

Intervención cognitivo-conductual de caso único en un duelo patológico.

Trabajo Fin de Grado de Psicología

Andrea Concepción Carlos

Tutorizado por Conrado Manuel Viña Lorenzo

Curso Académico 2020-21

1. Resumen.

El siguiente estudio de caso único describe un marco de duelo complicado de una mujer jubilada incapaz de afrontar la pérdida de su esposo. El diagnóstico se llevó a cabo según los criterios del DSM-V tras la primera sesión de evaluación, en función del resultado de las pruebas administradas y los datos obtenidos a través de la entrevista semiestructurada. Tras esto, se utilizó la información recogida en dicha sesión para la elaboración del programa de intervención de la paciente. Dicho proceso terapéutico contó con el desarrollo de seis sesiones con una duración de dos horas cada una de ellas, realizadas una vez a la semana durante un periodo de un mes y medio.

La terapia se desarrolló en función de las fases de Boelen (2017), con un enfoque cognitivo-conductual, llevando a cabo la aplicación de distintas dinámicas que permitieran la evolución progresiva de la paciente de acuerdo a dichas fases.

Al concluir el tratamiento, se volvieron a pasar las pruebas realizadas en la primera sesión obteniendo puntuaciones significativamente mejores que en el primer pase de los cuestionarios y, por consiguiente, la superación del duelo patológico de la paciente.

2. Abstract.

The following single case study describes a complicated grief of a retired woman unable to face the loss of her husband. The diagnosis was made according to the DSM-V criteria, after the first evaluation meeting, based on the results of the tests and the information obtained through the semi-structured interview.

Then, the information collected in that session was used to prepare the intervention program for the patient which included the development of six two-hour sessions, held once a week for a month and a half.

The therapy was developed based on Boelen's (2017) phases, with a cognitive-behavior approach, carrying out different dynamics that allowed the progressive evolution of the patient.

Finally, the tests that were completed in the first meeting, were passed again, obtaining substantially better scores. Therefore, this meant that the patient's pathological grief was overcome.

3. Palabras clave/key words.

Duelo, duelo patológico, depresión, duelo complicado, caso único.

Grief, pathological grief, depression, complicated grief, single case.

4. Introducción:

A lo largo de la vida, las personas sufren innumerables pérdidas como consecuencia del cambio constante del mundo al cual deben adaptarse de manera evolutiva. Toda pérdida lleva consigo un proceso de duelo que puede ser más o menos significativo (Sánchez, 2015).

La palabra “duelo” proviene del latín “dolus” que hace referencia al dolor (Peña, 2015). Específicamente en este caso se hace referencia al duelo ante la pérdida de un ser querido el cual da lugar a un conjunto de reacciones psicológicas, físicas y sociales que se experimentan ante la ausencia de una persona próxima. Dicho proceso puede ser transitorio, durar años o incluso toda una vida (Echeburúa, 2004).

La sintomatología típica del duelo no complicado se divide en cuatro aspectos fundamentales: sentimientos (tristeza, enfado, culpa y autorreproche, ansiedad, soledad, fatiga, impotencia, shock, anhelo, emancipación, alivio, insensibilidad...), sensaciones físicas (vacío en el estómago, opresión en el pecho, en la garganta, hipersensibilidad al ruido, despersonalización, falta de aire, debilidad muscular, falta de energía, sequedad en la boca...), cogniciones (incredulidad, confusión, preocupación, sentido de presencia, alucinaciones), conductas (trastornos del sueño, trastornos alimentarios, conducta distraída, aislamiento social, soñar con el fallecido, evitar recordatorios del fallecido, buscar y llamar en voz alta, suspirar, hiperactividad desasosegada, llorar, visitar lugares, llevar consigo o atesorar objetos que pertenecían o recuerden al fallecido) (Worden et al., 2013).

Dentro del duelo, diversos autores han identificado una serie de fases propias de lo que se denomina duelo normal. Kübler-Ross (2005), específicamente, las divide en: negación, ira, negociación, depresión y aceptación. Sin embargo, hoy se sabe que estas no se dan siempre en el mismo orden (como ella había postulado), ni en todas las personas. Por otra parte, entre el 10 y el 20% de las personas pasan por lo que se entiende como duelo patológico, es decir, aquel que no sigue el curso esperado, interfiriendo significativamente en la vida del individuo.

Existen una serie de factores de riesgo que favorecen la aparición del duelo crónico, aumentando el impacto y reduciendo la recuperación. Dentro de estos se encuentran los factores de riesgo general como es el caso de la falta de apoyo social y los factores de riesgo específicos que hacen referencia a las circunstancias que rodearon a la muerte. De la misma manera, también existen una serie de factores protectores como las creencias religiosas, el apoyo social elevado, la aceptación de la muerte o el creer en un mundo justo (Barreto et al., 2008).

En el DSM-V (APA, 2014) se recoge el trastorno del duelo complejo persistente como parte del grupo de trastornos relacionados con traumas y factores de estrés, dentro de la categoría residual de “otro trastorno relacionado con traumas y factores de estrés especificado”, a su vez incluido como parte de las afecciones que necesitan de más estudio dentro de las medidas y modelos emergentes. Así, el DSM-V considera la existencia de cinco criterios diagnósticos necesarios: la experimentación de la muerte de alguien con quien mantenía una relación cercana que ha dado lugar desde entonces a la aparición de anhelo/añoranza, pena/malestar emocional, preocupación acerca del fallecido y las circunstancias de su muerte. Se presentará además una sintomatología clínicamente significativa desde hace al menos 12 meses que incluye un malestar y disfunción en las áreas sociales o laborales que constituyen una reacción desproporcionada o inconsistente con las normas culturales, religiosas, etc.

Para el tratamiento del duelo, el grupo de intervenciones más utilizado es el de las técnicas cognitivo-conductuales, las cuales consideran el duelo patológico como un cuadro depresivo resultado de un suceso estresante como lo es la muerte de un ser querido. De esta manera, la intervención suele constar de entre cuatro a seis sesiones, con un programa bastante reducido en el tiempo en el cual se trabaja la exposición en imaginación haciendo frente al recuerdo de los sucesos, las circunstancias de la pérdida, etc. (Gutiérrez et al., 2001).

Worden et al. (2013) planteó uno de los modelos de intervención que cuenta con más apoyo en la actualidad a partir de una serie de fases y tareas básicas para el afrontamiento de la pérdida. Estas cuatro fases se dividen en: aceptación de la realidad de la pérdida, identificación y expresión de sentimientos, adaptación

al mundo en el que el otro ya no está y facilitación de la recolocación emocional del ser querido.

Shear et al. (2005), por su parte, dio lugar al desarrollo de otro tipo de programa cognitivo-conductual dividido en tres fases en las cuales se trabajan distintos tipos de tareas con el fin de alcanzar los objetivos específicos de cada bloque. Además, se mandan tareas al finalizar cada sesión que deberán realizarse para la siguiente reunión con el terapeuta.

Siguiendo la línea propuesta por estos autores, el objetivo de esta intervención es facilitar la reestructuración del equilibrio emocional de la paciente a través de las cuatro fases propuestas por Boelen et al. (2017).

Previo al inicio de la aplicación del programa, se llevó a cabo una evaluación clínica que permitió conocer el estado inicial de la paciente y la contextualización de su pérdida. En esta evaluación, se pasaron una serie de cuestionarios dentro de los que se incluyeron el Inventory of Complicated Grief, el Beck Depression Inventory, el Beck Anxiety Inventory, el Texas Revised Inventory of Grief y el The Risk Index. Además, por otra parte, se llevó a cabo una entrevista semiestructurada desarrollada específicamente para la intervención basada en las investigaciones de Barreto (2012) y Mikulic (2008), la cual aportó información más específica acerca de las condiciones de la muerte, las reacciones emocionales de la paciente y sus seres queridos, el tipo de relación que mantenían antes del fallecimiento, etc.

Una vez realizada la evaluación clínica se llevó a cabo la primera sesión de las seis que se iban a desarrollar en la intervención. Esta se incluye dentro de la fase descriptiva del afrontamiento del duelo de Boelen (2006). En dicha fase se entiende que las personas no han sido capaces de integrar la muerte de forma definitiva generando sentimientos de nostalgia, dolor, tristeza...

Bowlby (1969), en su teoría del apego considera que el inicio de un duelo patológico se desencadena cuando los sujetos se quedan anclados en la fase de embotamiento en la cual bloquean emociones y sufren ataques de pánico. Esto a su vez se relaciona con la fase de anhelo o búsqueda de la persona querida, donde como consecuencia de esa incapacidad de aceptación, se da

lugar a una búsqueda constante del retorno del fallecido mediante objetos compartidos, fotografías, confundiendo su voz o figura con las de los otros...

