

Terapias cognitivas conductuales y de tercera generación en un caso de trastorno de duelo prolongado

Cognitive behavioral and third-generation therapies in a case of prolonged grief disorder

Edith Midori Gloria Kawasaki ^a, Alicia Hernández Montaña ^b

Abstract:

Grief can be complicated by the influence of various individual factors related to the loss and by its consequences. Complications identify suicidal risk, comorbidity with other psychological disorders and, therefore, impact on quality of life. For this, psychological interventions have been developed for manage complicated grief, as well as other third-generation therapies like ACT and mindfulness techniques. In the present study, the case of an adult woman after the loss of her spouse due to complications of type 2 diabetes mellitus is analysed, attending to therapy on the first death anniversary for prolonged grief disorder. A single-case design with mixed ABA-type methodology was used to reduce the associated dysfunctional symptoms and promote more healthy behaviour that facilitates adaptation after loss. A treatment based on REBT, ACT and MBT techniques was designed, obtaining a significant reduction and recovery in most of the problematic symptoms, as well as improvement in social and daily functioning. More adaptive coping strategies were promoted that can help cope with the grief of a loved one, in addition to redefining and find a sense of life for change.

Keywords:

Rational emotive behavioral therapy, grief, beliefs, mindfulness

Resumen:

El duelo puede complicarse tras la influencia de diversos factores tanto individuales, relacionados con la pérdida y por secuelas tras esta. En las complicaciones se identifica el riesgo suicida, comorbilidad con otros trastornos psicológicos y, por tanto, afectación en la calidad de vida. Para esto se han desarrollado intervenciones psicológicas para el manejo del duelo complicado, así como basadas de otras terapias de tercera generación como TAC y técnicas mindfulness. En el presente estudio se analiza el caso de una mujer adulta tras la pérdida de su conyugue por complicaciones de diabetes mellitus tipo 2, acudiendo a terapia en el primer aniversario luctuoso por un trastorno de duelo prolongado. Se utilizó un diseño de caso único con metodología tipo ABA mixto para disminuir la sintomatología disfuncional asociada y promover un comportamiento más saludable que facilite la adaptación tras la pérdida. Se diseñó un tratamiento basado en la TREC, técnicas TAC y mindfulness, obteniendo una reducción significativa y recuperación en la mayoría de los síntomas problemáticos, así como la mejora en el funcionamiento social y cotidiano. Se promovieron estrategias de afrontamiento más adaptativas que pueden ayudar a sobrellevar el duelo de un ser querido, además de resignificar y promover un sentido de vida para el cambio.

Palabras Clave:

Terapia racional emotiva conductual, Duelo, creencias, mindfulness

Introducción

En México, el 13% de las defunciones en el 2021 fue a causa de diabetes mellitus (INEGI, 2022). Se calcula que

^a Autor de Correspondencia, Universidad Autónoma de Coahuila | Facultad de Psicología-Departamento de Posgrado | Coahuila-Coahuila | México, <https://orcid.org/0009-0000-5092-7857>, Email: midorikawasaki@uadec.edu.mx

^b Universidad Autónoma de Coahuila | Facultad de Psicología-Departamento de Posgrado | Coahuila-Coahuila | México, <https://orcid.org/0000-0001-8778-5805>, Email: aliciahernandezmont@uadec.edu.mx

Fecha de recepción: 22/11/2024, Fecha de aceptación: 07/04/2025, Fecha de publicación: 05/06/2025

entre el 3% y el 10% de las personas que experimentan un duelo por la pérdida de un ser querido por causas naturales pueden desarrollar un Trastorno de Duelo Prolongado (TDP), sin embargo, esta probabilidad aumenta ante la pérdida de un conyugue o de un hijo (American Psychiatric Association, 2022; Simon & Shear, 2024). El TDP puede presentar consecuencias como disfuncionalidad en el ámbito laboral y social del doliente, también está asociado con problemas médicos como enfermedades cardíacas, hipertensión, cáncer, inmunodeficiencia y, por ende, con una reducción en la calidad de vida; además de ser una de las principales causas de suicidio (American Psychiatric Association, 2022; Organización Mundial de la Salud, 2021).

El trastorno de duelo prolongado es una respuesta intensa tras la pérdida de un ser querido, es persistente y se diferencia del duelo normativo ya que interfiere significativamente con el funcionamiento diario de un individuo; se caracteriza por un anhelo intenso, angustia emocional duradera (síntomas depresivos, ansiosos, irritabilidad, incredulidad, incapacidad de retomar actividades cotidianas, entre otras manifestaciones), dificultad para aceptar la pérdida y evitación constante de recuerdos o situaciones que remitan a la pérdida; con una duración mayor 12 meses (American Psychiatric Association, 2022).

