

# **Estudio de caso: el duelo complicado en una mujer adulta**

---

Máster en Psicología General Sanitaria

---

Autora: Carla Miranda Paz  
Tutora académica: María de los Ángeles Esteban Hernández  
Tutora de prácticas: Patricia Morales Casillas

### ***Agradecimientos***

Quisiera aprovechar este apartado para mencionar a mi tutora de prácticas Patricia Morales Casillas, del centro de psicología Psicomentis, que me ha ayudado en el abordaje de este caso y me ha permitido crecer como profesional. Gracias por tu apoyo, tus consejos y por compartir tu experiencia con nosotras. No podría haber elegido mejor centro para realizar mis prácticas del máster, he aprendido muchísimo y me has dado la confianza para poder descubrirme en el rol de terapeuta.

Agradecer también a F y a todas y todos los pacientes que hemos podido conocer en el transcurso de las prácticas ya que, sin duda, son de quienes más hemos aprendido. Nos han dado la oportunidad de desarrollarnos como profesionales.

Por último, mencionar a mi tutora académica Ángeles Esteban Hernández, quien con mucha paciencia ha revisado este trabajo para que pudiese estar listo a tiempo y tener la mejor calidad posible.

En definitiva, gracias a todos y todas las que habéis contribuido a la formación de una psicóloga sanitaria todavía en construcción, pero satisfecha con los progresos.

## **Resumen**

En este trabajo se expone el caso de F, una mujer de 32 años que presenta sintomatología típica de un duelo complicado por motivo del fallecimiento de su padre hace 2 años. Esta problemática, aparece en la práctica clínica con una prevalencia del 22% en la población española adulta, por lo que es fundamental el estudio de casos como el que nos ocupa.

La evidencia disponible acerca del duelo complicado señala cierta controversia a la hora de acotar este término tanto a nivel conceptual como a nivel diagnóstico. Exploraremos también la delimitación de las etapas o tareas del duelo, los factores de protección y de riesgo asociados y la intervención psicológica que cuenta con mayor evidencia en estos casos. A continuación, describiremos las estrategias de evaluación empleadas, propondremos la formulación clínica del caso, y detallaremos la propuesta de tratamiento que estamos llevando a cabo. La conducta problema principal es la evitación de los eventos cognitivos y emocionales relacionados con los recuerdos de su padre, por lo que la estrategia de intervención principal ha sido la exposición a esos recuerdos y la gestión emocional y cognitiva de los mismos.

El caso de F se encuentra todavía activo, pero los resultados obtenidos hasta el momento basados en la satisfacción informada por la paciente y la observación clínica directa indican que dicha intervención está resultando efectiva. No obstante, la limitación principal de este trabajo sería la ausencia de medidas cuantitativas de evaluación del tratamiento.

## **Palabras clave**

Duelo Complejo Persistente, duelo complicado, duelo patológico, estudio de caso.

***Abstract***

This paper presents the case of F, a 32-year-old woman who presents the typical symptoms of a complicated grief due to the death of her father 2 years ago. This issue appears in clinical practice with a prevalence of 22% in the adult Spanish population, which is why the study of cases such as the one at hand is essential.

The available evidence about complicated grief points to some controversy when narrowing down this concept and its diagnosis. We will also explore the description of the stages or tasks of grief, the associated risk and protection factors and the psychological interventions with the greatest empirical evidence. Subsequently, we have developed a thorough evaluation of the case, proposed its clinical formulation, and described the treatment approach that we are currently conducting. The main problem behaviour is the avoidance of cognitive and emotional events related to her father's memories, so the main treatment strategy has been the exposure to these memories and their emotional and cognitive management.

F's case is still active, but the results obtained so far based on patient-reported satisfaction and direct clinical observation indicate that this intervention is proving effective. However, the main limitation of this paper would be the absence of quantitative measurements to evaluate the treatment.

***Keywords***

Case study, complicated grief, pathological grief, Persistent Complex Bereavement.

## Contenido

<b>Resumen</b> .....	3
<b>Palabras clave</b> .....	3
<b>Abstract</b> .....	4
<b>Keywords</b> .....	4
<b>1. Introducción</b> .....	6
1.1. Conceptualización del duelo y diferencias entre el duelo patológico y el duelo normal	6
1.2. Delimitación diagnóstica del duelo complicado .....	9
1.3. Curso, desarrollo y prevalencia .....	9
1.4. Factores de riesgo y protección .....	11
1.5. Etapas y tareas del duelo .....	12
1.6. Intervención psicológica en el duelo.....	14
<b>2. Identificación del paciente y motivo de consulta.</b> .....	17
<b>3. Estrategias de Evaluación</b> .....	19
<b>4. Formulación clínica del caso.</b> .....	27
<b>5. Tratamiento</b> .....	31
<b>6. Valoración del tratamiento</b> .....	37
<b>7. Discusión y conclusiones</b> .....	40
<b>8. Referencias bibliográficas</b> .....	45
<b>9. Anexos</b> .....	48
Anexo 1. Criterios diagnósticos del Trastorno por Duelo Complejo Persistente (DSM-5) .....	49
Anexo 2. Inventory of Complicated Grief.....	50

## 1. Introducción.

En el presente trabajo, estudiaremos un caso clínico dónde el motivo de consulta principal es el abordaje del duelo complicado tras el fallecimiento del padre de nuestra paciente. Así y todo, antes de comenzar debemos considerar que, en la práctica clínica, en prácticamente ningún caso se trabaja exclusivamente con un objetivo terapéutico. Por lo tanto, y aunque la problemática de este caso clínico se vaya a centrar en el duelo, queríamos matizar que en la práctica se han trabajado también otros objetivos importantes para la persona y que no abordaremos en este trabajo.

### 1.1. Conceptualización del duelo y diferencias entre el duelo patológico y el duelo normal

El duelo se define, según el Manual Diagnóstico de los Trastornos Mentales DSM-5 (APA, 2013), como un *“estado que surge con la pérdida, por causa de muerte, de alguien con quien uno ha tenido una estrecha relación”*. Y se señala además que el duelo incluye una sucesión de respuestas de luto y de tristeza. Por otra parte, Bowlby (1983) hizo una aproximación al duelo definiéndolo como los *“procesos psicológicos conscientes o inconscientes”* que se desencadenan tras la pérdida de un ser querido.

En cambio, Gil-Juliá, Bellver y Ballester (2008) han establecido que las pérdidas no solamente se refieren a el fallecimiento de un allegado, sino que pueden ser *“cualquier daño en los recursos personales, materiales o simbólicos con los que se ha establecido un vínculo emocional”* y, por lo tanto, el duelo puede desencadenarse por cualquiera de estas pérdidas.

Para Flórez (2002), el duelo consiste en una serie de reacciones biológicas, psicológicas y sociales que aparecen tras pérdida. Este mismo autor, señala que el duelo es una reacción universal que se considera adaptativa ya que va a promover que la persona se adapte a la nueva realidad sin la persona fallecida y *“asimilar la pérdida”*. En cambio, puede llegar a convertirse en una reacción disfuncional cuando el duelo no es procesado correctamente.

A pesar de que se han establecido etapas de duelo por diferentes autores como mostraremos más adelante, lo cierto es que cada persona experimenta el duelo de una manera muy distinta. No existe una manera universal de reaccionar ante una pérdida o de afrontar el dolor ya que no va a haber un duelo igual en dos personas e, incluso, en una misma persona esa reacción puede variar en función del vínculo con el fallecido, las causas del fallecimiento y otros factores. De este modo, cada proceso de duelo será único y debemos evaluar correctamente cada caso para poder individualizar la intervención posteriormente.

Llegados a este punto se hace imprescindible **diferenciar entre duelo normal y duelo complicado** (términos que emplearemos indistintamente). El duelo es en sí mismo un proceso psicológico normal y, como afirman Echeburúa y Boix (2007), la mayoría de los casos no van a requerir de una intervención psicoterapéutica ya que las estrategias de afrontamiento, la resiliencia, el apoyo social, la vuelta a la actividad cotidiana normal o el simple paso del tiempo van desempeñar su función protectora. León y Huarcaya (2019) señalan, además, que en el duelo normal la persona no presenta ninguna disfuncionalidad en su vida diaria.

El proceso de duelo normal se complica cuando la persona experimenta un dolor desproporcionado y prolongado en el tiempo, o cuando no se disponen de las estrategias de afrontamiento apropiadas para hacer frente a la pérdida y adaptarse a la nueva realidad. Es muy frecuente que las personas con duelo patológico pidan ayuda por otro problema médico o psiquiátrico (por ejemplo, somatizaciones) y ahí se haga la derivación, ya que no muchos pacientes acuden a buscar ayuda psicológica por el duelo directamente.

