



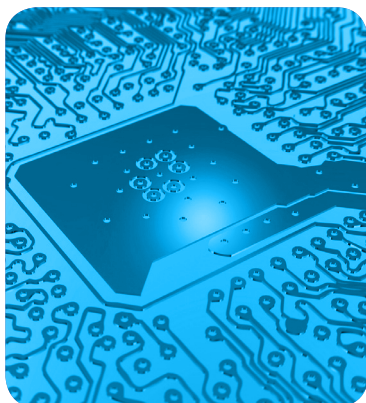
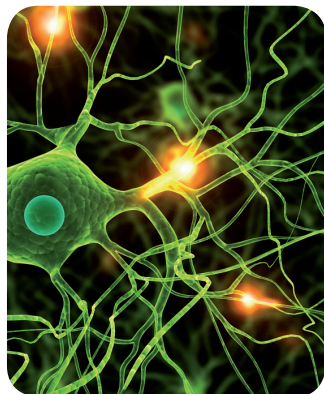
MÁSTERES de la UAM

Facultad de Psicología /11-12

Máster Universitario en
Psicología de la Salud



**Evaluación, diagnóstico,
intervención y trata-
miento en un caso de
duelo patológico**
*Patricia Gutierrez
Albaladejo*



Índice

Resumen / Abstract	. . . . .	Pag. 1-2
Introducción	. . . . .	Pag. 2-13
Datos Biográficos de la paciente	. . . . .	Pag. 14
Descripción del problema	. . . . .	Pag. 14-15
Instrumentos de evaluación y resultados	. . . . .	Pag. 16-23
Evolución del problema	. . . . .	Pag. 23-26
Análisis funcional	. . . . .	Pag. 27
Diagnóstico Multiaxial (DSM-IV-TR).	. . . . .	Pag. 28
Diagnóstico diferencial	. . . . .	Pag. 28-29
Formulación clínica	. . . . .	Pag. 29
Objetivos de tratamiento.	. . . . .	Pag. 30
Plan de tratamiento	. . . . .	Pag. 31-32
Alta terapéutica y discusión	. . . . .	Pag. 33-34
Bibliografía	. . . . .	Pag. 34-35
Anexos	. . . . .	Pag. 36-42

Resumen

Este trabajo de estudio de caso único tiene como objetivo realizar una aproximación teórica-práctica en torno a los procesos de duelo que presentamos cuando vivimos la muerte de personas significativas en nuestra vida.

A través de la casuística de R., mujer de 54 años que presenta un duelo patológico por el fallecimiento de su hermano mayor hace tres años, describiremos los procesos de evaluación, diagnóstico diferencial, intervención y tratamiento que hicieron que su malestar asociado a dicha pérdida no sólo mejorara, sino como ésta fue capaz tras el tratamiento psicológico de incorporar un patrón y estilo de vida más adaptativo, generando bienestar estable y duradero en el tiempo.

Apoyándonos en su caso descubriremos modelos teóricos desde donde trabajar el duelo, así como herramientas de evaluación (cuestionarios y autoinformes) y técnicas de intervención para la correcta elaboración del proceso de asimilación de la pérdida.

Palabras clave: duelo, muerte, pérdida, síntomas y counselling.

Abstract

This studio work of unique case aims to carry out a theoretical and practical approach around to the processes of mourning experienced when we live the death of significant people in our lifes.

Through the casuistry of R., 54 years old woman who has a pathological mourning as a result of the death of his older brother three years ago, we'll describe the processes of evaluation, differential diagnosis, intervention and treatment that caused her discomfort associated with the loss not only get improved but she was able, after psychological treatment, to incorporate a pattern and a more adaptative lifestyle, generating her a stable and long lasting well-being over time.

Relying in her case we'll discover theoretical models to work from the duel, as well as evaluation tools (questionnaires and reports) and intervention techniques for the proper development of assimilation process of the loss.

Keywords: mourning, death, loss, symptoms, and counselling

Introducción

Para abordar el duelo, tema que nos ocupa en este trabajo, nos vemos obligados a hacer una parada previa en los constructos de muerte y pérdida. Entendiendo los procesos que experimentamos cuando vivenciamos estas dos circunstancias (muerte y pérdida), podremos conocer el proceso de duelo con el objetivo de prevenir los duelos patológicos e incluso interviniendo sobre los mismos cuando ya estén instaurados.

Comenzaremos describiendo el concepto de **pérdida**, ésta se origina tras una experiencia desencadenante que produce una situación de separación del objeto o persona con el que hemos creado un apego; Bowlby es quien mejor describe los procesos de apego en el proceso de duelo (modelo biopsicosocial).

Neimeyer, 2002 por su parte clasifica la pérdida en cuatro categorías, basándose en el modelo sociocultural:

- Quedar privado de algo que se ha tenido
- Fracasar en el mantenimiento de una cosa que valoramos
- Reducir alguna sustancia o proceso
- Destruir o arruinar

La concepción y vivencia que tengamos ante la pérdida dependerá del significado individual que le demos a la misma.

Otra clasificación posible es la que nos ofrece Tizón, 2004 (modelo psicosocial). Éste divide la pérdida en cuatro subtipos:

- **Pérdidas Relacionales**, son aquellas que están relacionadas con el "otro", incluye el fallecimiento de personas cercanas, separaciones y divorcios, abandonos, privaciones afectivas y los abusos.
- **Pérdidas Intrapersonales**, tienen que ver con nosotros mismos y con nuestro cuerpo, pérdida de capacidad intelectual y/o física.

- **Perdidas Materiales**, se dan cuando perdemos objetos que nos pertenecen.
- **Pérdidas Evolutivas**, nuestro ciclo vital marca la pérdida ante cada uno de los cambios que tenemos a lo largo de la vida.

Ante cada una de estas pérdidas podemos sufrir un proceso de duelo, pero es la pérdida relacional la que mayor impacto psicológico nos hace tener.

Hablar de **muerte** no siempre es fácil, en nuestra cultura occidental impera aún un secretismo y silencio entorno al hecho de morir, esto hace que tanto la persona que esta a punto de fallecer, como los familiares, tengan asociadas a la muerte sentimientos con una gran carga emocional negativa.

El objetivo por tanto es conseguir una valoración de la muerte como un proceso inherente a la vida, próximo y natural a todos, lo conseguiremos cuando seamos capaces de *conocer cómo mueren las personas que nos rodean, cómo desean morir y cómo diferentes clase de atención física, emocional y espiritual podrían ayudar mejor a los enfermos en situación terminal* (Institute of Medicine, 1997), teniendo este conocimiento fomentaremos tener una cultura ante la muerte más adaptativa, sin tabúes ni miedos asociados.

El **duelo** es una reacción natural a una experiencia vital de muerte o pérdida, asociados a este proceso hay una serie de síntomas cognitivos, conductuales, emocionales y orgánicos que no nos deben asustar o hacernos pensar automáticamente en el duelo patológico.

Síntomas característicos del duelo normal (adaptado de Worden, 1997)

Modelo Cognitivo

Síntomas Cognitivos	Síntomas Conductuales
<ul style="list-style-type: none">• Incredulidad• Confusión (baja atención, olvidos)• Preocupación (obsesiones sobre lo perdido y cómo recuperarlo)• Sentido de presencia• Alucinaciones visuales y auditivas	<ul style="list-style-type: none">• Trastorno del sueño• Trastorno de la alimentación• Conducta distraída• Aislamiento social• Conductas de búsqueda• Suspirar• Hiperactividad sosegada• Atesorar objetos de la persona fallecida• Llorar
Síntomas Emocionales	Síntomas Orgánicos
<ul style="list-style-type: none">• Tristeza• Enfado• Culpa• Ansiedad• Soledad• Fatiga• Impotencia• Alivio• Insensibilidad	<ul style="list-style-type: none">• Vacío en el estómago• Opresión en el pecho y/o garganta• Hipersensibilidad al ruido• Sensación de despersonalización• Falta de aire• Debilidad muscular• Falta de energía• Sequedad de boca

Si hablamos del duelo como un proceso, debemos conocer las fases en el proceso de elaboración del duelo, distinguimos cuatro:

- **Fase 1: *Aflicción aguda***
Experiencia de pena y dolor
- **Fase 2: *Conciencia de la pérdida***
Sentir miedo, ira, culpa y resentimiento
- **Fase 3: *Conservación-Aislamiento***

Experimentar apatía, tristeza

- **Fase 4: Cicatrización**

Reaparición de la esperanza

Existen además una serie de variables y factores de vulnerabilidad que pueden hacer que el duelo se convierta en un proceso patológico en vez de en un proceso adaptativo y normalizado.