La Terapia Racional Emotiva Conductual (TREC) conforma una de las variantes de terapias cognitivas conductuales, la cual se centra en la identificación y modificación de creencias irracionales que provocan emociones no saludables (Vargas & Ferrero, 2021); esta terapia empodera al consultante para entender su sistema de creencias y el impacto en su conducta, promoviendo cambios duraderos.

Las terapias de tercera generación surgen del marco de terapias cognitivas conductuales con enfoque en la conducta y su análisis funcional, principalmente en la verbal; la Terapia de Aceptación y Compromiso (TAC) se basa en el contextualismo funcional enfocándose en el aprendizaje de eventos psicológicos como emociones, pensamientos y comportamientos contextualizados en un marco de funciones interpersonales; de la misma manera, la Terapia con Base en Mindfulness (TBM) se centra en el desarrollo de una atención a la experiencia del presente, comprendiendo sensaciones, respuestas fisiológicas, pensamientos, y eventos privados, así como su relación con el ambiente, propiciando una actitud de aceptación y flexibilidad (Pérez, 2001).

En estudios sobre el duelo, se identifican factores de riesgo para su complicación como los rasgos de personalidad dependiente o las estrategias de afrontamiento, especialmente las evitativas, ya que afectan el manejo del duelo (Mota et al., 2021; Smith et al., 2024). De manera complementaria, se pueden identificar

estrategias cognitivas como la rumiación y preocupación excesiva en la complicación del duelo (Eisma et al., 2022). Ante las estrategias de afrontamiento evitativas, se manifiesta la eficacia de estrategias dentro del marco de terapias cognitivas conductuales como la exposición, siendo una pieza clave para combatir el mantenimiento del problema (Maccallum et al., 2025).

Además, se ha identificado que, tras la pérdida de una pareja, la satisfacción con la vida se relaciona más con un estado que con un rasgo, esto denota que esta puede ser potenciado por factores externos tal como las intervenciones terapéuticas enfocadas al proceso de duelo (Boelen et al., 2023).

Así, se ha demostrado la efectividad de intervenciones basadas en la TCC (Julian & Hernández, 2022) enfocadas en la exposición a los recuerdos sobre la pérdida y el manejo de las emociones consecuentes; en TBM se ha evidenciado efectividad en la regulación emocional y en la búsqueda de sentido tras la pérdida (Salcido et al., 2021); y en intervenciones basadas en TAC se presenta una disminución de rumiación, evitación experiencial, disminución en problemas de salud y aumento de satisfacción de vida mayormente en mujeres adultas (Davis et al., 2020; Willi et al., 2024).

En el presente estudio se diseñó y evaluó una intervención clínica para una mujer mexicana de 43 años con diagnóstico de trastorno de duelo complicado tras la pérdida de su conyugue por complicaciones de diabetes mellitus tipo 2. La intervención está basada en terapias cognitivas conductuales, incorporando estrategias de TAC y de TBM al plan de intervención. El objetivo principal es disminuir la sintomatología disfuncional asociada y guiar al consultante hacia un comportamiento más saludable que facilite la adaptación tras la pérdida.

El enfoque integrador que recolecta técnicas de la TREC, TAC y TBM busca no solo abordar los síntomas del duelo prolongado, sino también fomentar una comprensión más profunda de la experiencia de pérdida y promover el proceso de resignificación. A través de la psicoeducación y el desarrollo de habilidades de afrontamiento, se espera que la consultante logre una integración más saludable de la pérdida, permitiéndole retomar su vida con un sentido y la capacidad de recordar a su ser querido sin dolor intenso desembocando conductas no saludables.

Método

Durante el primer contacto con la consultante se solicitó de manera oral y escrita el consentimiento informado de la consultante, en donde se garantiza confidencialidad de la información, además de la solicitud de autorización para llevar a cabo la intervención (contemplando riesgos y

costos) y la publicación de los resultados, asegurando la integridad, el respeto y el cumplimiento de sus derechos humanos, informando de los aspectos éticos que implica de acuerdo con la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, el Código Ético del Psicólogo y la Declaración de Helsinki sobre los principios éticos para las investigaciones con participantes humanos (Asociación Médica Mundial (WMA), 2024; Diario Oficial de la Federación, 2014; Sociedad Mexicana de Psicología, 2007).