Ante una pérdida, los adultos con un estilo de apego evitativo tienden a tener propensión hacia los duelos silenciosos. Sin embargo, los adultos con afecto ambivalente o preocupado suelen tender a duelos más prolongados, patológicos y con expresión emocional intensa y estrés elevado (Marrone, 2001).

Así, el primer aspecto a tener en cuenta es identificar la presencia de Trastorno de Estrés Postraumático asociado a las condiciones de la pérdida y en caso de detectarlo, favorecer la estabilización de síntomas psiquiátricos llevando a cabo prácticas de psicoeducación como el decálogo de las reglas del duelo que se realiza como primera dinámica de esta sesión (Boelen, 2006).

Por otra parte, también se plantea como objetivo específico la necesidad de facilitar la adquisición de una mayor objetividad e integración más adaptativa de la muerte, reduciendo entre otros aspectos, las conductas evitativas de afrontamiento. Para ello, se llevaron a cabo técnicas narrativas en las que se invita a la paciente a narrar la historia del fallecimiento y la relación que mantenía con su ser querido indagando en profundidad en los hechos y los detalles de esos momentos (Gonçalves, 2002). Estas dinámicas también se incluyeron como parte de las dos primeras sesiones con el fin de favorecer el recuerdo y la expresión emocional, focalizando y trabajando aquellos aspectos que generaban mayor angustia y malestar en la paciente.

Por último, como broche final de esa primera fase, se lleva a cabo una actividad de arte-terapia con la finalidad de trabajar las emociones a través de símbolos creativos (Boelen, 2017).

La fase siguiente planteada por Boelen, corresponde con la explicativa y puede relacionarse directamente con la teoría de la depresión de Beck pues existen claras similitudes entre ambos procesos, especialmente, en la experimentación de ansiedad, la percepción negativa de sí mismo y del entorno (Nagy y Szamosközi, 2014). Esta experimentación constante de emociones y pensamientos negativos lleva a la persona a desarrollar estrategias cognitivo-conductuales que le ayuden a eliminarlos a corto plazo, impidiendo un ajuste más adaptativo a largo plazo.

La aplicación de las técnicas para la modificación de estos aspectos en la intervención se inicia en las tareas que se le envían a la paciente tras la segunda sesión. En ellas, se incluye un diario cognitivo, en el que se le pidió que registrara sus pensamientos, sentimientos y emociones más recurrentes a lo largo del día dedicando 15 minutos diarios explícitamente a esta tarea (Cruz, 2017).

Tras esto, al final de la tercera sesión, se envió una nueva tarea en la que se le planteaba a la paciente la posibilidad de llevar a cabo rituales de despedida simbólicos como es por ejemplo, vestirse de negro en España, como muestra del luto por un ser querido, con la finalidad de traer más tarde a sesión los pensamientos sobre los que se quiere trabajar para eliminar el malestar asociado (Boelen, 2017).

En la tercera fase, Boelen propone el desarrollo del afrontamiento, con la reducción de las defensas ante esta nueva situación, lo cual se trabaja en la sesión cuatro con la dinámica del paro o suspensión de pensamientos, cuyo objetivo específico es alejar o eliminar todos aquellos que generen un malestar en la paciente. En situaciones de estrés postraumático es habitual que los individuos tiendan continuamente a evitar especialmente los que se consideran rumiativos, del tipo “cómo podría haberse evitado” o lo injusto que es que eso haya ocurrido, lo que genera que para suprimirlos intenten mantener su mente constantemente ocupada con otras cosas o evitando el componente emocional de estos (Ehlers, 2000). Esta técnica, también permite prevenir la aparición de nuevas respuestas desadaptativas.

En la sesión final, pero aún como parte de esta misma fase, también se trabaja la formulación de nuevas metas mediante la petición del desarrollo de un dibujo de sí misma en el futuro. Por otro lado, se empiezan a trabajar también aspectos como la resocialización y activación conductual. De esta manera, como nuevas tareas para casa, se le propone a la paciente la búsqueda de nuevas actividades lúdicas o la recuperación de viejas costumbres que ha dejado aparcadas (Cruz, 2017).

Finalmente, en la cuarta y última fase propuesta por Boelen, la constructiva, se tiene como objetivo principal la resignificación de la experiencia vivida ya que el mundo personal del individuo, sus creencias y convicciones han sido

cuestionados por este suceso. Así, en esta fase se analizan los esquemas constructivos de este y se comienzan a trabajar aspectos como la mejoría de las relaciones interpersonales, haciendo reflexionar a la paciente sobre las personas más importantes de su vida, la relación que mantiene con ellas y cómo mejorarla (Boelen, 2017). En la sesión cinco y seis, se proporcionan, por tanto, estrategias de resolución de problemas y concienciación de su entorno, con el fin de aportar una mayor red de apoyo a la paciente.

Así, otra de las técnicas que facilita la resignificación de la pérdida y de las que se hace uso en la sexta y última sesión de la intervención, es la terapia metacognitiva, basada en la adquisición de métodos para un procesamiento de la información emocional más adaptativo. Dicha terapia fue en su momento diseñada únicamente para el tratamiento de trastornos de ansiedad. Sin embargo, permite un desarrollo positivo de estrategias autorreguladoras que favorecen la reducción del malestar de la paciente dando lugar, por tanto, a una menor probabilidad de desarrollo de un trastorno psicológico (Sanz-Blasco, 2017).

De esta manera, objetivo fundamental de la intervención es ayudar a una mejor integración de la pérdida de un ser querido mediante distintas dinámicas que favorezcan su asimilación de forma progresiva. Recuperando el equilibrio emocional y la realización de actividades cotidianas. Además de tratar los conflictos que impiden que la persona pueda desarrollar lo que se entiende como un duelo normal.

5. Método:

a. Diseño.

En este estudio de caso único se ha llevado a cabo el desarrollo de un programa de intervención basado en la metodología cognitivo-conductual.

En la primera sesión se llevó a cabo un método mixto de triangulación en el que se incluyeron procedimientos cualitativos y cuantitativos. En primer lugar, se realizó una entrevista semiestructurada siguiendo un guion de preguntas generado para la evaluación del tipo de duelo al que se enfrenta la paciente. Al

finalizar esta primera sesión se le explicó a la paciente las instrucciones para la administración y cumplimentación de los cuestionarios de: Inventario de Duelo Complicado (IDC), Inventario de Depresión de Beck (BDI-II), Inventario de Ansiedad de Beck (BAI), Inventario de Texas Revisado de Duelo (ITRD) y Cuestionario de Riesgo de Duelo Complicado (CRDC).

Tras esto, se aplicó el programa de tipo cognitivo-conductual a lo largo de otras cinco sesiones de entorno a una hora y media-dos horas cada una. Finalmente, tras concluir la sesión seis, se llevó a cabo el post-test de los cuestionarios anteriormente mencionados, exceptuando el Cuestionario de Riesgo de Duelo Complicado ya que, al evaluar el riesgo de desarrollar Duelo Complicado, no tendría sentido volver a aplicarlo tras la intervención.

b. Muestra.

La paciente para la que se ha llevado a cabo el programa de intervención es una mujer uruguaya actualmente jubilada. Se desconoce su edad concreta pues no quiso mencionarla, pero se sabe que tiene en torno a 65 años. Previamente a su jubilación dedicó su vida al ámbito de la salud. Además, desde que llegó a España ha trabajado para una familia de Candelaria, para los que cuida a sus hijos de 4 y 8 años.

Acude a sesión en AMATE gracias a que su hija le puso en contacto con la asociación para intentar afrontar y superar el proceso de duelo consecuencia de la pérdida de su marido y su hijo. El primero de ellos falleció el 14 de enero de 2020 consecuencia de un cáncer de próstata y el segundo, el 22 de julio de 2020, 6 meses más tarde, tras un infarto cardiaco.

Actualmente convive con sus dos hijas, sus respectivas parejas y su nieta en Santa Cruz de Tenerife. Se describe como una mujer muy tenaz, responsable, positiva, conversadora y pacifista.

Antes de acudir a la asociación ya había intentado iniciar la terapia en otro centro, sin embargo, los sucesos coincidieron con las condiciones sanitarias del coronavirus, por lo que los recursos disponibles se limitaron a una atención telefónica que fue para ella totalmente insatisfactoria, ya que refiere haberla sentido muy fría y distante.

Su demanda fundamental, por tanto, es adquirir habilidades para un afrontamiento más adaptativo de la pérdida de su marido, ya que refiere que es la muerte que más conflicto le ha generado. Esto se debe a que dice haber criado a sus hijos en la independencia, pero haber mantenido una relación de extrema unidad con él. De hecho, reitera constantemente la frase: “Éramos él y yo, él para mí y yo para él”. Describe su relación con mucha nostalgia e idealización, aludiendo al hecho de que nunca discutían y que lo hacían todo juntos.

