



UNIVERSIDAD IBEROAMERICANA (UNIBE)

Escuela de Psicología

Integración de la Terapia Focalizada en Emociones y la Terapia Cognitivo Conductual y su
utilidad en la elaboración del duelo perinatal: Estudio de caso.

Sustentante:

Mary Joe Acosta Sánchez
23-1131

Proyecto Final de Postgrado para optar por el título de
Especialista en Intervenciones en Crisis y Trauma

Asesora

Gloriannys Báez Rodríguez

Santo Domingo, D.N.
República Dominicana
Junio 2024

Integración de la Terapia Focalizada en Emociones y la Terapia Cognitivo Conductual y su
utilidad en la elaboración del duelo perinatal: Estudio de caso.

Mary Joe Acosta Sánchez

Universidad Iberoamericana (UNIBE)

Notas de autor

La correspondencia relativa a este artículo debe dirigirse a Mary Joe Acosta, al siguiente

correo electrónico: acosta.maryjoe@gmail.com

Resumen

El presente estudio de caso único buscó determinar la efectividad de una intervención integrada de la Terapia Focalizada en Emociones (TFE) y la Terapia Cognitivo Conductual (TCC) en la elaboración del duelo perinatal. La participante fue una mujer de veintitrés años que perdió a su bebé recién nacido, ocho meses previos al inicio de este estudio. La Escala de Duelo Perinatal, diseñada por Potvin et al. (1989), y adaptada por Cecilia Mota et al. (2011), fue aplicada antes y después de la intervención para visualizar los cambios obtenidos. Los resultados mostraron una mejoría en elaboración del duelo, evidenciado por la reducción de los niveles de depresión, culpa y duelo activo; y un aumento en la aceptación. Se concluye que la integración de la TFE y TCC fue de utilidad para un efectivo abordaje en duelo perinatal.

Palabras clave: duelo perinatal, terapia cognitivo conductual, terapia focalizada en emociones.

Integración de la Terapia Focalizada en Emociones y la Terapia Cognitivo Conductual y su utilidad en la elaboración del duelo perinatal: Estudio de caso.

La pérdida de un bebé durante la etapa perinatal es considerada un evento traumático, ya que además del fallecimiento del hijo, también se ven quebrantadas las expectativas hacia la futura parentalidad (Kersting y Wagner, 2012; Mota, 2018), este evento es socialmente considerado como “antinatural”, ya que, en el orden biológico, no se espera que los hijos fallezcan antes que los padres.

El proceso que acompaña al fallecimiento de un ser querido es el duelo, siendo este, un fenómeno natural y dinámico que se experimenta en respuesta a una pérdida. Este proceso suele ser descuidado y desconocido, no solo para el doliente, sino también para su entorno (Brea, 2021; James y Friedman, 2009; Payàs, 2014).

Como parte de las manifestaciones físicas del duelo, es posible experimentar fatiga, dificultades de sueño, pérdida o aumento del apetito. En el aspecto mental, confusión, falta de concentración, pensamientos obsesivos. A nivel emocional, tristeza, ira, irritabilidad, miedo, culpa, ansiedad. En el ámbito conductual, apatía, hiperactividad, aislamiento, entre otros (Payàs, 2014; Worden, 2018).

En particular, el duelo perinatal es considerado un “duelo desautorizado”, debido a que suele ser percibido socialmente como una pérdida de menor relevancia que las demás (Doka, 1999; Worden, 2018). Esta desautorización, es especialmente palpable en aquellos casos en los que el bebé no llega a nacer, debido a la incapacidad del círculo social reconocer el vínculo existente entre los padres y el bebé previo al nacimiento, dificultando así, la capacidad de los padres expresar su dolor y emociones de duelo (Kirkley-Bes y Kellner, 1982).

La etapa perinatal es un período delicado por los cambios hormonales que conlleva, de acuerdo con la Asociación Americana de Psiquiatría (2013), entre un 3% a un 6% de las mujeres embarazadas o recién paridas experimentarán el inicio de un episodio de depresión mayor, además de experimentar ansiedad grave. De manera particular, las mujeres latinas suelen presentar altos niveles de depresión perinatal, con la particularidad de que no acostumbran a buscar ayuda profesional para recibir un tratamiento (Barrera y Nichols, 2015).

Considerando lo delicada que es la etapa perinatal, podemos inferir que la pérdida de un bebé durante este período añade una dimensión de sufrimiento aún mayor. Como consecuencia de la pérdida, las madres tienden a experimentar irritabilidad, culpa, ansiedad y tristeza profunda (Badenhorst y Hughes, 2007; Herbert et al., 2022; Shaohua y Shorey, 2021).

Según estimaciones conjuntas de las Naciones Unidas, cada 16 segundos se produce una muerte fetal (United Nations International Children's Emergency Fund [UNICEF], 2020). Referente a la República Dominicana, el informe anual de la Organización de las Naciones Unidas (2023), indica que el país continúa manteniendo índices muy altos en la tasa de muerte neonatal (21 por cada 1,000 nacidos vivos), duplicando, de esta forma, el promedio regional (9 por cada 1,000 nacidos vivos).

Para efectos de intervención, este estudio pretende utilizar la Terapia Focalizada en Emociones (TFE), por ser un enfoque que busca profundizar y centrarse en el origen del malestar emocional, en combinación con la Terapia Cognitivo Conductual (TCC), el cual es un enfoque más centrado en el presente y en brindar al paciente herramientas prácticas y útiles para favorecer un cambio en la conducta.

La Terapia Focalizada en las Emociones es un enfoque que tiene el objetivo de poner a la persona en contacto con sus emociones, las cuales son vistas como fundamento de la construcción del yo. Desde la perspectiva de este enfoque, los terapeutas funcionan como entrenadores emocionales a través de acompañar al individuo a tomar conciencia, aceptar y dar sentido a su experiencia emocional (Greenberg, 2004).

Una premisa importante de este enfoque es que "no se puede abandonar un lugar hasta que no se ha llegado a él", en este mismo sentido, son utilizados principios para el procesamiento emocional, los cuales se dividen en tres fases (Greenberg, 2004):

Conciencia emocional: Implica la habilidad de reconocer, aceptar y dar sentido a nuestras emociones primarias. En el proceso terapéutico, se busca que el individuo sea consciente de sus emociones más básicas y adaptativas. Este nivel de conciencia no solo promueve la comprensión emocional, sino que también facilita la integración de estas experiencias en la narrativa personal. La conciencia emocional también implica superar la tendencia a evitar emociones dolorosas, permitiendo su expresión en un entorno terapéutico seguro. La expresión emocional y la articulación de emociones en palabras no solo fomentan la reflexión personal, sino que también ayudan a construir significado y a integrar experiencias emocionales en la identidad y la historia personal.