Estos factores de vulnerabilidad son (Tizón, 2004):

a) Afectación del duelo por las características del objeto (del otro) perdido:

- La pérdida de la madre.
- La pérdida (o la enfermedad grave y crónica) de un hijo.
- La pérdida de familiares íntimos.
- La pérdida de la madre, padre o hermanos en la infancia.

b) Afectación del duelo por las características del sujeto:

a. *Edad y género del sujeto:*

- La primera infancia.
- La infancia.
- La adultez joven.
- Las personas muy mayores (de 80 años en adelante).
- Las mujeres más que los hombres.

b. *Estado civil:*

- Riesgo mayor para los jóvenes viudos.
- Riesgo superior para los viudos en comparación con los hombres casados, de forma más importante que en las viudas en relación con las mujeres casadas.

c. *Personalidad del sujeto:*

- Tendencias de vinculación insegura y ansiosa.
- Tendencias a las relaciones ambivalentes (por ejemplo, personas con rasgos obsesivos o melancólicos marcados).
- Trastornos de Personalidad previos.

- iv. Trastornos mentales previos, especialmente si es depresión.
 - v. Ideación o intentos suicidas previos.
 - vi. Predisposición o historia previa de dedicación a cuidados compulsivos de terceros objetos.
 - vii. Predisposición a la autosuficiencia emocional (a vivir con aparente independencia de los lazos afectivos).
 - viii. Indefensión aprendida.
 - ix. Fobias por identificación con los progenitores.
- d. *Circunstancias psicosociales del sujeto:*
- i. Condiciones de vida (soledad, vivir sin íntimos, vivir sin intimidad, hijos pequeños...).
 - ii. Estrés concurrente.
 - iii. Provisiones y oportunidades económicas (economía, trabajo o alojamiento dificultosos).
 - iv. Creencias y prácticas que facilitan u obstaculizan la elaboración del duelo (inexistencia del funeral, no existen personas con las que hablar de..., intervenciones o afecciones por temas de salud, intervenciones o trastornos por temas psicosociales...).
- e. *Cogniciones o concepciones del sujeto:*
- i. Acerca de cómo participó el objeto (el otro) en la pérdida.
 - ii. De cómo participó él mismo.
 - iii. De cómo hay que ayudarlo.
 - iv. Acerca de si sus esfuerzos fueron correctos.
 - v. Apertura o rigidez de los esquemas cognitivos del sujeto.
- f. *Vivencias anteriores al duelo especialmente relevantes de cara a la elaboración del duelo:*
- i. Vínculos ansiosos o ambivalentes/ Apego seguro.
 - ii. Tendencias a cuidar compulsivamente.
 - iii. Negación de los vínculos afectivos.

- iv. Experiencias infantiles predisponentes a elaboración insuficiente o a psicopatología.
- v. Duelos anteriores (más si son graves y acumulados).
- vi. Indefensión aprendida como tendencia reactiva dominante.
- vii. Baja autoestima del sujeto en duelo.
- viii. Falta de relación y/o confianza en los demás.
- ix. Familia ausente o poco capaz de contener y ayudar.
- x. Fobias por identificación con los progenitores.

c) Afectación del duelo por la relación sujeto-objeto anterior:

- i. Cuando la relación sujeto-objeto era íntima.
- ii. Vinculación (apego) sujeto-objeto ansioso o de intensa ambivalencia.
- iii. Si el sujeto dependía psicológica o socialmente del objeto.
- iv. Conflictos importantes sujeto-objeto.

d) Afectación del duelo por las causas o circunstancias de la pérdida:

- i. Pérdidas súbitas o inesperadas.
- ii. Pérdidas anteriores recientes (sobre todo, en los nueve meses anteriores).
- iii. Desapariciones.
- iv. Pérdidas prematuras (en especial, de la madre antes de los 11 años).
- v. Cuando previamente se ha dado un período prolongado de cuidados al muerto.
- vi. Si hay deformaciones o mutilaciones del muerto o del moribundo.
- vii. Formas de recibir las informaciones catastróficas, siniestras, aparatosas.
- viii. Relaciones intensamente pasionales entre el sujeto y objeto en las semanas anteriores.
- ix. Exceso de culpa (persecutoria) ante la pérdida.

- x. Muerte por suicidio (aumenta la mortalidad de sus deudos y, en caso de ser familiar directo, hay siete veces más probabilidades de suicidio).
- xi. Muerte por homicidio.
- xii. Catástrofes (naturales, bélicas, accidentes).
- xiii. Pérdidas indeclarables, inconfesables.

Estos factores de vulnerabilidad pueden desembocar en varios perfiles de duelo complicado (Worden, 1997). A continuación describiremos los posibles tipos de duelo con los que nos podemos encontrar en la intervención clínica:

- **Duelo Crónico:** su duración es excesiva y la persona sabe que no puedes pasar página.
- **Duelo Retrasado:** la reacción emocional en el momento de la pérdida no fue suficiente para el desahogo y aparece un tiempo después.
- **Duelo Exagerado:** la persona experimenta síntomas con una intensidad excesiva e incapacitantes, son los duelos en los que parecen síntomas clínicos (depresión, ansiedad, etc.)
- **Duelo enmascarado:** la persona no es consciente de que lo que le sucede tiene que ver con la pérdida, pueden presentarse síntomas físicos o conductas desadaptativas.

Para determinar si un proceso de duelo puede desembocar en cualquiera de los cuatro perfiles anteriores podemos fijarnos con especial interés en los siguientes indicadores (Worden, 1997):

- No se puede hablar de la pérdida sin dolor intenso.
- Acontecimientos poco importantes desencadenan intensas reacciones emocionales.
- En la entrevista clínica aparecen temas de pérdidas.
- Imposibilidad de desprenderse de las posesiones materiales.
- Identificación con el fallecido en síntomas físicos.
- Cambios radicales en el estilo de vida tras la pérdida.
- Tristeza inexplicable en ciertos momentos del año.
- Depresión subclínica o euforia (más o menos artificial).
- Sobreidentificación con lo perdido/ el fallecido.
- Aumento de los impulsos destructivos.

- Fobias sobre la enfermedad y la muerte.
- Circunstancias de pérdida graves.
- Aparición de un cuadro clínico completo.

Cuando trabajamos con indicadores de vulnerabilidad podemos promover la prevención ante el duelo no normalizado.

Uno de los factores mediadores que más afecta al proceso de elaboración del duelo es el estrés, basándonos en el modelo de Lazarus y Folkman (1969), el estrés psicológico ante la pérdida se produce cuando el individuo percibe como amenazante cualquier elemento del medio y evalúa que los recursos que posee son insuficientes para hacerle frente. Si por el contrario, ante una sensación de amenaza percibe que tiene los suficientes recursos (personales, familiares y sociales) realizará un afrontamiento adecuado en el proceso del duelo.

De la misma manera Chapman y Gravin (1993) definen el sufrimiento como *“un complejo estado afectivo, cognitivo y conductual negativo caracterizado por la sensación que tiene el individuo de sentirse amenazado en su integridad por el sentimiento de impotencia para hacer frente a dicha amenaza y por el agotamiento de los recursos personales y psicosociales que le permitirán afrontar dicha amenaza”*

De aquí podemos deducir que es la ruptura del equilibrio entre la percepción de la amenaza y la evaluación de la carencia de recursos lo que produce estrés psicológico, y éste es el que conduce al sufrimiento del paciente y la familia, dando lugar a respuestas emocionales, cognitivas y conductuales que pueden llegar a convertirse en desadaptativas, precisamente éstas son el caldo de cultivo de los duelos patológicos.

La evaluación e intervención en el duelo debe adaptarse al propio proceso individual del paciente. Distinguimos dos fases diferenciadas de intervención: **fase inmediata** se caracteriza por la pérdida reciente del allegado, aquí nuestra intervención debe ser acotada en el tiempo, puesto que la persona debe asimilar la nueva situación, y una segunda llamada **fase posterior**, en esta fase ha pasado el suficiente tiempo como para que la persona en duelo no normalizado acuda al profesional por dificultades autopercebidas en la propia elaboración del duelo, aunque en ocasiones nuestra autopercepción no nos da señales de malestar y es entonces cuando son los propios familiares quienes nos animan a acudir a un profesional para recibir un apoyo psicológico.

Fernández Ballesteros y cols, 2003 nos ofrecen una adaptación de la Guía del Proceso de Evaluación (GAP) en duelo:

- Evaluación descriptiva:
 - Análisis de las demandas, quejas y metas
 - Recogida de información
 - Formulación de hipótesis de evaluación
 - Procesamiento de la información
- Organización e información de los resultados:
 - Integración de los resultados
 - Informe
 - Discusión y toma de decisiones
- Planificación de la intervención
- Valoración y seguimiento
- Fin del proceso terapéutico

Junto a la guía que nos ofrece Ballesteros y cols., podemos utilizar cuestionarios y autoinformes que nos describan de manera cuantitativa y cualitativa la situación experiencial por la que nuestro paciente está pasando, de esta forma podremos acotar mejor las técnicas de intervención a utilizar, dotándoles a éstos de estrategias, mecanismos y habilidades para superar su malestar.