El diseño utilizado en el presente estudio es de caso único con metodología de tipo ABA-mixto, dividido en tres etapas: la de pretest o medición de los síntomas antes de la intervención, la aplicación de las estrategias y del plan de intervención y, por último, la medición de las variables de conducta contempladas en la primera fase (postest) con la finalidad de poder evaluar la efectividad de la intervención (Ato et al., 2013).

El diseño de la intervención fue evaluado por expertos y un comité académico perteneciente a la institución académica donde fue realizada la intervención, respondiendo a los puntos establecidos por la Declaración de Helsinki.

Para el proceso de selección del consultante para el estudio se tomaron casos asistentes a la clínica perteneciente al departamento de psicología clínica de la Universidad Autónoma de Coahuila, contemplando como criterios de inclusión que hubiera experimentado la pérdida de un ser querido, que cumpliera los criterios diagnósticos de un trastorno de duelo prolongado (American Psychiatric Association, 2022), que tenga la mayoría de edad y que haya concluido la fase de evaluación. Se excluyeron casos que no tuvieran alteración en diferentes ámbitos de su vida (social, laboral, académico, etc.) y que la causa de la pérdida haya sido por desaparición forzada u homicidio. Se eliminaron los casos que no completaron el tratamiento.

El caso analizado (Any, nombre ficticio) es una mujer de 43 años, con grado último de estudios en educación secundaria y de nivel socioeconómico medio; empleada, con 2 hijos, ambos mayores de edad. En el momento de la entrevista vivía sola por cuestiones laborales en una ciudad diferente a la de sus hijos.

Tras el fallecimiento de su esposo, Any manifestaba un ánimo deprimido, pensamientos de desesperanza sobre su futuro, soledad intensa, llantos frecuentes e intensos, insomnio, dificultad para adaptarse a actividades cotidianas como salir de casa debido a síntomas fisiológicos y cognitivos de ansiedad (catastrofizaciones); además de experimentar irritabilidad y fatiga la mayor parte del día, dificultando la cercanía sus redes de apoyo.

Historia del problema

En la dinámica conyugal, la mayoría de las decisiones importantes dentro de la familia y su estilo de vida eran resueltas por su conyugue. Posterior a su fallecimiento, se presentaron problemas con el núcleo familiar de su esposo, deviniendo un episodio depresivo en Any por pensamientos de desesperanza debido a las complicaciones en su entorno. Visitar el panteón fungía como un estímulo activador de crisis de llanto y sentimientos de desesperación debido a pensamientos de anhelo intenso de su conyugue, evitando asistir posteriormente por medio año. En el primer aniversario luctuoso, manifiesta síntomas depresivos severos impidiendo la realización de labores del hogar y autocuidado.

Any presentaba anhelo intenso al recordar a su esposo, llanto e inactividad física al estar sola en casa tras el trabajo (quedándose en casa), sentimientos de soledad y culpa al pensar no haber hecho suficiente por su esposo. Su trabajo funge como factor protector, haciéndola sentir acompañada.

Análisis de conductas problema

La primera fase del estudio consistió en una evaluación inicial, tomando en cuenta como unidades de análisis la sintomatología significativa o problemática (ansiedad, depresión y otros complementarios como ideación paranoide, somatización, hostilidad, etc.) y creencias irracionales dominantes (causantes y mantenedoras de conductas problema).

Para su medición, se utilizó la Entrevista Clínica de Manuel Muñoz (Muñoz et al., 2019), que consiste en una entrevista semiestructurada para analizar la conducta problema y un diagnóstico diferencial basado en el DSM-5 (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014); y una batería de pruebas. En la entrevista se detectaron variables influyentes, como un rol pasivo en la familia, el alcoholismo de su esposo y la pérdida de su esposo. Los estímulos activadores son recuerdos de su esposo al ver objetos o fotografías, la ausencia de sus hijos, estar sola en casa y el consumo de alcohol por parte de su hijo. Estos activan creencias de incapacidad para afrontar problemas, desesperanza, una percepción amenazante

del mundo y demandas de comodidad o intolerancia al malestar.

