

“Uso de técnicas narrativas en el asesoramiento de duelo por pérdida de la salud: Un estudio de caso.”

Trabajo de postgrado para optar por el título maestral de Especialidad en
Intervención en crisis y traumas

Sustentante

Itsell C. Bazil Sánchez

Asesora

Alba Polanco

Resumen

El objetivo del presente trabajo es describir cómo se manifiesta el duelo por pérdida de la salud en una persona que ha pasado por un accidente cerebro vascular (ACV) y los posibles beneficios de utilizar aproximaciones narrativas en casos similares. Se llevó a cabo un estudio de caso con una mujer de 51 años que sufrió un accidente cerebrovascular con consecuencias en la memoria a corto plazo. En los resultados obtenidos pudo evidenciarse una reconstrucción del significado de la historia de ACV que esta persona tenía sobre sí misma y sobre sus relaciones, logrando así el cambio hacia un relato más adaptativo y una mejora en sus relaciones familiares.

Palabras clave: duelo, pérdida de la salud, terapia narrativa, accidente cerebro vascular.

El duelo se presenta como un proceso que surge tras la vivencia de una pérdida. Es una respuesta natural y dinámica asociada a todo tipo de pérdida, no solo a la muerte, y como tal, exigirá un proceso importante de adaptación para poder aceptar y reintegrar la nueva realidad a la vida (Brea, 2018).

Manzoni, Pietrabissa & Castelnuovo (2012) explican que los procesos de duelo por enfermedad traen consigo una serie de cambios que afectan al individuo en todas las áreas vivenciales. El diagnóstico de cualquier tipo de enfermedad supone un duelo importante para la persona que la padece, pues significa la pérdida de uno de los elementos humanos más fundamentales: la salud.

En las enfermedades de cualquier tipo, las personas perciben la pérdida de una serie de elementos: de roles, de estatus, de lazos afectivos e incluso se crea una relación más cercana a la muerte que se siente más presente luego del diagnóstico (Rivera, 2008). Rivera también señala que se pierde la independencia, la motivación y se hace necesario modificar los hábitos e incluso la filosofía de vida, así como aparece una sensación de desesperanza o impotencia (Rivera, 2008).

El duelo por pérdida de la salud ha sido objeto de estudio en las pérdidas por los distintos tipos de muerte, y en los pacientes con enfermedades graves como el cáncer, encontrando que el modelo de Kubler Ross y las cinco fases del duelo que definió en sus investigaciones son los más utilizados en la terapia para tratamiento del duelo. Citado en Brea (2018), Kubler-Ross explicaba que el proceso de duelo se completa a medida que transcurre el tiempo luego del diagnóstico.

Autores como Ortega, Rosas, Ferreira y Vega (2006) describen las reacciones presentes en personas que están pasando por un proceso de duelo causado por la presencia de una enfermedad o condición de salud, resumiéndolas de la siguiente manera:

- Shock y negación: El paciente presenta sorpresa e incredulidad frente al diagnóstico que puede ser seguido por la negación de la enfermedad y una pobre adherencia al tratamiento.
- Protesta: Surgen sentimientos de enojo, rabia y odio relacionados con los cambios a los que la persona tendrá que enfrentarse de ahora en adelante. Se cuestionan las creencias religiosas y pueden aparecer síntomas físicos como hipertensión y perturbación del sistema inmune (Moral y Miaja, 2014).
- Desorganización: El paciente se siente confuso, le es difícil aceptar la enfermedad y hay un profundo miedo a la muerte que le hace buscar consuelo en un tipo de “negociación con Dios” y pactos con la vida.
- Reorganización: Se refiere a la completa aceptación y asimilación de la enfermedad y todo lo que conlleva. El paciente se reintegra a la vida y acepta los cambios y el tratamiento a seguir

Brea (2018) expone que el duelo varía en cada individuo y la diferenciación entre respuestas ante la pérdida dependerá de factores intrínsecos, como la personalidad del individuo, y otros factores como la presencia de Trastornos Depresivos, ansiedad y estrés, cuya influencia en la salud física ha sido estudiada exhaustivamente.

Conocer de qué manera se desarrolla el duelo tras la pérdida de la salud ofrece mayores oportunidades para la intervención, pues cada emoción contribuye a una conducta que puede afectar de manera positiva o negativa el desenvolvimiento de la enfermedad e incluso la eficiencia del tratamiento (Rodríguez, López, Ortiz, Jiménez, López & Chacón, 2016).

Por otro lado, la terapia narrativa se presenta como una propuesta para abordar los problemas psicológicos desde un ojo externo. Michael White y David Epsón (1993) explican que, por medio de la externalización, y a veces la personificación del problema el individuo puede percibirse como menos opresor al ser visto como un elemento fuera de sí mismo que tiene posibilidad de ser reparado. La terapia narrativa explica que los problemas de las personas vienen de vivir historias cargadas de dificultades, los síntomas presentándose gracias al poder conferido a dichas historias evocadoras, percibidas como “la verdad” (White & Epsón, 1993).

La mejoría viene cuando los problemas son externalizados por medio de la narración y otros recursos, y cambiados por una narrativa nueva más adaptativa (Reyes & Losantos, 2016).