Regulación emocional: Implica la gestión efectiva de las emociones, enfocándose en cuáles emociones deben ser reguladas, esto solo es posible lograrlo en un ambiente seguro y lleno de empatía. Dentro de las estrategias utilizadas para la regulación emocional, está la respiración consciente, combinado con la observación de las emociones, permitiéndoles ir y venir, así como otras prácticas de la atención plena. Se busca poder desarrollar la capacidad de tolerar las emociones y reconfortarse a uno mismo.

Transformación emocional: Se trata de un proceso de cambiar emoción con emoción. Esto contempla que un estado emocional maladaptativo puede transformarse mejor deshaciéndolo con otra emoción más adaptativa.

La TFE anteriormente ha demostrado ser de utilidad para el manejo de duelo (Cucu-Ciuhan, 2015), al igual que ha demostrado su efectividad en la reducción de síntomas de ansiedad y depresión (Connolly-Zubot et al., 2019).

Por su parte, la Terapia Cognitiva Conductual, se centra en cambiar los patrones de pensamiento problemáticos y únicos de cada individuo. Básicamente, implica identificar y cuestionar las ideas equivocadas, distorsiones y suposiciones poco saludables del paciente para ver si son válidas y razonables. Al hacer que estas formas de pensar inflexibles y distorsionadas sean más flexibles, el paciente puede ver sus experiencias de manera más realista (Beck, 1970). En esta intervención, serán utilizadas las siguientes técnicas:

Identificación de pensamientos desadaptativos: Se trata de identificar y desafiar las distorsiones cognitivas, que son patrones de pensamiento irracionales que contribuyen a emociones negativas.

Reestructuración cognitiva: Esta técnica implica identificar, cuestionar y reemplazar pensamientos desadaptativos por pensamientos más realistas y adaptativos.

Psicoeducación: Con esta técnica se busca proporcionar información educativa relevante sobre los síntomas que presenta el paciente, así como estrategias de afrontamiento que le puedan ser útiles.

Cuestionamiento socrático: A través de esta técnica se invita al paciente a cuestionar la lógica de sus pensamientos, al igual que se le invita a la búsqueda de evidencia de sus creencias.

Autoconciencia corporal: Se trata de prestar atención a las sensaciones corporales, las personas pueden reconocer cómo su cuerpo responde ante situaciones estresantes o desencadenantes emocionales. Esto les permite identificar patrones de respuesta física que pueden estar asociados con pensamientos negativos o emociones problemáticas.

Se ha evidenciado la utilidad de la TCC para el manejo del duelo, demostrando dar resultados en la disminución del malestar emocional y aumento de habilidades de afrontamiento (Fabila y Hernández, 2022). De manera particular, se ha demostrado que la TCC contribuye a la disminución de los síntomas del duelo en mujeres que han experimentado una pérdida perinatal (Bennett et al., 2012).

La importancia de esta investigación radica en que pretende aportar al estudio del duelo perinatal en la República Dominicana, ya que como se ha mencionado, el país maneja altas cifras de pérdidas neonatales, impactando de manera dolorosa en las familias, y a pesar de esto, los estudios sobre esta problemática son escasos.

El objetivo de esta investigación es determinar la utilidad de una intervención integrada de la Terapia Focalizada en Emociones y la Terapia Cognitivo Conductual en la elaboración del duelo perinatal.

Se espera que la participante seleccionada presente una mejoría en su proceso de elaboración del duelo, de modo que se reduzcan sus niveles de malestar emocional y pueda integrar la pérdida de su bebé de una manera saludable.

Muestra

Para la muestra de este estudio se requirió una mujer mayor de 18 años, que hubiese experimentado la pérdida de su bebé entre las 22 semanas de gestación y los siete (7) días de nacido(a). El período transcurrido posterior a la pérdida debía ser entre tres meses y dos

años. De igual modo, debía obtener una puntuación mínima de 50 puntos en la Escala de Duelo Perinatal.

Se consideraron como criterios de exclusión, haber reportado que cuenta con un diagnóstico psicopatológico y encontrarse actualmente embarazada.

De las postulantes, fue seleccionada una mujer de 23 años, que perdió a su bebé de seis horas de nacido, ocho meses antes del inicio de este estudio; la misma obtuvo una puntuación 96 puntos en la Escala de Duelo Perinatal y reportó no contar un diagnóstico psicopatológico previo ni encontrarse embarazada.

Instrumentos

Esta investigación utilizó los siguientes instrumentos:

Escala de Duelo Perinatal (PGS): Diseñada por Potvin et al. (1989), y adaptada por Mota et al. (2011). En este estudio se utilizó la versión adaptada al español, la cual consta de 27 ítems. El rango de la escala de depresión oscila entre 10 y 40, el de culpa entre 8 y 32, el de duelo activo entre 6 y 24 y el de aceptación entre 3 y 12. La puntuación mínima es de 27 puntos y la máxima de 108. Se consideró morbilidad de duelo complicado una puntuación por encima de 50. La validación en español obtuvo un coeficiente alfa de Cronbach de un 0,95.

Esta escala se aplicó de manera virtual, en este sentido, se ha demostrado que la validez de la aplicación de pruebas en línea es de al menos la misma calidad que otros métodos tradicionales (Gosling et al., 2004). De manera particular, Sánchez-López et al. (2021), realizaron la aplicación virtual de la versión española de esta prueba obteniendo un alto nivel de confianza en los datos levantados.

Encuesta de datos sociodemográficos: Esta herramienta se utilizó para recolectar las informaciones de nombre, edad, género, reporte de diagnóstico psicopatológico, condición

de embarazo, tiempo transcurrido de la pérdida, tiempo de vida del bebé, motivo de la pérdida, entre otros datos relevantes a los fines del estudio, también fue utilizada como filtro para la selección de la candidata.

Bitácora del investigador: Esta herramienta se utilizó para el registro de observaciones y notas durante las sesiones, identificar temas recurrentes y patrones de cambio, registro de las reflexiones de la investigadora y documentar cualquier otra información relevante para analizar el avance de las sesiones.

Procedimiento

Al inicio, se solicitó la aprobación del estudio al Comité de Ética de la Investigación de la Universidad Iberoamericana (UNIBE), al que se le asignó el código de aplicación ACECEI2024-134; tras la aprobación, se publicó un anuncio pagado a través de la red social Instagram. Las candidatas interesadas procedieron a leer el objetivo de la investigación y al aceptar el consentimiento informado, pasaron a completar la encuesta de datos sociodemográficos, finalizando con la Escala de Duelo Perinatal.

Se filtraron las candidatas que cumplieron con los criterios de inclusión y que obtuvieron una puntuación mínima de 50 puntos en la Escala de Duelo Perinatal, de este grupo, se seleccionó a la participante para la intervención.