Por lo tanto, cuando hablamos de duelo complicado entendemos una reacción muy intensa y prolongada ante una pérdida, que impide el funcionamiento normal en la vida diaria y que va a interferir en diferentes áreas de la vida de la persona. Algunos de los síntomas más característicos y con mayor acuerdo general por diferentes autores son la añoranza, la incredulidad, la soledad y el sentimiento de vacío, la evitación, la culpa, sentimientos de inutilidad o incluso alucinaciones relacionadas con el fallecido (Gil-Juliá, Bellver y Ballester, 2008).

Existen varios factores que se han vinculado al desarrollo del duelo patológico. En primer lugar, estarían las características de la persona como el equilibrio y gestión emocional, las estrategias de afrontamiento o el apoyo percibido por su círculo familiar y social. Además de esto, es fundamental tener en cuenta la vinculación con la persona fallecida, considerando que el duelo será más complicado cuanta más proximidad (pareja, hijo/a, madre/padre o hermanos). Otro factor importante serían las circunstancias de la muerte ya que, por ejemplo, los casos de homicidio, suicidio, muertes repentinas (accidentes de tráfico) o muertes tras padecer una enfermedad dolorosa, se han señalado como variables que podrían complicar el proceso de duelo (Echeburúa y Boix, 2007).

León y Huruaya (2019) han propuesto cuatro tipos de duelo patológico que se describen a continuación (tabla 1):

*Tabla 1. Tipos de duelo complicado (León y Huruaya, 2019)*

<b>Duelo crónico</b>	Duración del duelo superior a 1 año y no se consigue recuperar el funcionamiento previo.
<b>Duelo retardado</b>	Reacción inicial inexistente a la pérdida e inicio del duelo con posterioridad. Relacionado con la falta de apoyo socio-familiar o la necesidad aparentar fortaleza.
<b>Duelo intensificado</b>	Respuesta de duelo desproporcionada asociada a conductas desadaptativas y comorbilidad con otros trastornos psiquiátricos.
<b>Duelo enmascarado</b>	Incapacidad para expresar el dolor producido por la pérdida y superar la negación, por lo que la persona no asocia la sintomatología al duelo.



## 1.2. Delimitación diagnóstica del duelo complicado

Según indican Barreto, De la Torre y Pérez-Marín (2012), el diagnóstico del duelo complicado ha sido polémico y ha tenido distintas categorías nosológicas a lo largo de los años. En la misma línea, Parro-Jiménez et al. (2021) indican que, a día de hoy, sigue sin haber consenso en el diagnóstico del duelo complicado.

La clasificación internacional de las enfermedades CIE-10 (OMS, 2020) por ejemplo, incluye el duelo normal como “*factores que influyen en el estado de salud: problemas relacionados con el grupo de apoyo por desaparición y muerte de un miembro de la familia*” (Z63.4), mientras que incluye el duelo complicado dentro de los Trastornos Adaptativos (F43.2).

En el DSM-IV-TR, se incluía el duelo complicado en el apartado de *problemas adicionales que pueden requerir atención clínica*. En cambio, el DSM-5 ha incluido el diagnóstico de Trastorno por Duelo Complejo Persistente en el apartado de *afecciones que necesitan más estudio*, que se describe con los criterios diagnósticos que se pueden encontrar anexionados al final de este trabajo.

## 1.3. Curso, desarrollo y prevalencia

En cuanto al curso y desarrollo, el DSM-5 apunta que el Trastorno de Duelo Complejo Persistente puede desencadenarse a cualquier edad desde del primer año de vida. Aunque las respuestas de duelo aparecen justo después de la pérdida, no se puede diagnosticar hasta que esta sintomatología persista 12 meses o más en adultos (6 en niños). Echeburúa y Boix (2007), indican que las primeras reacciones no marcan necesariamente la evolución futura del duelo. Algunos pacientes van a tener una primera respuesta ligera que posteriormente puede intensificarse y prolongarse, mientras otras personas van a vivir una primera reacción muy intensa con gran sufrimiento inicial, para después ir procesando el duelo más fácilmente. Este último ejemplo es el más frecuente y representaría un caso de duelo normal.

La prevalencia del Trastorno de Duelo Complejo Persistente oscila entre un 2.4 y un 4.8%, y suele ser más frecuente en las mujeres que en los hombres (DSM-5). Las estadísticas indican que el 10- 20% de las personas que atraviesan por un duelo necesitan ayuda profesional para lidiar con la sintomatología y el malestar que genera (Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid, 2019). Parro-Jiménez et al. (2021), en su revisión bibliográfica estiman que la prevalencia del duelo complicado es de 21,53% en la población española adulta, siendo esta prevalencia superior al dato proporcionado por otras revisiones internacionales con una prevalencia del 9.8%.

Teniendo en cuenta que el duelo por fallecimiento de un ser querido es algo con lo que todas las personas hemos tenido que lidiar (o lidiaremos) en algún momento de nuestra vida, la necesidad de seguir estudiando su evaluación y tratamiento se hace imprescindible.

#### 1.4. Factores de riesgo y protección

Barreto, De la Torre y Pérez-Marín (2012), han delimitado los factores de protección y de riesgo para el desarrollo del duelo complicado que se pueden encontrar en la siguiente tabla:

*Tabla 2. Factores de riesgo y protección para el desarrollo del duelo complicado*

Factores de riesgo	Factores de protección
<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Características personales:</b> Ser muy joven o de avanzada edad, problemas de salud física o mental anteriores, duelos previos no resueltos o pérdidas múltiples, estrategias de afrontamiento desadaptativas, dificultades económicas.</li> <li>- <b>Aspectos sociales:</b> Falta de apoyo social o familiar, dificultades de comunicación y expresión de emociones, pérdida inaceptable socialmente (estigma).</li> <li>- <b>Características relacionadas con la persona fallecida:</b> Juventud, apego ambivalente, pérdida de un hijo/a, pareja, padre/madre, fallecimiento repentino, duración larga de enfermedad o sin control sintomático, fallecimiento trágico o violento (accidente, homicidio, suicidio).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Características personales:</b> Salud física y mental, gestión emocional, implicación activa en actividades sociales, estrategias de afrontamiento adaptativas, sentido del humor, actitud positiva, resiliencia, espiritualidad, duelos previos resueltos.</li> <li>- <b>Aspectos sociales:</b> Apoyo social y familiar, buenas habilidades de comunicación y expresión emocional, pérdida aceptable socialmente.</li> <li>- <b>Características relacionadas con la persona fallecida:</b> Vejez, apego seguro, no haber perdido a un hijo/a, pareja o padre/madre, participación en el cuidado del paciente, fallecimiento previsible, control sintomático de la enfermedad y corta duración, pronóstico conocido de la enfermedad.</li> </ul>

Relacionado con la participación en el cuidado de la persona fallecida descrito anteriormente como factor de protección, es importante mencionar que otros trabajos como el de Cameron et al. (2002) han apuntado a que los cuidadores experimentan mayores niveles de estrés emocional y se aíslan más dejando de participar en actividades agradables. Este matiz va a resultar fundamental para el caso que veremos y desarrollaremos en este trabajo, como veremos más adelante.

### 1.5. Etapas y tareas del duelo

Según muestran Gil-Juliá, Bellver y Ballester (2008) en su revisión bibliográfica sobre el duelo, diferentes autores han descrito las etapas del duelo (tabla 4). Desde Bowlby (1997) con sus etapas de aturdimiento, anhelo y búsqueda, desorganización y desesperación y finalmente reorganización; hasta Neimeyer (2002) o las famosas etapas de Kübler-Ross (1989).

*Tabla 3. Etapas del duelo descritas por diferentes autores (Gil-Juliá, Bellver y Ballester, 2008)*

Lindemann	Parkes y Bowlby	Engel	Kübler-Ross	Rando	Neimeyer
Conmoción e incredulidad	Aturdimiento	Conmoción e incredulidad	Negación	Evitativa	Evitación
Duelo agudo	Anhelo y búsqueda	Desarrollo de la conciencia	Ira	De confrontación	Asimilación
Resolución	Desorganización y desesperación	Restitución	Negociación	De restablecimiento	Acomodación
	Reorganización	Resolviendo la pérdida	Depresión		
		Idealización	Aceptación		
		Resolución			

Las etapas del duelo más utilizadas son las descritas por Kübler-Ross, en las que se identifican las siguientes 5 etapas (Massa-López, 2017):

- **Negación:** primera etapa en la que se intenta reducir el dolor emocional de la pérdida a través de la incredulidad o el rechazo inicial.
- **Ira:** a continuación, en esta fase, pueden aparecer sentimientos como la rabia o el resentimiento y se entienden tales emociones como una vía para manifestar el dolor causado por la pérdida. Esta ira puede estar dirigida hacia sí mismo, los demás o hacia la persona fallecida.