Uno de los instrumentos terapéuticos idóneos para conseguir nuestros objetivos en los procesos de duelo es el **counselling** (Arranz y Bayés, 1996), herramienta que vuelve más eficaz nuestra comunicación con el paciente, ayudándole en la toma de decisiones, facilitando la expresión de temores y los cambios de comportamiento. Es, por tanto, un medio y no un fin en sí mismo. Esta herramienta, al utilizar la pregunta y no la aseveración, consigue que el sujeto se dé respuestas a sí mismo provocando cambios más estables tanto a nivel cognitivo como conductual. En definitiva, el counselling es el arte de hacer reflexionar a una persona por medio de preguntas, de modo que pueda llegar a tomar las decisiones que considere adecuadas para él y para su salud (Barreto, Arranz y Molero, 1997).

Para asegurar la eficacia terapéutica tendremos que poner en práctica una serie de habilidades básicas de comunicación, entre las que destacan:

- Empatía
- Escucha activa
- Preguntar (no presuponer)
- Permitir la expresión de emociones
- Evitar frases que no consuelan
- Evitar falsas expectativas pero dar paso a la esperanza

Estas habilidades constituyen el soporte de la estrategia de trabajo que se desarrolla de la siguiente forma:

- Dando información
- Aprovechando al máximo los recursos del paciente y la familia, así como el resto de red de apoyo
- Usando técnicas cognitivo-conductuales:
 - Entrenamiento en reestructuración cognitiva
 - Detención de pensamientos
 - Autoinstrucciones
 - Resolución de problemas
 - Entrenamiento en relajación y visualización
 - Planificación de actividades gratificantes
 - Habilidades sociales: comunicación asertiva
 - Control estimular
 - Refuerzo de conductas adaptativas y extinción de las conductas desadaptativas.

A partir de esta base teórica que acabamos de presentar vamos a avanzar en el desarrollo descriptivo de la intervención psicológica que mantuvimos con R., con el objetivo de reconstruir su bienestar y estabilidad emocional, cognitiva y conductual.

El modelo teórico de intervención utilizado fue el cognitivo-conductual.

Datos Biográficos de la Paciente

R. mujer de 54 años de edad, casada desde hace 32 años, tiene una hija de 28 años. Es oriunda al igual que su marido de un pueblo de la provincia de Pontevedra (Galicia), emigraron a los dos años de casados a Cataluña en busca de mejores oportunidades laborales y económicas. Su traslado a Madrid se produjo cinco años más tarde, fue aquí donde la unidad familiar encontró su sitio, estableciendo una red social y un afianzamiento y estabilidad laboral.

R. ha trabajado en casa desde que se casó, por un lado porque su prioridad ha sido siempre atender y cuidar a su marido e hija, y el segundo motivo es porque R. tiene una salud delicada donde los esfuerzos físicos deben estar limitados. Presenta una cardiopatía severa y ha superado con éxito tres operaciones de corazón; en estos momentos no se descarta una cuarta intervención quirúrgica, la primera intervención se la efectuaron a los 17 años. Además cuenta con una hernia discal y es hipertensa.

Es la menor de tres hermanos, su hermana al igual que hiciera ella se marchó fuera del pueblo natal, en la actualidad vive en Sitges. Su hermano (mayor de los tres) siguió viviendo en su pueblo hasta su fallecimiento.

Los padres de R. viven desde hace tres años con ella en Madrid, desde el fallecimiento del hermano.

Descripción del Problema

- Motivo de consulta

R. acude a consulta para iniciar un tratamiento psicológico impulsada por su marido e hija, así como por el malestar que presenta en estos momentos. Refiere sufrir un elevado estado de ansiedad, ritmo cardiaco intenso, ahogo, desazón, alteración del sueño-vigilia, además de inactivación motora, ha dejado de realizar muchas de las tareas cotidianas en el cuidado del hogar y sus actividades de ocio prácticamente han desaparecido.

También nos manifiesta que su motivación para estar en círculos sociales y familiares ha disminuido drásticamente, solo le apetece estar en soledad sin tomar grandes decisiones.

R. pone de manifiesto que estas dificultades presentes en la actualidad son consecuencia del fallecimiento de su hermano mayor hace tres años, para ella supuso un duro golpe que no esperaba, las emociones asociadas a su pérdida son muy intensas y con gran carga negativa (culpa, tristeza, pena, rabia, etc.). Presenta un estado depresivo a nivel motórico, cognitivo y emocional. Refiere llorar con alta frecuencia y estar inmersa en una tristeza difícil de controlar.

- Problemas que presenta la paciente

R. manifiesta desde su primera consulta (12/05/2011) las siguientes dificultades:

- Alteración del estado del ánimo (síntomatología ansiosa y depresiva)
- Alto grado de desesperanza
- Alteración del sueño-vigilia
- Aislamiento social y familiar
- Dificultades para tomar decisiones
- Baja regulación emocional

- Objetivos de la paciente

R. lo que más desea es “*volver a ser la de antes*” “*que las cosas sean iguales*”:

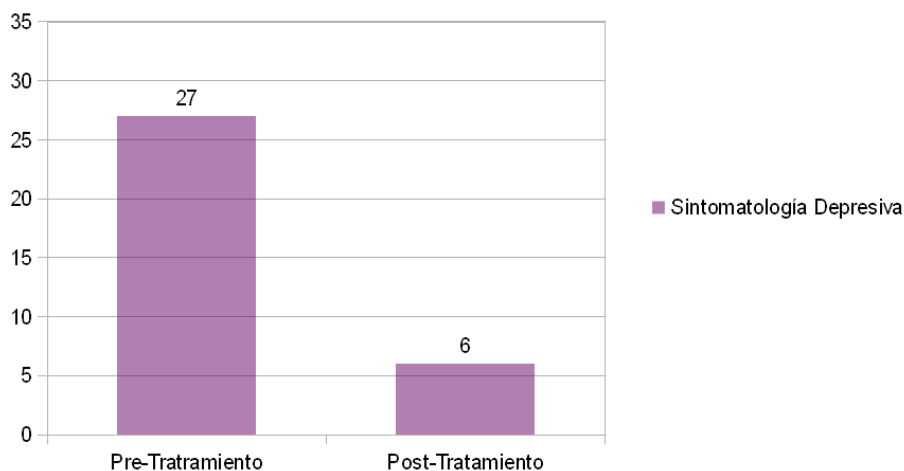
- Mejorar su estado de ánimo
- Aumentar la confianza en ella misma
- Conseguir salir a la calle sin llorar
- Mejorar la relación con su marido e hija
- Estar menos cansada
- No olvidar a su hermano fallecido

Instrumentos de Evaluación y Resultados

El método de evaluación utilizado se encuadra en el marco metodológico empírico-analítico e hipotético-deductivo. Los instrumentos de evaluación utilizados a lo largo de la terapia fueron:

- **Entrevista de evaluación semiestructurada** (adaptada por M. Muñoz).
- **Observación directa** de la paciente en el contexto de interacción terapéutica durante las 16 sesiones que mantuvimos.
- **Cuestionarios:**
 - **BDI: Inventario de Depresión de Beck** (Beck, Rush, Shaw y Emery, 1975. Adaptación española de Conde y Useros, 1974, 1975). El objetivo de este cuestionario es obtener una medida detallada de la intensidad y sintomatología del trastorno depresivo. La puntuación obtenida por R. antes del tratamiento fue de 27, lo que nos indica una depresión moderada. Con el fin de medir la evolución y bienestar de la paciente tras 10 sesiones de intervención volvió a realizar el inventario obteniendo una puntuación de 6, dicha puntuación fue un buen indicativo mejoría sin lugar a dudas.

BDI: Inventario de depresión Beck



- **STAI: Cuestionario de Ansiedad Estado Rasgo** (Spielberger, Gorsuch, Lushene; 1970. Adaptación española: Nicolás Seisdedos). El objetivo de este cuestionario es conocer y discriminar si existe un estado de ansiedad en la paciente, y si además es una persona que tienda a responder de forma ansiosa ante las demandas contextuales.

Las puntuaciones obtenidas fueron:

AE: *centil 40*, que indicaría que, efectivamente, se siente ansiosa aunque no en niveles elevados.