Distintos principios guían las intervenciones basadas en este modelo. El primer postulado es que *el problema es el problema* y como tal, constituye un ente separado del individuo donde la relación entre ambos es lo que causa el malestar (White y Epsón, 1993). De igual forma, la terapia narrativa reconoce que *la persona es experta en su vida* y tiene el protagonismo durante todo el proceso terapéutico.

Otro principio fundamental del enfoque narrativo es que *la vida es multi historizada*, lo que permite a la persona comparar la visión que tiene sobre sí misma con la que tienen los demás y así juzgar esa visión saturada que ha prevalecido hasta el

presente (Sánchez y Rodríguez, 2016). En relación con el último principio, White y Epsen (1993) afirman que los relatos que las personas realizan sobre sus vidas determinan cuáles experiencias serán significativas y qué significado tendrán.

Desde la mirada narrativa, el terapeuta en conjunto con el paciente busca deconstruir las historias consideradas verdaderas, transitando por las esferas cognitiva, social y emocional del individuo (Reyes & Losantos, 2016).

La terapia narrativa ha tenido éxito en intervenciones por duelo no asociado a muerte. Por ejemplo, Grandilla y Núñez (2019) usaron la terapia narrativa en el asesoramiento de una familia un proceso de duelo por divorcio, donde los resultados se vieron en cambios significativos en las relaciones filio-parentales y actos de aceptación, apoyo y motivación utilizando el relato como principal herramienta de la intervención en el modelo narrativo.

Luego de lo expuesto anteriormente cabe preguntarse ¿Las técnicas narrativas tienen algún beneficio en el tratamiento del duelo por pérdida de la salud? ¿Cómo se manifiesta el duelo en una persona que ha perdido la salud a causa de un evento médico? ¿Qué emociones vive el individuo y de qué manera las expresan? El objetivo de este estudio es describir la experiencia de duelo por pérdida de la salud, apoyado en técnicas y enfoques originados en la Terapia Narrativa, de modo que se logre explorar su posible uso terapéutico en este tipo de situaciones.

Método

El presente es un estudio prospectivo con un diseño No experimental y un enfoque cualitativo.

Participante

Para obtener el o la participante se llevó a cabo una estrategia de búsqueda de participantes por medio de afiches con los criterios de inclusión descritos, los cuales fueron publicados en cuentas profesionales de Instagram de colegas y distribución por Whatsapp, así como contacto con profesionales de la salud que trabajaran con poblaciones relacionadas al estudio.

Criterios de inclusión

- Persona mayor de edad que presente una condición médica de diagnóstico reciente.
- Presencia de síntomas de duelo.
- Acceso a un dispositivo electrónico que permita una conexión de internet estable.

Criterios de exclusión

Presencia de deterioro cognitivo, afasias o cualquier otra condición que limite su capacidad de participar en el presente estudio.

Instrumento

Para obtener información sobre la presencia de síntomas de duelo se utilizará la Escala de Respuestas Psicológicas de Duelo ante la Pérdida de la Salud (RPD-PS-38) de Miaja & Moral (2014), la misma está integrada por 38 ítems con formato de respuesta tipo Likert, con cinco opciones de respuesta donde 1= “Nunca”; 2= “Pocas veces”; 3=

“A veces”; 4= “Casi siempre” y 5= “Siempre”. Se trata de una adaptación reducida y traducida al español de la Escala de Fases del Duelo de 66 ítems de Kubler-Ross (FD66). Presenta una estructura de 6 factores de primer orden (Negación, Ira, Promesas/Negociación, Fe/Esperanza, depresión y aceptación) y 2 de segundo orden, independientes entre sí (Reacción de afecto negativo ante la enfermedad y Reacción de afecto positivo ante la enfermedad). De acuerdo con los resultados de los creadores, la escala ha demostrado ser válida y fiable con una consistencia interna de $\alpha = .85$ realizada en una población de 120 pacientes oncológicas de entre 15 y 78 años, de distintos albergues y clínicas de la ciudad de Monterrey de la República Mexicana (Miaja & Moral, 2014).

-Cuestionario semi-estructurado de historia general: Abarcará preguntas sobre la vida de la participante, estructura familiar, trabajo, preferencias o pasatiempos. Como era su vida antes de su diagnóstico, como es ahora y el significado que le ve a su condición.

Procedimiento

El proyecto fue sometido a revisión y aprobación en sus aspectos éticos y metodológicos por el Comité de Ética de la Universidad Iberoamericana (UNIBE).

Se solicitó la firma electrónica de un consentimiento informado garantizando la confidencialidad y el anonimato para el participante siguiendo las normas éticas correspondientes. La administración del instrumento fue dada de manera virtual por medio de la plataforma Google Forms.

Se realizó un análisis cualitativo del discurso de la participante donde se tomaron en cuenta el uso del lenguaje durante su relato para extraer las experiencias y dar cuenta del uso de la implementación de la visión narrativa en la participante.

Por la situación actual de la pandemia del COVID-19, la intervención se llevó a cabo de manera remota por medio de la plataforma Skype.

La intervención se llevó a cabo en tres fases distintas:

Fase de Pre-tratamiento

Una vez identificada la participante se realizó una breve entrevista inicial donde se le explicaron los motivos de la investigación, sus objetivos y otros aspectos generales. La participante fue informada de la confidencialidad de sus respuestas, así como la manera en la que se manejaron los datos que aportó

Por medio de la Escala de respuestas psicológicas de duelo ante la pérdida de la salud se recogió información sobre la presencia de síntomas de duelo en la participante, así como la gravedad de estos en los distintos factores para determinar el nivel de intervención.