- **Negociación:** en esta fase se conserva la esperanza de que las cosas vuelvan a ser como antes, o incluso la posibilidad de volver a ver a la persona fallecida. En este momento, sobre todo las personas religiosas, pueden incluso prometer cambiar ciertos comportamientos o realizan promesas de fe con la condición de volver atrás y recuperar a su ser querido.
- **Depresión:** esta fase consiste en comenzar a asumir la pérdida, por lo que es común que aparezcan síntomas como la tristeza, la desesperanza o el aislamiento. Es importante apuntar que esta depresión no se corresponde con un diagnóstico de depresión mayor, sino que es más bien la respuesta apropiada a una gran pérdida.
- **Aceptación:** esta última fase se relaciona con la calma que genera el comprender el fallecimiento como un fenómeno natural de la vida.

Actualmente, las teorías acerca del duelo han cambiado de enfoque y no se habla tanto de etapas del duelo, sino más bien de las tareas del proceso de duelo para concederle un papel más activo a la persona. De hecho, Massa-López (2017) indica que seguir trabajando con la concepción clásica de etapas del duelo puede resultar desaconsejable ya que se ha demostrado que estas no son unidireccionales ni normativas. A este respecto Worden (2013) establece un total de cuatro tareas del duelo:

- Aceptar la realidad de la pérdida
- Trabajar la emoción y el dolor de la pérdida
- Adaptarse a un medio en el que el fallecido está ausente
- Reubicar a la persona fallecida a nivel emocional y continuar viviendo

Por lo tanto, según la evidencia recogida, las tareas para la correcta elaboración del duelo aluden a tres factores principales: el procesamiento cognitivo de la pérdida, el procesamiento a nivel emocional y, por último, a la adaptación a la nueva situación y la redefinición de roles.

## 1.6. Intervención psicológica en el duelo

Se han descrito tres criterios que apuntan a la necesidad de buscar ayuda psicológica tras haber experimentado una pérdida significativa:

- Cuando la respuesta aguda de duelo se prolonga más de 6 semanas
- Cuando se produce una interferencia clínicamente significativa en la vida diaria de la persona
- Cuando la persona se percibe desbordada por sus pensamientos o emociones tras la pérdida.

Gil-Juliá, Bellver y Ballester (2008), señalan la eficacia de un tratamiento combinado entre sesiones individuales para trabajar en las conductas problema específicas de cada caso y la intervención grupal para optimizar los recursos, proporcionar apoyo social al paciente y romper el aislamiento favoreciendo modelos entre iguales.

En el protocolo de atención al duelo desarrollado por la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid (2019), se señalan 3 diferentes niveles asistenciales. El primer nivel consistiría en proporcionar información, apoyo y acompañamiento a la familia. El segundo nivel incluiría el asesoramiento por parte del equipo sanitario, donde el objetivo principal va a ser facilitar el proceso de adaptación y prevenir que se desencadene un duelo complicado. El tercer y último nivel consistiría en la intervención especializada para los casos que lleguen a desarrollar duelo complicado.

Varios autores coinciden en afirmar que, además de adaptar la intervención a cada paciente, se debe tener en cuenta que la elaboración del duelo empieza cuando hay certeza de la incurabilidad del diagnóstico recibido por la persona fallecida. Por lo tanto, el trabajo con el duelo debería comenzar antes de la pérdida y continuar después (Gil-Juliá, Bellver y Ballester, 2008).

Una vez experimentada la pérdida y habiéndose desarrollado el duelo complicado, es imprescindible evaluar con precisión la sintomatología concreta que presenta la persona y cómo esta afecta a su vida cotidiana. Además, debemos considerar que el objetivo principal de la intervención terapéutica en el duelo debe ser recolocar a la persona fallecida y poder recordarlo sin dolor. Para lograr este objetivo, Echeburúa y Boix (2007) han propuesto 5 metas:

1. Facilitar la expresión de emociones y recuerdos inhibidos en relación con la persona fallecida. Para ello debemos explorar el vínculo y la historia de la relación y evaluar en profundidad si hay idealización o rencor.
2. Trabajar la narración de las circunstancias que condujeron a la pérdida.
3. Procesar cognitivamente la información y las emociones previamente evitadas.
4. Incluir en la intervención el trabajo con los problemas cotidianos, facilitando la readaptación.
5. Proyectar a la persona hacia el futuro gradualmente, favoreciendo su implicación en actividades gratificantes.

En la siguiente tabla se exponen algunas de las técnicas que han sido descritas y contempladas como eficaces para la intervención en el duelo complicado (Gil-Juliá, Bellver y Ballester, 2008).

*Tabla 4. Técnicas efectivas descritas para el duelo complicado*

<b>Técnicas efectivas</b>
Utilizar recursos audiovisuales (fotos, vídeos, música o arte) para la estimular los recuerdos y la expresión de emociones.
Reestructuración cognitiva: para modificar pensamientos distorsionados.
Silla vacía: proporcionar un espacio para que el paciente pueda hablar con la persona fallecida en imaginación para expresar sentimientos o poder despedirse.
Trabajo con el legado de la persona fallecida (Moriconi y Barbero, 2020)
Introducir autoinstrucciones y autorrefuerzos como habilidades de afrontamiento.
Manejo de contingencias: reforzando las conductas funcionales y extinguiendo las desadaptativas.
Planificación de actividades agradables y activación conductual.
Detención del pensamiento: cuando aparecen pensamientos intrusivos y rumiaciones.
Terapia narrativa (Massa-López, 2017) y técnicas para trabajar asuntos pendientes y dinámicas de cierre y despedida.
Técnicas de relajación y mindfulness.
Resolución de problemas y toma de decisiones.
Técnica de lamentación dirigida (Echeburúa y Boix, 2007): exposición cognitiva en la que el paciente, que presenta evitación cognitiva, se expone a recordar a la persona fallecida.

En base a lo expuesto anteriormente, vamos a realizar una descripción del caso de F y su motivo de consulta. Posteriormente, describiremos los instrumentos de evaluación que han resultado de utilidad y realizaremos la formulación clínica del caso. Por último, vamos a desarrollar la propuesta de tratamiento basado en la evidencia para este caso concreto, y haremos una valoración del mismo en función de si ha resultado o no efectivo.



## **2. Identificación del paciente y motivo de consulta.**

Basándonos en la Ley Orgánica de Protección de Datos vigente (LOPDGDD, 3/2018), vamos a aportar solamente la información básica de la paciente para impedir que pueda ser identificada. La paciente (F) es una mujer de 32 años de nacionalidad francesa, actualmente soltera. Acude a consulta con el motivo de trabajar el duelo no resuelto por el fallecimiento de su padre hace dos años. Se ha analizado su historial clínico sin encontrarse antecedentes significativos. Actualmente no refiere consumo de psicofármacos o sustancias psicoactivas. Realizamos las sesiones en inglés ya que se siente más cómoda en dicho idioma.

Hace 4 años F rompió su relación de pareja con quién había estado 8 años y por el que se mudó a vivir a España. F cuenta que a pesar de que él le había sido infiel en una ocasión, finalmente ella terminó la relación cuando él mencionó que no quería tener hijos.

Durante el duelo por la ruptura con su expareja, el 3 de enero del 2019 diagnostican a su padre de cáncer de páncreas. Afirma que fue un shock para ella y su familia, a pesar de que llevaba semanas delicado de salud. Cuando sus padres le dieron la noticia por teléfono recuerda caerse al suelo casi en estado catatónico.

A los 4 meses de esta noticia fue despedida de su trabajo en el sector de ventas en una empresa. F verbaliza que dicho trabajo no le resultaba muy gratificante y vivió el despido como una oportunidad para poder volver a Francia para pasar todo el verano con su padre. Regresó a España en septiembre del 2019 para comenzar un curso de codificación de dos meses.

Cuando estaba finalizando el curso, su padre comenzó a empeorar por lo que decidió ir a Francia para estar con él. Recuerda con especial malestar las noches que pasó en el hospital con su padre, especialmente la primera sobre la que afirma que vio cosas horribles que no puede sacarse de la cabeza y que nunca ha hablado con nadie. Ella misma verbaliza que tiene un trauma al respecto.

Su padre tuvo alucinaciones persecutorias la primera noche que pasó en el hospital, y la noche siguiente F la pasó con él. Según cuenta, no puede sacarse de la cabeza la imagen de su padre muy delgado en la cama del hospital, según sus palabras “casi desfigurado o descomponiéndose”. Recuerda también con especial viveza el sonido de su dificultosa respiración y el que él llegara a verbalizar que no quería seguir viviendo.