Se coordinó con la participante la fecha de inicio y se realizaron ocho (8) sesiones semanales de 60 minutos aproximadamente en modalidad virtual. Durante el proceso, se utilizó la bitácora para tomar notas de todos los datos considerados relevantes en cada uno de los encuentros.

Al finalizar las sesiones, se aplicó nuevamente la Escala de Duelo Perinatal a fines de visualizar si hubo cambios con relación a los resultados obtenidos previo a la intervención.

Plan de análisis

Este estudio tiene estadísticas descriptivas, que se utilizaron para describir los cambios de puntuación en la Escala de Duelo Perinatal. Es un estudio fenomenológico que usó el análisis de contenido para el examen y comprensión de los datos levantados en cada una de las sesiones.

Resultados y Discusión

Presentación del caso

Rosa es una mujer de 23 años, dominicana y contadora de profesión. Proviene de una familia de padres casados y es la segunda de cuatro hijas. Está casada hace un año y medio, y a principios de febrero del año 2023 quedó embarazada, aunque no buscaba bebé, ella y su esposo reaccionaron con alegría e ilusión ante la noticia. Rosa refiere haber presentado malestares durante todo el embarazo, y ante esto, siempre tomaba la precaución de asistir a la clínica cuando era necesario. Sin embargo, a las 32 semanas de embarazo, fue inducida a labor de parto tras presentar dolores y sangrado. Como resultado de este nacimiento prematuro, su bebé murió a las seis horas por falta de desarrollo de sus órganos.

Al momento de iniciar esta intervención, habían transcurrido ocho meses de la muerte de su bebé y Rosa reportó anhedonia, irritabilidad, frustración y tristeza profunda. Expresó que, aunque *“por ratos está bien”*, generalmente *“se enoja por todo”* y *“siente que todo el mundo está en su contra”*, a pesar de su fe en Dios y creer que sus decisiones no deben ser cuestionadas, por momentos no puede evitar sentir que *“fue injusto lo que le sucedió”*.

Al explorar cómo ha vivido el proceso de duelo en su relación de pareja, indicó que no se aborda el tema, ya que resulta incómodo para ambas partes. Refiere que ella siente la

necesidad de expresar su dolor, mientras que su esposo tiene el enfoque de “aceptar la realidad”; motivo por el cual deciden no conversar al respecto. En este sentido, en la literatura se ha encontrado que cuando el duelo en la pareja es incongruente, aumentan las probabilidades de discordia marital después de la pérdida (Murphy y Cacciatore, 2017). Además, se han observado diferencias en los estilos de afrontamiento según el género, teniendo los hombres una mayor tendencia al estilo evitativo, contrario a las mujeres que pueden utilizar tanto el estilo evitativo como el activo (Magaña et. al., 2019).

Con relación al apoyo percibido por su entorno, Rosa expresó sentirse incomprendida la mayor parte del tiempo, debido a que sus familiares y amistades la motivan a estar conforme y aceptar la realidad de la pérdida, a través de comentarios como: “Estar triste le hace daño a tu bebé porque es un angelito”, “debes aceptarlo”, entre otros.

Finalmente, Rosa desea iniciar el proceso de intervención para vivir de manera más saludable su duelo y mejorar su estado de ánimo.

Descripción de la intervención

Se inició por el levantamiento de la historia de Rosa, esta fase estuvo enfocada en conocer al detalle su proceso de pérdida y en establecer una alianza terapéutica que representara un espacio seguro, siendo este un aspecto fundamental para acompañar al paciente que se encuentra atravesando el duelo, tal como lo plantean Sharbanee y Greenberg (2022). A medida que se profundizó en los detalles de la historia, se exploraron cuáles emociones Rosa ha experimentado durante su duelo, entre las cuales pudo identificar y verbalizar: profunda tristeza, enojo, miedo y culpa. Esta verbalización forma parte de la “Conciencia Emocional”, primera fase de la TFE, ya que no solo promueve la reflexión individual, sino que también ayuda a dar sentido y a incorporar experiencias emocionales en la identidad y la narrativa personal (Greenberg, 2004). En este mismo sentido, se

encontró que las emociones identificadas por Rosa suelen ser las más comunes de experimentar luego de una pérdida perinatal (Badenhorst y Hughes, 2007; Herbert et al., 2022; Shaohua y Shorey, 2021).

En el segundo encuentro, Rosa expresó ***“luego de nuestra sesión, me sentí más segura de mí misma y de cómo me siento, me sentí bien al ser escuchada sin ser juzgada”***. Esta sensación de bienestar percibida por la participante concuerda con lo planteado por Greenberg (2010), de que el primer paso para la regulación emocional es brindarle al paciente un entorno seguro y empático. Algunas de las técnicas utilizadas en la sesión anterior que propiciaron este entorno de seguridad y empatía fueron la escucha activa, validación de las emociones y el reflejo empático. Un ejemplo de esto fue cuando al relatar su historia, Rosa trató de contener el llanto y se le aclaró: “Este es un espacio seguro, puedes tomarte tu tiempo para llorar y expresar cualquier emoción que sientas”.

Con la finalidad de seguir aumentando la conciencia emocional y propiciar la “Regulación Emocional”, esta última, como segunda fase de la TFE (Greenberg, 2004), se utilizó la meditación como dinámica de conexión emocional, que consistió en conectar con una emoción principal y reconocer en cuál parte del cuerpo se manifestaba, culminando con la visualización de un espacio seguro, para de esta forma, regular la emoción identificada. Rosa conectó con la emoción de la tristeza y la reconoció en su cuerpo como ***“un dolor en el pecho”***, tras experimentarla, identificó un espacio seguro que la reconectó con la sensación de calma. En este proceso, Rosa observó la emoción y fue capaz de reconfortarse a sí misma.

De igual modo, se instruyó a Rosa en técnicas de respiración diafragmática y en el reconocimiento y gestión de emociones, lo cual consiste en observar la emoción sin juzgarla para después dejarla ir, esto como parte de las herramientas de regulación

emocional que colaboran en reducir la intensidad de la sintomatología del duelo (Alonso-Llácer et al., 2020; Gil, 2016).

Desde el ámbito cognitivo, se utilizó la técnica de la psicoeducación para aumentar el conocimiento de Rosa sobre el duelo, las emociones y sus funciones, y reconocer los mitos más comunes en este proceso. En este sentido, se identificaron los siguientes mitos en que Rosa creía:

“Tengo que ser fuerte”.

“Llorar me hace daño”.

“Estar triste le hace daño a mi bebé”.

“No debo hablar de lo que siento”.