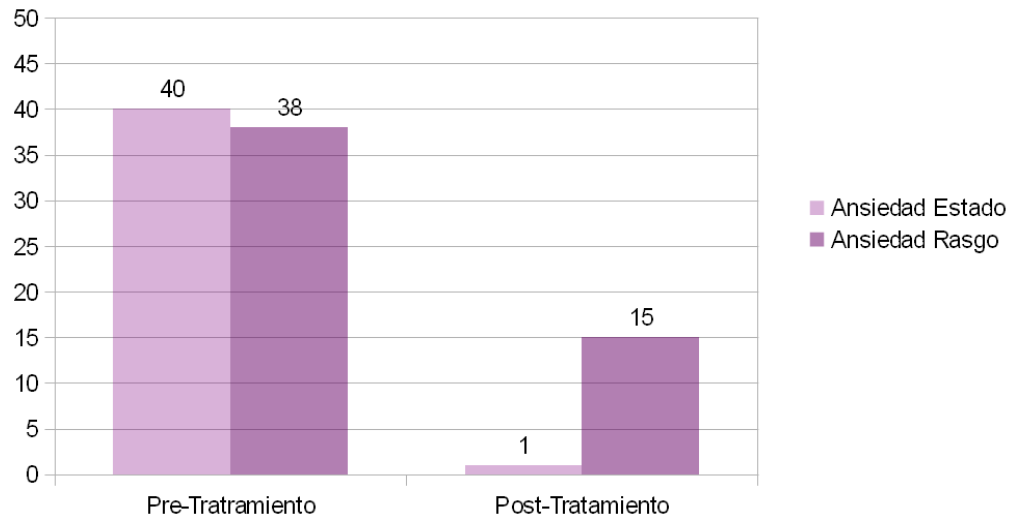
AR: *centil 38*, que indicaría que no se trata de una persona excesivamente ansiosa.

Hacia el final de la terapia (sesión 13) repetimos la medición para comprobar con datos cuantitativos si se había producido una evolución positiva en la paciente, rebajando sus niveles y respuestas de ansiedad. Las puntuaciones obtenidas fueron las siguientes:

AE: *centil 1*, lo que nos indicaría que la paciente actualmente se encuentra con niveles de ansiedad casi inexistente, su evolución ha sido muy favorable.

AR: *centil 15*. Al igual que ha sucedido en ansiedad estado ha habido una mejoría significativa.

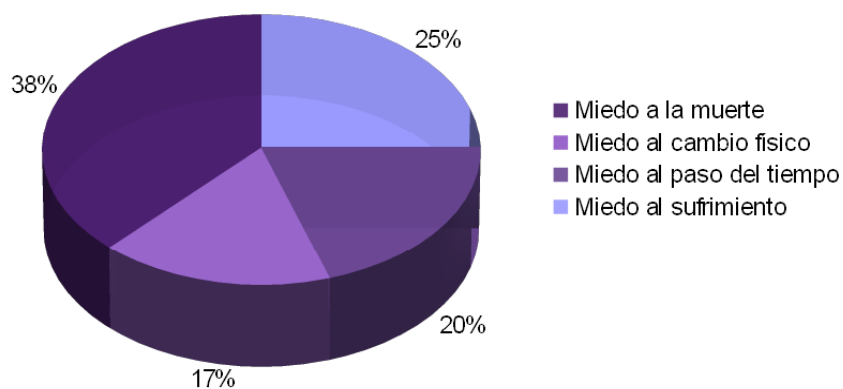
STAI: Cuestionario de Ansiedad Rasgo



- **D.A.S Escala de Ansiedad ante la Muerte (Templer, 70).**

Esta escala intenta medir a través de sus catorce ítems cuatro factores: miedo a la muerte personal, preocupación por el cambio físico (evitación de la muerte), darse cuenta del paso del tiempo y preocuparse por ello (consciencia temporal) y el miedo al sufrimiento asociado con la enfermedad y muerte.

DAS: Escala de ansiedad ante la muerte



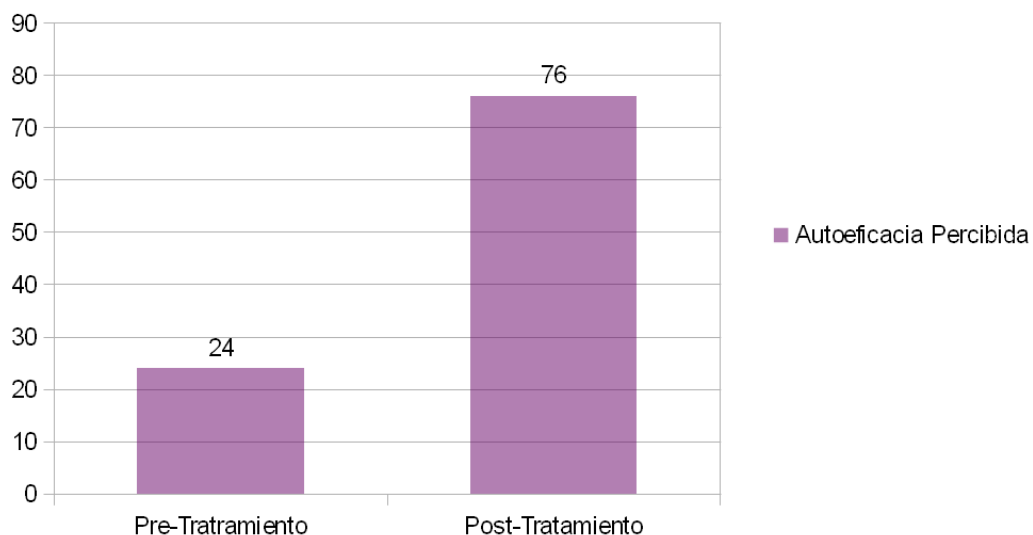
R. presenta en mayor porcentaje (38%) miedo a la muerte, tras la muerte de su hermano su concepción espiritual se vio modificada, teme no poder ir al cielo (por que no exista) tras su fallecimiento. Esta idea hace que su miedo a la muerte sea más latente e intensa en los últimos tiempos. Por otro lado, también es destacable con 25% del porcentaje su miedo asociado al sufrimiento, teme no ser fuerte en el momento de su muerte y poder dañar más aún si cabe a su familia. Con un 20% describe tener miedo al paso del tiempo, esta asociado a la posible intervención cardiaca a la que debe someterse, y por último con un 17% refiere tener miedo al cambio físico, de nuevo lo asocia con la cardiopatía.

- **UAB 99-C.** El objetivo de este cuestionario es conocer algunos de los factores asociados al fenómeno de la muerte. R. muestra a través del cuestionario que la muerte a pesar de estar cercana a su biografía personal es algo que rechaza, evitando hablar de ella o permaneciendo alejada de contextos médicos, a pesar que por su historia médica y enfermedades debe tener revisiones con alta frecuencia.
- **Escala de Actitudes disfuncionales de Weismman.** Esta escala evalúa las posibles ideas irracionales que pueda presentar nuestra paciente. Tras su evaluación observamos que la paciente mantiene una serie creencias en torno a la idea de ser criticada o evaluada negativamente por los demás *“tengo que agradar a todo el mundo”, “mi valor como persona depende en gran medida de lo que los demás piense de mi”, “ser criticada hace que me sienta mal”....*

- **Cuestionario de Asertividad de Rathus** modificado (Adaptación: J. A Carrobles). El cuestionario consta de 16 ítems. R. presenta una falta de asertividad manifiesta sobre todo en las situaciones donde tiene que decir No, es en estas situaciones donde se paraliza y manifiesta tener un estilo de comunicación pasivo.
- **Cuestionario de Autoeficacia.** Este cuestionario consta de diez ítems que puntúan de 0 a 9 en una escala de tipo likert. La puntuación puede oscilar entre 0 a 90, situándose el punto de corte en 45. La puntuación pretratamiento obtenida por R. fue de 24 lo que nos indica una autoeficacia percibida deficitaria, no confía en su valía y competencias personales.

En la sesión número 15 volvimos a realizar el cuestionario en el contexto terapéutico y obtuvo una puntuación de 76, el cambio en autopercepción fue significativamente positivo.

Cuestionario de Autoeficacia



- **Evaluación de Creencias, Aptitudes y Comportamientos asociados al Duelo a través de Material Didáctico:**

- Historia Personal de Pérdidas
- Reglas del Duelo
- Decálogo del Acompañante de Duelo

(Ver Anexos I, II y III)

El objetivo para trabajar con este material era evaluar sus creencias irracionales y posibles distorsiones cognitivas asociadas a la idea de la muerte pero además dotar de herramientas y estrategias nuevas a R. a través de la psicoeducación.