Después de esa noche se turnaba con su madre y sus hermanas para acompañarlo, hasta que ella tuvo que regresar a hacer sus exámenes y poder acabar el curso, por lo que no pudo estar en el momento del fallecimiento de su padre el 11 de noviembre del 2019, aunque sí volvió para el funeral.

La paciente afirma que siente que no pudo despedirse de él como debería al estar fuera y que, además, el tiempo que pasó con él en el hospital ya no era el mismo porque las toxinas liberadas por el páncreas ya se estaban dirigiendo a todo el cuerpo, incluido el cerebro por lo que, según ella, decía “*cosas sin sentido*” como que “*iban a acabar con él*” y no podía mantener una conversación coherente.

Manifiesta que, a su parecer, el duelo por el fallecimiento de su padre lo llevó bien el primer año y pensaba que lo estaba procesando bien al poder pensar en él o incluso bromear sin que le produjese mucho malestar. En cambio, actualmente le preocupa estar volviendo atrás ya que ahora no puede ni pensar en él o recordarle sin sentirse mal, por lo que evita cualquier tipo de pensamiento o recuerdo relacionado con su padre (sobre todo intentando mantenerse ocupada y distraída con el trabajo).

Además de esto, actualmente está muy satisfecha en su trabajo como directora general de la cadena de escuelas donde estudió, aunque es un trabajo muy exigente y le está causando mucho estrés. También considera que “*no está donde cree que debería estar con 32 años*” (casada y con hijos) y le preocupa mucho su apariencia física, en concreto le provoca cierto malestar su peso y su piel pálida. Por otro lado, F afirma que es muy cíclica y que tiene unos ciclos menstruales muy irregulares. La paciente indica que tiene Síndrome Premenstrual y que pasa una semana al mes completamente desmotivada, cansada y baja de estado de ánimo.

### **3. Estrategias de Evaluación.**

En cuanto a la evaluación del duelo vamos a tratar de recopilar toda la información relevante para poder establecer los objetivos específicos en cada caso concreto dada la problemática y la sintomatología única para cada persona. Como afirman Gil-Juliá, Bellver y Ballester (2008), las herramientas que nos van a proporcionar esta información son muy variadas partiendo de entrevistas, genograma o autorregistros, pasando por la observación directa, la historia de vida o cuestionarios. En cambio, uno de los puntos clave van a ser las habilidades del terapeuta como la escucha activa y las estrategias comunicativas.

En el caso concreto de F, el método de evaluación que hemos elegido ha consistido en emplear diferentes herramientas que han contribuido a desarrollar una aproximación más fidedigna a su problemática:

- **Entrevista semiestructurada**

La entrevista semiestructurada (Muñoz, 2003) es una de las estrategias de evaluación más utilizadas en cualquier proceso psicoterapéutico y, en concreto, también en el duelo. Mediante la entrevista vamos a poder adaptar el diálogo y extraer información relevante para cada caso, por ejemplo, relación con el fallecido, reacciones de los familiares, apoyo social, circunstancias de la muerte, estrategias de afrontamiento...

Esta herramienta la vamos a emplear como base en todas las sesiones, pero especialmente en la primera para poder conocer en profundidad la problemática que nos ocupa en palabras de la propia paciente. A través de la entrevista hemos podido recopilar la mayor parte de la información del caso.

#### - **Autorregistro**

Los autorregistros (Barreto, 2012) son una técnica de recogida de información por parte de la paciente en la que va a poder guardar un registro de aquellos pensamientos, emociones y conductas que se dan ante una situación concreta. Esto nos va a proporcionar información relevante en un primer momento para saber la gravedad de la sintomatología o las conductas llevadas a cabo.

En un primer momento, hemos pedido a la paciente que cumplimentara un autorregistro y gracias a este hemos podido recabar información muy valiosa. En este caso concreto, el autorregistro nos ha servido para conocer cómo la paciente evitaba, en la mayoría de los casos, cualquier situación que tuviera que ver con el recuerdo de su padre o cómo reaccionaba ante cualquier pensamiento sobre él, distrayéndose o manteniendo su mente ocupada en otra cosa.

En la mayoría de los casos, los autorregistros proporcionan información explícita por parte de los pacientes, pero en otras ocasiones la información se proporciona por omisión. Esto quiere decir que tanto si la persona realiza la tarea o no, como si la información no es muy completa, nos va a dar una imagen más completa de la persona que tenemos delante, sus dificultades y posibles aspectos a trabajar en terapia.

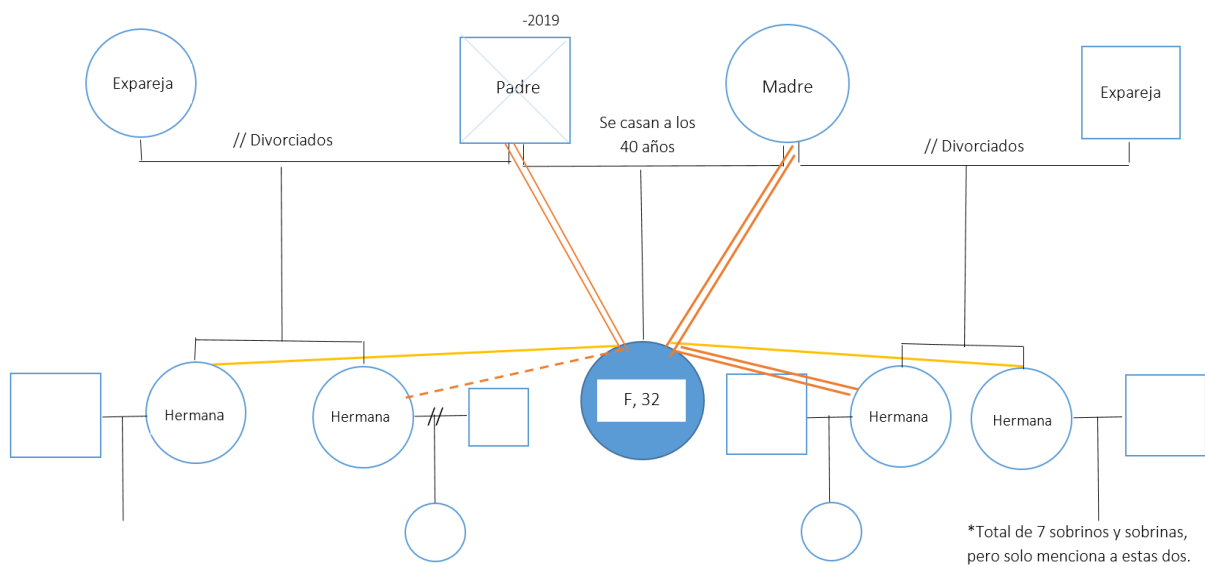
#### - **Genograma**

Esta herramienta nos va a resultar muy útil para conocer, en un primer lugar, la estructura y la composición familiar de la paciente, pero también las relaciones más o menos estrechas que tiene con cada miembro de su familia y funcionalidad de las mismas dentro de la unidad familiar (Suarez, 2010). Para casos de duelo, puede resultar interesante recopilar toda esta información ya que nos va a permitir extraer algunos factores de riesgo o de protección como si ha habido duelos anteriores, la red de apoyo... (Barreto et al., 2012).

F es la pequeña del núcleo familiar. La paciente cuenta que, antes de conocerse a los 40 años, sus padres habían tenido matrimonios anteriores de los cuales tuvieron dos hijas cada uno (ver

genograma). Una vez establecido el matrimonio después de sus respectivos divorcios, decidieron tener a F y unificaron ambas familias, conformando un núcleo familiar de 7 miembros. Menciona que tiene buena relación con todas sus hermanas, excepto con su hermana menor por parte de padre.