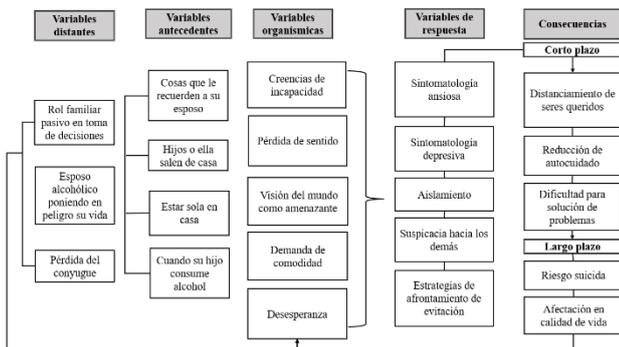


Figura 1. Mapa de patogénesis de Any

Las respuestas a estos antecedentes incluían síntomas de ansiedad (malestar estomacal, temblores, sudoración) y depresión (llanto, culpa, fatiga), además de aislamiento social y desconfianza hacia los demás. Las estrategias de afrontamiento que adoptó, como la evitación de problemas e inactividad, llevaron a consecuencias a corto plazo como el distanciamiento de sus redes de apoyo, dificultad para tomar decisiones (solución de problemas) y la reducción del autocuidado.

Se utilizaron pruebas como pre y postest para medir la eficacia del tratamiento: Symptoms Check List 90 (SCL-90) (C. Cruz et al., 2005), escala para evaluar el distrés psicológico por síntomas (alfa de Cronbach $\alpha=0.7-0.66$ en las subescalas); Inventario de Depresión de Beck II (BDI-II) (Rosas et al., 2020), para evaluar la gravedad de la sintomatología depresiva (alfa de Cronbach $\alpha=0.92$); y el Test de Creencias Irracionales de Ellis (Jones, 1968), para la identificación de creencias irracionales (alfa de Cronbach $\alpha=0.45-0.72$).

En el SCL-90 se identificaron síntomas como susceptibilidad interpersonal, ideación paranoide, obsesivo-compulsivo, psicoticismo, ansiedad fóbica y somatización. En el BDI-II se obtuvo una depresión severa. Las creencias irracionales observadas como problema son el miedo ante situaciones inciertas y la influencia del pasado en el presente.

Con base en estos resultados, la información de la entrevista y el mapa de patogénesis, se concluye que el diagnóstico es un Trastorno de Duelo Prolongado (F43.8), ya que se cumplen los criterios del DSM-5: un año tras la pérdida, llanto intenso y preocupación por recuerdos asociados al fallecido (culpa y vacío), disrupciones en la identidad, evitación de recuerdos de la persona fallecida (como visitar el panteón), dolor emocional intenso, problemas de readaptación en actividades, anhedonia, pérdida de sentido en la vida y soledad intensa. Además, Any ha indicado que esto afecta su ámbito familiar y personal, limitando su funcionalidad en el trabajo y

disminuyendo su interacción social significativamente (American Psychiatric Association, 2022).

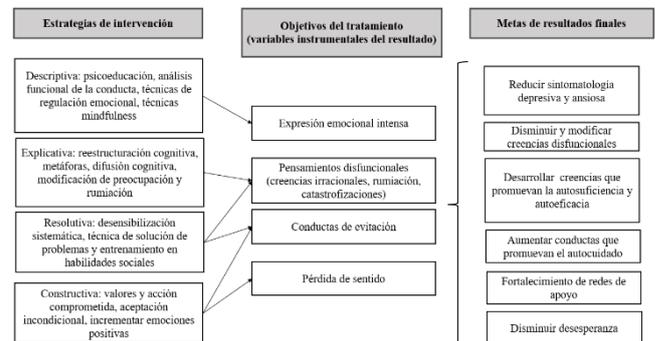


Figura 2. Mapa de alcance de metas de Any

Se toman como variables sujetas al cambio la expresión emocional intensa (culpa, tristeza, sintomatología ansiosa); las creencias de incapacidad, la demanda de comodidad, rumiación y catastrofizaciones; conductas de evitación; y la desesperanza ante la vida.

El plan de intervención se basa en la propuesta del manejo del duelo complicado de J. Cruz, Chávez, et al. (2017); el cual propone un plan de intervención basado en TCC que consiste en cuatro fases: 1) descriptiva: facilitar la integración de la pérdida en el conocimiento del consultante; 2) expectativa: identificar y modificar creencias desadaptativas; 3) resolutive: fomentar estrategias de afrontamiento para reducir la evitación; 4) constructiva: guiar al doliente hacia la resignificación de la pérdida; utilizando principalmente técnicas y metodología basada en la TREC (Ellis, 2020; Vargas & Ferrero, 2021)

La estrategia de intervención se complementa con técnicas mindfulness que ayudan con la regulación emocional y la resignificación de la pérdida; así como técnicas de difusión cognitiva y metáforas (basadas en TAC) para la modificación de pensamientos disfuncionales; además del establecimiento valores basados en TAC con la finalidad de poder involucrar a la doliente en actividades potencialmente gratificantes y con sentido para ella (J. Cruz, Reyes, et al., 2017; Leahy, 2018; McKay et al., 2017).