Luego de la aplicación del instrumento se le explicaron a la participante los aspectos generales de la intervención cómo el número de sesiones, duración y en qué consistió la terapia.

Fase de tratamiento

Se investigó a fondo la información que posee la participante sobre su diagnóstico, información que fue complementada o rectificada de modo que el participante tenga una mayor consciencia sobre lo que tiene. La participante fue llamada a narrar con mayor detalle sus experiencias y pensamientos con respecto a su condición, qué actitudes ha tomado al respecto, sus temores y de qué manera éstos se manifiestan en su vida. Se incluyeron técnicas de la terapia narrativa como definir y externalizar el

problema, el uso del lenguaje externalizador y la búsqueda de relatos extraordinarios por medio de preguntas de experiencia relativa.

El objetivo fue investigar a fondo los sentimientos y emociones de la participante los significados detrás del problema que identificó como la demanda principal.

Fase de Post-tratamiento

Para registrar los cambios ocurridos desde el inicio de la terapia hasta el final se hicieron anotaciones en una bitácora del investigador, donde se tomó nota de lo que sucedía en cada sesión y lo que se planeaba hacer en la siguiente. Una vez completado el proceso de recolección de datos se pasó al análisis cualitativo de la data obtenida.

Resultados

Identificación del participante

GH es una mujer de 51 años que trabaja como encargada del departamento de recursos humanos de 5 empresas distintas. Vive con su esposo, que es arquitecto, y su hija mayor que tiene 25 años, la cual trabaja como psicóloga y fue quien realizó el primer contacto en búsqueda de ayuda para su madre. La hija menor de GH tiene 24 años y vive en Argentina, no estaba en el país al momento del Accidente Cerebrovascular, pero regresó unas semanas durante el proceso de recuperación de la participante.

Historia del problema

Diecisiete semanas antes del inicio de la intervención, GC sufre de un accidente cerebrovascular (ACV) de tipo hemorrágico en el lóbulo temporal. Sucedió durante la noche mientras dormía, provocado por la rotura de un aneurisma, a causa del cual fue sometida a dos cirugías y estuvo dos semanas en cuidados intensivos. Una vez pudo volver a su hogar inició un proceso de dos meses de rehabilitación con terapias físicas y neuropsicológicas como parte del protocolo de tratamiento post ACV.

Gracias a la rehabilitación pudo recuperar el movimiento total de su cuerpo y su capacidad cognitiva no fue afectada, sin embargo, expresa que con frecuencia se le olvidan cosas, algo que no pasaba antes, cree que a causa del accidente cerebrovascular su memoria ha empeorado siendo esto la principal causa de malestar psicológico.

GC se considera a sí misma una mujer independiente y capaz, “un pájaro libre” que, luego del ACV, se siente “encarcelado” pues no puede hacer las mismas cosas que hacía antes.

Actualmente en medio de la pandemia del Covid-19, la hija de GC informa que desde hace algunas semanas su madre ha presentado síntomas de desesperanza, tristeza y frustración que iniciaron durante el periodo de recuperación del ACV, relacionados con las dificultades que surgieron como consecuencia de este. El estado de cuarentena y aislamiento actual ha traído una carga de estrés extra que se manifiesta en una ansiedad leve y temor por el futuro de su salud. Los principales problemas tratados en terapia fueron sentimientos de desesperanza por deterioro de la memoria, frustración por los cuidados excesivos de la familia y el temor por equivocarse o tener un mal desempeño en su trabajo

Motivo de consulta

GC fue motivada por su hija a buscar ayuda para poder adaptarse a la nueva rutina y a un estilo de vida distinto causado por el ACV, los episodios de tristeza, frustración y llanto eran detonados principalmente por los olvidos y la conducta de la familia, como estar más alerta de ella y sus responsabilidades, permanecer cerca e intervenir inmediatamente notan que tiene alguna dificultad, acciones que la participante percibe como sobreprotectoras y limitantes.

Durante la primera entrevista se identificaron los principales problemas que le aquejaban, fue posible identificar dos: Los olvidos, a los cuales llamó “Delay” e identificó como un pequeño retraso en sus respuestas, y “Frustración” que viene normalmente después de que Delay aparece y suele manifestarse con llanto y enojo.

La naturaleza imprevista del accidente cerebrovascular fue un elemento que destacó en varias conversaciones en terapia, el mismo pasó mientras ella dormía y, al despertar dos semanas después en una habitación de hospital sin poder hablar ni moverse por su cuenta, el miedo, la confusión y la impotencia eran emociones que GC

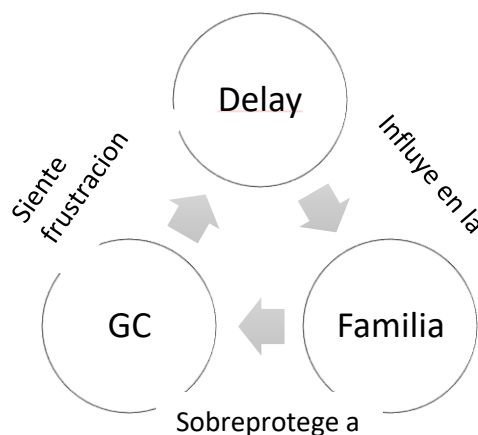
aludía fueron las primeras que le abrumaron durante todo el proceso de rehabilitación. A medida que fue recuperando sus funciones y todo parecía volver a la normalidad, GC contó que sentía una ansiedad muy leve pero fluctuante y que aumentó una vez los problemas de memoria se hicieron más frecuentes en su día a día, ahora acompañada con la frustración de no poder funcionar como antes.