Estos mitos pudieron haberse instaurado en Rosa como resultado de los comentarios recibidos frecuentemente por su entorno, jugando éstos un rol importante en su concepto del duelo; esto coincide con lo planteado por Neimeyer et al. (2014), quienes proponen que el duelo no se limita a un proceso individual, sino que la construcción de su significado también involucra la interacción del entorno. En este sentido, se le instó a protegerse de futuros comentarios a través del establecimiento de límites sanos con los demás y de mantener la convicción en cómo está gestionando su propio proceso.

Identificar los mitos y aclarar conceptos sobre el duelo y sus manifestaciones, favoreció a que Rosa entendiera mejor el proceso que estaba atravesando, y continuó reforzando la normalización de sus emociones. Abordar este aspecto fue fundamental ya que Rosa se cuestionaba si era correcto sentirse como se sentía, generando en ella un sentimiento de inadecuación que le impedía avanzar en la integración de la pérdida. Esto coincide con lo planteado por otros autores, que sugieren que las creencias inciden directamente en la elaboración del duelo, condicionando que se pueda vivir

adaptativamente o no, por lo que se deben abordar aquellos mitos que impiden al doliente normalizar su dolor (Bermejo et. al., 2016; Payás, 2014).

También se implementó la técnica de la reestructuración cognitiva, iniciando con la identificación de pensamientos desadaptativos, algunos de estos fueron:

“Se murió en mis manos y no pude hacer nada”.

“Si mi mamá hubiese estado conmigo esto no pasa”.

“Dios me puede castigar por estar triste”.

“No soy madre porque no tengo a mi bebé conmigo”.

“No le importo a nadie”.

Estos pensamientos se debatieron mediante el cuestionamiento socrático, el cual es utilizado para desafiar la lógica y veracidad de los pensamientos, generando como resultado, otros alternativos.

Con relación a los pensamientos de ***“Se murió en mis manos y no pude hacer nada”*** y ***“Si mi mamá hubiese estado conmigo esto no pasa”***, se logró reducir la sensación de impotencia, al reconocer que no estaba en sus manos evitar la muerte de su bebé, sino que fue consecuencia de nacer prematuro y en lo concerniente a ella, tomó todas las precauciones de lugar durante su embarazo.

Sobre el pensamiento de ***“Dios me puede castigar por estar triste”***, reconoció que es normal sentir tristeza, sin sentir culpa por ello, ya que perder un hijo es un proceso doloroso que afecta a cualquier madre, especialmente a aquellas que crearon un fuerte vínculo con su bebé durante el embarazo.

Los pensamientos mencionados, se relacionan a la emoción de la culpa, la cual surge en las madres al sentir que no pudieron cumplir con su rol protector (Bowlby, 1980). Además, las madres suelen rumear sobre posibles acciones que realizaron o dejaron de

realizar que pudieran justificar la pérdida de su bebé, generando así, autoinculpación (Claramunt et al., 2009; Magaña et al., 2019). Con la finalidad de aliviar este sentimiento que no permite avances en el proceso de integración de la pérdida, se le explicó a Rosa que la culpa implica la intención de lastimar (James y Friedman, 2009), lo cual no se corresponde a su caso.

Sobre el pensamiento de *“No soy madre porque no tengo a mi bebé conmigo”*, se le explicó sobre el concepto de vínculo prenatal, que consiste en la relación que se va desarrollando a lo largo de la gestación; en el proceso de la mujer crear la imagen de su bebé, al mismo tiempo que va creando una identidad como madre, y siendo este vínculo aún más fuerte si el embarazo es deseado (Laxton-Kane y Slade, 2002; Rubin, 1976; Tichelman, 2019). Aunque su bebé no esté en el ámbito físico, el vínculo continúa simbólicamente (Bowlby, 1980).

Para reforzar en Rosa este concepto de la relación existente entre ella y su hijo, se le explicó sobre el microquimerismo fetal, que se refiere a la existencia de una pequeña cantidad de células en un individuo que provienen de otro individuo con un perfil genético diferente (Quirós y Arce, 2010), es decir que las células del bebé permanecen en la madre posterior al parto, de modo que su hijo continúa formando parte de ella, no solo a nivel simbólico, sino también a nivel físico. Esta fue una información completamente nueva para Rosa, la cual además de sorprenderla, pareció reconfortarla.

Con relación al pensamiento *“No le importo a nadie”*, tras cuestionarlo, Rosa pudo identificar personas que están atentas a su bienestar, desmontando así la idea de que para “nadie” ella fuere importante. En este mismo sentido, para fortalecer su red de apoyo, se planificó una sesión en la que participaría el esposo para explorar cómo él ha vivido su duelo, así como para orientarle sobre el proceso de duelo de Rosa y cómo acompañarla de

manera asertiva; sin embargo, la pareja se separó de manera temporal, según refiere Rosa, por motivos ajenos al proceso de duelo que han vivido, de modo que no fue posible realizar esta sesión.

Como alternativa, se invitó a una amiga de confianza a participar en esta sesión, y mediante la psicoeducación se le orientó sobre formas adecuadas de acompañar a un doliente. Al culminar la intervención con la amiga, se abordó con Rosa nuevamente el pensamiento inicial y pudo reconocer que ***“se sentía abandonada, pero realmente no es así”***. Este fue un aspecto importante de reforzar ya que contar con una red de apoyo ayuda a minimizar los síntomas de dolor emocional (Camacho, 2020; Claramunt et al., 2009) y es considerado un factor predictor de resiliencia (Mota et al., 2021).

A medida que avanzaron las sesiones, se pudo evidenciar un cambio en la narrativa de Rosa, ya conversaba y compartía anécdotas felices sobre su bebé, recordando momentos jocosos que vivió durante su embarazo. Asimismo, en semanas subsiguientes, se realizó una sesión en la semana que su bebé cumplió nueve meses de fallecido, y al preguntarle a Rosa cómo vivió ese día, expresó:

“Fue diferente, antes yo como que no tenía conocimiento de las cosas y para ponerme a llorar en cualquier rincón no tenía temor, pero como que ahora tengo la memoria de mi bebé con alegría”.

Esto indica que sus recuerdos ya no se enfocaban solo en la parte dolorosa de la historia, generando así una visión más equilibrada y saludable de la experiencia. El reajuste evidenciado en los pensamientos de Rosa es consistente con resultados obtenidos por otros autores, los cuales encontraron que el uso de la reestructuración cognitiva favoreció a que dolientes tuvieran respuestas más adaptativas en la elaboración de duelo por fallecimiento

de un familiar (Bennett et. al., 2012; Fabila y Hernández, 2022; Peña-Villamar y Hernández-Montaña, 2022).