Algunas de las ideas irracionales eran:

- “No podría soportar la muerte de nadie más”
- “Todo sale mal en mi vida”
- “Si no fuera por mi hija querría estar muerta”
- “Era yo quien debía morir”
- “No debí marcharme a Madrid”
- “Yo debería haber hecho algo aunque su mujer no me dejara”
- “Soy un estorbo”
- “No ayudo a nadie, no puedo”
- “Debo cuidar a mis padres, soy lo único que tienen”

- **Autorregistros:**

- El primer registro con el que trabajamos consistía en identificar las emociones que a lo largo del día sentía, con el objetivo de entrenar la Regulación Emocional. Puesto que su lenguaje emocional era deficitario se le facilitó un listado de emociones para que pudiera identificarlas con mayor facilidad *(Ver anexo IV)*.

Día	Hora	Emociones (positivas vs negativas)	Intensidad (Escala 1-10)

Las emociones que con mayor frecuencia salían eran la **culpa, rabia, impotencia, tristeza y soledad**, su grado de intensidad en malestar oscilaba entre la puntuación 8 y 10 en los 3 primeros registros.

- El segundo registro con el que trabajamos fue un registro tipo ABC, pedimos a la paciente que registrara aquellas situaciones que le generaban malestar con el objetivo de identificar los pensamientos, emociones y conductas asociadas a dichas situaciones.

Día	Situación	Pensamiento Qué Pienso	Emoción Qué Siento (1-10)	Conducta Qué hago

A pesar de disminuir su grado de malestar e intensidad asociado a los pensamientos y conductas, estos no los modificaba, seguía manteniéndolos intactos, el miedo al olvido era un factor mantenedor de pensamientos tipo: “sin el no puedo vivir” “lo era todo para mí”

- El tercer tipo de autorregistro con el que trabajamos consistía en identificar y contextualizar las distorsiones cognitivas emergentes. Se le facilitó a la paciente un material psicoeducativo sobre distorsiones cognitivas. (Ver *anexo V*)

Día	Situación	Distorsión Cognitiva	Grado de Malestar (Escala 1-10)

Es en este momento tras identificar y modificar las primeras distorsiones cuando R. reelabora sus pensamiento y aumenta las actividades placenteras, haciendo de su grado de bienestar aumentara

proporcionalmente. A partir de la 5^o sesión R. deja de mostrar resistencia al cambio.

- El cuarto registro con el que trabajamos consistía en generar un pensamiento alternativo a la distorsión identificada, más adaptativo y realista. Para ello trabajamos con la formulación de preguntas dirigidas a refutar los pensamientos erróneos. Los principios que refutan los pensamientos automáticos e inflexibles que presentaba R. son: Principio de Racionalidad, Principio de Utilidad, Principio de Realidad y Principio sobre el Lenguaje utilizado (adaptado de Becks y cols., 1985; Fennell, 1989, y Blackburn, 1998)

Día	Situación	Distorsión Cognitiva	Grado de Malestar (Escala 1-10)	Pensamiento Alternativo	Grado de Malestar (Escala 1-10)

La evaluación se realizó en el gabinete de psicología **Centro TAP. Tratamiento Avanzado Psicológico** sito en Av. Manoteras, 8. Esc.1^a 3^oE. Madrid (28050).

Evolución del Problema

- Factores predisponentes

R. desde su preadolescencia, tiempo en el que aparece las primeras dificultades médicas (disfuncionalidad cardiaca), ha sido una niña sobreprotegida por sus familiares directos, especialmente por su hermano mayor, ya que los padres trabajaban duramente en las viñas de la familia y el tiempo de dedicación a los hijos era poco.

El hermano ejercía con ella, especialmente por su enfermedad y afinidad personal, un rol de protección, seguridad y apoyo, también ejercía este rol con

su otra hermana pero en menor medida, incluso a pesar de llevarse tan sólo 2 años de diferencia con su hermana (52 años) ésta también era cuidadora de R. Su historia de enfermedad y los cuidados por parte de familiares directos, así como los ejercidos por su marido e incluso por su hija desde que ésta era pequeña han hecho que R. sea una persona con baja autonomía, dependiente de las decisiones de los demás, con baja tolerancia a la frustración, baja regulación emocional, poco perseverante, etc.

Su aprendizaje en las interacciones sociales se ha desarrollado desde un rol de doliente e incluso victimista, por ello cuando debe enfrentarse a la pérdida de la persona *que más la ha cuidado, mimado y ayudado siente que no es capaz, "no puedo vivir sin el, lo era todo"*.

- **Curso y evolución del problema**

La aparición del problema se remonta a tres años atrás cuando el hermano mayor de R. fallece de manera rápida e inesperada. En menos de un mes le detectaron un cáncer de colón terminal y fulminante que provoca su muerte. R. nos cuenta que en ningún momento estuvo preparada para su muerte a pesar de que los médicos anticiparan el desenlace final.

Se desplazó de inmediato a Galicia para estar junto a él en todo momento, pero el día en el que falleció R. estaba en Madrid porque tenía que realizarse una prueba médica, este hecho hace que el nivel de culpabilidad sea muy alto, puesto que piensa que si ella hubiera estado cuidándole podía haber vivido algo más e incluso haber sobrevivido a la enfermedad. A partir de este momento no sólo se enfrenta a un proceso de duelo por la propia pérdida sino que además comienza a pensar que ella debería haber muerto, que le tocaba a ella y no a su hermano que era un hombre sano, fuerte, con agallas, etc.

La muerte del hermano le desencadena además un sentimiento de indefensión que hace que se refugie más en el cuidado externo que le proporciona su marido, hija y padres.

Tras el fallecimiento del hermano los padres se trasladan a Madrid para cuidarla y apoyarla, en principio vinieron para unas semanas únicamente pero llevan los últimos tres años conviviendo de manera permanente en su casa al no ver una mejoría en su estado de ánimo. Este hecho hace que se mantengan ciertas conductas poco beneficiosas para su mejoría, es la madre quien ejerce

de ama de casa, por tanto este rol que la definía gran parte del tiempo en su vida se ha desdibujado haciendo que el sentido hacia la activación se haya perdido, provocando además que permanezcan latentes sentimientos de baja autoeficacia y poca motivación por actividades de ocio o de responsabilidad.

Además uno de los temas de conversación reiterativos entre los padres y R. es sobre el hermano, su muerte esta presente prácticamente todo el día entre ellos en forma de lamentos, llanto, recuerdos negativos “pobrecillo todo lo que trabajó para nada”, “lo que el sufrió por mí” etc.

La mayor parte del tiempo R. piensa de manera continua en la muerte del hermano de manera interna o como hemos descrito anteriormente a través de las conversaciones mantenidas con los padres. Piensa en como podía haber evitado su muerte con alta frecuencia, el llanto asociado a este tipo de pensamiento es frecuente, su evolución no ha ido encaminada hacia la mejora intra e interpersonal, sino que ha ido a peor, puesto que las emociones de culpa, tristeza, pena, impotencia, etc. siguen latentes y sus relaciones afectivas han bajado en número y nivel de satisfacción.

Evita ir a aquellos lugares que le recuerdan a su hermano, su pueblo, fiestas patronales de pueblos aledaños, iglesia donde oficiaron la misa por el fallecimiento de su hermano, lugares concurridos con personas que puedan preguntarle por cómo se encuentra, etc., por tanto su radio de interacción se ha reducido considerablemente.

También ha dejado de comer pulpo, uno de los alimentos preferidos de su hermano, era éste quien lo preparaba en las celebraciones familiares y quien incitaba al resto de la familia en las vacaciones de verano a ir a las ferias de pueblos cercanos al suyo a comer unas tablas de este producto.

Las celebraciones familiares se han reducido e incluso extinguido, el cumpleaños de su marido ya no se celebra porque lo hacía conjuntamente con su cuñado, su propio cumpleaños tampoco porque su hermano le preparaba una comida especial en su casa, el único aniversario que se celebra en este momento es el de su hija.

R. no ha recibido tratamientos psicológicos previos a este.

- **Otras áreas a considerar:**

▪ **Apoyo social y relaciones familiares**

Cuenta con un amplio apoyo social, su familia es un referente de ayuda y cariño y además cuenta con un amplio grupo de amigos y familiares extensos que se muestran cercanos y afectuosos, tanto en Madrid como en Galicia.

El apoyo social percibido por la paciente es alto, refiere sentirse querida, apoyada y respetada por su entorno.

▪ **Situación vital y estilo de vida**

La situación vital que presenta R. al inicio del tratamiento era preocupante, su aislamiento y nivel de sufrimiento era muy alto, haciendo que la mayor parte del tiempo estuviera inmersa en una tristeza difícil de sobrellevar.

Su estilo de vida no presenta indicadores de alto riesgo para su salud física, lo único a destacar sería su sedentarismo, pero a parte de esto no tiene asociada ningún tipo de conducta de consumo de sustancias nocivas para la salud. Además R. todos los meses tienen un control clínico debido a su enfermedad cardiaca.

