub, J. K. (1989). Assessing coping strategies: A theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, *56*(2), 267–283. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.56.2.267>
- Casula, C. (2010). Metaphors to reawaken resiliency in patients. *Australian Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, *38*(1), 62-71. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-533613>
- Centeno, C. (2013). Gestión del duelo y las pérdidas. *Aprendiendo a convivir con lo ausente*. Jaén: Formación Alcalá.
- Centro para el Control y Prevención de Enfermedades. (2018). Caregiving for family and Friends. CDC. <https://www.cdc.gov/aging/agingdata/docs/caregiver-brief-508.pdf>
- Chari, A., Engberg, J., Ray, K., Mehrotra, A. (2015). The Opportunity Costs of Informal Elder-Care in the United States. New Estimates from the American Time Use Survey. *Health*

Services Research, 50 (3), 871-888.

https://www.rand.org/pubs/external_publications/EP66196.html

Chaurand, A. (2015). *Historia de pérdidas, depresión y duelo complicado: una perspectiva desde los constructos personales* (Tesis Doctoral, Universitat de Barcelona).

https://www.researchgate.net/publication/292147660_Historia_de_perdidas_Depresion_y_Duelo_Complicado_Una_perspectiva_desde_los_Constructos_Personales

Chaurand, A., Zacarías, J. A., Benítez, S., Nuñez, L., & Feixas, G. (2015). Pérdida, depresión y duelo complicado en una muestra mexicana. *Revista De Psicología (Trujillo)*, 17(2), 42–55. <http://revistas.ucv.edu.pe/index.php/revpsi/article/view/384>

Cohen, J. (1992). A power primer. *Psychological Bulletin*, 112(1), 155–159.

<https://doi.org/10.1037/0033-2909.112.1.155>

Cook, T. D. (2015). *Quasi-Experimental Design*. Wiley Encyclopedia of Management.

Corr, C. A. (2021). Should We Incorporate the Work of Elisabeth Kübler-Ross in Our Current Teaching and Practice and, If So, How? *Omega: Journal of Death & Dying*, 83(4), 706–728. <https://doi.org/10.1177/0030222819865397>

Cramer, H., Lauche, R., Paul, A., Langhorst, J., Kummel, S., y Dobos, G. J. (2015). Hypnosis in breast cancer care: A systematic review of randomized controlled trials. *Integrative Cancer Therapies*, 14(1), 5–15. <https://doi.org/10.1177/1534735414550035>

Darío, H. (2016) *Los diseños de investigación cuantitativa en psicología y educación*. Unirio Editora.

Diolaiuti, F., Marazziti, D., Beatino, M. F., Mucci, F., & Pozza, A. (2021). Impact and consequences of COVID-19 pandemic on complicated grief and persistent complex

- bereavement disorder. *Psychiatry research*, 300 (113916), 1-5.
<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2021.113916>
- Djelantik, A. A., Smid, G. E., Mroz, A., Kleber, R. J., & Boelen, P. A. (2020). *The prevalence of Prolonged Grief Disorder in bereaved individuals following unnatural losses: Systematic review and meta regression analysis. Journal of Affective Disorders*. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.01.034>
- Domínguez- Rodríguez, A. D., Santoveña, E. E. E., Chavez-Valdez, S. M., Arriaga, R. J. M., Jiménez, M. J. H., Valerio, E. B., y Martínez-Luna, S. C. (2021). *Psychometric properties of the Inventory of Complicated Grief in Mexican community sample during COVID-19 pandemic*. Psyarxiv Preprint. <https://doi.org/10.31234/osf.io/fh6wd>
- Eisma, M. C. (2018). Public stigma of prolonged grief disorder: An experimental study. *Psychiatry Research*, 261, 173–177. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.12.064>
- Eisma, M. C., & Tamminga, A. (2020). Grief Before and During the COVID-19 Pandemic: Multiple Group Comparisons. *Journal of Pain and Symptom Management*.
[doi:10.1016/j.jpainsymman.2020.10](https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2020.10)
- Eisma, M. C., Rosner, R., y Comtesse, H. (2020). *ICD-11 Prolonged Grief Disorder Criteria: Turning Challenges Into Opportunities With Multiverse Analyses. Frontiers in Psychiatry*, 11 (752), 1-5. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.00752>
- Elkins, G. (2016). *Handbook of medical and psychological hypnosis: Foundations, applications, and professional issues*. Springer Publishing Company.
- Fagundes, C. P., Brown, R. L., Chen, M. A., Murdock, K. W., Saucedo, L., LeRoy, A., Wu, E. L., Garcini, L. M., Shahane, A. D., Baameur, F., y Heijnen, C. (2019). Grief, depressive

- symptoms, and inflammation in the spousally bereaved. *Psychoneuroendocrinology*, *100* (1), 190–197. <https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2018.10.006>
- Fernández, P., Vallejo, G., Livacic-Rojas, P., y Tuero, E. (2014). Validez Estructurada para una investigación cuasi-experimental de calidad. Se cumplen 50 años de la presentación en sociedad de los diseños cuasi-experimentales. *Anales de Psicología*, *30*(2), 756–771. <https://doi.org/10.6018/analesps.30.2.166911>
- Fisher, J. E., Zhou, J., Zuleta, R. F., Fullerton, C. S., Ursano, R. J., & Cozza, S. J. (2020). Coping Strategies and Considering the Possibility of Death in Those Bereaved by Sudden and Violent Deaths: Grief Severity, Depression, and Posttraumatic Growth. *Frontiers in Psychiatry*, *11*. doi:10.3389/fpsyt.2020.00749
- Freud, S. (1917). Obras completas. Tomo XIV. Amorrortu Editores.
- Fritz, A., Scherndl, T., & Kühberger, A. (2013). A comprehensive review of reporting practices in psychological journals: Are effect sizes really enough?. *Theory & Psychology*, *23*(1), 98-122. <https://doi.org/10.1177/0959354312436870>
- Fromm, E., y Shor, R. (2017). *Hypnosis: Developments in research and new perspectives*. Routledge.
- Galindo, O., Benjet, C., Juárez García, F., Rojas Castillo, E., Riveros Rosas, A., Aguilar Ponce, J. L., & Alvarado Aguilar, S. (2015). Propiedades psicométricas de la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS) en una población de pacientes oncológicos mexicanos. *Salud mental*, *38*(4), 253-258. <https://doi.org/10.17711/sm.0185-3325.2015.035>