Por su parte, Mota et al. (2021) han encontrado que las mujeres con claridad en sus objetivos de vida sobrellevan mejor el proceso de duelo. En este sentido, como parte de la intervención, se exploraron los sueños y metas a largo plazo de Rosa, entre los cuales mencionó planes profesionales, del ámbito de pareja, y en lo que compete a la pérdida, expresó que ***“desea compartir su historia con otras madres que han pasado por lo mismo para ser un instrumento de sanación”***. Esto último, sugiere que inició por encontrar significado en su pérdida, siendo este uno de los objetivos principales a alcanzar en la elaboración del duelo (Worden, 2018).

En la última etapa de la intervención, Rosa escribió una carta, dirigida expresamente a su hijo e iniciando por describir los hechos que lamentó y que le causaron dolor, seguido de recuerdos de amor y alegría, y un mensaje final de despedida. Al realizar esta tarea, Rosa expresó sentirse ***“bien”*** e indicó que ***“al inicio se le hizo difícil, pero luego fue recordando y fluyendo”***. El recurso de la escritura es reconocido por facilitar la integración de la pérdida, ya que permite que el doliente comunique pensamientos y emociones que quedaron pendientes por expresar a su ser querido (James y Friedman, 2009; Worden, 2018).

En la sesión final, se le preguntó a Rosa cuáles cambios ha podido percibir en ella y respondió:

“Ha cambiado casi todo... ahora trato de recordarlo de la forma más bonita”.

“He aprendido a vivir como que él siempre ha sido parte de mí y siempre lo será”.

“Del proceso completo yo aprendí que lo mejor es estar confiado en uno mismo y en lo que uno siente, nunca callarlo”.

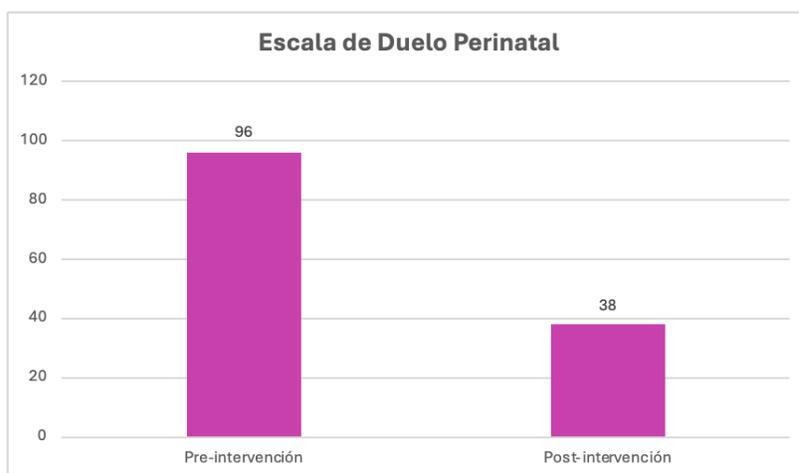
“Creo que la mejor parte de la intervención fue recordar a mi bebé con alegría y saber que puedo honrar siempre su memoria”.

Estas expresiones por parte de Rosa confirman que se alcanzó la “Transformación Emocional”, tercera fase de la TFE (Greenberg, 2004), debido a que fue capaz de sustituir las emociones desadaptativas por otras adaptativas, y generar y encontrar un nuevo significado en su experiencia, lo cual resultó en un aumento de su sensación de bienestar.

Asimismo, se evidenciaron avances en la integración del recuerdo de su bebé, esto es consistente con lo planteado por otros autores, quienes encontraron que los dolientes que establecen la continuidad del vínculo internalizada, es decir, que logran asociar la imagen de su ser querido con una fuente interna de seguridad, muestran mayores niveles de crecimiento personal que aquellos que no. Esto les permite no solo aceptar la muerte y asumirla, sino también estructurarla e integrarla al reconocer su presencia en todos los aspectos de la vida (Field y Finalosky, 2010; García et al., 2018).

Figura 1

Puntuaciones de la Escala de Duelo Perinatal



Al concluir las ocho sesiones, se aplicó nuevamente la Escala de Duelo Perinatal (Figura 1), la cual en la pre-intervención arrojó una puntuación de 96 y post-intervención

una puntuación de 38, evidenciando así, la efectividad del proceso, ya que se visualiza una diferencia del 60.42%, esto se traduce en una reducción en las subescalas de depresión, culpa y duelo activo; y un aumento en la subescala de aceptación.

Limitaciones y Recomendaciones

Este estudio, aunque permitió una comprensión detallada y una adaptación a las necesidades de la participante, presenta limitaciones inherentes al diseño de estudio de caso. Una de las principales limitaciones radica en su falta de representatividad y generalización, dado que se enfoca en un único caso y, por lo tanto, los hallazgos no pueden extrapolarse fácilmente a otras poblaciones o contextos.

Para futuras investigaciones, se recomienda realizar intervenciones similares a mayor escala, involucrando un número más amplio de participantes, lo que permitiría aplicar la misma estructura de intervención y obtener resultados que respalden un análisis más generalizado y robusto de los efectos y la eficacia de la intervención propuesta.

Referencias

- Alonso-Llácer, L., Barreto, P., Ramos-Campos, M., Mesa-Gresa, P., Lacomba-Trejo, L. y Pérez-Marín, M. (2020). Mindfulness and grief: The MADED program mindfulness for the acceptance of pain and emotions in grief [Mindfulness y duelo: Programa MADED, mindfulness para la aceptación del dolor, las emociones y el duelo]. *Psicooncología*, 17(1), 105-116.
<https://dx.doi.org/10.5209/psic.68244>
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2013). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (5ª ed.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Badenhorst, W. y Hughes, P. (2007). Psychological aspects of perinatal loss [Aspectos psicológicos de la pérdida perinatal]. *Best Practice and Research: Clinical Obstetrics and Gynaecology*, (21)2, 249–259.
<https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2006.11.004>
- Barrera, A. Z. y Nichols, A. D. (2015). Depression help-seeking attitudes and behaviors among an Internet-based sample of Spanish-speaking perinatal women [Actitudes y comportamientos de búsqueda de ayuda para la depresión en una muestra basada en internet de mujeres de habla hispana en período perinatal]. *Rev Panam Salud Pública*, 37(3),148-153.
<https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/9237/v37n3a04.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Bennett, S. M., Ehrenreich-May, J., Litz, B. T., Boisseau, C. L. y Barlow, D. H. (2012). Development and preliminary evaluation of a cognitive-behavioral intervention for perinatal grief [Desarrollo y evaluación preliminar de una intervención