▪ **Motivación para el tratamiento**

La paciente se mostró en las dos primeras sesiones con cierto grado de ambivalencia ante la idea de cambio y mejora personal. La iniciativa por comenzar un tratamiento psicológico no fue suya, sino que fue impulsada por su entorno a acudir al centro e iniciar una terapia psicológica. Pero es consciente de que no se siente bien tal y como esta, y que sería beneficioso para ella realizar un tratamiento para poder encontrarse mejor.

A partir de la quinta sesión la motivación se convirtió en intrínseca porque comenzó a experimentar cierta mejoría en su estado anímico, esto le hizo implicarse más en el proceso terapéutico llegando a demandar ella misma venir con mayor frecuencia a terapia. Decidimos que la frecuencia con la que había asistido hasta ahora, una vez por semana, era la correcta y más adaptativa para la construcción de su mejoría personal.

Análisis Funcional

ANTECEDENTES	CONDUCTA PROBLEMA	CONSECUENCIAS
<p>Remotos:</p> <p>Factores personales/biológicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✗ Inseguridad ✗ Bajo nivel de autonomía ✗ Baja tolerancia a la frustración ✗ Baja autoestima ✗ Alta empatía ✗ Estilo de afrontamiento evitativo ✗ Estilo de comunicación pasivo ✗ Enfermedades: <ul style="list-style-type: none"> ○ Afeción cardíaca crónica ○ Hipertensión ○ Hernia discal <p>Factores familiares:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✗ Fallecimiento del hermano mayor ✗ Alta sobreprotección familiar <p>Próximos:</p> <p>Externos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✗ Conversaciones diarias con los padres relativas a su hermano ✗ Toma de decisiones familiares sin contar con su criterio o ideas <p>Internos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✗ Pensar en el fallecimiento de su hermano ✗ Autovaloración negativa <p>Situaciones potencialmente estresantes:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✗ Aniversario de la muerte de su hermano ✗ Fechas señaladas de tradición familiar (cumpleaños, navidad,) ✗ Ir al pueblo ✗ Llamadas de teléfono de familiares extensos 	<p>Cognitiva:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✗ Visión negativa sobre ella misma ✗ Presencia de distorsiones y sesgos cognitivos ✗ Pensamientos entorno a la idea de la propia muerte y muerte de su hermano ✗ Culpabilización ✗ Preocupación constante por los demás <p>Motora:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✗ Aislamiento social ✗ Inactividad ✗ Ausencia de actividades gratificantes ✗ Evita ir a lugares que le evocan el recuerdo de su hermano ✗ Llanto ✗ Largas conversaciones sobre el fallecimiento del hermano <p>Fisiológica:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✗ Dificultades para conciliar el sueño ✗ Fatiga, cansancio ✗ Dolor de espalda ✗ Nudo en la garganta ✗ Sudoración ✗ Ritmo cardíaco acelerado <p>Emocional:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✗ Tristeza ✗ Culpabilidad ✗ Inseguridad ✗ Desesperanza ✗ Impotencia ✗ Rabia 	<p>A corto plazo:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✗ Alivio de la sintomatología ansiosa (R-) ✗ Estado anímico bajo (C-) ✗ Evitación de responsabilidades (R -) ✗ Evitación de reuniones sociales (R-) ✗ Atención del entorno (R+) <p>A largo plazo:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✗ Aumento de las inseguridades (R+) ✗ Baja autoestima ✗ Mayor dependencia de su entorno ✗ Aislamiento social (C-)

Diagnóstico Multiaxial (DSM-IV-TR)

Eje I Trastornos Clínicos

- F.32.x Trastorno depresivo mayor. Episodio único [296.2x] Moderado-Leve.
- F. 41.1 Trastorno de ansiedad generalizada [300.02]
- Z63.4 Duelo [V62.82]

Eje II Trastornos de Personalidad

- Ningún diagnóstico asociado

Eje III Enfermedades Médicas

- Cardiopatía crónica
- Hernia discal
- Hipertensión

Eje IV Problemas Psicosociales y Ambientales

- Ningún diagnóstico asociado

Eje V Actividad Psicológica, social y laboral

- EEAG: 55

Diagnóstico Diferencial

Tras la evaluación realizada a nuestra paciente encontramos sintomatología que describe bien tanto el trastorno depresivo mayor como el trastorno por ansiedad generalizada, pero es importante detenernos ante este diagnóstico para valorar la influencia directa que ha tenido sobre R. el proceso de duelo abierto que esta vivenciando en el mantenimiento de dicha sintomatología.

Es precisamente la reacción ante la pérdida la que le hace presentar este tipo de síntomas asociados.

La categoría de duelo se consolida en R. porque cumple cinco de los siguientes seis criterios diagnósticos:

1. Siente culpa ante la pérdida
2. Pensamientos de muerte más que de vida
3. Preocupación mórbida con sentimiento de inutilidad
4. Enlentecimiento psicomotor acusado

5. Deterioro funcional a nivel social
6. Experiencias alucinatorias distintas de las de escuchar la voz o ver la imagen de la persona fallecida

Formulación Clínica

- Hipótesis de Origen

La hipótesis de origen en el caso de R. esta muy acotada, el malestar de nuestra paciente se remonta a tres años atrás cuando fallece su hermano mayor de una forma rápida e inesperada, le diagnostican cáncer de colón y en menos de un mes fallece.

Este hecho hará que R. se desestabilice ya que para ella era un referente en su vida, era como un segundo padre.

Junto a este hecho, debemos describir los propios factores de vulnerabilidad que presenta R.: bajo nivel de autonomía, alta inseguridad, baja tolerancia a la frustración, baja autoestima, alta capacidad de empatía y estilo de comunicación pasivo. Sus propios recursos personales por tanto han ido conformando un estilo de afrontamiento evitativo.

Añadido a estos factores no podemos olvidar su historial médico (tres operaciones de corazón, hernia discal y hipertensión con medicación asociada).

- Hipótesis de Mantenimiento

El malestar de R. se mantiene en el tiempo por la falta de recursos personales y estratégicos, así como por el mantenimiento de las distorsiones cognitivas asociadas al fallecimiento del hermano, además cuenta con potentes reforzadores externos que le impiden generar alternativas en su conducta. Sus padres, marido e hija, especialmente sus padres con sus conversaciones y cuidados le limitan la apertura a nuevas experiencias y al entrenamiento de nuevas habilidades.

En el corto plazo evitar situaciones clasificadas como ansiógenas hace que R. se sienta aliviada, pero en el largo plazo esta haciendo que nuestra paciente mantenga el mismo patrón disfuncional a largo de los últimos tres años.

Objetivos de Tratamiento

Los objetivos terapéuticos se cerraron a largo de las tres primeras sesiones, recogiendo por un lado los propios objetivos de la paciente y por otro lado ofreciéndole a ésta nuevos objetivos a conseguir una vez realizada la evaluación y detección de necesidades, asegurándonos que el malestar de R. no sólo iba a reducirse sino que trabajaríamos por el establecimiento del bienestar, la autonomía y la estabilidad emocional.

- Objetivos:

- Mejorar el estado de ánimo depresivo
- Reducir los niveles de ansiedad
- Eliminar pensamiento irracionales y distorsionados asociados al malestar que sufre en estos momentos
- Aumentar su nivel de activación, dotándola de herramientas y estrategias de afrontamiento
- Mejorar su autopercepción, autoconcepto y autoestima
- Aumentar y desarrollar su tolerancia a la frustración, para mejorar su comprensión de su situación y sus dificultades asociadas
- Desarrollar un estilo de comunicación asertiva
- Entrenar la regulación emocional para eliminar los altos niveles de culpabilidad a través de la expresión y gestión de las emociones
- Favorecer la inclusión de actividades gratificantes en su vida cotidiana
- Recordar al hermano con vivencia positiva

Plan de Tratamiento

El tratamiento psicológico llevado a cabo con R. se enmarca dentro del modelo terapéutico cognitivo-conductual. A continuación describiremos en una tabla el nº de sesiones utilizadas para la consecución de los objetivos acordados con la paciente, así como la fase del propio tratamiento, además de los objetivos y técnicas para dicha fase de intervención y las tareas asociadas que tuvo que realizar la paciente para conseguir los objetivos fijados.