La paciente informa de que el diagnóstico del cáncer de próstata de su marido fue muy tardío y todo sucedió en un periodo de apenas dos meses. Sin embargo, refiere que no le quedó nada por decirle, ya que a lo largo de su vida “ya se lo habían dicho todo”.

Por otra parte, menciona que su primera reacción ante la pérdida fue de alivio, al sentir que él había dejado de sufrir, pero que poco a poco, su dolor por la ausencia se ha ido intensificando. Comenta que hay lugares que no ha sido capaz de visitar tras su pérdida y que el peor momento del día es por la mañana ya que siente que le queda todo el día por delante. Por el contrario, el momento en el que siente más calma es la noche, ya que afirma que es un día menos para reencontrarse.

A nivel fisiológico comenta haber experimentado muchos temblores e inestabilidad justo después de la pérdida asociados a los nervios para lo que se le recetó sertralina. En la actualidad refiere seguir teniendo un ritmo cardiaco elevado y palpitaciones en ciertos momentos. No obstante, acude al médico ante cualquier molestia o preocupación.

Sufre de diabetes tipo II por lo que toma metformina, presenta problemas de tiroides para los que toma levotiroxina de sodio (Eutirox). Además, regula el colesterol mediante atorvastatina.

La paciente afirma haberse sentido acompañada durante todo el proceso por su familia y también por los niños a los que cuida en el trabajo. Realiza actividades como caminar, ir a yoga o pilates a diario, pero aun así comenta preferir las actividades en solitario y evitar las interacciones.

c. Instrumentos:

- Entrevista semiestructurada: en primer lugar, se ha realizado una entrevista semiestructurada desarrollada en la propia investigación a partir de las investigaciones de Barreto et al. (2012) y Mikulic et al. (2008), pues es la herramienta de evaluación más utilizada en los estudios relacionados con las experiencias del duelo, aporta una gran cantidad de información acerca del paciente y la situación en la que se encuentra. Nos permite identificar fortalezas, vulnerabilidades, apoyo social, características específicas de la relación con el fallecido o las condiciones en las que se dio la muerte que ayudarán a una mejor comprensión de los hechos.
- Inventory of Complicated Grief: el Inventario de Duelo Complicado (IDC) es un cuestionario autoadministrado que se tarda en cumplimentar entorno a los 10 minutos. Fue desarrollado por Prigerson et al. (1995) con el propósito de diferenciar objetivamente entre duelo normal y duelo patológico. Consta de 19 ítems con escala de respuesta tipo Likert de cinco alternativas: “nunca”, “raramente”, “algunas veces”, “a menudo” y “siempre” que permiten evaluar la frecuencia de aparición del síntoma descrito con una puntuación de 0 para “nunca” y de 4 para “siempre”. Para la corrección se sumarán los puntos obtenidos en cada ítem pudiendo por tanto oscilar entre 0 y 76. Una puntuación mayor a 25 corresponde con un indicador de duelo complicado. La escala presenta una muy buena fiabilidad, con una consistencia interna de 0,94 estimada mediante el coeficiente alfa de Cronbach y una estabilidad temporal de 0,80 (García et al., 2009).
- Beck Depression Inventory (BDI): el Inventario para la Depresión de Beck (BDI) es un cuestionario de autoadministrado. Fue desarrollado por Beck (1961) con el propósito de identificar la intensidad de la depresión, siendo revisado posteriormente en 1978 (Sanz et al., 2003). Consta de 21 ítems en los que el individuo deberá de seleccionar la frase que describa mejor su estado durante las dos últimas semanas incluyendo el día en el cual este se lleve a cabo entre otras cuatro alternativas las cuales se evaluarán de 0 a 3 puntos respectivamente (García, 2009).

En caso de que se seleccionara más de una alternativa, siempre se escogerá aquella que proporcione la puntuación de mayor gravedad.

Para la corrección se sumarán los puntos obtenidos en cada ítem pudiendo oscilar el resultado entre 0 y 63. De manera que una puntuación de 0-13 correspondería con la ausencia de depresión, de 14-19 depresión tenue, de 20-28 depresión moderada y de 29-63 depresión grave.

El ítem 19, por su parte, solo se evaluará en caso de que el sujeto no se esté sometiendo a ningún tipo de dieta, en caso de que sí, la evaluación será de 0.

La escala presenta una alta fiabilidad con una consistencia interna de 0,83 estimada mediante el coeficiente alfa de Cronbach y una estabilidad temporal que oscila entre 0,60 y 0,72 (Sanz y Vázquez, 1998).

- Beck Anxiety Inventory (BAI): el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) fue desarrollado por dicho autor en 1988 (Padrós, 2020) y es uno de los cuestionarios autoadministrados más utilizados para la detección de sintomatología ansiosa en el ámbito clínico.

Consta de 21 ítems con una escala de respuesta tipo Likert de cuatro alternativas que va de 0 “no me perturba en absoluto”, a 3 “me perturba severamente, apenas puedo soportarlo” (García et al., 2009).

Para la corrección se sumarán las puntuaciones obtenidas en cada ítem pudiendo oscilar entre 0 y 63.

La escala presenta buenas propiedades psicométricas con una validez de consistencia interna de 0,93 estimada nuevamente mediante el alfa de Cronbach (Magán et al., 2008)

- Inventario Texas Revisado de Duelo (ITRD): este cuestionario fue desarrollado originalmente por Faschingbauer (1981). Es un cuestionario ad-hoc autoadministrado que permite medir la experiencia del proceso del duelo.

Consta de 21 ítems de escala de respuesta tipo Likert que va desde 5 “completamente verdadera” a “completamente falso” 1. Tiene una duración de en torno a 10 minutos.

Para la corrección se sumarán las puntuaciones totales de cada conjunto de ítems correspondientes a cada una de sus escalas. La primera parte evalúa la conducta y los sentimientos del afectado inmediatamente tras la

muerte del ser querido, esta consta de 8 ítems pudiendo oscilar por tanto las puntuaciones entre 8 y 40. La segunda escala, está formada por 13 ítems oscilando en este caso las puntuaciones finales entre 13 y 65 explorando los sentimientos y conductas actuales del afectado.

En cuanto a las propiedades psicométricas encontramos una consistencia interna elevada entre 0,75 y 0,86. La fiabilidad test-retest no ha sido evaluada pues se entiende que el duelo es un proceso cambiante y es de esperar una clara variación (García et al., 2005).

- Cuestionario de Riesgo De Duelo Complicado (CRDC): este instrumento fue desarrollado por Parkes y Weiss (1993) y traducido al español por García, Landa, Grandes, Grandes, Mauriz y Andollo (2002) con la finalidad de identificar a los dolientes. Se trata de un cuestionario autoadministrado y una duración aproximada de 10 minutos. Consta de ocho ítems de escala de respuesta tipo Likert con 5 ó 6 alternativas de respuesta, dependiendo de la pregunta, oscilando las puntuaciones entre 0 y 43, estableciendo el punto de corte para la consideración de riesgo de duelo complicado en 15.

En cuanto a las propiedades psicométricas, encontramos una fiabilidad de consistencia interna de 0,74 (Granado, 2013).

d. Procedimiento.

El estudio se desarrolló en la asociación AMATE de cáncer de mama de Tenerife, bajo la supervisión de la tutora de prácticas de la autora de este trabajo durante un periodo de un mes y medio, lo que equivale a 6 sesiones. Así, estas iniciaron el día 24 de febrero y finalizaron el 23 de abril.

Para su desarrollo se hizo uso exclusivamente de las infraestructuras proporcionadas por la asociación, concretamente en la sede de Santa Cruz de Tenerife en la Avenida Príncipes de España.

Además, se trata de una intervención eminentemente cognitivo-conductual en la que se trabajó tan solo el duelo de su marido, pues es el que la paciente afirmaba que le estaba resultando complejo. El de su hijo, sin embargo, comentaba llevarlo

con mucha más calma. En ella se ejecutaron las dinámicas reflejadas en el anexo 1.

6. Resultados.

En el primer pase de pruebas de la paciente se obtuvo una puntuación de 19 en el Cuestionario de Riesgo de Duelo complicado lo cual está por encima del punto de corte que se sitúa en el 15, por lo que se puede decir que la paciente se encuentra en posición de vulnerabilidad.

Por otra parte, como confirmación de los resultados anteriormente obtenidos, presentaba una puntuación de 31 en el Inventario de Duelo Complicado lo cual se sitúa 6 puntos por encima de lo considerado duelo normal.

En cuanto a inventario de depresión de Beck, presenta una puntuación de 13 lo que indicaría el límite superior de lo que se considera ausencia de depresión. No obstante, esto se considera algo propio de los altibajos del estado emocional de los individuos con duelo complicado, de la misma manera que en el inventario de ansiedad de Beck presenta una puntuación de 12, lo que correspondería con un nivel leve de ansiedad.