- cognitivo-conductual para el duelo perinatal]. *Cognitive and Behavioral Practice*, 19(1), 161–173. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2011.01.002>
- Bermejo, J. C. , Villaceros, M. y Fernández-Quijano, E. (2016). Escala de mitos en duelo. Relación con el estilo de afrontamiento evitativo y validación psicométrica. *Acción Psicológica*, 13(2), 129–142. <https://doi.org/10.5944/ap.13.2.15965>
- Bowlby, J. (1980). *Attachment and loss [Vínculo y pérdida]*. Perseus Books Group.
- Brea, R. M. (2021). El Duelo, un camino hacia la transformación. (4ª ed.). Editora Búho.
- Camacho, M. (2020). Estudio fenomenológico sobre la experiencia de las familias en el duelo perinatal. [Tesis de doctorado, Universidad de Almería]. <http://hdl.handle.net/10835/10825>
- Claramunt, M., Álvarez, M., Jové, R. y Santos, E. (2009). La cuna vacía. (1ª. Ed.). La Esfera de los Libros.
- Connolly-Zubot, A., Timulak, L., Hession, N. y Coleman, N. (2019). Emotion-focused therapy for anxiety and depression in women with breast cancer [Terapia focalizada en emociones para la ansiedad y la depresión en mujeres con cáncer de mama]. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 50(2), 113–122. <https://doi.org/10.1007/s10879-019-09439-2>
- Cucu-Ciuhan, G. (2015). Emotion focused therapy in posttraumatic stress disorder: A clinical case [Terapia focalizada en las emociones en el trastorno de estrés postraumático: Un caso clínico]. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 205(9), 13–17. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2015.09.005>
- Doka, K. J. (1999). Disenfranchised grief [Duelo desautorizado]. *Bereavement Care*, 18(3), 37–39. <https://doi.org/10.1080/02682629908657467>

- Fabila, L. J. y Hernández, A. (2022). Intervención cognitivo-conductual en el duelo complicado: Un estudio de caso. *Clinica Contemporánea*, 13(2), 1-15.
<https://doi.org/10.5093/cc2022a8>
- Field, N. P. y Filanosky, C. (2010). Continuing bonds, risk factors for complicated grief, and adjustment to bereavement [Vínculos continuos, factores de riesgo para el duelo complicado y ajuste al duelo]. *Death Studies*, 34(1), 1–29.
<https://doi.org/10.1080/07481180903372269>
- García, A. M., Rodríguez, M., Brito, P. R. y Peyrolón, J. (2018). Continuidad de vínculos y duelo: Nuevas perspectivas. *Health, Aging & End of Life*, 3(1), 49–65.
<https://reunido.uniovi.es/index.php/hael/article/view/20375>
- Gil, R. (2016). Aplicación de la terapia cognitiva basada en mindfulness y compasión a personas en duelo. [Tesis de doctorado, Universidad de Valencia].
<http://hdl.handle.net/10550/54143>
- Gosling, S. D., Vazire, S., Srivastava, S. y John, O. P. (2004). Should we trust web-based studies? A comparative analysis of six preconceptions about internet questionnaires [¿Deberíamos confiar en los estudios basados en la web? Un análisis comparativo de seis preconceptos sobre cuestionarios en internet]. *American Psychologist*, 59(2), 93–104. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.59.2.93>
- Greenberg, L. S. (2004). Emotion-focused therapy [Terapia focalizada en emociones]. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 11(1), 3–16.
<https://doi.org/10.1002/cpp.388>

- Greenberg, L. S. (2010). Emotion-focused therapy: A clinical synthesis [Terapia focalizada en emociones: Una síntesis clínica]. *Focus-The Journal of Lifelong Learning in Psychiatry*, (8)1, 32-42. <https://doi.org/10.1176/foc.8.1.foc32>
- Herbert, D., Young, K., Pietrusińska, M. y MacBeth, A. (2022). The mental health impact of perinatal loss: A systematic review and meta-analysis [El impacto en la salud mental de la pérdida perinatal: Una revisión sistemática y meta-análisis]. *Journal of Affective Disorders*, 297(15), 118-129. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.10.026>
- James, J. y Friedman, R. (2009). *Superando pérdidas emocionales*. Grief Recovery Institute.
- Kersting, A. y Wagner, B. (2012). Complicated grief after perinatal loss [Duelo complicado luego de una pérdida perinatal]. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 14(2), 187–194. <https://doi.org/10.31887/dens.2012.14.2/akersting>
- Kirkley-Best, E. y Kellner, K. R. (1982). The forgotten grief: A review of the psychology of stillbirth [El duelo olvidado: Una revisión de la psicología de la muerte fetal]. *American Journal of Orthopsychiatry*, 52(3), 420–429. <https://doi.org/10.1111/j.1939-0025.1982.tb01428.x>
- Laxton-Kane, M. y Slade, P. (2002). The role of maternal prenatal attachment in a woman's experience of pregnancy and implications for the process of care [El papel del apego prenatal materno en la experiencia de embarazo de la mujer y sus implicaciones para el proceso de atención]. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 20(4), 253–266. <https://doi.org/10.1080/0264683021000033174>

- Magaña, M., Bermejo, J. C., Villacieros, M. y Prieto, R. (2019). Estilos de afrontamiento y diferencias de género ante la muerte. *Revista de Psicoterapia*, 30(112), 103-117.
<https://doi.org/10.33898/rdp.v30i112.269>
- Mota, C. (2018). Morir antes de nacer: Una revisión del duelo perinatal. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 23(1), 37-44.
<https://www.researchgate.net/publication/326606495>
- Mota, C., Calleja, N., Aldana, E., Gómez, M. E. y Sánchez, M. A. (2011). Escala de duelo perinatal. *Revista Latinoamericana de Psicología*, (43)3, 419-428.
<http://www.scielo.org.co/pdf/rlps/v43n3/v43n3a03.pdf>
- Mota, C., Calleja, N., Bravo, C., Carreño, J. y Buendía, J. L. (2021). Resiliencia y apoyo social como predictores del duelo perinatal en mujeres mexicanas: Modelo explicativo. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica*, 58(1), 33–46. <https://doi.org/10.21865/RIDEP58.1.03>
- Murphy, S. y Cacciatore, J. (2017). The psychological, social, and economic impact of stillbirth on families [El impacto psicológico, social y económico de la muerte fetal en las familias]. *Seminars in Fetal & Neonatal Medicine*, 22, 129–134.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.siny.2017.02.002>
- Neimeyer, R. A., Klass, D. y Dennis, M. R. (2014). Mourning, meaning, and memory: Individual, communal, and cultural narration of grief [Luto, significado y memoria: Narración individual, comunitaria y cultural del duelo]. *Meaning in Positive and Existential Psychology*, 325–346.
https://psycnet.apa.org/doi/10.1007/978-1-4939-0308-5_19
- Organización de las Naciones Unidas República Dominicana (2023). Resultados del marco de asistencia de las naciones unidas para el desarrollo 2018-2022.

https://dominicanrepublic.un.org/sites/default/files/2023-06/Resultados%20del%20MANUD%202018-2022_botones.pdf

Payàs, A. (2014). *El mensaje de las lágrimas: Una guía para superar la pérdida de un ser querido*. Paidós.