- Gamba, H., y Navia, E. (2017). Adaptación del Inventario de Duelo Complicado en población colombiana. *Revista Colombiana de Psicología*, 26(1), 16–30.
<https://doi.org/10.15446/rcp.v26n1.51205>
- Gardiner, C., Robinson, J., Connolly, M., Hulme, C., Kang, K., Rowland, C., Larkin, P., Meads, D., Morgan, T., y Gott, M. (2020). Equity and the financial costs of informal caregiving in palliative care: a critical debate. *BioMed Center Palliative Care*, 19(1), 1–7.
<https://doi.org/10.1186/s12904-020-00577-2>
- Gesi, C., Carmassi, C., Cerveri, G., Carpita, B., Cremonese, I. M., & Dell'Oso, L. (2020). Complicated grief: what to expect after the coronavirus pandemic. *Frontiers in psychiatry*, 11 (489), 1-5. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.00489>
- Gobierno de México (2022) *Todo sobre el Covid-19*. <https://coronavirus.gob.mx/>
- Gómez-Sancho, M. (2017). *El duelo y el luto*. Manual Moderno.
- González, M. (2021). En México sólo 3 por ciento de pacientes cuenta con atención paliativa al dolor. *Universidad de Guadalajara*. <https://www.udg.mx/es/noticia/en-mexico-solo-3-por-ciento-de-pacientes-cuenta-con-atencion-paliativa-al-dolor#:~:text=En%20M%C3%A9xico%20s%C3%B3lo%203%20por,al%20dolor%20%7C%20Universidad%20de%20Guadalajara>
- Griese, B., Burns, M. R., Farro, S. A., Silvern, L., & Talmi, A. (2017). Comprehensive grief care for children and families: Policy and practice implications. *American Journal of Orthopsychiatry*, 87(5), 540-548. <http://doi.org/10.1037/ort0000265>
- Gupta, A., y Sidana, A. (2020). Clinical Hypnotherapy in Grief Resolution-A Case Report. *Indian journal of psychological medicine*, 42(2), 193-197.
https://doi.org/10.4103/IJPSYM.IJPSYM_476_19

- Guzmán, M., Padrós, F. y Arocena, Francisco y Campos, Tonatiuh. (2018). A Pilot Study of Post Traumatic Growth Training for Patients with Posttraumatic Stress Disorder. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 18(2), 235-246.
https://www.drmarioguzman.com/_files/ugd/5e5820_f8a5cce2d14c455eba4d4f98858429dc.pdf
- Hammond, D. C. (2010). *Hypnosis in the treatment of anxiety- and stress-related disorders*. *Expert Review of Neurotherapeutics*, 10(2), 263–273. <https://doi.org/10.1586/ern.09.140>
- Handel, D., y Néron, S. (2017). Cancer palliation: Layered hypnotic approaches mending symptoms, minding hope, and meaning. *The American Journal of Clinical Hypnosis*, 60(1), 33-49. <https://doi.org/10.1080/00029157.2017.1299678>
- Harrop, E., Morgan, F., Longo, M., Semedo, L., Fitzgibbon, J., Pickett, S., Scott, H., Seddon, K., Sivell, S., Nelson, A., y Byrne, A. (2020). The impacts and effectiveness of support for people bereaved through advanced illness: A systematic review and thematic synthesis. *Palliative Medicine*, 34(7), 871–888.
<https://doi.org/10.1177/0269216320920533>
- Heeke, C., Kampisiou, C., Niemeyer, H., & Knaevelsrud, C. (2019). A systematic review and meta-analysis of correlates of prolonged grief disorder in adults exposed to violent loss. *European journal of psychotraumatology*, 10(sup6), 1-20.
<https://doi.org/10.1080/20008198.2019.1583524>
- Hernández-Sampieri, R., Fernández, C., Baptista, P. (2014) *Metodología de la investigación*. McGrawHill.

Hilgard, E. (1974). Toward a neo-dissociation theory: Multiple cognitive controls in human functioning. *Perspectives in Biology and medicine*, 17(3), 301-316.

<http://doi.org/10.1353/pbm.1974.0061>

Holdevici, I. (2014). A brief introduction to the history and clinical use of hypnosis. *Romanian Journal of Cognitive Behavioral Therapy and Hypnosis*, 1(1), 1-5.

http://www.rjcbth.ro/image/data/pdf/V111_Irina%20Holdevici_RJCBTH.pdf

Holdevici, I. (2019). Ericksonian Hypnotherapy - a permissive approach. *Romanian Journal of Cognitive-Behavioral Therapy & Hypnosis*, 6(1/2), 1–5. [https://web-s-ebsochost-com.ezproxy.iteso.mx/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=17&sid=5799209d-7945-41c7-](https://web-s-ebsochost-com.ezproxy.iteso.mx/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=17&sid=5799209d-7945-41c7-a5f7-adfa413918b0%40redis)

[a5f7-adfa413918b0%40redis](https://web-s-ebsochost-com.ezproxy.iteso.mx/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=17&sid=5799209d-7945-41c7-a5f7-adfa413918b0%40redis)

Hopf, D., Eckstein, M., Aguilar-Raab, C., Warth, M., y Ditzen, B. (2020). Neuroendocrine mechanisms of grief and bereavement: A systematic review and implications for future interventions. *Journal of Neuroendocrinology*, 32(8), 1-24.

<https://doi.org/10.1111/jne.12887>

Horenstein, A., y Charney, M. E. (2020). Anxiety and Bereavement. *Clinical Handbook of Anxiety Disorders*, (1)191-202. https://doi.org/10.1007/978-3-030-30687-8_10

Huh, H. J., Kim, K. H., Lee, H. K., & Chae, J. H. (2017). Attachment styles, grief responses, and the moderating role of coping strategies in parents bereaved by the Sewol Ferry accident. *European Journal of Psychotraumatology*, 8(sup6), 1424446.

<https://doi.org/10.1080/20008198.2018.1424446>

Hunter, M. E. (2013). *Creative scripts for hypnotherapy*. Routledge.

Hurtado, J. C. (2021). Impacto psicosocial e intervenciones de apoyo para cuidadores informales de personas dependientes en México. *Psicología Iberoamericana*, 29(1), 1-17. <https://doi.org/10.48102/pi.v29i1>

Inchausti, F., MacBeth, A., Hasson-Ohayon, I., & Dimaggio, G. (2020). Psychological Intervention and COVID-19: What We Know So Far and What We Can Do. *Journal of contemporary psychotherapy*, 50(4), 243–250. <https://doi.org/10.1007/s10879-020-09460-w>

Instituto de salud Carlos III. (2020). INFORME DEL GRUPO DE ANÁLISIS CIENTÍFICO DE CORONAVIRUS DEL ISCIII (GACC-ISCIII). Gobierno de España. Ministerio de Ciencia y Educación. https://www.conprueba.es/sites/default/files/informes/2020-06/TIPOLOG%C3%8DA%20DE%20ESTUDIOS%20CL%C3%8DNICOS_1.pdf

Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2017). *Estadísticas a propósito del día de las y los cuidadores de personas dependientes (2 de marzo)*. Honorable Cámara de Diputados. http://www.diputados.gob.mx/sedia/biblio/usieg/comunicados/25ene19/economia/9_cuidadoresdepersonasdependientes_230118-9.pdf

Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores. (2020). Cuidadoras y Cuidadores de Personas Mayores. Gobierno de México. <https://www.gob.mx/inapam/es/articulos/cuidadores-y-cuidadoras-de-personas-mayores?idiom=es>

Jácome, C. (2019). La Pérdida y sus Destinos Afectivos. *Revista de La Sociedad Colombiana de Psicoanálisis*, 44(1), 109–122. <https://web-a-ebSCOhost-com.ezproxy.iteso.mx/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=4&sid=37d01f03-4d99-4a44-aff5-b91c7d94a51e%40sdc-v-sessmgr01>

Juntos Contra el Cáncer. (2017). *Panorama del Cáncer en México*.

<https://juntoscontraelcancer.mx/panorama-del-cancer-en-mexico/>

Kelley, M. M. (2010). *Grief: Contemporary theory and the practice of ministry*. Fortress Press.