Análisis de resultados

Inicialmente, la consultante mostró poco involucramiento en las tareas durante las sesiones, pero su cooperación mejoró al establecerse el rapport. En la fase descriptiva se utilizó la psicoeducación como estrategia inicial, explicando la relación entre pensamientos, emociones y síntomas (análisis funcional de la conducta) y acerca del proceso de duelo. A pesar de sus dificultades de concentración, se emplearon materiales didácticos como videos y dibujos.

Además, se brindaron técnicas de regulación emocional incluyeron psicoeducación sobre emociones, técnicas de respiración y mindfulness, identificación de puntos calientes, exposición emocional, entre otras, logrando una reducción de la ansiedad y depresión del 100% al 70% según reporte de la consultante.

En la fase explicativa, se trabajó en la reestructuración cognitiva, desafiando creencias de incapacidad y vulnerabilidad, difusión cognitiva y el uso de metáforas de la TAC, lo que fomentó una motivación para cambiar conductas a través de creencias alternativas.

Esto junto con la activación conductual, la desensibilización sistemática, la técnica de solución de problemas y el entrenamiento en habilidades sociales, disminuyó en mayor medida los niveles de ansiedad y depresión del 80-70% al 60% (según el autorreporte de la consultante).

En la fase constructiva, se establecieron valores personales y acciones comprometidas basados en la TAC; así como actitudes de aceptación incondicional e incremento de emociones positivas de la TBM, promoviendo actividades gratificantes como por ejemplo la creación de rosas de listón (del valor de *cuidarse a sí misma*), lo que contribuyó a su bienestar emocional.

Tabla 1. Comparación de las medidas de pretest y postest

	Pretest	Postest	PC	RCI
SCL-90				
SOM	16	13	12	-2.03
OBC	26	14	10	-8.12
SIN	26	9	9	-11.503
ANS	22	10	10	-8.12
ANF	17	8	7	-6.09
IPA	16	6	6	-6.766
PSI	26	10	10	-10.826
BDI-II	42	14	13	-19.622
Creencias de Ellis				
6 (ansiedad)	8	5	7	-2.03
9 (IP)	7	5	7	-1.353

Nota: RCI=índice de cambio confiable; PC=punto de corte de referencia; OC=obsesivo compulsivo; IP=influencia del pasado.

Any reportó mejoras en sus relaciones familiares, en su participación en la toma de decisiones y en su vida social. Realizó actividades placenteras y pudo cambiar su depresión por tristeza. Su estado de ánimo y calidad de vida mejoraron significativamente en cuanto al autocuidado y búsqueda de apoyo social.

Al final del tratamiento, se realizó una postest utilizando la misma batería del pretest, analizando los cambios mediante el índice de cambio fiable (RCI), comparando los resultados del pretest y postest (Sanz & García, 2015). Para considerar que el cambio en un síntoma o variable medida es fiable, la puntuación del RCI debe ser mayor a

1.96 o menor que -1.96, dependiendo de la expectativa de aumento o disminución de la variable medida. Según la Tabla 1, los síntomas significativos de la escala SCL-90 muestran un cambio negativo confiable en todas las subescalas, destacando especialmente en susceptibilidad interpersonal y psicoticismo. En el caso de la variable depresión del SCL-90, se omite y se contempla el valor reportado en el BDI-II.

Es crucial también evaluar el estado del consultante tras la intervención, utilizando puntos de corte que indican recuperación. Se observa que los síntomas de susceptibilidad interpersonal, ansiedad, ideación paranoide y psicoticismo muestran puntuaciones postest que sugieren un estado recuperado. En contraste, síntomas obsesivos compulsivos (rumiación), somáticos y de ansiedad fóbica, aunque disminuyeron en intensidad, siguen considerándose síntomas de riesgo de posibles recaídas.

Los síntomas depresivos fueron medidos también con la escala BDI-II, donde se encontró un cambio negativo confiable, con puntuaciones que indican recuperación (PC<13), situándose en el límite entre depresión mínima o leve y su ausencia (Sanz & García, 2015).