Sesiones	Fase	Objetivos	Técnicas	Tareas
1-4	-Evaluación	-Alianza terapéutica -Recogida de información -Historia biográfica -Acotar objetivos terapéuticos	- Entrevista semiestructurada - Reestructuración cognitiva - Psicoeducación	- Cuestionarios: BDI, STAI, DAS, UAB 99-C - Escala disfuncional de Weissman - Cuestionario de Asertividad de Rathus - Cuestionario de Autoeficacia -Primer autorregistro
5-8	- Intervención en autoestima, autonomía y estilo de afrontamiento	- Entrenar regulación emocional - Rebajar niveles de ansiedad - Identificar distorsiones cognitivas	- Expresión verbal - Autoobservación -Reestructuración cognitiva - Relajación - Desensibilización sistemática - Psicoeducación - Escucha activa Pautas para la higiene del sueño	- Historia de pérdidas personales - Aproximación a lugares que le evocan recuerdos de su hermano - Segundo Autorregistro - Tercer autorregistro - Incorporar actividades gratificantes
9-12	- Intervención	- Entrenar en	-Reestructuración	- Reglas del duelo

Sesiones	Fase	Objetivos	Técnicas	Tareas
	en estilo de afrontamiento - Intervención en comunicación	asertividad - Modelado en comunicación - Gestionar emociones negativas - Mejorar su estilo de afrontamiento -Entrenar regulación emocional	cognitiva - Relajación - Extinción de conductas desajustadas - Programación de quejas - DS - Aceptación de la realidad - Role- Playing - Psicoeducación	- Medir y acotar el tiempo empleado al hablar de su hermano - Incorporar actividades gratificantes - Aproximación a lugares que le evocan recuerdos de su hermano - Tercer autorregistro - Cuestionarios STAI y BDI
13-16	- Mantenimiento de las habilidades y estrategias adquiridas - Seguimiento y alta	- Hablar del hermano en positivo - No mantener conductas de evitación - Tener conductas de proactividad - Reestablecer contacto con familiares y amigos -Repaso de conocimientos adquiridos	- Role- Playing - Álbum de recuerdos - Técnicas de refocalización atencional - Psicoeducación - Entrenamiento en solución de problemas -Feedback	- Decálogo del acompañante - Incorporar actividades gratificantes - Ir a su pueblo y comer pulpo - Celebrar cumpleaños del marido - Proponer actividades de ocio a marido - Cuarto autorregistro - Álbum de recuerdos (fotos y anécdotas) - Cuestionario de Autoeficacia

Alta Terapéutica y Discusión

Nuestra paciente recibió el alta terapéutica después de dieciséis sesiones de intervención clínica, a lo largo de las mismas logramos la consecución de los objetivos propuestos.

R. fue capaz de generar pensamientos alternativos más adaptativos sobre el fallecimiento de su hermano, dejó de evitar los lugares que le recordaban a el, comenzó a responsabilizarse de tareas cotidianas en el cuidado de la casa y de su propio cuidado personal, además volvió a su pueblo de vacaciones de verano como siempre habían hecho en años anteriores.

Estableció una pauta de interacción con sus padres más adaptativa, éstos volvieron en septiembre del 2011 a vivir a Galicia, R. acordó con ellos visitarles cada quince o veinte días.

Su nivel de independencia y autonomía aumentó y se afianzó, estableciendo un nuevo criterio personal sobre su nivel de autoeficacia. Su autoestima por tanto se vio incrementada, siendo capaz de tomar decisiones a nivel individual y familiar.

Incorporó un estilo de comunicación más asertivo, facilitándole la interacción con su entorno, de esta forma se sentía más segura para incorporar ocio en su vida y así lo hizo, se apuntó a clases de pintura y en septiembre quería acceder a la universidad para mayores.

El recuerdo de su hermano ya no era doloroso, seguía echándole de menos pero era capaz de hablar de el con cariño, admiración y lo más importante en positivo, sin resentimiento, rabia, o culpa.

Podemos decir que R. reestableció un nuevo estilo de afrontamiento que le dotó de mayor adaptabilidad al medio, generando un bienestar estable a lo largo del continuo de las emociones.

Su estado anímico se estabilizó, fue capaz de incorporar un patrón de conducta menos ansiosa. Además la tristeza profunda que refería sentir ante la pérdida se vio aliviada incorporando actividades agradables y satisfactorias en su vida.

Inferimos por los datos que nos ofrece la intervención terapéutica que establecimos con R. que los procesos de duelo crónico como el que presentaba R. son susceptibles de tratar a través del modelo terapéutico

cognitivo-conductual con buenos resultados. Las técnicas que nos ofrece el modelo nos ayudan por tanto a conseguir nuestros objetivos.

El nivel de satisfacción de la paciente con el trabajo realizado en consulta es alto ya que describe su vida actual como más tranquila y feliz.

Realizar este trabajo me ha permitido avanzar y adquirir nuevos conocimientos sobre los procesos de duelo, por tanto valoro muy positivamente esta oportunidad.

Bibliografía

- **Barreto, P., Soler, M^aC.** *Muerte y Duelo*. Ed. Síntesis. 2007
- **Blake, Q.** *El libro triste*. Ediciones Serres, S.L. 2004 (Duelo de un padre por su hijo)
- **Brothers, J.** *Vivir sin él*. Barcelona: Ed. Grijalbo, 1992
- **Friedman, J.** *Cuando los niños sufren* Ed. Los libros del comienzo 2002
- **Ginsburg G. D.** *No estás sola cuando él se ha ido*. Barcelona: Ed. Martínez Roca, 1999
- **Gómez Sancho, M.** *La pérdida de un ser querido. El duelo y el luto*. Ed Arán
- **Grollman E. A.** *Vivir cuando un ser querido ha muerto*. Barcelona: Ed. 29, 1996
- **Jochen Jülicher** *Todo volverá a ir bien pero no como antes*. Ed. Sal Terrae
- **Kroen, W.C.** (02) *Como ayudar a los niños a afrontar la perdida de un ser querido* Barcelona:Oniro, SA.
- **Kübler-Ross, E.** *Los niños y la muerte*. Ed. Luciérnaga. Barcelona 1999
- **Kübler- Ross, E.** *Preguntas y respuestas a la muerte de un ser querido*. Barcelona: Ed. Martinez Roca, 1998
- **Lacasta Reverte, M A., Novellas Aguirre de Cárcer A.** *Guía para familiares en duelo* Editado por la Asociación Española de Cuidados Paliativos (Secpal)
- **Lee C.** *La muerte de los seres queridos*, Barcelona: Ed. Plaza y Janés, , 1995
- **Markham, U.** *Cómo afrontar la muerte de un ser querido*. Barcelona. Ed. Martinez Roca 1997
- **Neimeyer, R.A.** *Aprender de la pérdida. Una guía para afrontar el duelo*. Barcelona: Paidós, 2002

- **Poch, C. Y Herrero, O.** *La muerte y el duelo en el contexto educativo*. Ed. Paidós. 2003
- **Tizón, J.L.** (2004) *Pérdida, pena, duelo. Vivencias, investigación y asistencia*. Barcelona: Fundació Vidal i Barraquer y Ed. Paidós.
- **Wonder, J. W.** (97) *Tratamiento del duelo: asesoramiento psicológico y terapia*. Barcelona: Paidós
- **Alguien muy especial ya no está (AACC)** Fundación Inocente, inocente. (Material gratuito en Web) 2004

Recursos en Internet

www.secpal.org Sociedad española de Cuidados Paliativos

www.cancer.gov National Cancer Institute. *Pérdida, pena y duelo* (Posibilidad de descarga gratuita de guías de apoyo en duelo en castellano).

www.todocancer.com Página de la Asociación española contra el cáncer. Ofrece descarga gratuita de material.

www.alfinlibros.com

Anexos

Anexo I. Historia Personal de Pérdidas

**HISTORIA PERSONAL DE
PÉRDIDAS:**

1.- La primera muerte que puedo recordar es la muerte de:

2.- Mi edad era:

3.- Los sentimientos que recuerdo que tuve fueron:

4.- El primer funeral (velatorio u otro servicio funerario) al que asistí fue el de:

5.- Mi edad era:

6.- Lo que más recuerdo de aquella experiencia es:

7.- Mi pérdida más reciente producida por una muerte fue (persona, momento, circunstancias):

8.- Afronté esta muerte mediante:

9.- La muerte más difícil para mí fue la muerte de:

10. Fue difícil porque:

-

11- De las personas importantes que están vivas ahora, la muerte más difícil para mí sería la de:

12, Sería la más difícil porque:

-

13. Mi estilo principal de afrontamiento de la muerte es:

-

14. Se que mi propio duelo se resolverá cuando:

-

15. Para mí es apropiado compartir mis experiencias de duelo con otros cuando:

-

Tomado de " ***El tratamiento del duelo: asesoramiento psicológico y terapia***" J. William Wordem Ed Paidós