Finalmente, en cuanto al Inventario de Texas revisado, la paciente obtuvo una puntuación de 14, es decir, una puntuación relativamente baja en el primer apartado que hace referencia a los primeros momentos tras enterarse de la muerte de su marido, pues explica reiteradamente que estuvo durante un tiempo considerable viviéndolo todo como si de un cuento se tratase, y una puntuación significativamente alta, de 52 puntos en lo que se refiere al estado emocional actual, pues es ahora cuando ha iniciado el proceso de integración de su pérdida.

En el segundo pase de pruebas se omitió el pase del Cuestionario de Riesgo de Duelo complicado, pues se quería comprobar la efectividad de la intervención y ya se conocía su situación de vulnerabilidad antes de la aplicación de la terapia por lo que ahora no tenía sentido volverlo a pasar.

No obstante, sí se pasó el Inventario de Duelo Complicado en el que se obtuvo una puntuación de 24 lo que se sitúa casi en el límite inferior de lo considerado

como duelo complicado, concretamente, un punto por debajo de este, pero 7 puntos por debajo de la puntuación obtenida en el primer pase de pruebas.

El Inventario de Depresión de Beck, por su parte, presentó una puntuación de 9 lo que sigue siendo ausencia de depresión, pero mejorando en 4 puntos su estado anterior. De la misma manera, también se ha mejorado el resultado del Inventario de Ansiedad de Beck de manera algo menos significativa, pasando de una puntuación de 12 en el primer pase de pruebas a 11 en el último, lo cual sigue considerándose como ansiedad leve.

Por último, en cuanto al Inventario de Texas se encuentra una puntuación significativamente más elevada que en el primer pase de pruebas en el apartado relacionado con los primeros momentos tras la muerte de su marido de 28 puntos y una leve mejoría en los resultados de los sentimientos actuales, pasando de una puntuación de 52 en el primer pase de pruebas a 44 lo cual sigue siendo significativamente alto.

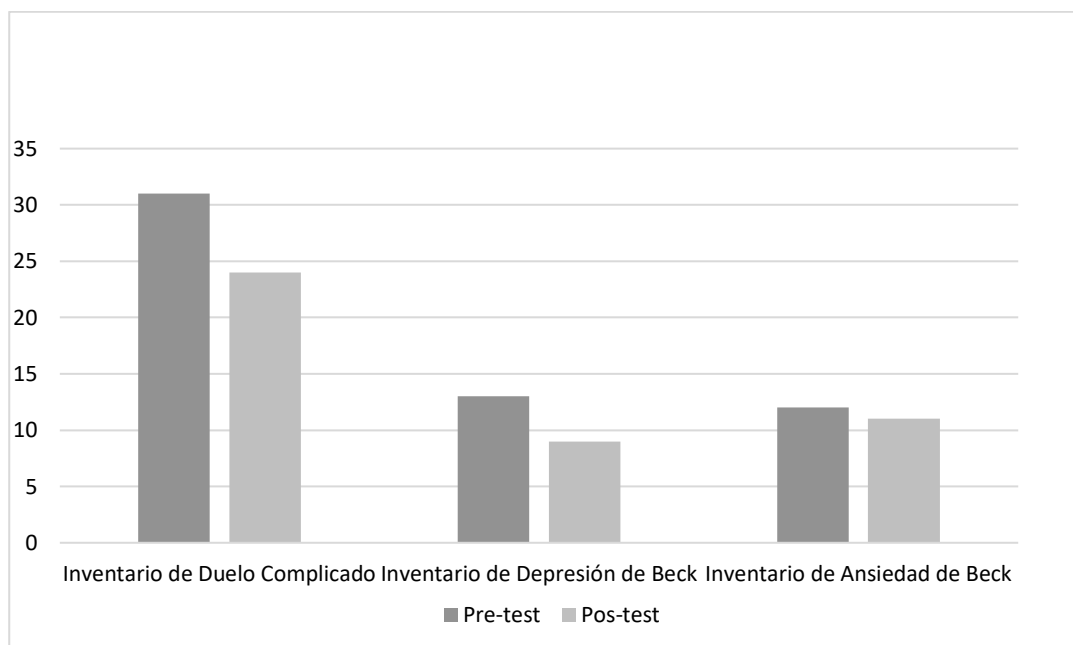


Figura 1
Puntuaciones pre-test y pos-test de la intervención.

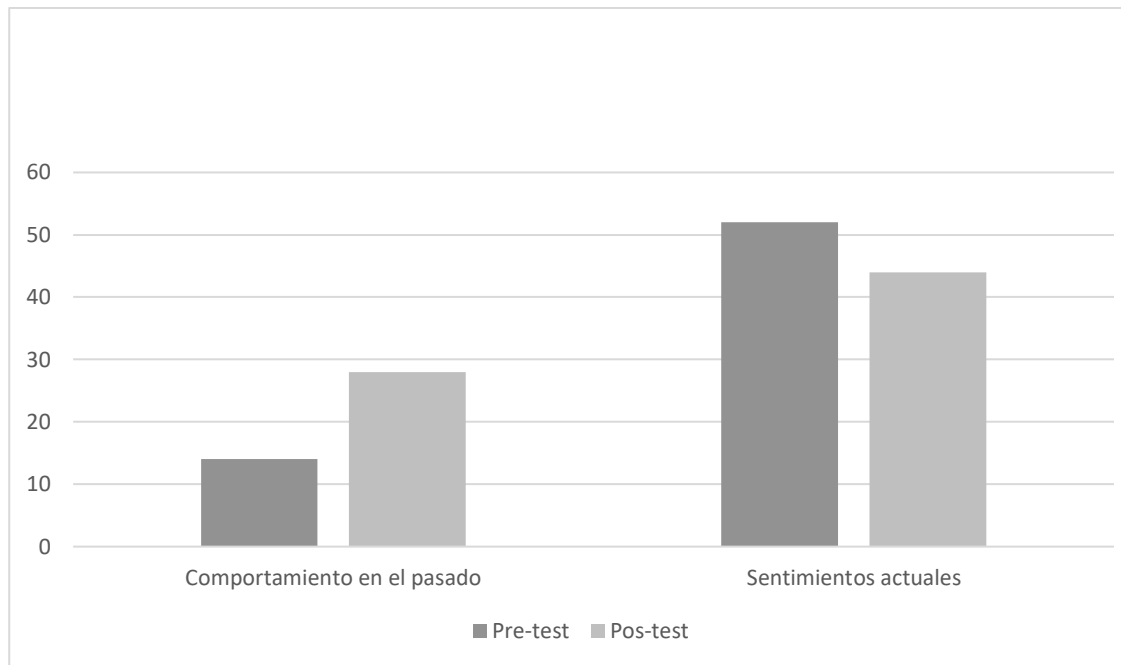


Figura 2

Puntuaciones pre-test y pos-test del Inventario de Texas Revisado de Duelo (ITRD).

7. Conclusiones.

Para poder concluir la efectividad de la intervención se debe atender a los resultados obtenidos tras la aplicación de la misma, en los que se observa como la paciente ya no presenta una puntuación propia de un duelo complicado. Sin embargo, a pesar de que existe una mejoría, es cierto que sigue estando al límite de lo que se consideraría un duelo patológico, quizás debido a la brevedad de la intervención.

En cuanto a las puntuaciones de ansiedad y depresión, desde la primera sesión en la que se llevó a cabo la entrevista y la cumplimentación de los cuestionarios, se pudo comprobar que no presentaba ninguno de estos efectos de manera significativa. No obstante, la paciente presenta una mejoría en las puntuaciones obtenidas en ambos cuestionarios por lo que, a pesar de no haber presentado estos síntomas como aspectos fundamentales en el afrontamiento de su pérdida, sí que ha mejorado su estado emocional, aspecto del que además informa reiteradamente a lo largo de todas las sesiones, lo que es una evidencia más del éxito de la intervención.

Por otra parte, en cuanto a los resultados obtenidos en el Inventario de Texas, resulta curioso el aumento de la puntuación del primer apartado relacionado con los sentimientos y comportamientos experimentados en el momento del fallecimiento de su marido, pues la paciente pasa de puntuar 14 a 28. Esto podría explicarse por la mejoría que comunica en relación a su estado físico y afectivo desde el momento en el que inició la intervención, lo que le puede haber llevado a aumentar la percepción negativa de los primeros momentos en comparación con su situación actual. De acuerdo con esto, en el apartado de los sentimientos actuales asociados sí que se identifica una reducción en las puntuaciones, que, aunque significativa, sigue siendo insuficiente, pues se mantiene alta.

Esto último guarda coherencia con los resultados obtenidos en el Inventario de Duelo Complicado, pues como se mencionó con anterioridad, aunque ha habido una mejora significativa, esta sigue necesitando de una intervención más larga.