Kersting, A., Kroker, K., Horstmann, J., Ohrmann, P., Baune, B. T., Arolt, V., y Suslow, T.

(2009). Complicated grief in patients with unipolar depression. *Journal of Affective Disorders*, 118(1–3), 201–204. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2009.01.033>

Kim, Y., Carver, C. S., Spiegel, D., Mitchell, H. R., y Cannady, R. S. (2017). Role of family caregivers' self-perceived preparedness for the death of the cancer patient in long-term adjustment to bereavement. *Psycho-oncology*, 26(4), 484–492. <https://doi.org/10.1002/pon.4042>

Kirby, E., Kenny, K., Broom, A., MacArtney, J., y Good, P. (2018). The meaning and experience of bereavement support: A qualitative interview study of bereaved family caregivers. *Palliative & Supportive Care*, 16(4), 396-405.

<https://doi.org/10.1017/S1478951517000475>

Kirmayer, L. J., y Crafa, D. (2014). What kind of science for psychiatry?. *Frontiers in Human Neuroscience*, 8, 435. <http://doi.org/10.3389/fnhum.2014.00435>

Kirsch, I. (1985). Response expectancy as a determinant of experience and behavior. *American Psychologist*, 40 (11), 1189–1202. <http://doi.org/10.1037/0003-066x.40.11.1189>

Kirsch, I. (2017). *Hypnosis: Theory, research and application*. Roudledge Taylor and Francis Group.

- Kirsch, I. (2018). Response Expectancy and the Placebo Effect. *Neurobiology of the Placebo Effect Part I. International Review of Neurobiology*, 138 (5), 81–93.
<http://doi.org/10.1016/bs.irn.2018.01.003>
- Kramer, B. J., Kavanaugh, M., Trentham-Dietz, A., Walsh, M., y Yonker, J. A. (2010). Complicated Grief Symptoms in Caregivers of Persons with Lung Cancer: The Role of Family Conflict, Intrapsychic Strains, and Hospice Utilization. *Omega: Journal of Death & Dying*, 62(3), 201–220. <http://doi.org/10.2190/om.62.3.a>
- Kübler-Ross, E., y Kessler, D. (2005). *On grief and grieving: Finding the meaning of grief through the five stages of loss*. Simon and Schuster.
- Laabar, T. D., Saunders, C., Auret, K., y Johnson, C. E. (2021). Palliative care needs among patients with advanced illnesses in Bhutan. *BioMed Central Palliative Care*, 20(1), 1–10. <https://doi.org/10.1186/s12904-020-00697-9>
- Laguado, E. (2019). Perfil del cuidador del paciente con Enfermedad Renal Crónica: una revisión de la literatura. *Enfermería Nefrológica*, 22(4), 352-359.
<https://dx.doi.org/10.4321/s2254-28842019000400002>
- Lancel, M., Stroebe, M., & Eisma, M. C. (2020). Sleep disturbances in bereavement: A systematic review. *Sleep medicine reviews*, 53. 1-9.
<https://doi.org/10.1016/j.smr.2020.101331>
- Landero, R. y González, M. (2016). *Estadística con SPSS y Metodología de la Investigación*. Trillas.

- Landry, M., y Raz, A. (2015) Hypnosis and Imaging of the Living Human Brain, *American Journal of Clinical Hypnosis*, 57(3), 285-313. [HTTPS://DOI.ORG/10.1080/00029157.2014.978496](https://doi.org/10.1080/00029157.2014.978496)
- León, R., Mártir, E., Torres, Y., Sánchez, K., y Gutiérrez, T. (2020). Dependencia percibida y síntomas depresivos en cuidadores primarios informales de personas con enfermedades no transmisibles. *Revista CienciaUAT*, 15(1), 86–98. <https://doi.org/10.29059/cienciauat.v15i1.1386>
- León-Campos, M. O., Chonchol, A. S., y Miranda-Castillo, C. (2018). Afrontamiento, apoyo social y depresión en cuidadores informales y su relación con necesidades no cubiertas de personas con demencia. *Ansiedad y Estrés*, 24(2-3), 73-80. <https://doi.org/10.1016/j.anyes.2018.04.001>
- Levi-Belz, Y., y Lev-Ari, L. (2019). Is there anybody out there? Attachment style and interpersonal facilitators as protective factors against complicated grief among suicide-loss survivors. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 207(3), 131-136. <http://doi.org/10.1097/NMD.0000000000000940>
- Liew, T. M., Tai, B. C., Yap, P., y Koh, G. C. H. (2019). Comparing the effects of grief and burden on caregiver depression in dementia caregiving: a longitudinal path analysis over 2.5 years. *Journal of the American Medical Directors Association*, 20(8), 977-983. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2018.11.016>
- Limonero, J., Reverte, M. L., Garcia, J. G., Méndez, J. M., & Prigerson, H. G. (2009). Adaptación al castellano del inventario de duelo complicado. *Medicina paliativa*, 16(5), 291-297. https://www.researchgate.net/profile/Joaquin-Limonero/publication/234101905_Adaptacion_al_castellano_del_inventario_de_duelo_c

complicado/links/5ab50824a6fdcc46d3b28497/Adaptacion-al-castellano-del-inventario-de-duelo-complicado.pdf

Liossi, C., y White, P. (2001). Efficacy of clinical hypnosis in the enhancement of quality of life of terminally ill cancer patients. *Contemporary Hypnosis*, 18(3), 145–160. <https://doi.org/10.1002/ch.228>

Liu, Y., He, Y., Li, R., Yu, S., Xu, J., y Xie, Y. (2020). Coupled Temporal Fluctuation and Global Signal Synchronization of Spontaneous Brain Activity in Hypnosis for Respiration Control: An fMRI Study. *Neuroscience*, 429 (1), 56–67. <https://doi.org/10.1016/j.neuroscience.2019.12.032>

López, R., Brown, R., Wu, E.-L., Murdock, K., Denny, B., Heijnen, C., y Fagundes, C. (2019). Emotion Regulation and Immune Functioning During Grief: Testing the Role of Expressive Suppression and Cognitive Reappraisal in Inflammation Among Recently Bereaved Spouses. *Psychosomatic Medicine*, 82(1), 2–9. <https://doi.org/10.1097/psy.0000000000000755>

Lundorff, M., Holmgren, H., Zachariae, R., Farver-Vestergaard, I., O, C. M., y O'Connor, M. (2017). Prevalence of prolonged grief disorder in adult bereavement: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 138–149. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.01.030>

Lynn, S., y Kirsch, I. (2005). Teorías de hipnosis. *Papeles del Psicólogo*, 25(89), 9-15. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=77808903>

Maciejewski, P. K., Maercker, A., Boelen, P. A., & Prigerson, H. G. (2016). “Prolonged grief disorder” and “persistent complex bereavement disorder”, but not “complicated grief”,

are one and the same diagnostic entity: an analysis of data from the Yale Bereavement Study. *World Psychiatry*, 15(3), 266–275. doi.org/10.1002/wps.20348

Mancini, A. D., Griffin, P., y Bonanno, G. A. (2012). Recent trends in the treatment of prolonged grief. *Current Opinion in Psychiatry*, 25(1), 46-51.
<http://doi.org/10.1097/YCO.0b013e32834de48a>

Marques, L., Bui, E., LeBlanc, N., Porter, E., Robinaugh, D., Dryman, M. T., Nadal, V. M., Worthington, J., y Simon, N. (2013). Complicated Grief Symptoms in Anxiety Disorders: Prevalence and Associated Impairment. *Depression & Anxiety*, 30(12), 1211–1216.
<http://doi.org/10.1002/da.22093>

Martín-Crespo, C., y Salamanca, A. (2007). El muestreo en la investigación cualitativa. *NURE investigación: Revista Científica de enfermería*, 27 (10), 1-4.
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7779030>

Martínez, S. (2020). Síndrome de sobrecarga del cuidador informal. *Ene: Revista de Enfermería*, 14(1), 1-3 http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1988-348X2020000100018&lng=es&tlng=es.