Figura 1 Genograma

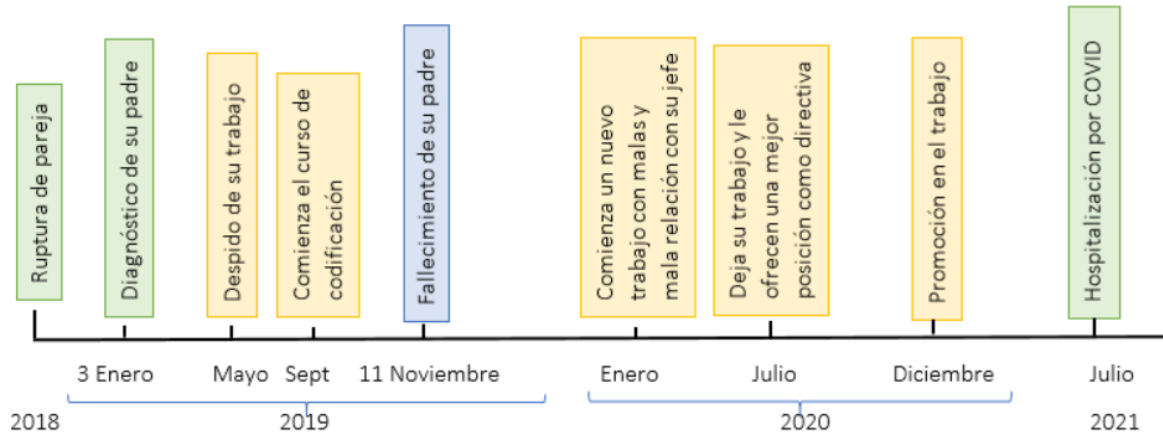


Conocer estas dinámicas familiares nos da mucha información sobre F, ya que como ella misma verbaliza, ella siempre ha sentido la responsabilidad de ser “*el pegamento que tenía que unificar a ambas familias*”, y ese rol lo ha mantenido hasta el presente. De hecho, cuenta que incluso estando en el hospital con su padre, ella fue la encargada de preguntarle a su padre qué quería que hicieran con sus cenizas, de comunicarle que su hermana no iba a poder ir a despedirse, temas relacionados con la herencia...

- **Línea de vida**

La línea de vida (Guerra-Reyes, 2019) es una herramienta de evaluación cualitativa cuyo objetivo es establecer una línea base con los acontecimientos vitales más significativos de la historia de la persona cronológicamente, así como los puntos de inflexión o los eventos más difíciles o traumáticos.

Figura 2 Fragmento de la línea de la vida

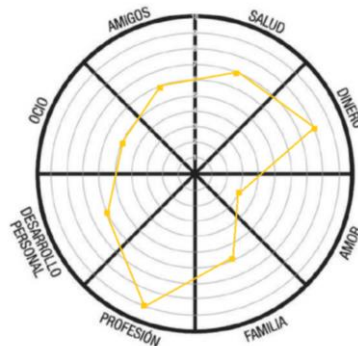


En este fragmento de la línea de la vida que hemos hecho con F recogemos la secuencia de los acontecimientos más significativos para ella en los últimos 4 años. En verde encontramos aquellos momentos difíciles para ella, en azul los más dolorosos (el fallecimiento de su padre) y en amarillo se indican los cambios laborales que se han ido sucediendo hasta su trabajo actual.

- **Rueda de la vida**

La rueda de la vida (Zeus y Skiffington, 2004) es una actividad que sirve tanto para evaluar como para empezar a intervenir en algunos aspectos del día a día de la persona. Proporciona información sobre las diferentes áreas de la vida de la paciente ya que se va a puntuar su grado de satisfacción de 0 a 10 en cada una de ellas en el momento presente. Las áreas evaluadas son profesión, familia, amor, dinero, salud, amigos, ocio y desarrollo personal, tal y como se muestra en la figura siguiente.

Figura 3 Primera rueda de la vida



En el caso de F, este ejercicio nos ha proporcionado mucha información ya que, mientras las áreas mejor puntuadas son el trabajo y la economía, las áreas peor puntuadas son el amor y el desarrollo personal. Los amigos, la familia, la salud y el ocio tuvieron una buena puntuación, pero en menor medida.

#### - **Inventario de depresión de Beck**

El inventario de depresión de Beck, BDI-II (1996) es un instrumento desarrollado para evaluar la sintomatología depresiva y su intensidad de una manera válida y fiable.

En cuanto a la fiabilidad de este inventario, el coeficiente  $\alpha$  de Cronbach que mide la consistencia interna fue de .90 para las personas con psicopatologías y de .87 para los adultos de la población general. Con respecto a la validez del BDI-II es también muy elevada ya que discrimina perfectamente aquellos pacientes clínicos cuya puntuación resulta significativamente mayor que las de la población general.

En el caso de F, el BDI-II fue administrado en dos ocasiones con el objetivo de descartar un trastorno depresivo mayor y de evaluar ciertos aspectos de su estado de ánimo en las últimas dos semanas. F obtuvo una puntuación de 5 en el inventario, dado como resultado la ausencia de sintomatología depresiva grave.

Como hemos explicado en la descripción del caso, F ha descrito una semana al mes (que suele coincidir con cuando está premenstruando) en la que sí se encuentra mucho más baja de estado

de ánimo, por lo que le volvimos a administrar el BDI-II durante ese período, obteniendo una puntuación de 31. Este resultado indica una sintomatología característica de una depresión severa. Esto ha sido tenido en cuenta para el diseño del plan de intervención.

#### - **Inventario de Duelo Complicado**

El *Inventory of Complicated Grief* (ICG) de Prigerson (1995) es de los cuestionarios más utilizados en la práctica clínica para casos de duelo complicado ya que tiene una alta fiabilidad y validez. El constructo mide los síntomas del duelo complicado como la ira, la incredulidad o las alucinaciones. Este instrumento consiste en 19 afirmaciones que la persona evaluada tiene que autocompletar en función de si le ocurren en un rango de las 5 opciones de respuesta que van de nunca a siempre (ver anexos).

La consistencia interna de este inventario fue muy buena con un  $\alpha$  de Cronbach de .94. La fiabilidad test-retest ha sido de .80. El corte clínico de esta escala se sitúa en una puntuación de 25, lo cual se considera un riesgo alto de requerir ayuda clínica (Limonero et al. 2009). F ha obtenido una puntuación de 39, lo cual indica la presencia de síntomas característicos de un duelo complicado de gravedad leve-moderada.



## Estructuración de las sesiones de evaluación

Con respecto a las sesiones de evaluación, se han estructurado de la manera indicada en la siguiente tabla:

*Tabla 5. Estructuración de las sesiones de evaluación y primeras intervenciones*

Sesión	Objetivos de la sesión	Técnicas
1	Primera exploración, motivo de consulta, encuadre terapéutico, establecimiento de objetivos.	Entrevista semiestructurada
2	Evaluación de los eventos más significativos de su vida.	Línea de vida y autorregistro
3	Evaluación de las diferentes áreas de su vida y exploración estado de ánimo. Valoración del SPM.	Rueda de la vida y BDI-II
4	Ventilación emocional acerca del área laboral y técnicas asertivas.	Gestión del tiempo y manejo del estrés laboral. Activación conductual.
5	Trabajo sobre el ciclo menstrual y el SPM. Exploración estructura familiar.	Psicoeducación y genograma
6	Trabajo en autocuidado y entrenamiento en técnicas de relajación	Activación conductual, respiración diafragmática
7	Evaluación duelo complicado y primera aproximación al duelo.	ICG y psicoeducación
8	Devolución. Continuación de trabajo en duelo	Psicoeducación, mitos y tareas del duelo
9-13	Trabajo sobre el duelo.	

Como se puede observar, las sesiones han sido organizadas de manera progresiva de manera que no empezamos a trabajar sobre el duelo hasta la séptima sesión. Esto se debe a que como la paciente presentaba un alto nivel de evitación, preferimos primero establecer bien la alianza terapéutica y trabajar otros aspectos de su día a día para que pudiera estar más estable en el momento de abordar el duelo.

A pesar de que el motivo de consulta inicial era el trabajo en el duelo, ella misma reconocía que le iba a costar y que todavía no estaba preparada durante las siguientes sesiones, por lo que le concedimos ese espacio hasta que estuvo preparada para afrontarlo. Como ocurre en la mayoría de los casos en la práctica clínica, nunca hay una sola problemática que abordar, por lo que se ha optado por una descripción fidedigna de las sesiones llevadas a cabo.

Posterior a las primeras 7 sesiones de evaluación y primeras intervenciones sobre otras cuestiones, se procede a realizar la devolución y comenzamos la intervención sobre el duelo que se desarrollará en mayor medida en siguientes apartados.

#### 4. **Formulación clínica del caso.**

Como señala Payás (2010), las diferentes estrategias de afrontamiento ante el duelo (como pueden ser la evitación, el anclaje, la hiperactividad...) sirven a las personas para hacer frente a esa pérdida de la mejor forma que saben. Payás señala en su libro que muchos terapeutas se plantean un trabajo de extinción de dichas estrategias al considerarlas desadaptativas, cuando realmente han ayudado a la persona a sobrellevar un momento tan complicado.

De este modo, hay que evaluar muy bien y confrontar en cierto modo si estas estrategias están resultando adaptativas, en cuyo caso ayudarán a mitigar la sintomatología derivada de la pérdida o van a permitir vivenciar el duelo como un proceso de desarrollo. Por el contrario, esas estrategias serán desadaptativas cuando no permitan a la persona avanzar en su proceso de duelo.