Es por todo ello, por lo que se concluye que a pesar de haberse desarrollado un tratamiento en el que se han mejorado las puntuaciones de la paciente y, por tanto, su estado afectivo y conductual, se pone en duda la efectividad de las tan solo cuatro-seis sesiones propuestas por Gutiérrez et al. (2001) como parte de las terapias cognitivo-conductuales en el afrontamiento del duelo. Presentándose una clara necesidad de aumentar las sesiones proporcionadas a la paciente para poder ampliar aún más su eficacia, intentando reducir de manera significativa las puntuaciones de los cuestionarios y generalizar estos resultados a distintos ámbitos y situaciones de su vida cotidiana.

En este sentido, las cuatro fases propuestas por Boelen (2006) sí que resultan de utilidad y han demostrado su eficacia. En la primera de ellas, se le permitió a la paciente integrar la muerte de su marido de manera definitiva a través de las dos primeras sesiones en las que se le proporcionó psicoeducación asociada a las características habituales del duelo lo cual según ella misma informa, le permitió relativizar sus reacciones ante diferentes situaciones de su día a día.

El relato de la muerte, la actividad con fotos, la arte-terapia y la narración de la relación que mantenía con su ser querido (Golçalves, 2002) también le permitieron la expresión emocional y el trabajo de dichas emociones para cerrar esta primera fase y avanzar en el proceso de duelo.

Por otra parte, la segunda fase se centró en la petición de la realización de un diario cognitivo y de pequeños rituales que permitieron la explicación y comprensión de sus propias emociones negativas y el desarrollo progresivo de estrategias de afrontamiento para la reducción o eliminación de los pensamientos responsables de un malestar permanente en la paciente (Nagy y Szamosközi, 2014). Todo ello, se trabajó a través de tareas para casa, algo muy característico de las terapias cognitivo-conductuales y que en este caso tuvo un efecto positivo pues la paciente estaba especialmente comprometida con su mejora. Sin embargo, de manera generalizada esto podría convertirse en un inconveniente en el caso de que el paciente presente cierta resistencia a la terapia.

La tercera fase, buscaba la eliminación de respuestas desadaptativas y la fijación de nuevas metas orientando a la paciente hacia una visión futura de su evolución, para lo que se usaron técnicas de parada del pensamiento o de resocialización y activación conductual (Ehlers y Clark, 2000) lo cual supuso probablemente el mayor bloqueo de la paciente a lo largo de todas las sesiones, pues no quería avanzar debido a sentimientos de culpa por “abandonar” su recuerdo y, por tanto, a su marido. Es aquí donde un mayor número de sesiones habría favorecido la adaptación más progresiva de la paciente a la terapia y el proceso de duelo que estaba experimentando, dándole su espacio para aceptar la desvinculación a la que se enfrentaba.

Finalmente, la cuarta y última fase que se centra en la resignificación de la pérdida, creencias y convicciones, Boelen (2017) recomienda el uso de estrategias de solución de problemas con el fin de ampliar la red de apoyo de la paciente, lo cual suponía un aspecto clave a trabajar en este caso, pues esta había limitado su entorno durante toda su vida a su marido y sus hijos, volviéndose una necesidad el ampliar sus soportes. Por otra parte, las actividades de metacognición (Sanz-Blasco, 2017) también fueron características de estas últimas sesiones, permitiendo la adquisición de estrategias autorreguladoras y la reducción de su malestar.

Así bien, se puede concluir que esta intervención ha logrado el objetivo primario que buscaba; la mejor integración de la pérdida y la recuperación del equilibrio emocional durante un proceso de duelo, logrando reducir la intensidad de sus

síntomas y pasando de considerarse la experimentación de un duelo patológico a un duelo normal. Además, es la propia paciente la que informa de una gran satisfacción tras la realización de la terapia y una mejora muy significativa en su vida cotidiana, favoreciendo el afrontamiento de nuevas situaciones en su día a día.

8. Bibliografía.

Asociación de Psiquiatría Americana (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5)*. (5ª ed.), Madrid, España: Editorial Médica Panamericana.

Barreto, P., de la Torre, O., y Pérez-Marín, M. (2012). Detección de duelo complicado. *Psicooncología*, 9, 355-368.

Barreto, P., Soler, M.C., y Yi Yi, P. (2008). Predictores de duelo complicado. *Psicooncología*, 5, 383-400.

Bellver, A., Gil-Juliá, B., y Ballester, R. (2008). Duelo: evaluación, diagnóstico y tratamiento. *Psicooncología*, 5, 103-116.

Boelen, P. A. (2006). Cognitive-behavioral therapy for Complicated Grief: Theoretical Underpinnings and Case Descriptions. *Journal of Loss and Trauma*, 11, 1-30.

Boelen, P. A., Van Den Hout, M. A., y Van Den Bout, J. (2006). A Cognitive-Behavioral conceptualization of complicated Grief. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 13, 109-128.

Bowlby J. (1969). *Attachment and loss: Vol. 1. Attachment*. Nueva York, Estados Unidos: Institute of Psycho-Analysis.

Chóliz, M. (1999). *Técnicas para el control de la activación*. Madrid, España: Autor.

Cruz, J.I., Corona, I.Z y Portas, J.C. (2017). Terapia Cognitivo Conductual en el manejo del duelo complicado. En Orozco, M. y Gómez, M.A. *Salud mental: investigación y reflexiones sobre el ejercicio profesional vol. II*. México: Amate Editorial.

- De Heus, A., Hengst, S.M, de la Rie, S. M., Djelantik, A. M. J., Boelen, P. A., y Smid, G. E. (2017). Day patient treatment for traumatic grief: Preliminary evaluation of a one-year treatment programme for patients with multiple and traumatic losses. *European Journal of Psychotraumatology*, 8, 137-533.
- Del Valle, J. (05 de agosto, 2011). Estrategias terapéuticas en procesos de duelo. *Bonding*. Recuperado de <http://bonding.es/estrategias-terapeuticas-procesos-duelo/>.
- Echeburúa, E. (2004). *Superar un trauma: el tratamiento de las víctimas de sucesos violentos*. Madrid, España: Ediciones Pirámide.
- Echeburúa, E., y Corral, P. D. (2001). El duelo normal y patológico. En W. Astudillo, E. Clavé y E. Urdaneta (Eds.), *Necesidades psicosociales en la terminalidad*. San Sebastián, España: Sociedad Vasca de Cuidados Paliativos.
- Ehlers, A. y Clark, D. (2000). A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behaviur Research and Therapy*. 38, 319-345.
- Faschingbauer, T. R. (1981). *Texas Revised Inventory of grief manual*. Houston, Estados Unidos: Honeycomb Publishing.
- Gamba-Collazos, H. A. y Navia, C. E. (2017). Adaptación del Inventario de Duelo Complicado en población colombiana. *Revista Colombiana de Psicología*, 26, 15-30. Doi: [0121-5469-rcps-26-01-00015.pdf \(scielo.org.co\)](https://doi.org/10.15446/rcps.26.01.00015)
- García, J. T., Lacasta, M. L., García, J. A., Méndez, J., y Prigerson, H. (2009). Adaptación al castellano del inventario de duelo complicado. *Medicina paliativa*, 16, 291-297.
- García, J. A., Lavanda, V., Trigueros, M.C., y Gaminde, I. (2005). Inventario Texas Revisado de Duelo (ITRD): adaptación al castellano, fiabilidad y validez. *Atención primaria*, 35, 353-358.

- García, J. A., Landa, V., Prigerson, H., Echeverría, M., Grandes, G., Mauriz, A., y Andollo, I. (2002). Adaptación al español del Inventario de Duelo Complicado (IDC). *Medicina Paliativa*, 9, 11.
- Granado, B. (2013). *Evaluación del riesgo del duelo previo al fallecimiento y su relación con el duelo complicado en familiares de pacientes con cáncer terminal o Alzheimer avanzado* [Tesis de maestría]. Centro Internacional de Postgrado, Oviedo.
- Gutiérrez, M., Hortega, E., Benítez, M. (08 de febrero, 2001). Therapeutic Modalities in Grief. *Psiquiatría.com*. Recuperado de <https://psiquiatria.com/depresion/modalidades-terapeuticas-en-el-duelo/>.
- Instituto Europeo de Psicología Aplicada. (20 de julio, 2017). *Stop, basta, para: La técnica de parada de pensamiento* [Publicación de Blog]. Recuperado de <https://iepa.es/parada-pensamiento/#:~:text=Esta%20t%C3%A9cnica%20es%20un%20procedimiento,repetitivos%20de%20Carolina%20en%20clase.&text=Elegir%20un%20est%C3%ADmulo%20que%20interrumpa,%C2%A1basta!%E2%80%A6>.
- Instituto Provincial de Bienestar Social de la Diputación de Córdoba. (2009). *Guía de Intervención Psicosocial y cuidados de duelo*. Recuperado de <http://www.cop.es/uploads/PDF/GUIA-DE-INTERVENCION-PSICOSOCIAL-Y-CUIDADOS-EN-ELE-DUELO.pdf>.
- Kübler-Ross, E., & Kessler, D. (2005). *On grief and grieving: Finding the meaning of grief through the five stages of loss*. Nueva York, Estados Unidos: Scribner.
- Magán, I., Sanz, J., y García-Vera, M. P. (2008). Psychometric properties of a Spanish version of the Beck Anxiety Inventory (BAI) in general population. *The Spanish journal of psychology*, 11, 626-640.
- Marrone, M., Diamond, N., y Juri, L. (2001). *La teoría del apego: un enfoque actual*. Madrid, España: Psimática.