Martínez, M., y Álvarez, J. A. (2016). Incorporación de los Cuidados Paliativos a la Legislación Mexicana de Salud. *Revista CONAMED*, 21(4), 205–210.
<http://search.ebscohost.com.ezproxy.iteso.mx/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=120371443&lang=es&site=ehost-live&scope=site>.

Mason, T. M., Toftagen, C. S., & Buck, H. G. (2020). Complicated Grief: Risk Factors, Protective Factors, and Interventions. *Journal of Social Work in End-of-Life & Palliative*

Matthews, B. (2018). Life of the second-order patient: Factors impacting the informal caregiver.

Journal of Loss & Trauma, 23(1), 29-43.

<https://doi.org/10.1080/15325024.2017.1419800>

MayoClinic. (2020a) Trastorno Depresivo Mayor. MayoClinic. <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/depression/symptoms-causes/syc-20356007>

MayoClinic. (2020b) Trastornos de Ansiedad. Mayo Clinic. <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/anxiety/symptoms-causes/syc-20350961>

McConnell, M. H., Killgore, W., y O'Connor, M. F. (2018). Yearning predicts subgenual anterior cingulate activity in bereaved individuals. *Heliyon*, 4(10), 1-8.

<https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2018.e00852>

MedlinePlus. (2021). *Ansiedad*. Biblioteca Nacional de Medicina.

<https://medlineplus.gov/anxiety.html>

MedlinePlus. (2022). *¿Qué son los Cuidados Paliativos?* Biblioteca Nacional de Medicina.

<https://medlineplus.gov/spanish/ency/patientinstructions/000536.htm>

Mercadante, S., Gregoretti, C. y Cortegiani, A. (2018). Palliative care in intensive care units:

why, where, what, who, when, how. *BMC Anesthesiol*, 18(106), 1-6.

<https://doi.org/10.1186/s12871-018-0574-9>

Milling, L. S., Valentine, K. E., McCarley, H. S., y LoStimolo, L. M. (2018). *A Meta-Analysis of Hypnotic Interventions for Depression Symptoms: High Hopes for Hypnosis?* *American Journal of Clinical Hypnosis*, 61(3), 227–

243. <https://doi.org/10.1080/00029157.2018.1489777>

- Molina, C. (2018). *La sugestionabilidad hipnótica en jóvenes los actores*. (Tesis de Maestría, Universidad Pontificia Comillas)
<https://repositorio.comillas.edu/xmlui/bitstream/handle/11531/32342/TFM000978.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Morrison, J. (2015). *DSM-5@ Guía para el diagnóstico clínico*. Editorial El Manual Moderno.
- Moss, S. J., Wollny, K., Poulin, T. G., Cook, D. J., Stelfox, H. T., Ordons, A. R. D., & Fiest, K. M. (2021). Bereavement interventions to support informal caregivers in the intensive care unit: a systematic review. *BMC Palliative Care*, 20(1), 1-10.
<https://doi.org/10.1186/s12904-021-00763-w>
- National Institute of Mental Health. (2022). What is Palliative Care. Medline Plus.
<https://medlineplus.gov/ency/patientinstructions/000536.htm>
- National Institute on Aging. (2021). Frequently Asked Questions About Palliative Care. NIH – National Institute of Aging. <https://www.nia.nih.gov/health/frequently-asked-questions-about-palliative-care>
- Nielsen, M. K., Neergaard, M. A., Jensen, A. B., Vedsted, P., Bro, F., y Guldin, M. B. (2017). Predictors of complicated grief and depression in bereaved caregivers: a nationwide prospective cohort study. *Journal of pain and symptom management*, 53(3), 540-550.
<http://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2016.09.013>
- Noguera-Orozco, M. J. N., Terán, B. P., Casarrubias, V. B., García, R. R., & Madero, J. G. S. (2013). Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS): validación en pacientes mexicanos con infección por VIH. *Psicología Iberoamericana*, 21(2), 29-37.
<https://www.redalyc.org/pdf/1339/133930525004.pdf>

- O'Connor, M. F. (2012) Immunological and neuroimaging biomarkers of complicated grief, *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 14 (2), 141-148, <http://DOI.ORG/10.31887/DCNS.2012.14.2/mfoconnor>
- Organización Mundial de la Salud (2020) *Palliative Care*. <https://www.who.int/news-room/factsheets/detail/palliative-care>
- Organización Mundial de la Salud (2021) *WHO Coronavirus Disease (COVID-19) Dashboard*. <https://covid19.who.int/>
- Organización de las Naciones Unidas. (2022). *Global Health Observatory Data Repository (Region of the Americas)*. <https://apps.who.int/gho/data/node.main-amro.A916?lang=en#>
- Organización de las Naciones Unidas (2020). *World Population Ageing 2019*. Department of Economic and Social Affairs of the United Nations, Population Division <https://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/ageing/WorldPopulationAgeing2019-Report.pdf>
- Organización Panamericana de la Salud (S.F.) Depresión. Organización Mundial de la Salud. <https://www.paho.org/es/temas/depresion>
- Ornelas, P. (2016). Estrategias de afrontamiento y resiliencia en cuidadores primarios con duelo. *Psicología y salud*, 26 (2), 177-184. <https://psicologiaysalud.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/2193/3921>
- Otani, H., Yoshida, S., Morita, T., Aoyama, M., Kizawa, Y., Shima, Y., & Miyashita, M. (2017). Meaningful communication before death, but not present at the time of death itself, is associated with better outcomes on measures of depression and complicated grief

among bereaved family members of cancer patients. *Journal of pain and symptom management*, 54(3), 273-279. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2017.07.010>

Otzen, T., & Manterola, C. (2017). Técnicas de Muestreo sobre una Población a Estudio. *International Journal of Morphology*, 35(1), 227-232. <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-95022017000100037>

Özer, Ü., Yüksel, G., y Erkoc, Ş. N. (2014). Traumatic grief presented with self-injury and suicide attempt: a case report. *Anatolian Journal of Psychiatry / Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 15, 21–24. <https://doi-org.ezproxy.iteso.mx/10.5455/apd.43675>

Parodi, J., Morante, R., Hidalgo, L., y Carreño, R. (2016). Propuesta de políticas sobre cuidados paliativos para personas adultas mayores en Latinoamérica y el Caribe. *Horizonte Médico (Lima)*, 16(1), 69-74.
[http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-558X2016000100010&lng=es&tlng=es.](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-558X2016000100010&lng=es&tlng=es)

Parro-Jiménez, E., Morán, N., Gesteira, C., Sanz, J., & García-Vera, M. P. (2021). Duelo complicado: Una revisión sistemática de la prevalencia, diagnóstico, factores de riesgo y de protección en población adulta de España. *Anales de Psicología/Annals of Psychology*, 37(2), 189-201. doi.org/10.6018/analesps.443271

Payas, A. (2016). *Las tareas del duelo*. Paidós.