A partir de la primera semana, se empezó a implementar la externalización de los problemas identificados. Primero se utilizaron preguntas de influencia relativa tales como: “¿Cómo ha afectado la presencia de “Delay” el concepto de sí misma? ¿Cómo ha influenciado las relaciones con sus amigos/familia/pareja? Cuando Delay aparece ¿Cómo cambia su conducta?” Como respuesta a estas preguntas se descubrió que Delay es un personaje molesto y pequeño, cuyos efectos no se ven por demasiado tiempo.

La influencia de “Delay” se extiende hacia los miembros de su familia, porque les causa angustia de que a GC se le olviden cosas importantes, y provoca que las conductas sobreprotectoras sean más frecuentes, lo que lleva a la aparición de “Frustración”. La relación entre estos componentes puede visualizarse de manera más clara en la figura 1.

Figura 1.

Influencia del problema



Delay le hacía pensar que no tenía el control, lo que se manifestaba en el miedo a fracasar una vez se reintegre al trabajo de oficina.

Después de la entrevista inicial se empezaron a ver cambios en los significados de los relatos de la participante, como hacer uso de un lenguaje externalizador donde se refirió a sus síntomas por los nombres que les ha dado. Buscando relatos extraordinarios en la historia principal del problema encontró ocasiones en las que contrarrestó los efectos de Delay. Tal fue el caso de una ocasión en la que pidió ayuda a su esposo para recordar su próxima cita al cardiólogo en vez de dejarlo a la memoria. Identificó una manera de lidiar con Delay cuando éste aparecía y ahora usa fuentes alternas como hacer uso de su red de apoyo (llamar a sus amigos, familiares o hablar con su hija o esposo), utilizar las herramientas electrónicas, como el celular, o tomar una siesta para recargar energías, algo que ha llamado “la cura del sueño”.

GC expresó una nueva perspectiva sobre la vida creada a partir del ACV, dice que ya no se exige tanto a sí misma ni a los demás y que ha entendido que debe “llevar la vida más despacio”.

GC encontró nuevos aprendizajes de la experiencia narrativa, como darles espacio a los demás para sentir sus emociones sin presionarlos o juzgarlos. GC se consideraba a sí misma una “sanadora” que deseaba eliminar los sentimientos negativos de sus seres queridos y sentía congoja al verlos pasar dolor. Cree que esta reflexión ha sido un cambio que obtuvo luego de experimentar el ACV.

Mientras avanzaban las sesiones Delay sigue presente a menudo en su día a día en forma de pequeños olvidos, su presencia le recuerda que no todo tiene que ser perfecto y que puede buscar alternativas para lidiar con él. Poco a poco se ha acostumbrado más a usar las herramientas que antes pensaba le costaba integrar.

Por medio de preguntas de influencia relativa se investigó el significado que las nuevas experiencias extraordinarias dan a la forma en que se ve a sí misma y sus relaciones, estas preguntas fueron: “De haber sabido todo lo que sabes ahora ¿Qué habría sido diferente? ¿De qué forma estos nuevos conocimientos afectan cómo te sientes sobre ti misma? ¿Influyen de alguna forma en tu relación con tu hija/esposo/compañeros de trabajo?” GC piensa que su proceso de duelo hubiera partido en la idea de ser menos dura consigo misma y no enojarse tanto cuando se le olvidan las cosas.

Las últimas sesiones fueron enfocadas en tratar el temor de GC a equivocarse una vez regrese a su trabajo de oficina. Se utilizó un lenguaje externalizador con el cual GC describió este miedo como las expectativas que tenía de sí misma y su desempeño, miedo que representaba con la imagen de una cucaracha gigante, pues es un temor recurrente que por su tamaño es más difícil de manejar. Esta imagen fue indagada a profundidad al hacerle preguntas que describieran la influencia de este miedo en su vida, de esta forma GC se dio cuenta de que la cucaracha le llenaba de ansiedad, describió que el peor escenario sería presentar una renuncia pues no sería capaz de soportar decepcionarse a sí misma y “perder el control”, a pesar de que estaba bastante segura de que sus compañeros de trabajo y su jefa confiaban plenamente en que estaba capacitada para volver a sus funciones.

Buscando acontecimientos extraordinarios que contradijeran este problema GC contó una anécdota de un reciente viaje a la playa a casa de un familiar, donde se sintió sobrecogida y temerosa de salir y estar al aire libre luego de casi dos meses de confinamiento por la pandemia del COVID-19, explicó que al tratar de entrar a un jacuzzi en una terraza se sintió frágil y le temblaban las piernas al entrar al agua, pensó que perdía el control otra vez pero pidió ayuda a alguien del personal que cuidaba la

casa en vez de dejarse dominar por esas emociones, logrando sobreponerse a ellas y entrar al agua como deseaba.