La estrategia de afrontamiento de F en este caso ha sido el mantenerse ocupada y distraída sobre todo a nivel laboral, donde se ha visto muy volcada durante estos dos años. Esto le ha permitido seguir con su vida, pero no le ha permitido integrar el fallecimiento de su padre de una manera adaptativa, por lo que sigue sintiendo mucho malestar al pensar en él o recordarle. Estamos, por lo tanto, ante una estrategia de evitación que, aunque le ha permitido seguir con su vida, no está resultando funcional. Esa hiperactividad la ha ayudado en un primer momento a estabilizarse y retomar sus rutinas, pero a largo plazo no se ha permitido ese espacio para procesar el dolor producido por la pérdida de su padre.

Si reflexionamos sobre las tareas del duelo de Worden (2013), podemos observar cómo F ha conseguido aceptar la realidad de la pérdida, pero ha pasado directamente de esa primera tarea a adaptarse al nuevo entorno sin su padre sin haber trabajado la emoción y el dolor de la pérdida. Por lo tanto, ha pasado del shock inicial a la actividad, sin pasar por esa etapa de procesamiento más emocional del duelo.

La conducta problema principal en este caso sería entonces la **evitación experiencial de los eventos cognitivos y emocionales** relacionados con el duelo ocasionado por el fallecimiento de su padre.

- **Hipótesis de origen:**

F ha sido una hija querida y buscada por sus padres, quienes se casaron a los 40 años después de sendos matrimonios fallidos. Ella misma relata que la relación de sus padres era idílica y que, al decidir tenerla a ella, completaron la familia y unificaron ambas vidas pasadas en un mismo hogar (con sus dos hermanas por cada padre). Justamente por este motivo ella ha sentido cierta responsabilidad en cuanto a ser el nexo de unión de su familia. Además, su familia siempre le ha inculcado valores de perseverancia y en cierto punto perfeccionistas que ella ha interiorizado. Especialmente por parte de 3 de sus hermanas que la presionan constantemente con encontrar una pareja y tener hijos. F tiene la sensación constante de no encajar dentro de ese patrón de vida ya que según los aprendizajes vicarios de sus hermanas *“a los 32 años ya debería estar en un punto más estable en mi vida”*. Esto, junto con la idea de encontrar a la pareja perfecta y los mitos del amor romántico interiorizados a raíz de la relación de sus padres, ha generado cierta inseguridad en ella.

Por otro lado, el estar viviendo en un país diferente lejos de su familia y al tener que volver a España en repetidas ocasiones durante el tratamiento de su padre hizo que desconectar de ese dolor fuera útil para poder retomar su rutina con rapidez y así no perder oportunidades laborales. En este sentido, pausó las emociones propias de aquel momento para poder salir adelante cuanto antes y ser funcional. Cuando fallece su padre, vuelve a Francia para el funeral y se vuelve a ir para volver a reproducir este ciclo, por lo que se van desarrollando una serie de conductas que no han permitido el procesamiento del duelo, por lo que ahora sigue generando malestar al pensar o recordar a su padre.

- **Hipótesis de mantenimiento:**

El mantenimiento de la conducta problema se ha producido al evitar activamente cualquier contacto con sus cogniciones o emociones respecto al duelo e, incluso, posponiendo lo máximo posible las visitas a Francia a ver a su familia por no enfrentarse a lo doloroso de volver a casa y que no estuviera su padre. Todas estas conductas de evitación han fortalecido el no procesamiento del duelo que, como decíamos antes, han servido como estrategias de

afrontamiento a corto plazo, pero la ha mantenido anclada a ese malestar que no puede gestionar y de ahí el motivo de consulta.

Por lo tanto, la manera por la que optamos a romper con este ciclo que ha mantenido el problema durante 2 años será el comenzar a exponer a F a sus propios recuerdos, a conectar emocionalmente con su padre y con los momentos vividos con él durante su vida y durante el proceso de enfermedad y así poder comenzar a procesar el duelo.

A continuación, se muestra una secuencia conductual en la que se describe la adquisición y mantenimiento de la conducta problema descrita anteriormente, en términos de estímulos, respuestas y consecuencias a corto y largo plazo.