Picardi, A., Miniotti, M., Leombruni, P., y Gigantesco, A. (2021). A qualitative study regarding COVID-19 inpatient family caregivers' need for supportive care. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health*, 17(1). 161-169.
<https://doi.org/10.2174/1745017902117010161>

- Pini, S., Gesi, C., Abelli, M., Muti, M., Lari, L., Cardini, A., y Shear, K. M. (2012). The relationship between adult separation anxiety disorder and complicated grief in a cohort of 454 outpatients with mood and anxiety disorders. *Journal of Affective Disorders*, 143(1-3), 64–68. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2012.05.026>
- Plocha, A., & Bacigalupe, G. (2020). How do parentally bereaved emerging adults define resilience? It's a process. *Journal of College Counseling*, 23(3), 247-261. doi.org/10.1002/jocc.12169
- Poletti, B., Tagini, S., Brugnera, A., Parolin, L., Pievani, L., Ferrucci, R., ... & Silani, V. (2021). Telepsychotherapy: a leaflet for psychotherapists in the age of COVID-19. A review of the evidence. *Counselling Psychology Quarterly*, 34(3-4), 352-367. <https://doi.org/10.1080/09515070.2020.1769557>
- Prigerson, H. G., Maciejewski, P. K., Reynolds III, C. F., Bierhals, A. J., Newsom, J. T., Fasiczka, A., & Miller, M. (1995). Inventory of Complicated Grief: a scale to measure maladaptive symptoms of loss. *Psychiatry research*, 59(1-2), 65-79. [https://doi.org/10.1016/0165-1781\(95\)02757-2](https://doi.org/10.1016/0165-1781(95)02757-2)
- Radbruch, L., De Lima, L., Knaul, F., Wenk, R., Ali, Z., Bhatnagar, S., Blanchard, C., Bruera, E., Buitrago, R., Burla, C., Callaway, M., Munyoro, E. C., Centeno, C., Cleary, J., Connor, S., Davaasuren, O., Downing, J., Foley, K., Goh, C., y Gomez-Garcia, W. (2020). Redefining Palliative Care-A New Consensus-Based Definition. *Journal of Pain & Symptom Management*, 60(4), 754–764. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2020.04.027>
- Rando, T. (1993). *Treatment of complicated mourning*. Research Press.

- Rangel, Y., Mendoza, A., Hernández, L., Cruz, M., Pérez, M., y Gaytán, D.(2017). Aportes del enfoque de género en la investigación de cuidadores primarios de personas dependientes. *Índex de Enfermería*, 26(3), 157-161. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962017000200008&lng=es&tlng=es.
- Macdonald, E. B., & Raz, A. (2014). The marginalization of phenomenological consciousness. *Frontiers, Human Neuroscience*, 8, 306. <http://doi.org/10.3389/fnhum.2014.00306>
- Rivera, C., Mejía, J., Chiquete, E., Beltrán, C., Barrientos, V., Alfaro, I., Quiroz, P., Montelongo D., Pacheco, D., Lara, A., y Sánchez, S. (2016). Evaluación de variables psicosociales en el cuidador del paciente con enfermedad avanzada: una propuesta preliminar. *Psicología y Salud*, 26 (2), 147-160. <https://psicologiaysalud.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/2191/3917>
- Robbins, G., Stahl, S., Zhang, J., Anderson, S., Schenker, Y., Shear, M. K., Simon, N. M., Zisook, S., Skritskaya, N., Mauro, C., Lebowitz, B. D., y III Reynolds, C. F. (2018). Medical comorbidity in complicated grief: Results from the HEAL collaborative trial. *Journal of Psychiatric Research*, 96, 94–99. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2017.09.017>
- Romero, V. (2018). Síntomas de duelo complicado en cuidadores que han atendido a sus familiares enfermos de cuidados paliativos. *Psicooncología*, 15(1), 175. <https://doi.org/10.5209/PSIC.59190>
- Rutten, J., Vlieger, A., Frankenhuis, C., George, E., Groeneweg, M., Norbruis, O., Tjon, W, van Wering, H., Dijkgraaf, M., Merkus, P., y Benninga, M. A. (2017). Home-based hypnotherapy self-exercises vs individual hypnotherapy with a therapist for treatment of pediatric irritable bowel syndrome, functional abdominal pain, or functional abdominal

pain syndrome: a randomized clinical trial. *JAMA pediatrics*, 171(5), 470-477.

<http://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2017.0091>

Saavedra, H. C., Direk, N., Milic, J., Ikram, M. A., Hofman, A., y Tiemeier, H. (2017). The Impact of Complicated Grief on Diurnal Cortisol Levels Two Years After Loss: A Population-Based Study. *Psychosomatic medicine*, 79(4), 426–433.

<https://doi.org/10.1097/PSY.0000000000000422>

Sánchez, T. (2018) *Efectos de la hipnosis y la música sobre variables psicosociales en mujeres programadas para biopsia de mama*. (Tesis de Doctorado, Universidad Autónoma de Nuevo León). <http://eprints.uanl.mx/16861/1/1080290399.pdf>

Sanz, J., Cobos, B., Fausor, R., Liébana, S., Marqueses, J. M. S., Jiménez, A., & Vera, M. P. G. (2020). Una revisión sistemática sobre la prevalencia del duelo complicado en víctimas adultas del terrorismo. *Psicopatología Clínica Legal y Forense*, 20(1), 137-173. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7887936>

Savage, G. (1995). Bereavement and Hypnosis: A Case Study. *SIS Journal of Projective Psychology & Mental Health*, 2(1), 22.

<https://www.proquest.com/openview/381a1563ad95564d3836753589b3e4e7/1?pq-origsite=gscholar&cbl=29082>

Sawni, A., y Breuner, C. C. (2017). Clinical Hypnosis, an Effective Mind-Body Modality for Adolescents with Behavioral and Physical Complaints. *Children (Basel, Switzerland)*, 4(4), 1-12. <https://doi.org/10.3390/children4040019>

Shear, K., Frank, E., Houck, P. R., & Reynolds, C. F. (2005). Treatment of complicated grief: a randomized controlled trial. *JAMA*, 293(21), 2601-2608.