Con varias conversaciones de este tipo se identificaron varios relatos de experiencias extraordinarias que invalidaban el significado que el problema principal de estas sesiones (el miedo a fallar) representaba para GC. En la última sesión avisó en su trabajo que volvería a reintegrarse a su oficina, habló con su jefa sobre cómo se sentía diciendo que aún temía equivocarse, pero sabía qué hacer en caso de que eso sucediera y se sentía un 99% estable para volver a reanudar sus funciones, acordando ir una vez a la semana empezando el día siguiente a nuestro último encuentro.

Discusión

Con el presente estudio se buscaba describir por medio de la terapia narrativa la experiencia de duelo en una persona que ha perdido la salud producto de un accidente cerebrovascular, cómo se manifiestan las reacciones de duelo y si existe algún beneficio de utilizar las técnicas y principios de la terapia narrativa en estos casos. Los resultados obtenidos muestran una mejoría progresiva evidenciada en la re-significación y re-definición del problema identificado, que si bien se presentaba con sintomatología leve, era fuente de un malestar psicológico importante en la vida de esta participante.

Este caso presenta un cuadro clínico de accidente cerebrovascular donde las consecuencias abarcan dificultades en la memoria y concentración, que pueden ser permanentes y que crean un gran malestar psicológico que afecta distintas áreas de la vida de la participante.

Cuando una persona pasa por un evento que condiciona su salud debe enfrentarse a la incertidumbre y al estrés afectivo que trae esta nueva condición, es esperable encontrarse con manifestaciones físicas (dolores de cabeza, problemas del sueño, problemas de alimentación, etc.), aunque en comparación, esta participante tuvo pocas reacciones físicas relacionadas con su estado de ánimo.

El duelo en esta participante se manifestó principalmente con sentimientos de desesperanza (“Ya no podré ser como antes”), temor por un mal desempeño en el trabajo y dificultad para adaptarse a la realidad y crear nuevos hábitos. La incertidumbre, la pérdida de la autonomía y de la identidad de persona saludable, así como los cambios en las relaciones sociales eran manifestaciones presentes en la vida de esta persona que tienen una relación muy estrecha con el proceso de duelo (Marcial, Lugo, Elizarrarrás, Contreras, Elizarrarrás, Herrera, Cruz & Escobar, 2019).

Similar a las reacciones que describe Tornét (2000) como parte de la etapa de Shock del duelo ante una noticia imprevisible, en esta paciente pudo identificarse una dificultad para adaptarse a la nueva realidad donde su memoria ya no era la misma de antes; a su mente le invadía el terror intenso que viene por la desorganización de haber perdido algo de importancia (la efectividad de su memoria) debido al accidente cerebrovascular, todo esto en conjunto con la sensación constrictiva de pérdida de control.

El miedo a perder la independencia para esta participante significaba enfrentarse a perder una parte de su identidad, decepcionarse a sí misma era más importante que decepcionar a los demás y las limitaciones en la memoria, la que solía ser su principal herramienta en su día a día, que vinieron luego del accidente cerebrovascular eran motivo de un gran sentimiento de impotencia.

Para GC, el problema al que llamó “Delay” era como su enemigo, pues amenazaba con boicotear el desempeño que había tenido hasta ahora en su trabajo y en su propia independencia. El utilizar preguntas de influencia relativa ayudó a la participante a enfrentarse a “Delay” desde otra perspectiva donde ya no era tan amenazante o sofocante, lo que hizo posible que encontrara soluciones para disminuir el impacto que tenía en ella (Wong, 2008).

Los recursos y principios narrativos empleados en este caso en particular permitieron que fuera posible entender las vivencias y emociones que pueden presentarse en casos donde la salud se ha visto comprometida y eso tiene un impacto en la vida de la persona.

Las preguntas de influencia relativa ampliaron la perspectiva de la participante sobre el alcance del problema identificado y cuáles áreas de su vida se ven más afectadas por este, lo que permitió el acceso a relatos extraordinarios que contrarrestaban los significados sobrecargados del problema principal: La frustración ocasionada por la disminución de la efectividad de su capacidad de retención.

Al externalizar el problema, tal como lo explican White y Epsom (1990) el problema no define su identidad, y, por consiguiente, su efecto se disminuye y se percibe como menos constrictivo.

Aunque era de esperar que estas aproximaciones dieran resultados positivos, la rapidez con la que surgieron cambios en los síntomas del duelo a lo largo de las sesiones fue inesperada, lo que podría explicarse con el hecho de que la participante realizaba un proceso terapéutico paralelo a la realización de este estudio, lo que pudo haber influido en los resultados obtenidos. A pesar de esto, los cambios registrados

fueron significativos y contundentes, lo cual se corresponde con lo explicado por White y Epsom (1990) donde solo es necesaria la identificación de un acontecimiento que contradiga los efectos del problema principal para iniciar la construcción de un nuevo significado. La participante fue capaz de desmitificar sus historias sobrecargadas y convertir el episodio de ACV en un relato de aprendizaje y cambio.

De la intervención realizada se menciona el uso de la imaginación para reconstruir significados de eventos pasados y su utilidad para buscar relatos extraordinarios que contradigan las definiciones saturadas de problemas (Wong, 2008; White, 1993).

Teniendo esto en consideración, el uso de técnicas que promuevan la visualización e imaginación podría ser un aspecto para considerar en el diseño de planes de intervención para este tipo de casos.