- Mikulic, I. M., Albornoz, O., Marconi, A., Pierri, J., Monges, M. E., y Herrero, R. (2008). *Construcción de una entrevista estructurada para evaluar duelo* [Acta Académica]. XV Jornadas de Investigación y Cuarto Encuentro de Investigadores en Psicología del Mercosur. Buenos Aires, Argentina. Recuperado de: <https://www.aacademica.org/000-032/653.pdf>.
- Nagy, D., y Szamosközi. S. (2014). The Relationship between Irrational Cognitions, Autobiographical Memory, Coping Strategies and Complicated Grief. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*. 127, 524-28.
- Padrós, F., Montoya, K., Bravo, M. y Martínez, P. (2020). Psychometric properties of the Beck Anxiety Inventory (BAI) in the general population of Mexico. *Elsevier*, 26, 181-187
- Payás, A. J, (2010), *Las tareas del duelo. Psicoterapia del duelo desde un modelo integrativo-relacional*. Barcelona, España: Paidós Ibérica.
- Parkes C., y Weiss R. (1983). *Recovery from bereavement*. Nueva York, Estados Unidos: Basic Books.
- Payás, A. (2014). *El mensaje de las lágrimas. Una guía para superar la pérdida de un ser querido*. Barcelona, España: Espasa Libros S.L.
- Penella, M. (3 de junio, 2019). *Dinámica práctica para trabajar el duelo y otras pérdidas* [Mensaje en un blog]. La mirada psicológica. Recuperado de <http://lamiradapsicologica.com/dinamica-practica-para-trabajar-el-duelo-y-otras-perdidas/>
- Platero, J. M y Ruiz, M. (2015). Atención al duelo. *Actualización en Medicina de Familia*, 11(5), 300-303.
- Prigerson, H., Maciejewski, P., Reynolds, C., Bierhals, A., Newsom, J., Fasiczka, A., Frank, E., Doman, J. y Miller, M. (1995). Inventory of Complicated Grief: a Scale to measure maladaptive symptoms of loss. *Psychiatry Research*, 59, 65-79.

- Roca, E., (s.f). *Terapia Interpersonal (TIP). Áreas problemáticas*. España: *Colegio Oficial de Psicólogos*. Recuperado de <https://www.cop.es/colegiados/PV00520/TIP8.pdf>.
- Sánchez, J.M. (2015). *Eficacia de un protocolo de intervención psicológica en procesos de duelo patológico* [Tesis doctoral]. Universidad de Salamanca, España.
- Sanz-Blasco, R. (2017). El enfoque del procesamiento de la información emocional en el abordaje de trastorno psicológico: la terapia metacognitiva. *Clínica y Salud*, 28, 47-48.
- Sanz, J., Perdigón, A.L, y Vázquez, C. (2003). Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck-II (BDI-II): 2. *Clínica y salud*, 14, 249-280.
- Sanz, J., y Vázquez, C. (1998). Fiabilidad, validez y datos normativos del inventario para la depresión de Beck. *Psicothema*, 10, 303-318.
- Shear, K., Frank, E., Houck, P. R., y Reynolds, C. F. (2005). Treatment of complicated grief: A randomized controlled trial. *Jama*, 293, 2601-2608.
- Torres, N., (14 de mayo, 2020). Ejercicios de meditación con visualización [Mensaje en un blog]. PsicoActiva. Recuperado de <https://www.psicoactiva.com/blog/ejercicios-meditacion-visualizacion/>.
- Worden, J. W., Aparicio, Á., y Barberán, G. S. (2013). *El tratamiento del duelo: asesoramiento psicológico y terapia*. Barcelona: Paidós.
- Yi Yi, P. (2015). *Duelo: Factores de riesgo de duelo complicado en cuidados paliativos* [Tesis doctoral]. Facultad de Psicología de la Universitat de Valencia, Valencia.

9. Anexos.

Anexo 1. Desarrollo de las dinámicas de intervención.

- Primer día: evaluación y diagnóstico de la paciente. Sesión 1.

Actividad 1. Entrevista semiestructurada. Ver en anexo 2.

Actividad 2. Pase de tests.

- Segundo día. Sesión 1:

Actividad 1. Las reglas del duelo.

Objetivo:

Hacer consciente a la paciente de los sentimientos habituales del duelo con el fin de normalizar y validar lo que está experimentando.

Duración:

15 minutos

Procedimiento:

Se imprimirá un documento en el cual se expongan claramente los 10 procesos por los que es normal pasar cuando se está afrontando esta situación (ver anexo 3). Se le pedirá que lo lea y se utilizarán unos minutos para comentarlo y explicarlo uno a uno.

Una vez realizado el proceso, se le pedirá que lo coloque en algún lugar visible de su casa para tenerlo presente en su vida cotidiana y reducir así los niveles de culpabilidad por no haberlo superado (Del Valle, 2011).

Actividad 2. El relato de la muerte.

Objetivo:

Superar la etapa de negación y aceptar la pérdida del ser querido favoreciendo la integración de la misma.

Duración:

15 minutos

Procedimiento:

En esta actividad se le pedirá a la paciente que lleve a cabo el relato de la muerte de su ser querido como si estuviera experimentando todo lo que pasó de nuevo. Se le pedirá que lo inicie en el momento que ella considere oportuno.

Será necesario que desarrolle dicho relato con un tiempo verbal en presente con el fin de aumentar la conexión con las emociones y favorecer la integración de la pérdida.

Se le preguntará dónde se encontraba cuando esto sucedió, cuáles fueron sus últimas palabras, sus interacciones con el fallecido, si pudieron llegar a despedirse y en ese caso, ¿cómo lo hicieron? (Del Valle, 2011).

- Tercer día. Sesión 2.

Actividad 1. Fotos.

Objetivo:

Favorecer la expresión emocional.

Duración:

20 minutos

Procedimiento:

En la sesión anterior, se le pedirá a la paciente que busque fotos de los diferentes momentos de la relación con su ser querido, una vez las haya traído le pediremos que explique qué sucedía en la foto y por qué época estaba pasando en ese momento, cómo era, cómo se sentía, qué otros recuerdos le evocan... Se le pedirá que las observe detenidamente y que deje que sus emociones fluyan sin luchar contra ellas.

Será importante guiar al paciente entorno a sus emociones, preguntándole qué siente, qué experimenta en este momento (Bellver, 2008)

Actividad 2. La relación con el fallecido.

Objetivo:

Superar la negación, conectando con las emociones dolorosas para la elaboración de manera más realista ante la pérdida.

Duración:

20 minutos.

Procedimiento:

Se le pedirá a la paciente que reflexione a cerca de tres momentos importantes en la historia de la relación con su ser querido. Una vez los tenga, se le preguntará por sus sentimientos y pensamientos relacionados, sus mejores y peores recuerdos, también se preguntarán por las cosas que hacían juntos, qué le gustaba de esa persona, cómo se comportaba con ella, los aspectos positivos y negativos de la relación, lo que aprendió de ella...

La actividad busca racionalizar la relación y posicionarse de manera realista ante la pérdida, superando la negación y conectando con las emociones dolorosas, lo que le ayudará a elaborar la pérdida (Del Valle, 2011).

Actividad 3. Arte-terapia

Objetivo:

Facilitar la comprensión y expresión emocional.

Duración:

30 minutos.

Procedimiento:

Se le pedirá a la paciente que intente expresar sus emociones en el folio que se le va a proporcionar a través de un dibujo. A continuación, se le pondrá música e iniciará la dinámica, deberá expresar en el papel cómo se siente actualmente después del ejercicio anterior. En este momento le pediremos que no hable y que intente focalizarse al 100% en el proceso. También se le pedirá que intente utilizar los colores que le evoque esa emoción.

También podemos intentar que exprese distintas emociones poniendo distintas canciones que favorezcan la aparición de unas u otras. Una vez haya finalizado, le pediremos que explique qué ha dibujado y por qué se siente de esa manera, esto nos permitirá conocer más en profundidad cómo se siente y se le proporcionará una nueva herramienta para la ventilación emocional.