<https://doi.org/10.1001/jama.293.21.2601>

- Shear, M. K. (2014) Grief and mourning gone awry: pathway and course of complicated grief. *Dialogues Clinical Neuroscience*, 14(2):119-28.
Doi.org/10.31887/DCNS.2012.14.2/mshear. PMID: 22754284; PMCID: PMC3384440.
- Shear, M. K., Wang, Y., Skritskaya, N., Duan, N., Mauro, C., & Ghesquiere, A. (2014). Treatment of complicated grief in elderly persons: a randomized clinical trial. *JAMA psychiatry*, 71(11), 1287-1295. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2014.1242>
- Shear, M.K., y Skritskaya, N.A. (2012). Bereavement and Anxiety. *Current Psychiatry Reports*, 14(1), 169–175 (2012). <https://doi.org/10.1007/s11920-012-0270-2>
- Simon, N. M., O'Day, E. B., Hellberg, S. N., Hoepfner, S. S., Charney, M. E., Robinaugh, D. J., Bui, E., Goetter, E. M., Baker, A. W., Rogers, A. H., NadalVicens, M., Venners, M. R., Kim, H. M., & Rauch, S. A. M. (2018). The loss of a fellow service member: Complicated grief in post-9/11 service members and veterans with combat-related posttraumatic stress disorder. *Journal of Neuroscience Research*, 96(1), 5–15.
<https://doi.org/10.1002/jnr.24094>
- Statista. (2022). Distribución porcentual de los usuarios de redes sociales en México en enero de 2022, por edad y género. Statista.
<https://es.statista.com/estadisticas/1139347/distribucion-redes-sociales-usuarios-edad-genero-mexico/>
- Sung, S. C., Dryman, M. T., Marks, E., Shear, M. K., Ghesquiere, A., Fava, M., y Simon, N. M. (2011). Complicated grief among individuals with major depression: Prevalence, comorbidity, and associated features. *Journal of Affective Disorders*, 134(1–3), 453–458. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2011.05.017>

- Tang, S., y Xiang, Z. (2021). Who suffered most after deaths due to COVID-19? Prevalence and correlates of prolonged grief disorder in COVID-19 related bereaved adults. *Global Health*, 17(19), 1-9. <https://doi.org/10.1186/s12992-021-00669-5>
- Tang, Y. (2019). Caregiver burden and bereavement among family caregivers who lost terminally ill cancer patients. *Palliative & supportive care*, 17(5), 515-522. <https://doi.org/10.1017/S1478951518001025>
- Tedeschi, R. G., y Calhoun, L. G. (1996). The Posttraumatic Growth Inventory: Measuring the Positive Legacy of Trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 9(3), 455–471. <https://doi.org/10.1002/jts.2490090305>
- Téllez, A. (2018). *Hipnosis Clínica y terapia breve para la depresión*. Universidad Autónoma de Nuevo León.
- Téllez, A. (2020a). *Hipnosis Clínica en Pacientes con Cáncer*. Universidad Autónoma de Nuevo León.
- Téllez, A. (2020b). *Hipnosis Clínica: un enfoque ericksoniano*. Trillas.
- Téllez, A. (S.F.) Abreacción Silenciosa de H. Watkins. Library. <https://1library.co/article/t%C3%A9cnica-hipn%C3%B3tica-de-abreacci%C3%B3n-silenciosa-watkins-h.ky68mjnz>
- Téllez, A., García, C, y Corral-Verdugo V. (2015). Effect size, confidence intervals and statistical power in psychological research. *Psychology in Russia: State of the Art*, 8(3), 27-47. <http://psychologyinrussia.com/volumes/index.php?article=3837>
- Tello, C., y Vargas, O. H. (2020). Género y trabajo en tiempos del COVID-19: una mirada desde la interseccionalidad. *Revista Venezolana de Gerencia*, 25(90), 389-393. <https://psicologiaiberoamericana.iberomx.com/index.php/psicologia/article/view/25/82#:~:te>

xt=Resumen%3A%20La%20Escala%20de%20Ansiedad,funciones%20f%C3%ADsicas%20o%20s%C3%ADntomas%20som%C3%A1ticos.

Thompson, N. (2012). *Grief and its challenges*. Palgrave Macmillan.

Thimm, J. C., Kristoffersen, A. E., & Ringberg, U. (2020). The prevalence of severe grief reactions after bereavement and their associations with mental health, physical health, and health service utilization: a population-based study. *European Journal of Psychotraumatology*, *11*(1), 1-13. <https://doi.org/10.1080/20008198.2020.1844440>

Toftthagen, C. S., Kip, K., Witt, A., y McMillan, S. C. (2017). Complicated grief: Risk factors, interventions, and resources for oncology nurses. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, *21*(3), 331–337. <https://doi.org/10.1188/17.CJON.331-337>

Untas, A., Chauveau, P., Dupré-Goudable, C., Kolko, A., Lakdja, F., y Cazenave, N. (2013). The Effects of Hypnosis on Anxiety, Depression, Fatigue, and Sleepiness in People Undergoing Hemodialysis:A Clinical Report. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, *61*(4), 475–483. <https://doi.org/10.1080/00207144.2013.810485>

Vaillant, G. E. (1992). *Ego mechanisms of defense: a guide for clinicians and researchers*. American Psychiatric Pub.

Valentine, K. E., Milling, L. S., Clark, L. J., & Moriarty, C. L. (2019). The efficacy of hypnosis as a treatment for anxiety: a meta-analysis. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, *67*(3), 336-363. <https://doi.org/10.1080/00207144.2019.1613863>

Van der Kolk, B. A., McFarlane, A. C., & Weisaeth, L. (2012). *Traumatic stress: The effects of overwhelming experience on mind, body, and society*. Guilford Press.

- Van Dyken, P., y Lacoste, B. (2018). Impact of Metabolic Syndrome on Neuroinflammation and the Blood-Brain Barrier. *Frontiers in neuroscience*, 12 (930), 1-19.
<https://doi.org/10.3389/fnins.2018.00930>
- Verdery, A. M., Smith-Greenaway, E., Margolis, R., & Daw, J. (2020). Tracking the reach of COVID-19 kin loss with a bereavement multiplier applied to the United States. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 117(30), 17695-17701.
doi.org/10.1073/pnas.2007476117
- Williamson, A. (2012). History of hypnosis. In L. Brann, J. Owens & A. Williamson (Eds.), *The handbook of contemporary clinical hypnosis : Theory and practice* (pp. 31-40). Chichester, West Sussex, UK: John Wiley & Sons Ltd.
- Wu, E. L., Brown, R. L., Chirinos, D. A., Chen, M. A., de Dios, M. A., Taylor, D. M., y Fagundes, C. P. (2021). Socioeconomic disparities in health: Changes in sleep quality and inflammation during bereavement. *Comprehensive psychoneuroendocrinology*, 7.
<https://doi.org/10.1016/j.cpneec.2021.100056>.
- Yapko, M. (2010). Hypnosis and depression. En S. J. Lynn, J. W. Rhue, & I. Kirsch (Eds.), *Handbook of clinical hypnosis* (pp. 391–413). American Psychological Association.
- Yew-Wong Chin. (2021). Impact of Doctor-Patient Communication in Health Status of the Indigenous People in Peninsular Malaysia. *E-BANGI Journal*, 18(2), 29–39.
<http://web.a.ebscohost.com.ezproxy.iteso.mx/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=39&sid=b3b78122-1c35-4f0b-ae96-393a74487494%40sessionmgr4008>
- Yeyati, E. L. (2022). Trastorno por duelo prolongado: un nuevo diagnóstico en el DSM-5TR. *Vertex Revista Argentina de Psiquiatría*, 33(156), 51-55.
<https://doi.org/10.53680/vertex.v33i156.179>