Los resultados obtenidos por García, Mellado, Illarramendi y Pérez (2018) en una familia que pasaba un duelo por muerte infantil explican cómo la terapia narrativa permitió una integración de los acontecimientos extraordinarios que habían pasado desapercibidos para esa familia, así como la oportunidad de explorar más las dimensiones del problema, y su influencia sobre este.

Si bien la población es distinta, los resultados hablan de un cambio importante producto del uso de un abordaje narrativo.

El utilizar el abordaje narrativo permitió explorar y descubrir el impacto psicológico de un accidente cerebrovascular. Los sentimientos de desesperanza, preocupación por el futuro y la dificultad para adaptarse a nuevos hábitos y a una rutina diferente fueron aspectos que resaltaron en la experiencia de esta participante ante su condición, lo que se podría entender como parte de un cuadro de duelo por pérdida de la salud, por lo que

estos datos pueden ser aplicables a personas que cursen un cuadro similar, aunque no puedan generalizarse debido al alcance de este estudio.

El uso de un abordaje cuyas ideas principales se rigen por el objetivo de romper con las ideas negativas que aquejan a las personas probó ser efectivo en este caso, la metodología no directiva de la terapia narrativa permitió que la participante llevara las riendas de las conversaciones e hiciera por sí misma sus propios descubrimientos, lo que hizo que los nuevos significados tuvieran un mayor impacto. Aun así, por las mismas limitaciones metodológicas de los estudios de caso es recomendable que se tome en consideración otro diseño de investigación que permita un mayor control de las variables externas, así como la implementación de un grupo control para así obtener datos más generales.

Referencias

- Carrasco, J. and López-Ibor, J. (2009). Enfermedad cardiovascular y psiquiatría.
En: *Libro de la salud cardiovascular del Hospital Clínico San Carlos y la Fundación BBVA*, 1st ed. [online] Bilbao: Fundación BBVA. Recuperado de:
<https://www.fbbva.es/publicaciones/libro-de-la-salud-cardiovascular-del-hospital-clinico-san-carlos-y-la-fundacion-bbva/> Carrasco, J. L., & López-Ibor, J. J. (2009). Enfermedad cardiovascular y psiquiatría. *Libro de la salud cardiovascular*. Madrid, España: Editorial Nerea, SA, 613-619.
- Brea, R. (2018). *El duelo: Un camino hacia la transformación*. Lugar: Editora Búho.
- Castillo, I; Ledo, H & Del Pino, Y. (2012). Técnicas narrativas: un enfoque psicoterapéutico. *Norte de salud mental*. 10 (42), 59-66. Recuperado de:
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3910979>

Fernández, M. (2004). Impacto de la enfermedad en la familia. *Revista de la facultad de medicina*. 47(6). Recuperado de:

<http://revistas.unam.mx/index.php/rfm/issue/view/458/showToc>

Fernández Gómez, M^a Gema, & González Hernández, Ayoze. (2009). Cuadros depresivos en la fase aguda del ictus isquémico: ¿Una reacción de duelo? *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 29(2), 371-380. Recuperado de:

http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352009000200006&lng=es&tlng=es.

Flórez, S. (2009). Duelo. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 25, 77-85.

Recuperado de: <https://recyt.fecyt.es/index.php/ASSN/article/view/5545/4560>

García, R; Mellado, A; Illaramendi, C & Pérez, R. (2016). Uso de técnicas con enfoque sistémico narrativo: intervención psicoterapéutica en una familia por duelo infantil. *Alternativas en psicología*.

Gradilla, J & Núñez, S. (2019). Intervención narrativa en duelo infantil por separación de pareja estudio de caso. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 22(2), 987-1004.

Recuperado de: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=88137>

Marcial, G., Lugo, A., Elizarrarás, J., Contreras, C., Elizarrarás, J., Herrera, K., Jiménez F., Escobar, M. (2019). El duelo en pacientes con diagnóstico reciente de diabetes mellitus tipo 2 en la UMF 65 del IMSS, Oaxaca. *Avan C Salud Med*; 7 (3): 68-76.

Manzoni GM, Pietrabissa G and Castelnuovo G (2012) Psychological and behavioral approaches to cardiac patients facing specific adjustment challenges. *Front.*

Psychology 3:476. Doi: 10.3389/fpsyg.2012.00476

Miaja, A. & Moral De La Rubia, J. (2014). Predicción de las respuestas psicológicas del duelo ante la pérdida de salud por variables de personalidad, religiosidad,

sociodemográficas, y existenciales. *Salud & Sociedad*, 5(3),254-272. Recuperado de:

<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=4397/439742476002>

Miaja Ávila, M., & Moral de la Rubia, J. (2014). Desarrollo y validación de la escala de respuestas psicológicas de duelo ante la pérdida de la salud. *Psicooncología*, 11(2-3),

369-387. https://doi.org/10.5209/rev_PSIC.2014.v11.n2-3.47395

Ortega, C; Rosas, P; Ferreira, M & Vega, S. (2006). Una escala de valoración tanatológica para la atención del paciente cardiópata. *Revista Mexicana de Enfermería*

Cardiológica, 14(3). 105-109. Recuperado de: [https://www.medigraphic.com/cgi-](https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=11223)

[bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=11223](https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=11223)

Pedersen, S. S., von Känel, R., Tully, P. J., & Denollet, J. (2017). Psychosocial perspectives in cardiovascular disease. *European Journal of Preventive Cardiology*,

24(3_suppl), 108–115. Doi: <https://doi.org/10.1177/2047487317703827>

Reyes, S & Losantos, M. (2016). Terapia Narrativa aplicada a una persona con crisis de identidad femenina. *Ajayu. Órgano de Difusión Científica del Departamento de*

Psicología de la Universidad Católica Boliviana "San Pablo", 14(2),227-246.

Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=4615/461546437002>

Reyes, Leonor. (2011). Intervención Cognitivo-Conductual para la Disminución del Estrés en Pacientes con Cardiopatía Isquémica. *Summa Psicológica*. Doi:

<https://doi.org/10.18774/448x.2011.8.78>

Rivera, L. (2008). El cuidado al paciente cardiovascular en situaciones que generan un gran sentimiento de pérdida, amenaza, temor o muerte. *Avances en Enfermería*, 26(1),

124-133. Recuperado

de: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/12892>

Rodríguez-Moctezuma, José Raymundo, & López-Delgado, María Elisa, & Ortiz-Aguirre, Alma Rosa, & Jiménez-Luna, Jorge, & López-Ocaña, Luis Rafael, & Chacón-Sánchez, Jesús (2015). Etapas del duelo en diabetes y control metabólico. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 53(5),546-551.

Sánchez, M & Rodríguez, M (2016). *Manejo De Duelo Con Terapia*

Narrativa: "Honrar La Vida Más Allá De La Muerte. *Revista de psicología. Procesos psicológicos y sociales*.

Torné, J (2000). *Reacciones de duelo*. *Informaciones psiquiátricas*, (159). Recuperado de: http://informacionespsiquiatricas.com/anteriores/info_2000/01_159_02.htm

Wong, P (2008). *Narrative Practice and Meaning-Centered Positive Psychotherapy A review of Maps of Narrative Practice*. *PsycCRITIQUES*, 53(6). Recuperado de:

[https://www.academia.edu/31563706/Narrative_Practice_and_Meaning-](https://www.academia.edu/31563706/Narrative_Practice_and_Meaning-Centered_Positive_Psychotherapy_A_review_of_Maps_of_Narrative_Practice)

[Centered_Positive_Psychotherapy_A_review_of_Maps_of_Narrative_Practice](https://www.academia.edu/31563706/Narrative_Practice_and_Meaning-Centered_Positive_Psychotherapy_A_review_of_Maps_of_Narrative_Practice)White, M

& Epsom, D. (1990). *Narrative means to therapeutic ends*. Recuperado de:

<http://ebooks24.club/download/books.php?Narrative+Means+to+Therapeutic+Ends#>

Anexos

Anexo A. Escala (RPD-PS-38)

Escala Respuestas Psicológicas de Duelo ante la Pérdida de Salud (RPD-PS-38)

Melina Miaja Ávila y José Moral de la Rubia

Instrucciones: Encierre en un círculo con qué frecuencia experimenta estas acciones, sentimientos y pensamientos en relación a su proceso de enfermedad.

1	2	3	4	5
Nunca	Pocas veces	A veces	Casi siempre	Siempre

Ítem
Frecuencia

1. Niego completamente que estoy enferma(o).	1 2 3 4 5
2. Actuó de manera agresiva con las demás personas; por ejemplo, les insulto.	1 2 3 4 5
3. Realizo promesas o súplicas a un Ser Supremo con la intención de tener un presente más favorable.	1 2 3 4
5	
4. La fe me ayuda a pensar positivamente.	1 2 3 4 5

- | | |
|---|--------------|
| 5. Tengo ganas de estar todo el día acostada(o). | 1 2 3 4 5 |
| 6. Aceptar la enfermedad le da un sentido positivo a mi vida. | 1 2 3 4 5 |
| 7. No necesito cuidarme, pues no estoy enfermo. | 1 2 3 4 5 |
| 8. Me enojo con la vida por tener la enfermedad. | 1 2 3 4 5 |
| 9. Busco una alianza con un Ser Supremo para que me cure. | 1 2 3 4 5 |
| 10. Pienso que mi fe mejorará mi salud. | 1 2 3 4 5 |
| 11. No tengo ganas de hacer nada. | 1 2 3 4 5 |
| 12. Aceptar la enfermedad me permite estar bien. | 1 2 3 4 5 |
| 13. Me resulta tan dolorosa la realidad que prefiero negarla. | 1 2 3 4 5 |
| 14. Me enojo con conmigo misma(o) por tener la enfermedad. | 1 2 3 4 5 |
| 15. Prometo portarme mejor para mejorar mi salud. | 1 2 3 4 5 |
| 16. Pienso que mi fe me ayudará a salir adelante. | 1 2 3 4 5 |
| 17. Siento que se me acaban las fuerzas. | 1 2 3 4 5 |
| 18. Me he adaptado a los cambios que involucra la enfermedad. | 1 2 3 4 5 |
| 19. Niego la enfermedad por miedo a que me tengan lástima. | 1 2 3 4 5 |
| 20. Siento mucho coraje por tener la enfermedad. | 1 2 3 4 5 |
| 21. Negociar con un Ser Supremo me da fuerzas. | 1 2 3 4 5 |
| 22. Pienso que mi fe me ayudará a tener un mejor futuro. | 1 2 3 4 5 |
| 23. He perdido el interés en casi todas las actividades de mi vida. | 1 2 3 4 5 |
| 24. Estoy aprendiendo a vivir con la enfermedad. | 1 2 3 4 5 |
| 25. Me siento mejor al negar la enfermedad. | 1 2 3 4 5 |
| 26. Pienso por qué a mí. | 1 2 3 4 5 |
| 27. Me siento mejor al realizar promesas o súplicas a un Ser Supremo. | 1 2 3 4 5 |
| 28. Al aceptar la enfermedad, siento que me quiero más. | 1 2 3 4 5 |
| 29. No quiero enterarme de lo que me sucede. | 1 2 3 4 5 |
| 30. Siento que es injusto tener la enfermedad. | 1 2 3 4 5 |
| 31. Prometo ser mejor persona, si me recupero. | 1 2 3 4 5 |
| 32. Acepto el hecho de tener la enfermedad. | 1 2 3 4 5 |
| 33. No puedo creer que tenga esta enfermedad. | 1 2 3 4 5 |
| 34. Tomo las cosas como son. | 1 2 3
4 5 |
| 35. Realizo promesas u ofrecimientos esperando una curación. | 1 2 3 4 5 |
| 36. Pienso que hay algo bueno que aprender de la enfermedad. | 1 2 3 4 5 |