Figura 4 Secuencia conductual

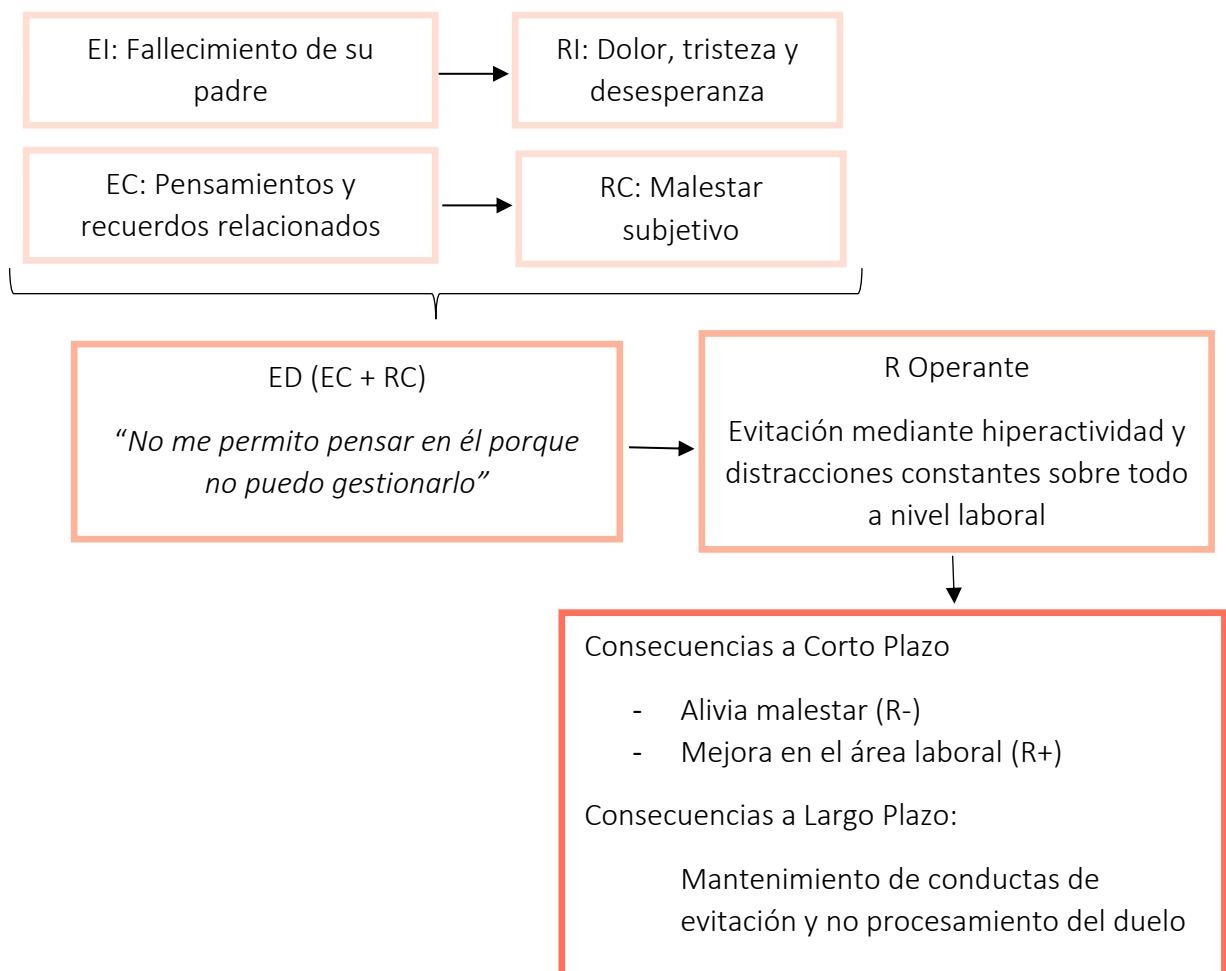


Tabla 6. Análisis funcional

Antecedentes	Conductas	Consecuentes
<p><b>Lejanos</b></p> <p><b>Externos:</b> Estructura e historia familiar. Expectativas familiares</p> <p><b>Internos:</b> Personalidad perfeccionista y exigente Dependencia emocional y búsqueda de validación en los demás.</p> <p><b>Próximos:</b></p> <p><b>Externos:</b> Diagnóstico, enfermedad y fallecimiento de su padre. Vivir en otro país, trabajo muy demandante, ruptura de pareja</p> <p><b>Internos:</b> Falta de asertividad y gestión emocional Estrategia de afrontamiento</p>	<p><b>Nivel cognitivo</b></p> <p>- Alto nivel de autoexigencia y perfeccionismo. <i>“A mi edad ya debería tener un marido e hijos”</i> <i>“Soy la única en mi familia que no tiene una vida completa”</i> <i>“Tengo que tener una apariencia perfecta”</i></p> <p>- Necesidad de hacer que toda su familia esté bien. <i>“Intento hacer reír a todo el mundo siempre”</i> <i>“Sé que vivir lejos afecta a mi madre, por eso la llamo diariamente”</i> <i>“Me arrepiento de no haber estado más cerca cuando me han necesitado”</i></p> <p>- Evitación de pensamientos relacionados con su padre. <i>“Me mantengo ocupada para no pensar”</i> <i>“Cuando le recuerdo me pongo fatal”</i></p> <p><b>Nivel fisiológico</b></p> <p>Estrés laboral, llanto repentino, agotamiento, desajustes en el sueño.</p> <p><b>Nivel motor</b></p> <p>Evitar viajes a Francia. Gran implicación a nivel laboral, renuncio a sus descansos y vacaciones, alargamiento de la jornada. Prioridad sobre otras áreas vitales.</p>	<p><b>Corto plazo</b></p> <p>Alivio o reducción del malestar al mantenerse ocupada (refuerzo -)</p> <p>Aumento y promoción en el trabajo (refuerzo +)</p> <p>Ilusión de control sobre la situación (refuerzo +)</p> <p><b>Largo plazo</b></p> <p>No procesamiento del duelo.</p> <p>Apatía, desesperanza y anhedonia.</p> <p>Cansancio, fatiga y estrés laboral.</p> <p>Mantenimiento de expectativas de rendimiento en el trabajo a un ritmo difícil de sostener.</p>

## 5. Tratamiento.

En la primera sesión dónde evaluamos el motivo de consulta, establecemos también los objetivos terapéuticos en consonancia con las necesidades de la paciente. Si bien es cierto que el objetivo principal es el procesamiento del duelo por el fallecimiento de su padre, F se plantea tres objetivos secundarios más relacionados con su bienestar personal: en primer lugar, se propone trabajar en su autoestima e imagen corporal, también la gestión del estrés laboral y, por último, conseguir herramientas para gestionar en la medida de lo posible los síntomas del Síndrome Premenstrual.

Como se ha descrito en el apartado de evaluación, las primeras sesiones han estado orientadas a trabajar sobre estos tres objetivos secundarios ya que F no se sentía todavía capacitada para abordar el duelo. Por lo tanto, decidimos respetar ese espacio para no comprometer la alianza terapéutica y conseguir una mayor estabilidad emocional para poder enfrentarse posteriormente al proceso de duelo.

Sobre estos cuatro objetivos propuestos, hemos elaborado la siguiente propuesta de intervención, aunque en este trabajo nos centraremos solamente en desarrollar la parte referente al objetivo principal de procesamiento del duelo.

*Tabla 7. Propuesta de intervención*

Objetivo	Propuesta de intervención
<b>Procesamiento del duelo</b>	Validación, ventilación y gestión emocional en el proceso de duelo, psicoeducación sobre las tareas del duelo, mitos sobre el duelo, ejercicios de cierre y despedida, trabajo con el legado, y reestructuración cognitiva (idealización).
<b>Trabajo en autoestima e imagen corporal</b>	Psicoeducación, observación ante un espejo, reestructuración cognitiva, diálogo socrático, autoinstrucciones y cambio de foco atencional hacia lo positivo.
<b>Gestión del estrés laboral</b>	Gestión del tiempo y prioridades, técnicas de relajación y autocuidado, habilidades asertivas y de liderazgo.

<b>Gestión del síndrome premenstrual</b>	Psicoeducación sobre el ciclo menstrual y el síndrome premenstrual, técnica de respiración diafragmática para gestión del dolor, activación conductual.
--	---

Todas las sesiones se han llevado a cabo en el Centro de Psicología Psicomentis y han sido supervisadas por la tutora del centro Patricia Morales. La corriente terapéutica que hemos seguido ha sido principalmente cognitivo conductual. Las sesiones son de una hora de duración y se han llevado a cabo a lo largo de los meses de octubre, noviembre, diciembre, enero y febrero con una periodicidad semanal (salvo en alguna ocasión en la que hemos tenido que posponer la sesión por motivos laborales o vacacionales). El caso todavía se encuentra en el proceso terapéutico, por lo que este apartado solamente incluirá hasta la última sesión llevada a cabo.

Una vez establecido el vínculo terapéutico y trabajado parte de los objetivos secundarios, comenzamos el trabajo terapéutico del procesamiento del duelo con las siguientes técnicas:

- Psicoeducación sobre el duelo
- Validación, ventilación y gestión emocional del proceso de duelo.
- Trabajo con los mitos del duelo (Payás, 2014)
- Ejercicios de cierre y despedida
- Trabajo con el legado
- Reestructuración cognitiva

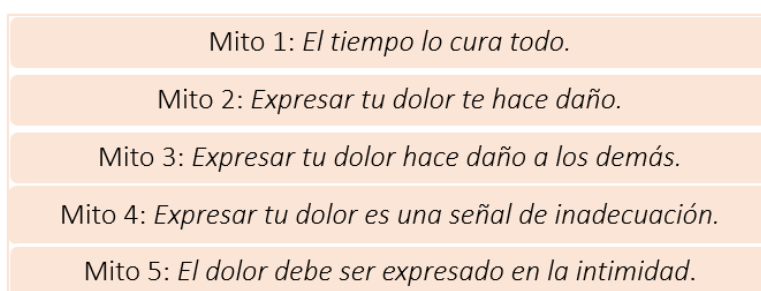
Como explicamos en apartados anteriores, el primer abordaje del duelo se realizó en la **séptima sesión** en la que, a partir de la cumplimentación del Inventario de Duelo Complicado, hemos evaluado algunos aspectos significativos en relación con el fallecimiento de su padre. Esto nos dio paso a validar sus emociones y el miedo que le produce enfrentarse de nuevo a reexperimentar dicha pérdida, y a introducir el duelo desde la psicoeducación: qué es, porqué aparece, cómo de común es experimentarlo, cuáles son sus etapas (Kübler-Ross), maneras de enfrentarse al duelo...



En la **octava sesión**, y habiendo ya abordado parte del duelo en la sesión anterior, hicimos la devolución del caso y continuamos la psicoeducación trabajando sobre los mitos del duelo (Payás, 2014) y las tareas de Worden.

El abordaje de los mitos del duelo descritos por Payás consistió en exponer cada uno de los siguientes 5 mitos y debatirlos en conjunto, dejando espacio a la paciente para reflexionar sobre ellos y analizar si, de alguna manera, estos mitos habían estado presentes en su proceso de duelo.

*Figura 5. Mitos del duelo, Payás (2014)*



Mito 1: <i>El tiempo lo cura todo.</i>
Mito 2: <i>Expresar tu dolor te hace daño.</i>
Mito 3: <i>Expresar tu dolor hace daño a los demás.</i>
Mito 4: <i>Expresar tu dolor es una señal de inadecuación.</i>
Mito 5: <i>El dolor debe ser expresado en la intimidad.</i>

Respecto a las tareas del duelo de Worden, hemos debatido y reflexionado sobre dónde se encuentra ella dentro de este modelo. Esto nos sirvió para valorar el *insight* de la paciente sobre su propia problemática ya que fue capaz de identificar que la tarea que no había podido llevar a cabo había sido la segunda, consistente en la elaboración emocional de la pérdida. Esta octava sesión resultó significativa de cara a motivar a F a comprometerse con el proceso terapéutico, exponerse a trabajar en su duelo y, por ende, dejar de evitarlo.

La **novena sesión** ha sido la última antes de las vacaciones de navidad, cuando F viajó a Francia para visitar a su familia después de dudar mucho ya que tenía miedo a volver a la casa familiar y enfrentarse a la ausencia de su padre después de casi un año sin ir. Durante esta sesión, hemos utilizado la validación emocional y la reestructuración cognitiva para trabajar sobre ese miedo y prepararla para las emociones a las que se iba a exponer.