Finalmente, en relación con las creencias irracionales (Test de Creencias de Ellis), la creencia relacionada con el miedo a lo incierto mostró un cambio fiable y significativo, dejando de ser una creencia problema. De manera similar, la creencia sobre la influencia del pasado redujo su grado de creencia, pero no alcanzó un cambio significativo, aunque dejó de ser una creencia problema según el punto de corte.

Conclusiones

El objetivo principal de este estudio fue reducir los síntomas problemáticos asociados al trastorno de duelo prolongado, basándose en las fases propuestas del modelo de terapias cognitivo-conductuales (Boelen et al., 2006; J. Cruz, Chávez, et al., 2017) con la incorporación de estrategias de terapias de tercera generación para maximizar el alcance del tratamiento (Alonso et al., 2021; J. Cruz, Reyes, et al., 2017; Salcido et al., 2021). Se observó una disminución significativa de síntomas como depresión y ansiedad, además de otros síntomas complementarios. En algunos casos, se logró la recuperación total.

Otros estudios también respaldan la eficacia de intervenciones que abordan el manejo emocional mediante estrategias de desactivación fisiológica, activación conductual y relajación, basadas en la TCC (Alonso et al., 2021; Carmona, 2009; Julian & Hernández, 2022; Luna, 2021; Salcido et al., 2021). Asimismo, se implementaron estrategias de mindfulness, como meditación, aceptación y autocompasión, y terapia de

aceptación y compromiso, con el fin de reducir la desesperanza y proporcionar un nuevo sentido de vida, promoviendo así la resignificación de la pérdida; lo cual también se ha demostrado su efectividad en otros estudios similares en casos de duelo complicado (Davis et al., 2020; Willi et al., 2024).

En cuanto a síntomas específicos como la depresión, los obsesivos-compulsivos (rumiación), la somatización (fatiga y síntomas fisiológicos de ansiedad) y la ansiedad fóbica (evitación), aunque se logró una reducción significativa, no se alcanzó una recuperación según los puntos de corte. Dado que el duelo es un proceso doloroso y esperado, es razonable buscar una mejora en los síntomas disfuncionales, reconociendo que es natural recordar al fallecido con tristeza, aunque se aspire a disminuir el dolor para permitir un mayor interés por la vida y la búsqueda de estados emocionales positivos que faciliten la readaptación (Camps & Sánchez, 2007; Carmona, 2009; Julian & Hernández, 2022; Worden, 2004).

En la intervención, las últimas dos fases propician la modificación de estrategias evitativas de afrontamiento y, por lo tanto, la búsqueda de un sentido de vida adaptado tras la pérdida, propiciado por la búsqueda activa de estados emocionales positivos. Sin embargo, se necesita una modificación de pensamientos disfuncionales que promuevan el cambio conductual y la adopción de actitudes tolerantes al malestar, de aceptación y con evaluaciones objetivas de la realidad (disminución de catastrofizaciones).

Resulta relevante poder modificar conductas de evitación y de rumiación (pensamientos insistentes y de preocupación excesiva) ya que estas pueden propiciar al mantenimiento del problema, en este caso del trastorno de duelo complicado (Eisma et al., 2022; Maccallum et al., 2025; Mota et al., 2021; Smith et al., 2024); disminuyendo la satisfacción hacia la vida, siendo una clave para el cambio conductual y la promoción de la satisfacción en el doliente, por lo que las intervenciones psicológicas resultan un medio efectivo para conseguir este objetivo (Boelen et al., 2023).

Respecto a la modificación de creencias, se observó una disminución de pensamientos disfuncionales relacionados con el miedo a lo desconocido, sin embargo no se evidenció un cambio significativo en la influencia del pasado; en el marco de las intervenciones TREC, se busca no solo la adopción de creencias alternativas que mejoren la respuesta ante la vida, sino también la creación de una filosofía de vida que otorgue sentido a los cambios de conducta, generando un cambio más profundo y subjetivo, por lo que a raíz de la práctica se sigue fomentando la modificación de creencias (Ellis, 2020).

La intervención propuesta por el modelo cognitivo conductual de Cruz y colaboradores (J. Cruz, Chávez,

et al., 2017) se centra en contextualizar al consultante en relación con la pérdida reciente, modificar las creencias que causan malestar, desarrollar herramientas para una mejor adaptación a los cambios y construir un nuevo sentido de vida. En este caso, la consultante aprendió a manejar sus estados emocionales disruptivos, incluidos los relacionados con el trauma, y adoptó creencias que la hicieron funcional al enfrentar situaciones desconocidas, como la independencia en la toma de decisiones y en actividades cotidianas. Además, desarrolló habilidades sociales y de resolución de problemas, y elaboró un plan de vida que la sostiene a corto, mediano y largo plazo.