37. Aceptar la enfermedad, me hace sentir más tranquila(o). 1 2 3 4 5
38. Aceptar la enfermedad, me brinda bienestar. 1 2 3 4
- 5

Anexo B. Carta de aprobación del Comité de Ética de Unibe

5 de abr. de 20
Santo Domingo, Rep. Dom.

Lic. Itsell Bazil
Aplicación: ACECEI2020-19

Estimada,

Por este medio, le informamos que la enmienda sometida para el proyecto de investigación *"Uso de técnicas narrativas en el asesoramiento de duelo por pérdida de la salud por Ictus isquémico: Un estudio de caso."* presentada por usted el 1ro de Abril del 2020, al Comité de Ética, pasó por el proceso de revisión del Comité de Ética de Investigación (CEI). Esta enmienda ha sido **APROBADO** en las condiciones en que fue presentado (correo anexo).

El Comité de Ética ha realizado una revisión de su solicitud y considera que **CUMPLE** con la normativa de protección al ser humano tal como se estipula en el Manual de Ética de Investigación de la Universidad Iberoamericana. Esto significa que puede ejecutar la enmienda a su proyecto.

Muy cordialmente,



Rosa Hilda Cueto
Coordinadora
Comité de Ética de la Investigación
Universidad Iberoamericana (UNIBE)

Anexo C. Consentimiento informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INVESTIGACIÓN DE PROYECTO DE POSTGRADO

Especialidad en Intervención en Crisis y traumas

A) Propósito de la investigación:

El objetivo de la presente investigación es explorar los posibles beneficios del uso de las técnicas narrativas en el asesoramiento del duelo por pérdida de la salud por ictus isquémico. Por medio del uso de diferentes abordajes narrativos y técnicas terapéuticas se pretende indagar en la posibilidad de continuar investigando sobre las técnicas narrativas como abordaje terapéutico del duelo por pérdida de la salud.

Entiendo que mi participación en esta investigación consiste en una intervención psicoterapéutica individual de 8 sesiones semanales de aproximadamente 2 horas de duración, las cuales se llevarán a cabo a la hora y en el lugar de mi conveniencia.

Se me ha explicado que mi participación supone la asistencia a dichas sesiones con puntualidad, la apertura a las preguntas y comentarios de la investigadora y la realización de tareas y textos.

B) Riesgos y beneficios

Por medio del presente expreso que se me han explicado en detalle los posibles riesgos que conllevaría para mí la participación en esta investigación, los cuales suponen que aparezcan otros temas emocionales importantes (como por ejemplo la presencia de pérdidas secundarias) durante las sesiones que podrían interrumpir con el proceso de la intervención.

También se me ha explicado que el beneficio de participar en el este estudio será la ayuda en la resolución de un duelo normal por pérdida de la salud, lo cual supondrá la posibilidad de adaptar de manera más eficiente los cambios que surgirán a partir de esta

nueva condición. De igual forma habrá la oportunidad de expresar las emociones y trabajarlas, lo que contribuirá a una mejora en el ajuste después de la pérdida.

C) Confidencialidad

Entiendo que cualquier nombre contará con un código alfanumérico dentro del texto, además de que nadie más que la investigadora tendrá acceso a lo dicho durante las sesiones. Las producciones realizadas me serán de vueltas al finalizar la investigación y el presente consentimiento informado se guardará con llave o será entregado a mí.

Los audios recolectados se tomarán con mi permiso y serán eliminados inmediatamente culmine el estudio.

D) Voluntariedad

Entiendo que la participación en este estudio es voluntaria y tengo derecho a terminar mi participación en la misma si así lo deseo, sin tener ningún tipo de repercusión.

E) Contacto

Investigadora principal: Itsell C. Bazil Sánchez

Teléfono: 849-868-4753

Email: itsellbs@gmail.com

Comité de Ética de UNIBE

Teléfono:

Firma del participante