- Yoffe, L. (2013). Nuevas Concepciones Sobre Los Duelos Por Pérdida De Seres Queridos. *Avances En Psicología*, 21(2), 129–153. <https://web-s-ebSCOhost-com.ezproxy.iteso.mx/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=3&sid=f56d962a-a968-4b52-8337-91d72557ce95%40redis>
- Yun, J.-A., Huh, H.-J., Han, H., Huh, S., & Chae, J.-H. (2018). Bereaved families are still embittered after the Sewol Ferry accident in Korea: A follow-up study 18 and 30 months after the disaster. *Comprehensive Psychiatry*, 82, 61–67. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2017.12.007>
- Zahedi, A., & Sommer, W. (2021). *How hypnotic suggestions work—critical review of prominent theories and a novel synthesis*. <https://psyarxiv.com/mp9bs/>
- Zeng, Y. S., Wang, C., Ward, K. E., y Hume, A. L. (2018). Complementary and alternative medicine in hospice and palliative care: a systematic review. *Journal of pain and symptom management*, 56(5), 781-794. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2018.07.016>
- Zigmond, A. S., & Snaith, R. P. (1983). The hospital anxiety and depression scale. *Acta psychiatrica scandinavica*, 67(6), 361-370. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x>
- Zúñiga, G., Ramirez, J. L., y Villafranca, R. I. (2021). A Compassionate Communities Approach in a Grief and Bereavement Support Program: Bridging the Gap in Palliative Care. *Journal of Social Work in End-of-Life & Palliative Care*, 17(1), 9–18. <https://doi.org/10.1080/15524256.2021.1894309>

ANEXOS

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

“HIPNOSIS CLÍNICA EN EL DUELO DE CUIDADORES INFORMALES DE PACIENTES DE CUIDADOS PALIATIVOS”

Grupo 1 (experimental)

Introducción: El duelo es un proceso natural que busca la adaptación frente a la pérdida de un ser querido. Éste tiene el potencial de traer consigo consecuencias negativas a la salud emocional y física de quien lo sufre si no se procesa correctamente. Una de las alternativas para su manejo sano y efectivo ha sido el uso de la hipnosis clínica; sin embargo, ésta no se ha investigado en cuidadores informales (familiares y amigos) de pacientes de cuidados paliativos dentro de México. Por lo que se propone investigarlo en este trabajo.

Propósito del Estudio: Evaluar los efectos de la hipnosis clínica en el proceso de duelo de cuidadores informales que han experimentado el fallecimiento de pacientes de cuidados paliativos.

Uso del estudio: El presente trabajo es de carácter científico-académico, por lo que existe la posibilidad de que los resultados sean publicados como parte de uno o más artículos en revistas de índole científico, respetando siempre la anonimidad de los participantes.

Duración estimada: Se calcula que la investigación completa tendrá una duración de 24 meses. La fase experimental, que es en la que se aplicarán la evaluación y el tratamiento a los participantes, durará de 6 a 7 semanas.

Forma de realización del trabajo de investigación: El investigador propondrá participar en el estudio; en caso de estar de acuerdo se le pedirá que asista a 6 sesiones consecutivas (1 por

semana): en la primera se firmará el contrato de confidencialidad, se realizará una entrevista y se aplicarán varios cuestionarios. De la segunda a la quinta se tendrán sesiones de hipnosis clínica para tratar su proceso de duelo. Finalmente, en la última (la sexta) se hará una reevaluación de la información obtenida en la primera sesión. Cabe mencionar que las entrevistas serán grabadas para la posterior transcripción de su audio. Posteriormente, terminada la investigación se hará llegar por correo electrónico una síntesis de los resultados obtenidos, teniendo opción a una llamada o videollamada para la explicación de los mismos.

Riesgos e Inconvenientes: La entrevista, los cuestionarios y la intervención de hipnosis clínica no representan riesgo alguno para su salud.

Derechos y responsabilidades: Usted tiene derecho de aceptar o rechazar su participación sin repercusión alguna. Asimismo, si por alguna circunstancia una vez aceptado participar, usted decide retirar su consentimiento para continuar en el estudio, puede hacerlo. Sin embargo, su participación será muy útil, pues brindará mejor conocimiento sobre el tratamiento de duelo en casos como el suyo.

La responsabilidad que usted asume en caso de dar su consentimiento, es asistir puntualmente a todas sus sesiones. Tiene derecho a una falta por motivos de causa mayor; la cual tiene que ser reportada con un mínimo de 24 horas de anticipación. En caso de dos o más inasistencias se terminará con su participación en la investigación, desligándola de los beneficios y obligaciones de ser participante. Este estudio está supeditado a los lineamientos del Código Ético del Psicólogo de la Asociación Americana de Psicología (APA) y a la Ley General de Salud de México. Cabe mencionar que usted no recibirá ningún tipo de compensación económica.

Confidencialidad: Sus datos personales están protegidos y no serán compartidos con terceros ni comercializados de ninguna manera. Mientras que los datos que se generen para la investigación

a partir de usted serán manejados bajo el anonimato con fines académicos, estadísticos y de divulgación científica.

Datos de contacto. Psic. Hugo García Balvaneda. Correo electrónico: hg.balvaneda@gmail.com. Cel: 3314520735.

Por este conducto manifiesto que:

1. Soy mayor de edad.
2. He sido informada ampliamente sobre el Proyecto: “Hipnosis clínica en el duelo de cuidadores informales pacientes de cuidados paliativos” que se llevará a cabo por el Psic. Hugo García Balvaneda. Esta información me ha sido proporcionada por este último.
3. He sido invitada a participar voluntariamente en el mismo, aportando la información necesaria de mi persona.
4. Consiento mi participación en dos sesiones de evaluación (que incluyen entrevistas y aplicación de varios cuestionarios) y cuatro sesiones de tratamiento con hipnosis clínica, las cuales serán grabadas para la posterior transcripción de su audio.
5. Autorizo al investigador a hacer uso de los resultados de las distintas evaluaciones con fines científicos, docentes, estadísticos y de divulgación científica en el marco de la ética profesional y con el resguardo de la información personal bajo estricta confidencialidad.
6. Acepto dar una cuota de recuperación total de \$300 previo al inicio de mi tratamiento, misma que se me será devuelta única y exclusivamente si termino las 6 sesiones que contemplan esta investigación. Aparte de eso, no recibiré compensación alguna y libero a los investigadores y a las instituciones participantes de toda obligación económica para conmigo.

7. Me comprometo a asistir de manera puntual a mis sesiones y comprendo que en caso de no asistir a dos o más automáticamente se me sacará del proyecto y perderé los beneficios que ésta conlleva.

8. Mi participación en este proyecto es voluntaria y puede terminar en el momento que así lo decida y lo exprese al investigador responsable. En caso del cese de mi participación, el investigador ya no está obligado a entregarme resultados de ningún tipo, ya sean míos o del proyecto en general. Además, se me ha orientado para que en caso de querer tratar cualquier asunto o duda relacionados con mi participación en el estudio puedo dirigirme con el Psic. Hugo García Balvaneda por correo electrónico o vía mensaje de whatsapp de lunes a viernes en un horario de 11:00 am a 7:00 pm.

¿Está de acuerdo con participar en esta investigación? (En caso de estar de acuerdo escriba "Sí, estoy de acuerdo")

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

“HIPNOSIS CLÍNICA DUELO DE CUIDADORES INFORMALES DE PACIENTES DE CUIDADOS PALITIVOS”

Grupo 2 (control)

El duelo es un proceso natural que busca la adaptación frente a la pérdida de un ser querido. Éste tiene el potencial de traer consigo consecuencias negativas a la salud emocional y física de quien lo sufre si no se procesa correctamente. Una de las alternativas para su manejo sano y efectivo ha sido el uso de la hipnosis clínica; sin embargo, sus efectos sobre el duelo no se ha investigado en familiares y amigos que cuidan de pacientes con una situación amenazante para la vida (cuidados paliativos) en México. Por lo que se propone investigarlo en este trabajo.