Peña-Villamar, M. y Hernández-Montaña, A. (2022). Intervención cognitivo conductual en duelo por muerte inesperada por la COVID-19. *Revista Electrónica Dr. Zoilo Marinello Vidaurreta*, (47)2, 1-5. <http://revzoilomarinellosld.cu/>

Quirós, J. L. y Arce, I. C. (2010). Microquimerismo natural ¿Existen humanos con varios genomas? *Medicina Legal de Costa Rica*, 27(1), 51-59.

https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?pid=S1409-00152010000100006&script=sci_arttext

Rubin, R. (1976). Maternal tasks in pregnancy [Tareas maternas durante el embarazo]. *Journal of Advanced Nursing*, (1)5, 367-376. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.1976.tb00921.x>

Sánchez-López, M. I., Pastor, P. y Carcelén, R. (2021). Asociación entre el duelo por muerte intrauterina y la interacción con los/as profesionales sanitarios en una muestra de mujeres españolas. *Matronas Profesión*, (22)2, 74-81. <https://s3-eu-south-2.ionoscloud.com/assetsedmayer/articles/trby8IGCFoDL3Mg5vtXvFYYYGMmwfOJW7Z9S1Oaq.pdf>

Shaohua, L. y Shorey, S. (2021). Psychosocial interventions on psychological outcomes of parents with perinatal loss: A systematic review and meta-analysis [Intervenciones psicosociales sobre los resultados psicológicos de los padres con

pérdida perinatal: Una revisión sistemática y metaanálisis]. *International Journal of Nursing Studies*, (117), 1-12. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2021.103871>

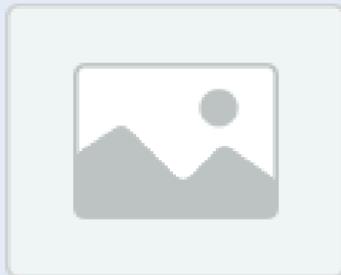
Sharbanee, J. M. y Greenberg, L. S. (2022). Emotion-focused therapy for grief and bereavement [Terapia focalizada en la emoción para la pena y el duelo]. *Person-Centered and Experiential Psychotherapies*, 22(1), 1–22. <https://doi.org/10.1080/14779757.2022.2100813>

Tichelman, E., Westerneng, M., Witteveen, A. B., Van-Baar A. L., Van Der Horst, H. E., De Jonge, A., Berger, M. Y., Schellevis, F. G., Burger, H. y Peters, L. L. (2019). Correlates of prenatal and postnatal mother-to-infant bonding quality: A systematic review [Correlatos de la calidad del vínculo madre-infante prenatal y postnatal: Una revisión sistemática]. *Plos One*, 14(9), 2-15. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0222998>

United Nations International Children's Emergency Fund. (08 de Octubre 2020), Cada 16 segundos se produce una muerte fetal, según las primeras estimaciones conjuntas de las Naciones Unidas. <https://www.unicef.org/es/comunicados-prensa/cada-16-segundos-produce-muerte-fetal-estimaciones-Naciones-Unidas>

Worden, J. (2018). *Grief counseling and grief therapy: A handbook for the mental health practitioner [Asesoramiento en duelo y terapia de duelo: Un manual para el profesional de la salud mental]*. (5th ed.). Springer Publishing Company, LLC. <https://www.yumpu.com/en/document/read/65725996/grief-counseling-and-grief-therapy-a-handbook-for-the-mental-health-practitioner-by-j-william-worden-z-liborg>

ANEXOS

ANEXO A – Aprobación del Comité de Ética de UNIBE**Aplicación Completa para Estudiantes**

Código de Aplicación ACECEI2024-134

Nombre del Estudiante #1 Mary Joe Acosta Sánchez

Matrícula del Estudiante #1 231131

Nombre del Proyecto de Investigación

Integración de la Terapia Focalizada en las Emociones y la Terapia Cognitivo Conductual y su utilidad en la elaboración del duelo perinatal: estudio de caso.

CAMBIOS APROBADOS DÍA Thursday, February 29, 2024

ESTADO DE LA APLICACIÓN APROBADO

ANEXO B – Consentimiento informado**CONSENTIMIENTO INFORMADO**

TÍTULO DEL PROYECTO: Integración de la Terapia Focalizada en las Emociones y la Terapia Cognitivo Conductual y su utilidad en la elaboración del duelo perinatal: estudio de caso.

DESCRIPCIÓN DE LA INVESTIGACIÓN: El propósito de esta investigación es determinar la utilidad de una intervención integrada de la terapia focalizada en emociones y la terapia cognitivo conductual para la elaboración del duelo perinatal. Este estudio cuenta con la aprobación del Comité de Ética de Universidad Iberoamericana (UNIBE).

PROCEDIMIENTO: Para participar en este estudio, usted debe cumplir con los siguientes requisitos básicos: ser mujer, mayor de 18 años de edad, haber experimentado una pérdida perinatal hace más de tres (3) meses y menos de dos (2) años, no contar con un diagnóstico psicopatológico previo, no estar actualmente embarazada y obtener una puntuación mínima de 50 puntos en la Escala de Duelo Perinatal.

Una vez firme el consentimiento, procederá a completar la encuesta de datos sociodemográficos y la Escala de Duelo Perinatal. De ser aceptada, se le contactará vía telefónica a fines de coordinar la fecha de inicio y horarios de la intervención.

Debe contar con disponibilidad para encuentros semanales de 1 hora, durante ocho (8) semanas aproximadamente.

Al culminar, se le aplicará nuevamente la Escala de Duelo Perinatal, lo cual nos permitirá visualizar si hubo cambios posteriores a la intervención.

De no ser aceptada, se le contactará vía correo para explicarle los motivos y se le brindará información sobre alternativas de tratamiento.

RIESGOS Y BENEFICIOS: El beneficio de participar en esta investigación radica en que, si la intervención tiene éxito, podrá vivir su proceso de duelo de manera más adaptativa, lo que mejora su bienestar emocional. Es posible que durante el tratamiento salgan a relucir temas o emociones que le perturben o le agobien. Si esto llegase a ocurrir, tenga presente que se trabajará en aliviar ese malestar utilizando técnicas ya conocidas en psicología dentro de un ambiente de seguridad, aceptación, respeto y comprensión. En caso de que ocurran situaciones inesperadas que superen mis habilidades como terapeuta, se buscará la ayuda de otros profesionales de la salud mental para tratar su caso.

CONFIDENCIALIDAD: Su nombre no será revelado a nadie, ni tampoco sus informaciones de contacto. Los registros utilizados serán destruidos al concluir la redacción de la investigación. Tampoco se utilizará su nombre en la divulgación de los resultados.