El estudio presenta áreas de oportunidad, como la omisión de la medición de la variable de duelo complicado, lo que limitaría una evaluación más objetiva de esta variable. Al ser un estudio de caso único, los resultados no pueden generalizarse a una población adulta en proceso de duelo. También es relevante contemplar variables no modificadas como los rasgos de personalidad, que pueden desencadenar recaídas a mediano plazo. Aunque se abordaron indirectamente mediante la modificación de creencias, es crucial adaptar los objetivos y estrategias a las necesidades específicas de cada caso. No se identifican conflictos de intereses.

Agradecimientos

Este proyecto fue financiado por CONAHCYT y supervisado por la Universidad Autónoma de Coahuila.

Referencias

- [1] Alonso, L., Lacomba, L., & Pérez, M. (2021). Factores de protección de duelo complicado en dolientes de primer grado: capacidad mindful y autocompasión de primer grado: capacidad mindful y autocompasión. *Revista de Psicología de la Salud*, 9(1). <https://doi.org/10.21134/pssa.v9i1.709>
- [2] American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5-TR)* (5a ed.). American Psychiatric Association Publishing.
- [3] Asociación Americana de Psiquiatría. (2014). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5)* (5a ed.). Editorial Médica Panamericana.
- [4] Asociación Médica Mundial (WMA). (2024). *WMA: Asociación Médica Mundial. Declaración de Helsinki de la AMM – Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos*. <https://www.wma.net/es/policias-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/>
- [5] Ato, M., López, J., & Benavente, A. (2013). Un sistema de clasificación de los diseños de investigación en psicología. *Anales de Psicología*, 29(3), 1038–1059. <https://doi.org/10.6018/analesps.29.3.178511>
- [6] Boelen, P. A., O'Connor, M., & Missler, M. A. (2023). Satisfaction with life after partner loss: Time-varying and time-invariant components and their associations with prolonged grief. *European*