***Actividades para casa:**

Cartas.

Objetivo:

Favorecer el proceso de despedida dejando marchar a la persona y aceptando que no va a volver.

Duración:

Tiempo indefinido.

Procedimiento:

Se le pedirá a la paciente que realice dos actividades en casa. Consistirán en la realización de dos cartas dirigidas hacia el ser querido, una focalizada en la despedida y otra en la rabia.

En la primera será necesario que exprese todo lo que le quedó pendiente por decir al fallecido, bien porque no se despidieron o porque le resultó insuficiente. Lo fundamental de esta primera parte será que finalice la carta despidiéndose definitivamente con un: “adiós” o “adiós para siempre”

En la segunda parte, debe de escribir una carta en la que exprese y canalice la rabia fuera de sí misma para favorecer una expresión sana de esta emoción. Se le dejará claro que es importante que cumpla con tres premisas: no dañar a nadie, no dañar nada y no dañarse a sí misma. Para finalizar, se le pedirá que, en caso de seguir sintiendo dicha rabia, al finalizar, rompa la carta en mil pedazos (Del Valle, 2011).

Diario cognitivo.

Objetivo:

Favorecer la reestructuración cognitiva cuestionando sus propias ideas sobre el mundo.

Duración:

15 minutos.

Procedimiento:

Se le pedirá a la paciente que lleve a cabo un diario cognitivo en el que registre los pensamientos, sentimientos y emociones más recurrentes que tiene a diario. Dedicando unos 15 minutos diarios a esta tarea.

Esto le permitirá reflexionar sobre distintos aspectos y traer a sesión aquellos pensamientos en los que quiera trabajar para sustituir los que mayor malestar le generan por otros un poco más funcionales que permitan el afrontamiento de la pérdida.

- Cuarto día. Sesión 3.

Actividad 1. Integración de la tarea enviada en la sesión anterior.

Objetivo:

Llegar a conclusiones sobre lo experimentado a la hora de realizar las tareas correspondientes.

Duración:

5 minutos.

Procedimiento:

Se comentará las emociones y sentimientos experimentados durante el desarrollo de la actividad y tras la finalización de la misma.

Se le recordará a la paciente la importancia del ejercicio y las pautas que anteriormente se dieron, incidiendo en el “Adiós” de la despedida final (Del Valle, 2011).

Actividad 2. Parada del pensamiento.

Objetivo:

Reducción y bloqueo de los pensamientos negativos en la paciente.

Duración:

Indeterminada.

Procedimiento:

Para poder llevar a cabo esta actividad será necesario que se lleve a cabo desde la sesión anterior un registro de los pensamientos negativos intrusivos más frecuentes que ha tenido la paciente durante esa semana, concretándolos de la manera más específica posible.

A continuación, se le pedirá a la paciente que reflexione sobre pensamientos positivos sustitutos, afirmaciones positivas que sustituyan a las anteriores. Es decir, que cada pensamiento negativo, tenga una contraparte positiva.

Una vez se haya alcanzado este punto, la paciente deberá elegir un estímulo de parada que le permita acabar con el pensamiento y sustituirlo. Será importante recalcarle que el estímulo debe ser breve, tener cierta intensidad y poder ser utilizado voluntariamente, por ejemplo, una palmada, un pellizco, tirar de una goma elástica y soltarla... acompañando siempre este gesto por la palabra: STOP!/ BASTA!/ SUFICIENTE!

Finalmente, en este punto, se le indicará que debe de modificar esos pensamientos, por ejemplo, por otros como los positivos anteriormente seleccionados o directamente cambiar de actividad.

Será de importancia recordarle que las primeras veces puede no ser efectiva la técnica pero que debe insistir, pues en esa insistencia estará la modificación de la conducta (Instituto Europeo de Psicología Aplicada, 2017).

Actividad 3. Solución de problemas.

Objetivo:

Favorecer la capacidad de resolución de problemas y proporcionar herramientas de afrontamiento.

Duración:

20 minutos

Procedimiento:

La actividad consistirá en enseñar a la paciente una técnica de resolución de problemas. Para ello se le pedirá que piense en un problema que ahora mismo ocupe su mente (sentimiento de soledad, tristeza...). Recordándole que esos sentimientos y situaciones son normales en el momento en el que se encuentre, pero tienen solución y no es necesario actuar impulsivamente.

Esta actividad se dividirá en cuatro pasos:

1. Definición operacional del problema: se le pedirá a la paciente que describa cuál es el problema al cuál quiere enfrentarse de manera específica. ¿Cuál es el estado actual del problema? ¿Cuáles son los obstáculos? ¿Cuál es la meta u objetivo que quiero conseguir? ¿Es realista?
2. Generar el mayor número posible de alternativas o soluciones. Se dejará claro que en este momento no debe descartar ninguna opción, son todas válidas por muy descabelladas que parezcan. Será fundamental estimular la creatividad en esta fase.
3. Escoger una solución: en este momento se le pedirá a la paciente que elija una solución. ¿Cuál es la mejor solución, aunque no sea perfecta? Valorará los pros y los contras de cada una de ellas. ¿Qué aspectos soluciona? ¿Puedo ponerlo en práctica? ¿Qué necesito? ¿Cuánto tiempo? ¿Qué consecuencias a corto, medio y largo plazo tendrá? Tomará la decisión en función del coste-beneficio observados y llevará a cabo la planificación del proceso.

4. Aplicación, verificación y eficacia de la alternativa propuesta. Será necesario que la paciente especifique indicadores concretos que le permitan evaluar sus resultados. En caso de que no se hubiese obtenido la solución esperada, se modificaría la alternativa seleccionada (Instituto Provincial de Bienestar Social de la Diputación de Córdoba, 2009).

Actividad 4. Visualización guiada.

Objetivo:

Reducir los niveles de ansiedad y lograr un estado de relajación en la paciente.

Duración:

15 minutos.

Procedimiento:

Se utilizará una técnica de visualización positiva guiada denominada “El sendero de la montaña”. La paciente deberá cerrar los ojos y sentarse de manera erguida con las manos sobre los muslos y la barbilla ligeramente inclinada hacia dentro. Una vez haya cerrado los ojos, deberá seguir los pasos de la historia que el terapeuta le va narrando intentando no poner resistencia. La visualización que se utilizará será “El sendero de la montaña” (Torres, 2020).

***Actividades para casa:**

Ritual.

Objetivo:

Mostrar la validez y utilidad del punto de vista negativo del paciente para modificar su afrontamiento.

Duración:

Indeterminada.

Procedimiento:

Distintas culturas llevan a cabo rituales de despedida de sus seres queridos, por ello, se le pedirá a la paciente que busque aquel que le haga sentirse identificada y que pueda favorecer su despedida. En España se utiliza mucho el luto, al tratarse de una paciente uruguaya se le pedirá que reflexione a cerca de los más comunes allí llevando finalmente a cabo aquel con el que realmente se identifique (Del Valle, 2011).

- Quinto día. Sesión 4.

Actividad 1. Aprender a soltar.

Objetivo:

Ayudar a la paciente a dejar ir y no aferrarse a los pensamientos y emociones negativas.

Duración:

20 minutos.

Procedimiento:

Se le proporcionará a la paciente la mitad de un folio en la que deberá de escribir todos los sentimientos, emociones y pensamientos que le vengan a la cabeza en ese momento, haciendo referencia a eso que quiera cerrar y de lo que se tenga que despedir, aunque no quiera, se puede utilizar como referencia los pensamientos intrusivos anotados en el diario de la sesión anterior. Deberá hacerlo escribiendo en primera persona y sin límites.

Una vez termine, se le pedirá que arrugue y rompa ese papel en trocitos muy pequeñitos que meterá dentro un globo que se le proporcionará. Una vez hecho, deberá comenzar a hincharlo imaginando que en cada soplido suelta esas emociones desagradables, anudando rápidamente el globo al acabar.

Una vez terminado esto, deberá ponerle un nombre o título a ese globo y pintárselo por fuera, esto logrará nominar la situación que está atravesando.

Finalmente, podrá hacer dos cosas:

1. Llevarse el globo y situarlo en algún lugar visible de la casa, porque para liberarse del dolor, deberá de ser capaz de afrontarlo diariamente, y cuando ella lo decida, explotarlo.
2. Si decide explotarlo ya, deberá abrazar ese globo con todas sus fuerzas, aferrándolo entre sus brazos, sentándose encima, haciendo presión física hasta conseguir explotarlo.

Será importante recordar que una vez el globo haya explotado deberemos de sentir un peso menos, más espacio y las manos vacías: libres para dedicarlas a otra cosa. Entre ellas, se favorecerá la idea de iniciar nuevas actividades o proyectos que siempre ha querido hacer, pero para los cuales nunca ha tenido tiempo (Penella, 2019).