Para lograrlo se hará una comparación entre dos grupos de personas: el grupo 1, que recibirá un tratamiento de hipnosis clínica, y el grupo 2 que está cursando por su proceso de duelo, pero NO recibe tratamiento psicológico. En su caso, pertenecerá al grupo 2.

Forma de realización: Después de que usted lea el presente consentimiento informado y acepte participar en el estudio, se le pedirá que conteste la evaluación en dos ocasiones: en la primera se incluirán datos relevantes de usted y de la persona fallecida, así como cuatro secciones con ejercicios a responder. Cinco semanas después, se le aplicará la segunda evaluación que se conforma únicamente por datos de identificación y las mismas secciones con ejercicios de la primera evaluación.

Una vez terminada la investigación se hará llegar por correo electrónico una síntesis de los resultados obtenidos, teniendo opción a una llamada o videollamada para la explicación de los mismos.

Duración estimada: Se calcula que la investigación se completará entre finales del 2022 y principios del 2023.

Uso del estudio: El presente trabajo es de carácter científico-académico, por lo que existe la posibilidad de que los resultados sean publicados como parte de uno o más artículos y/o publicaciones de índole científico y de divulgación, respetando siempre la ANONIMIDAD de los participantes.

Riesgos e Inconvenientes: El responder a los presentes cuestionarios no representan riesgo alguno para su salud.

Derechos y responsabilidades: Usted tiene derecho de aceptar o rechazar su participación sin repercusión alguna. Asimismo, si por alguna circunstancia una vez aceptado participar, usted decide retirar su consentimiento para continuar en el estudio, puede hacerlo. Sin embargo, se le recuerda que su participación será muy útil, pues brindará mejor conocimiento sobre el tratamiento de duelo en casos como el suyo.

La responsabilidad que usted asume en caso de dar su consentimiento, es la de completar el cuestionario tanto en esta ocasión como en la reevaluación en cinco semanas. Es importante aclarar que este estudio está alineado al Código Ético del Psicólogo de la Asociación Americana de Psicología (APA) y a la Ley General de Salud de México.

Compensación: La única compensación que recibirá serán \$100 mexicanos, los cuales se le entregarán vía transferencia bancaria a su cuenta una vez comprobado con el investigador encargado que se hayan terminado AMBAS evaluaciones. Más allá de ésta no se entregará ningún tipo de compensación económica.

Confidencialidad: Sus datos personales están protegidos y no serán compartidos con terceros ni comercializados de ninguna manera. Mientras que los datos que se generen para la investigación

a partir de usted serán manejados bajo el anonimato con fines académicos, estadísticos y de divulgación científica.

Por este conducto manifiesto que:

1. Soy mayor de edad.
2. Estoy de acuerdo con la información previamente proporcionada.
3. Consiento mi participación voluntaria en las dos evaluaciones previamente mencionadas.
4. Autorizo al investigador a hacer uso de los resultados de las distintas evaluaciones con fines científicos, docentes, estadísticos y de divulgación científica en el marco de la ética profesional y con el resguardo de la información personal bajo estricta confidencialidad.
5. Me comprometo a contestar en tiempo y forma mis evaluaciones.
6. No se me prohíbe de ninguna manera el recibir terapia psicológica, sin embargo, entiendo que para participar en el estudio es necesario que desde hoy hasta la realización de la segunda evaluación no la reciba. Es por ello que si decido comenzar o retomar terapia psicológica antes de terminar mi segunda evaluación ya no podré ser partícipe del grupo 2 y estaré renunciando a derechos, compensación y obligaciones de la investigación.
7. En caso de querer tratar cualquier asunto o duda relacionados con mi participación en el estudio puedo dirigirme con el Psic. Hugo Balvaneda por correo electrónico o vía mensaje de whatsapp de lunes a viernes en un horario de 11:00 am a 5:00 pm.

Datos de contacto. Psic. Hugo Balvaneda. Correo electrónico: hg.balvaneda@gmail.com. Cel: 3314520735.

¿Está de acuerdo con participar en esta investigación? (En caso de estar de acuerdo escriba "Sí, estoy de acuerdo")

Inventario de duelo complicado (Gamba & Navia, 2017)

Inventario de Duelo Complicado

Adaptación a población Colombiana

Sexo: M ___ F ___ Edad: _____ Parentesco de la persona fallecida: _____

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

	Nunca	Raras veces	Algunas veces	A menudo	Siempre
Pienso tanto en la persona que ha fallecido que me resulta difícil hacer las cosas como las hacía normalmente.	0	1	2	3	4
Los recuerdos de la persona que murió me agobian.	0	1	2	3	4
Siento que no puedo aceptar la muerte de la persona fallecida.	0	1	2	3	4
Anhelo a la persona que murió.	0	1	2	3	4
Me siento atraído/a por los lugares y las cosas relacionadas con la persona fallecida.	0	1	2	3	4
No puedo evitar sentirme enfadado/a con su muerte.	0	1	2	3	4
No puedo creer que haya sucedido.	0	1	2	3	4
Me siento aturdido por lo sucedido.	0	1	2	3	4
Desde que él/ella murió me resulta difícil confiar en la gente.	0	1	2	3	4
Desde que él/ella murió siento como si hubiera perdido la capacidad de preocuparme por la gente.	0	1	2	3	4
Desde que él/ella murió me siento distante de las personas que me preocupaban.	0	1	2	3	4
Me siento solo/a la mayor parte del tiempo desde que él/ella falleció.	0	1	2	3	4
Siento dolores en la misma zona del cuerpo que le dolía la persona que murió.	0	1	2	3	4
Tengo alguno de los síntomas que sufría la persona que murió.	0	1	2	3	4
Me desví de mi camino para evitar los lugares que me recuerdan a la persona que murió.	0	1	2	3	4
Siento que la vida está vacía sin la persona que murió.	0	1	2	3	4
Escucho la voz de la persona fallecida hablándome.	0	1	2	3	4
Veo a la persona que murió de pie delante de mí.	0	1	2	3	4
Siento que es injusto que yo viva mientras que él/ella ha muerto.	0	1	2	3	4
Siento amargura por la muerte de esa persona.	0	1	2	3	4
Siento envidia de otras personas que no han perdido a nadie cercano.	0	1	2	3	4

HADS (Galindo Et Al., 2015)

Depresión

2. Todavía disfruto con lo que antes me gustaba
4. Puedo reírme y ver el lado divertido de las cosas
6. Me siento alegre
8. Me siento como si cada vez estuviera más lento
10. He perdido el interés en mi aspecto personal
12. Me siento optimista respecto al futuro
14. Me divierto con un buen libro, el radio o un programa de televisión

Ansiedad

1. Me siento tenso(a) o nervioso(a)
3. Tengo una sensación de miedo, como si algo horrible me fuera a suceder
5. Tengo mi mente llena de preocupaciones
7. Puedo estar sentado(a) tranquilamente y sentirme relajado(a)
9. Tengo una sensación extraña, como de "aleteo" en el estomago
11. Me siento inquieto(a), como si no pudiera parar de moverme
13. Me asaltan sentimientos repentinos de pánico