Anexo II. Reglas del Duelo

Regla Nº 1

Todas las personas no reaccionan igual ante la pérdida de un ser querido

Regla Nº 2

Disimular nuestro dolor no conduce a nada positivo: bloquea la comunicación con otros familiares que pueden estar sintiendo lo mismo que nosotros

Regla Nº 3

Tras la muerte de un ser querido **es normal** que el mundo se vuelva caótico e inseguro

Regla Nº 4

Durante el duelo debe seguirse un control médico periódico para prevenir, tratar a tiempo o controlar ciertas enfermedades que pueden aparecer o empeorar

Regla Nº 5

Si existen factores de riesgo de un proceso de recuperación complicado o difícil, consulte con un especialista en duelo

Regla Nº 6

La pérdida de un ser querido no se “supera”: uno se “**recupera**” de las pérdidas, más estas nunca se superan; molestan de cuando en cuando como lo suele hacer una cicatriz

Regla Nº 7

El proceso de recuperación tras la pérdida de un ser querido suele tardar entre 3 y 4 años para completarse

Regla Nº 8

La tercera fase del duelo es prácticamente idéntica a una depresión

Regla Nº 9

Uno de los aspectos más importantes para facilitar la recuperación de los adultos que han perdido un ser querido es la EDUCACIÓN EN DUELO

Regla Nº 10

El revivir la experiencia (La causa de la muerte o lo que condujo a esta) facilita la integración de la realidad de la pérdida (todo lo contrario a lo que la gente suele hacer)

Regla Nº 11

El primer paso a dar cuando se quiere ayudar a alguien que intenta reponerse y recuperarse de la pérdida de un ser querido es el INFORMARSE, aprender la CULTURA DEL DUELO

Regla Nº 12

¿SE PUEDE O NO LLORAR?

Si me golpeo una espinilla, si estoy de parto, si me operan, si algo me sale mal, si me roban el coche o un objeto familiar muy valioso, etc..., suelo llorar con amplia libertad. Todas estas circunstancias son dolorosas - ¿Porqué no he de llorar ante una situación que me produce un DOLOR TOTAL? Dolor bio-psico-socio-familiar y espiritual. Duele el alma, el pasado, el presente, el futuro. Duele la vida. No solo se puede llorar, sino que además, es sano hacerlo.

Regla Nº 13

La institución más importante para recuperarse de la pérdida de un ser querido es LA FAMILIA

Regla Nº 14

La terapia más importante para podernos recuperar de la pérdida de un ser querido es LA TERAPIA DEL HOMBRO-OIDO-ABRAZO

Regla Nº 15

Duelo que **no se habla** es duelo que **no se cura**

Anexo III. Decálogo del Acompañante de Duelo

Para aquellos que quieren acompañar y ayudar a otros que han perdido a sus seres queridos:

1. Leeré y me informaré de todo lo relacionado con el duelo, la aflicción y el luto. De esta forma mi ayuda será más efectiva.
2. Permitiré y animaré la expresión de los sentimientos de dolor y tristeza por la pérdida del ser amado, sin salir huyendo ante a expresión de los mismos.
3. Estarán siempre mis oídos atentos para escuchar el dolor, la tristeza, la rabia, la frustración, la soledad y todos los otros sentimientos que acompañan a la aflicción.
4. Prestaré, indefinidamente y mientras sea necesario, mis hombros, mis brazos y mi pecho como consuelo para sostener la afligida existencia de mi dolorido.
5. No esperaré a que la persona busque ayuda, tomaré la iniciativa visitándola o llamándola
6. Contribuiré a que el apoyo y la comunicación afectiva de la familia sean los instrumentos mas efectivos que faciliten la recuperación por la pérdida del ser amado

7. Respetaré las diferencias individuales en la expresión del dolor y en la recuperación del mismo
8. Estaré atento a la presencia de reacciones anormales o distorsionadas del duelo
9. Animaré la realización de todas las actividades necesarias para la promoción, mantenimiento de la salud y prevención de enfermedades durante el duelo
10. Una vez alcanzada la recuperación, animaré y colaboraré en el establecimiento de grupos de auto-ayuda en mi entorno

Anexo IV. Listado de Emociones

- Emociones Básicas o Primarias: Alegría, Tristeza, Ira, Asco, Miedo y Sorpresa
- Emociones Secundarias o Sociales: se derivan de las universales y se combinan entre ellas (Orgullo, Lástima, Celos.....)

Emociones Positivas

Alegría: Buen humor, felicidad, diversión, gratificación, optimismo, regocijo, entusiasmo, contento, deleite, júbilo, gratitud, alivio, calma, interés, curiosidad, encanto, paciencia, éxtasis, templanza, simpatía y complacencia.

Amor: Afecto, agrado, estima, consideración, respeto, aprecio, amabilidad, cariño, devoción, embeleso, adoración, ternura, placer, cordialidad, aceptación y afinidad.

Felicidad: Gozo, tranquilidad, paz interior, plenitud, dicha, placidez, satisfacción, serenidad, bienestar, seguridad, gratificación, esperanza, confianza y sosiego.

Emociones Negativas

Ira: Rabia, cólera, desdén, menosprecio, ultraje, rencor, furia, enfado, indignación, resentimiento, aversión, exasperación, tensión, excitación,

acritud, animadversión, animosidad, venganza, humillación, irritación, hostilidad, enojo, celos, envidia, reproche, resquemor, impotencia, rebeldía, repudio y malevolencia.

Miedo: Temor, horror, espanto, pánico, terror, congoja, pavor, susto, fobia y desasosiego.

Ansiedad: Angustia, desesperación, estrés, preocupación, azoramiento, anhelo, desazón, obnubilación, desconcierto, consternación, nerviosismo, timidez, estupor, incertidumbre, inquietud, insatisfacción e impaciencia.

Tristeza: Autocompasión, depresión, estrés, preocupación, frustración, fastidio, decepción, mal humor, aflicción, desolación, pena, desaliento, dolor, pesar, pesadumbre, desconsuelo, desesperanza, desánimo, apatía, aburrimiento, melancolía, resignación, soledad, conmoción, desdicha e infelicidad

Vergüenza: Arrepentimiento, culpa, timidez, inseguridad, vergüenza ajena, bochorno, recato, rubor, sonrojo y remordimiento.

Otras: Asco, Posesividad, egoísmo, avaricia, intriga, indiferencia, mezquindad, confusión, desconfianza, pereza, prepotencia, recelo, sometimiento, expectación y valor.

Anexo V. Distorsiones Cognitivas

Distorsión	Descripción
1. Abstracción Selectiva - Fijarse sólo en lo negativo - Maximizar lo negativo y Minimizar lo positivo	Es cuando se escoge un solo detalle negativo y nos fijamos exclusivamente en él, de modo que tu visión de toda la realidad se oscurece (filtro atencional). O bien cuando se exagera la importancia de las cosas (como, por ejemplo, un error tuyo o el logro de algún otro), o se reducen indebidamente hasta que parecen diminutas (tus propias cualidades más notables o las imperfecciones de otro).
2. Sobregeneralización - Etiquetar - "Todo, nunca, nada, nadie, jamás..." (Pensamiento dicotómico)	Es cuando se ven las cosas que nos ocurren en categorías blanco o negro. Si los resultados no llegan a ser perfectos, se considera que es un completo fracaso. Otra forma de este error es la etiquetación: esta es una forma extrema de sobregeneralización. En lugar de describir tu error, le pones una etiqueta negativa para describirte a ti mismo: "Soy un perdedor". Cuando la conducta de alguien no te sienta bien, le pones otra etiqueta negativa: "Es un maldito mentiroso". La atribución de etiquetas erróneas implica la descripción de un hecho

Distorsión	Descripción
	con un lenguaje muy vívido y con una gran carga emocional.
3. Adjetivos Desmedidos - "Horroroso", "Terrible",...	Se utilizan adjetivos desmedidos que aportan una carga emocional exagerada a los hechos que han pasado o pasarán.
4. Anticipación Negativa - "Y si...", "Seguro que..." (Conclusiones apresuradas.)	Es cuando se hace una interpretación negativa acerca de algo, aunque no existan hechos definidos que fundamenten de una manera convincente tu conclusión. a. <u>Lectura del pensamiento</u> : Es cuando se decide arbitrariamente que alguien está reaccionando de modo negativo con respecto a ti, y no te tomas la molestia de averiguar si es así realmente. b. <u>El error del adivino</u> . : Es cuando se prevé que las cosas resultarán mal, y estas convencido de que tu predicción es un hecho establecido.
5. "Deberías" -"Tengo que...", "Debo de...", "No puedo..."	Tratas de motivarte a través de los "deberías" y "no deberías". La consecuencia emocional inmediata es la <u>culpa</u> . Cuando diriges este tipo de enunciación hacia los demás, sientes irritación, frustración y resentimiento.