CONTACTO: Si usted tiene alguna pregunta, puede ponerse en contacto con la investigadora principal: Lic. Mary Joe Acosta Sánchez, al correo electrónico: macosta11@est.unibe.edu.do. También puede ponerse en contacto con la supervisora de este estudio: Gloriannys Báez, MSc., al correo electrónico: g.baez@prof.unibe.edu.do.

ESTUDIO VOLUNTARIO: Si siente que no puede o no quiere participar en esta investigación, siéntase en total libertad de comunicarlo al investigador. Su participación es voluntaria y no será penalizado por renunciar.

TIEMPO REQUERIDO: 1 hora semanal, por 8 semanas aproximadamente.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

TÍTULO DEL PROYECTO: Integración de la Terapia Focalizada en las Emociones y la Terapia Cognitivo Conductual y su utilidad en la elaboración del duelo perinatal: estudio de caso.

Acepto participar en este estudio: SI NO

ANEXO C – Instrumento de medición aplicado

ESCALA DE DUELO PERINATAL
Potvin et al. (1989), adaptada por Mota et. al. (2011)

Las siguientes son frases que las personas dicen en relación con la pérdida de sus bebés. Marque con una (X) el grado en el que cada una de las frases refleje lo que usted siente. Por favor conteste todas.

| | Definitivamente Sí | Probablemente Sí | Probablemente No | Definitivamente No |
|--|-----------------------|---------------------|---------------------|-----------------------|
| 1. Intento reír, pero ya nada me parece gracioso. | | | | |
| 2. Me siento desprotegida en un mundo peligroso desde que perdí a mi bebé. | | | | |
| 3. La mejor parte de mí, se perdió con mi bebé. | | | | |
| 4. Me enoja cuando pienso en mi bebé. | | | | |
| 5. Me siento como muerta en vida. | | | | |
| 6. Siento que no valgo nada desde que perdí a mi bebé. | | | | |
| 7. Me siento apartada y sola, aunque esté con amigos. | | | | |
| 8. El tiempo pasa muy lentamente desde que perdí a mi bebé. | | | | |
| 9. Desde que perdí a mi bebé se me hace difícil tomar decisiones. | | | | |
| 10. Me siento muy sola desde que perdí a mi bebé. | | | | |
| 11. Me siento culpable cuando pienso en mi bebé. | | | | |
| 12. Me siento enferma cuando pienso en mi bebé. | | | | |
| 13. Estoy asustada. | | | | |
| 14. Siento que decepcioné a la gente por la pérdida de mi bebé. | | | | |
| 15. Necesito justificarme ante algunos por la pérdida de mi bebé. | | | | |
| 16. Necesito ayuda profesional para que mi vida funcione otra vez. | | | | |
| 17. Me siento culpable por la pérdida de mi bebé. | | | | |
| 18. El futuro me preocupa. | | | | |

| | | | | |
|---|--|--|--|--|
| 19. Me siento deprimida. | | | | |
| 20. Me siento vacía. | | | | |
| 21. Siento la necesidad de hablar de mi bebé. | | | | |
| 22. Me lamento por la pérdida de mi bebé. | | | | |
| 23. Extraño mucho a mi bebé. | | | | |
| 24. Lloro cuando pienso en mi bebé. | | | | |
| 25. Siento que estoy retomando de nuevo mi vida. | | | | |
| 26. Siento que me estoy adaptando bien a la pérdida de mi bebé. | | | | |
| 27. Estoy aceptando la pérdida de mi bebé. | | | | |

ANEXO D – Programa de intervención

| Sesión | Objetivos | Actividades |
|---------------|---|---|
| 1 | Establecer una relación terapéutica Explorar las emociones de la participante | <ul style="list-style-type: none"> • Presentación del terapeuta, formación académica y motivación del estudio. • Presentación de la participante, composición familiar, hobbies e intereses. • Levantamiento de la historia de la pérdida: historia del embarazo, proceso de parto, ¿Cómo fue manejada la noticia del fallecimiento?, exploración de red de apoyo. • Exploración de emociones: ¿Cuáles emociones ha experimentado? ¿Cómo ha gestionado esas emociones? |
| 2 | Identificar y expresar emociones Aumentar el conocimiento de duelo y emociones | <ul style="list-style-type: none"> • Meditación de conexión emocional: a través de la narración se invita a la participante a conectar con la conciencia corporal, se guía al momento de la pérdida, a reconocer la emoción experimentada y darle nombre e identificarla en el cuerpo, posteriormente, se invita a identificar un lugar seguro que la reconecte con la calma. • Psicoeducación en duelo y función de las emociones: <ul style="list-style-type: none"> - Exposición del concepto del duelo y los mitos más comunes del proceso. - Exposición del concepto de emociones, sus manifestaciones y funciones en el duelo. |
| 3 | Aumentar la conciencia emocional Instruir en técnicas de regulación emocional | <ul style="list-style-type: none"> • Exploración de emociones vividas durante la semana: la participante expone las emociones que reconoció haber sentido durante la semana, en cuáles momentos las experimentó y cómo se sintieron en su cuerpo. • Instrucción en técnicas de regulación emocional: respiración consciente, observación de las emociones y pensamientos. |
| 4 | Explorar y debatir pensamientos desadaptativos | <ul style="list-style-type: none"> • Reestructuración cognitiva: exploración de pensamientos desadaptativos sobre la pérdida que son generadores de malestar, debate de los mismos y propuesta de pensamientos alternativos. |
| 5 | Fortalecer red de apoyo | <ul style="list-style-type: none"> • Participación de un miembro de la red de apoyo en una sesión psicoeducativa sobre acompañamiento en duelo. Temas a abordar: <ul style="list-style-type: none"> - ¿Qué es el duelo? - El duelo como proceso único e individual - ¿Cómo brindar apoyo al doliente? |
| 6 | Continuar debate de pensamientos desadaptativos | <ul style="list-style-type: none"> • Continuación de la reestructuración cognitiva, se explora cuáles pensamientos desadaptativos continúan generando malestar, para debatir y proponer otros alternativos. |
| 7 | Resituar emocionalmente a la persona fallecida | <ul style="list-style-type: none"> • Exploración de sueños, metas y posibles planes de ejecución. • Identificación de formas de mantener la conexión simbólica con el ser querido. • Elaboración de carta de despedida. |
| 8 | Explorar cambios percibidos en el proceso de duelo Cierre de intervención | <ul style="list-style-type: none"> • Abordaje de los cambios percibidos por la participante en sus pensamientos y emociones desde el inicio de la intervención hasta el cierre. • Agradecimiento por la participación y compromiso con la intervención. • Reaplicación de la Escala de Duelo Perinatal. |