- Journal of Trauma & Dissociation*, 7(4), 100350. <https://doi.org/10.1016/J.EJTD.2023.100350>
- [7] Boelen, P. A., Van Den Hout, M. A., & Van Den Bout, J. (2006). A Cognitive-Behavioral Conceptualization of Complicated Grief. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 13(2), 109–128. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/j.1468-2850.2006.00013.x>
- [8] Camps, C., & Sánchez, P. (2007). *Duelo en Oncología* (C. Camps & P. Sánchez, Eds.). Sociedad Española de Oncología Médica SEOM.
- [9] Carmona, C. (2009). Análisis de un caso de duelo patológico desde la terapia cognitivo-conductual. *Revista de Psicología da IMED*, 1(2), 231–242.
- [10] Cruz, C., López, L., Blas, C., González, L., & Chávez, R. (2005). Datos sobre la validez y la confiabilidad de la Symptom Check List 90 (SCL 90) en una muestra de sujetos mexicanos. *Salud Mental*, 28(1), 72–81.
- [11] Cruz, J., Chávez, I., & Vázquez, J. (2017). Terapia Cognitivo Conductual en el manejo de Duelo Complicado. En *Salud Mental, investigación y reflexiones sobre el ejercicio profesional* (pp. 1–20).
- [12] Cruz, J., Reyes, M., & Corona, Z. (2017). *Duelo: tratamiento basado en la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT)*. Manual moderno.
- [13] Davis, E. L., Deane, F. P., Lyons, G. C. B., Barclay, G. D., Bourne, J., & Connolly, V. (2020). Feasibility randomised controlled trial of a self-help acceptance and commitment therapy intervention for grief and psychological distress in carers of palliative care patients. *Journal of Health Psychology*, 25(3), 322–339. <https://doi.org/10.1177/1359105317715091>
- [14] Diario Oficial de la Federación. (2014, abril 14). *Reglamento de la ley general de salud en materia de investigación para la salud*. Diario Oficial de la Federación. https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/regley/Reg_LGS_MIS.pdf
- [15] Eisma, M. C., Buyukcan-Tetik, A., & Boelen, P. A. (2022). Reciprocal Relations of Worry, Rumination, and Psychopathology Symptoms After Loss: A Prospective Cohort Study. *Behavior Therapy*, 53(5), 793–806. <https://doi.org/10.1016/J.BETH.2022.01.001>
- [16] Ellis, A. (2020). *Usted puede ser feliz. Terapia racional emotiva conductual para superar la ansiedad y la depresión*. Paidós.
- [17] Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). (2022). *Estadísticas a propósito del día mundial de la diabetes*.
- [18] Jones, R. (1968). A factored measure of Ellis' Irrational Belief System, with personality and maladjustment correlates. *Dissertation Abstract International*, 29(11B), 4379–4380.
- [19] Julian, L., & Hernández, A. (2022). Intervención cognitivo-conductual en el duelo complicado: un estudio de caso. *Clínica Contemporánea*, 13(10), 1–15. <https://doi.org/10.5093/cc2022a8>
- [20] Leahy, R. (2018). *Técnicas de Terapia Cognitiva* (1a ed.). Librería Akadia Editorial.
- [21] Luna, M. (2021). *Eficacia de la intervención cognitivo conductual en el trabajo de duelo en adultos*. Universidad Nacional Autónoma de México. [37]
- [22] Maccallum, F., Dawson, K., Azevedo, S., & Bryant, R. (2025). Challenges in Grief-Focused Cognitive Behavior Therapy for Prolonged Grief Disorder. *Cognitive and Behavioral Practice*, 32(1), 18–28. <https://doi.org/10.1016/J.CBPRA.2023.10.002>
- [23] McKay, M., Wood, J., & Brantley, J. (2017). *Manual Práctico de Terapia Dialéctico Conductual*. Desclee De Brouwer.
- [24] Mota, C., Sánchez, C., Carreño, J., & Gómez, M. E. (2021). Los estilos de afrontamiento como predictores del duelo perinatal. *Revista Argentina de Ciencias del Comportamiento*, 13(1), 50–58. revistas.unc.edu.ar/index.php/racc
- [25] Muñoz, M., Ausín, B., & Panadero, S. (2019). *Manual práctico de evaluación psicológica clínica* (2a ed.). Síntesis.
- [26] Organización Mundial de la Salud. (2021, junio 17). *Suicidio*. Organización Mundial de la Salud. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>
- [27] Pérez, M. (2001). *Las terapias de tercera generación como terapias contextuales*. Síntesis.
- [28] Rosas, F., Rodríguez, V., Hernández, R., & Lagunes, R. (2020). Estructura factorial de la versión mexicana del Inventario de Depresión de Beck II en población general del sureste mexicano. *Salud Unimorte*, 36(2), 436–449. <https://doi.org/10.14482/sun.36.2.616.85>
- [29] Salcido, L., Jiménez, Ó., Ramos, N., & Sánchez, M. (2021). Intervención en duelo y mindfulness. *Diversitas*, 17(1), 1–12. <https://doi.org/10.15332/22563067.6537>
- [30] Sanz, J., & García, M. (2015). Técnicas para el análisis de diseños de caso único en la práctica clínica: ejemplos de aplicación en el tratamiento de víctimas de atentados terroristas. *Clínica y Salud*, 26(3), 167–180. <https://doi.org/10.1016/j.clysa.2015.09.004>
- [31] Simon, N. M., & Shear, M. K. (2024). Prolonged Grief Disorder. *New England Journal of Medicine*, 391(13), 1227–1236. <https://doi.org/10.1056/NEJMCP2308707>
- [32] Smith, K. V., Wild, J., & Ehlers, A. (2024). From loss to disorder: The influence of maladaptive coping on prolonged grief. *Psychiatry Research*, 339, 116060. <https://doi.org/10.1016/J.PSYCHRES.2024.116060>
- [33] Sociedad Mexicana de Psicología. (2007). *Código Ético del Psicólogo* (4a ed.). Trillas.
- [34] Vargas, A., & Ferrero, N. (2021). *S.O.S. Materiales y recursos terapéuticos TREC y TCC: Guía práctica para la conceptualización de emociones y herramientas de apoyo para psicoterapeutas* (1a ed.). Heredia.
- [35] Willi, N., Pancoast, A., Drikaki, I., Gu, X., Gillanders, D., & Finucane, A. (2024). Practitioner perspectives on the use of acceptance and commitment therapy for bereavement support: a qualitative study. *BMC Palliative Care*, 23(1), 1–13. <https://doi.org/10.1186/S12904-024-01390-X/FIGURES/2>
- [36] Worden, W. (2004). *El tratamiento del duelo: asesoramiento psicológico y terapia* (A. Aparicio & G. Sánchez-Barberán, Eds.; 2a ed.). Paidós.