Actividad 3. ¿Cuáles son las personas más importantes (para ti)?

Objetivo:

Hacer a la paciente más consciente de sus relaciones interpersonales y ayudarla a mejorarlas.

Duración:

15 minutos

Procedimiento:

En este ejercicio se comenzará preguntándole a la paciente ¿Cuáles son las personas más importantes con las que se relaciona en la actualidad? Tras esto, se le pedirá que las ordene anotándolas de mayor a menor importancia y que tras esto, por cada una de esas personas anote:

- Nombre y edad.
- Relación que mantiene con ellas (hijos, amigos, jefes...)
- Actividades comunes que llevan a cabo.
- Cosas que te gustan de esa persona.
- Cosas que te gustaría que cambiase esa persona.
- Cosas tuyas que crees que le gustan a esa persona.
- Cosas que crees que a esa persona le gustaría que cambiases tú.

- Aspectos positivos de la relación.
- ¿Te gustaría cambiar algo de esa relación?
- ¿Crees que se puede hacer algo para mejorarla? Anota los pasos que podrías seguir (Roca, s.f)

***Actividades para casa.**

Cartas.

Objetivo:

Favorecer el proceso de despedida dejando marchar a la persona y aceptando que no va a volver.

Duración:

Tiempo indefinido.

Procedimiento:

Se le pedirá a la paciente que realice dos actividades en casa. Consistirán en la realización de dos cartas dirigidas hacia el ser querido, una focalizada en el perdón y otra en los agradecimientos.

En la primera será necesario que recuerde detenidamente la relación con su ser querido, deteniéndose a pensar en esos en los que sienta que lamenta o se arrepiente de algo. Tras esto, se le pedirá que haga un listado en el que enumere las distintas situaciones en las que se sienta que debe de pedir perdón. De la misma manera, deberá de hacerlo para esas situaciones en las que ella se haya sentido herida o decepcionada. Será importante que se enfatice mucho la idea de que será su decisión el perdonarle o no hacerlo, de la misma manera que el pedir o no perdón.

Por el contrario, en la segunda parte, deberá de escribir una carta en la que exprese todos sus agradecimientos tras reflexionar sobre los momentos que la persona le hizo sentir bien, feliz... desde el momento en el que se conocieron hasta el momento final (Del Valle, 2011).

Realizar nuevas actividades que favorezcan la interacción social

- Sexto día. Sesión final.

Actividad 1. Relajación progresiva de Jacobson.

Objetivo:

Disminuir los estados de ansiedad generalizados, relajar la tensión muscular y facilitar el sueño.

Duración:

20 minutos.

Procedimiento:

La posición inicial de la paciente será con los ojos cerrados, sentada en un sillón. La actividad se dividirá en 3 partes:

- 1ª fase: Tensión-relajación. Se irán relajando los músculos de cara, cuello, hombros, a continuación, los brazos y las manos, las piernas, el tórax, abdomen y región lumbar... uno a uno y de manera progresiva
- 2ª fase: Repaso. Se repasarán mentalmente las fases anteriormente tensionadas y relajadas para comprobar que se mantienen en ese mismo estado, relajando aún más cada una de ellas.
- 3ª fase: Relajación mental: se le pedirá a la paciente que piense en algo agradable o satisfactorio, algún olor, imagen o situación que la relaje o que, por el contrario, deje la mente en blanco (Chóliz, 1999).

Actividad 2. Dibujo del futuro.

Objetivo:

Lograr una visualización del futuro y de sus objetivos en la paciente.

Duración:

15 minutos

Procedimiento:

La paciente deberá de llevar a cabo un dibujo de cómo se ve ella dentro de 5 años. En él deberá plasmar diferentes aspectos de su vida: sus ilusiones, sus esperanzas, sus deseos... Esta actividad pretende ser una motivación para la paciente por lo que enfatizaremos los aspectos positivos. También se dedicarán los últimos 5 minutos a hacer una pequeña visualización al respecto (Del Valle, 2011).

Actividad 3. Metacognición. El tren.

Objetivo:

Adquirir estrategias de autorregulación para que la paciente modifique su patrón de respuesta habitual a los pensamientos preocupantes o ruminantes.

Duración:

10 minutos.

Procedimiento:

Se le pedirá a la paciente que se imagine que está en el andén de una estación de tren y no para de ver salir y entrar distintos trenes. Una vez haya adquirido esa idea, se le hará imaginarse que esos trenes se tratan de sus pensamientos, focalizando la idea en dejar que entren y salgan sin terminar por subirse a ninguno de ellos. Se le pedirá que se diga a sí misma “¿por qué subirse a esto?, si esto solo me va a generar estrés y angustia cuando puedo limitarme a estar en la plataforma y disfrutar del paisaje”.

Actividad 4. Post-test

Anexo 2. Entrevista.

- Nombre
- ¿Dónde vive?
- ¿Con quién vive?

- ¿Cómo es su estructura familiar? ¿Tiene hijos? ¿Con qué miembros de su familia se relaciona habitualmente?
- ¿Qué le hace estar aquí con nosotras? ¿Por qué acude a la psicóloga de AMATE?
- ¿Cómo se encuentra hoy?
- ¿Hace cuánto tiempo que ocurrió esta pérdida?
- ¿Puede hablarme sobre él?
- ¿Qué tipo de relación existía entre ustedes dos?
- ¿Qué aspectos de la relación eran conflictivos? ¿Cómo lo resolvían?
- ¿Cómo se ha sentido físicamente después de la muerte de esta persona?
- ¿Ha tomado algún tipo de medicación?
- ¿Cuántas horas suele dormir?
- ¿Podría hablarme de cómo murió? ¿De qué manera sucedió?
- Cuando le avisaron o supo de la muerte de su ser querido, ¿qué sintió? ¿cómo reaccionó?
- ¿Cómo reaccionaron sus familiares? ¿Y amigos?
- ¿Qué significó esa reacción para usted?
- ¿Cómo fue su vida antes de que esto pasara?
- ¿Qué dificultades ha tenido que superar en el pasado?
- ¿Cómo se definiría? ¿Qué es lo más característico de usted?
- Podría decirme si existe alguna diferencia importante en cuanto a sus sentimientos relacionados a la muerte de su ser querido entre el momento en el que le avisaron, los días posteriores y ahora.
- ¿En qué situaciones se siente mal?
- ¿Hay algún lugar o entorno en el que se sienta especialmente mal?
- ¿Hay algún pensamiento, recuerdo o imagen que haga que aparezca el malestar?
- ¿Qué lugares, objetos, fotos, actividades, personas, recuerdos o pensamientos evita?
- Cuando se siente mal, ¿qué suele notar físicamente? ¿Qué pensamientos o imágenes le vienen a la cabeza? ¿Qué suele hacer al respecto?
- ¿En qué momentos concretos del día siente más tristeza? ¿Qué intenta hacer para modificarlo?
- ¿Le ha sido muy difícil afrontar este proceso? ¿Ha tenido en algún momento el pensamiento de que “No va a ser capaz de seguir viviendo”?
- Si su ser querido planteó sus últimas voluntades ¿se pudieron cumplir? En caso de que no, ¿cómo se siente por ello?
- ¿Qué personas han estado con usted y le han apoyado después de la muerte de su ser querido?
- ¿Se ha sentido realmente acompañada?
- ¿Ante qué personas se hace más visible problema de la pérdida?
- ¿Puede hablarme de cosas que han sucedido o que estén sucediendo que le hagan feliz?

- ¿Le es fácil quedar con sus amigos?
- ¿Le cuesta hacer actividades solo o acompañado?
- ¿Has dejado de hacer alguna cosa que antes te gustaba?

Anexo 3. Las reglas del duelo.

Las reglas del duelo.

1. No todas las personas reaccionan igual ante la muerte de un ser querido.
2. Disimular y ocultar el dolor no conduce a nada positivo: bloquea la comunicación con otras personas que pueden estar sintiendo lo mismo que nosotros.
3. Tras la muerte de un ser querido, es normal que el mundo se vuelva caótico e inseguro.
4. Durante el duelo, debe seguirse un control médico periódico para prevenir, tratar a tiempo o controlar ciertas enfermedades que pueden aparecer o empeorar.
5. Si identificamos factores de riesgo que favorezcan el desarrollo de un duelo complicado, es importante consultar a los especialistas en duelo.
6. Uno de los aspectos más importantes para facilitar la recuperación tras la pérdida de un ser querido es la educación en el duelo y la técnica más importante es la del reconfortamiento.
7. Revivir la experiencia facilita la integración de la realidad de la pérdida.
8. Respeta tu ritmo y tus tiempos.
9. Llorar es sano y no pasa nada por hacerlo.
10. Es importante recuperar las actividades cotidianas en la medida de lo posible.