Aprovechando que F estaría en Francia con su familia por dos semanas, le planteamos las siguientes actividades para seguir trabajando el duelo de una manera práctica durante las vacaciones:

- Silla vacía (adaptada): le pedimos que, en la medida de lo posible, trate de buscar un lugar tranquilo que le recuerde a su padre y dónde pueda estar a solas. En ese lugar, la idea es que trate de hablar con él para expresar todo lo que le gustaría decirle, desde ponerle al día de todo lo que le ha estado pasando estos dos años, hasta compartir asuntos o mensajes pendientes que nunca llegó a decirle.
- Escribir un relato la vida de su padre (incluyendo esos momentos de enfermedad y dolor) y describir la relación y el vínculo que tenían entre los dos. Esto va a ayudar a la paciente a estructurar parte del legado de su padre y a ordenar sus pensamientos y emociones sobre a él (esas que no se había permitido expresar antes), para poder trabajarlas después en sesión.
- Por último, le recomendamos que aproveche para pasar tiempo de calidad con su familia e, incluso, para conectar emocionalmente con el proceso de duelo que puedan estar todavía experimentando su madre y sus hermanas. El objetivo aquí es compartir la experiencia de duelo y romper con ese mito que la ha llevado a gestionar su dolor a solas.

La **décima sesión** a la vuelta de vacaciones, trabajamos sobre cómo se ha sentido en Francia y cómo ha gestionado el exponerse a los recuerdos de su padre. De las actividades que le propusimos realizar, dice que ha realizado la silla vacía adaptada, ha podido hablar con su madre tranquilamente y han compartido sus experiencias con el duelo. Respecto a esto último, afirma que le ayudó mucho para saber cómo lo había estado gestionando su madre, compartieron emociones, pero hubo cosas que no se atrevió a contarle de esa primera noche en el hospital por miedo a herirla.

Además de esto, hizo el ejercicio de hablar con su padre y contarle cosas importantes para ella en un río cerca de su casa, aunque dice que el ejercicio le removió bastante y no pudo

profundizar demasiado. También pasó tiempo con su madre viendo algún álbum de fotos, recordando momentos familiares importantes. F dice que sintió un gran alivio al compartirlo con su madre y ver sus reacciones.

En la **undécima sesión**, F ha conseguido conectar con su duelo a nivel emocional y ha sido la primera vez que se ha atrevido a hablar de esa imagen de su padre en el hospital que tanto miedo le daba compartir. Realizó incluso una lista con diferentes situaciones relacionadas con la enfermedad y el fallecimiento de su padre que le desencadenaron tres emociones que ella misma identifica como enfado, tristeza y trauma:

- El **enfado**: sobre todo tiene que ver con el sistema sanitario y el hecho de que tardaran un mes en diagnosticarle cuando él ya llevaba meses con problemas digestivos y no le habían hecho ninguna prueba. Siente mucha frustración acerca de esto, y el retraso de otro mes que tardaron en comenzar con la quimioterapia. Ella afirma que pensó que podría ser cáncer y se siente culpable por no haberlo dicho, dice que quizás así se podría haber cogido a tiempo.

También la enfadó mucho que una de sus hermanas no fuera a ver a su padre al hospital, ya que cree que su padre estaba esperando por ella. Además, fue F la que tuvo que decirle a su padre que no iba a venir y recuerda que él dijo *“no va a venir a despedirse de su padre”*. Recuerda también que, durante esos días en el hospital, tuvo que tomar ella responsabilidades como el preguntarle a su padre qué quería que hicieran con sus cenizas ya que nadie más se atrevía a hacerlo. Dice que se sintió muy culpable, pero su padre se tomó muy bien la pregunta e incluso bromeó con que quería que esparcieran sus cenizas en muchos sitios (como si estuviese viajando).

También trabajamos mediante reestructuración cognitiva el enfado relacionado con el hecho de que fallezca alguien que era tan buena persona. *“Nadie se lo podía creer, era tan querido... Y después hay mucha gente mala en el mundo todavía viviendo. Quiero creer en el karma, pero luego no es verdad”*.

- La **tristeza**: sobre todo afirma que le da mucha pena el pensar que no va a estar ahí en momentos importantes de su futuro como en su boda o cuando tenga hijos. Aunque

también dice que, en cierto modo, también siente como si estuviese observándola por lo que no siente necesidad de hablar con él o contarle cómo le va.

- El **trauma**: especialmente referente a la imagen de su padre muy delgado en la cama del hospital, según sus palabras “*casi desfigurado o descomponiéndose*”; o el recordarse cogiendo su mano y escuchando cómo respiraba con dificultad, mientras decía que no quería seguir viviendo. Recuerda estos como momentos especialmente traumáticos porque él estaba sufriendo mucho y ella se sintió muy culpable y egoísta por no querer dejarlo ir. Son estos momentos los que nunca antes había compartido con nadie, por lo que utilizamos el refuerzo y la validación emocional para recoger estas emociones.

En la **duodécima sesión**, hemos explorado la figura de su padre analizando el relato que escribió sobre él. Evaluamos si hay idealización y reflexionamos sobre cómo las personas no se van hasta que dejamos de recordarles y la importancia de seguir viviendo acorde a los valores que F menciona que su padre le inculcó: la amabilidad, el amor, el buen humor y la humildad. Trabajamos también sobre los sentimientos de culpa evaluados en la sesión anterior y utilizamos la reestructuración cognitiva.

Esta sesión F verbaliza que le “*sigue entristeciendo pensar en su padre, pero se siente aliviada de poder hablar de él y recordarle sin que sea tan doloroso*”. Esto nos pareció una afirmación clínicamente relevante ya que indica cómo la ventilación de esas emociones que tenía inhibidas ha favorecido parte del procesamiento de las mismas.

Para finalizar, hemos dividido la **decimotercera sesión** (última hasta el momento) en dos. En la primera parte hemos trabajado el legado de su padre siguiendo las recomendaciones de Moriconi y Barbero (2020). Hablamos de cómo puede traer esas enseñanzas a su presente y, aprovechando que va a cambiar de vivienda, le proponemos que recupere algún objeto personal de su padre (manta, libro u otro objeto que relacione con él) o alguna fotografía y le haga un hueco en su futura casa. En la segunda parte de la sesión, hemos vuelto a realizar la actividad de la rueda de la vida que ya habíamos cumplimentado en la tercera sesión, para poder valorar cómo se encuentra ahora en el resto de las áreas de su vida.

## **6. Valoración del tratamiento.**

Actualmente, todavía nos encontramos en la fase de intervención con F, por lo que la valoración de la misma todavía no puede ser implementada. Para valorar el tratamiento del duelo, una vez conseguido el objetivo terapéutico principal, volveremos a cumplimentar los cuestionarios BDI-II y ICG para contrastar las puntuaciones previas y posteriores a la intervención.

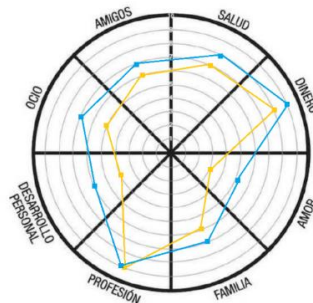
Además, llevaremos a cabo una última sesión para devolver nuestra impresión terapéutica y recoger el relato de satisfacción proporcionado por la propia paciente. Lo interesante de esta última sesión será comparar las mejoras observadas desde las primeras sesiones y reforzar las estrategias aprendidas de cara a prevenir recaídas.

Lo que sí podemos concluir hasta el momento es hasta qué punto la intervención está resultando eficaz. En términos de adherencia al tratamiento, F siempre ha estado muy implicada en su propio proceso terapéutico y ha verbalizado en varias ocasiones lo prioritario que es para ella el dedicar este tiempo para su propio bienestar. Desde que tuvimos la primera sesión el 21 de octubre del 2021, F se ha mostrado muy proactiva en las sesiones, realizando todas las actividades y técnicas propuestas y participando activamente en su proceso.

Asimismo, la alianza terapéutica ha favorecido la gestión del duelo tras dedicar tiempo en las primeras sesiones a hacer una aproximación progresiva para no apresurarnos y promover la implicación de F en el proceso para poder trabajar el duelo con posterioridad.

En ausencia de medidas cuantitativas para evaluar la eficacia de la intervención, la única medida con la que contamos a día de hoy es la aplicación del ejercicio de la rueda de la vida. Esta medida cualitativa ha sido realizada de nuevo con F en la última sesión realizada y hemos podido comprobar cómo el grado de satisfacción en cada área de su vida ha ido mejorando considerablemente a lo largo del curso de las sesiones, como se puede apreciar en la siguiente figura:

Figura 6. Segunda rueda de la vida



En esta ilustración, podemos apreciar cómo, a través de su impresión subjetiva de satisfacción, ha puntuado más positivamente cada área. Así, la línea azul (la valoración actual) es más homogénea que la amarilla realizada en un primer momento, lo cual implica un mayor equilibrio entre todas las áreas. A nivel profesional y económico mantiene una buena puntuación, incluso ha mejorado al haber obtenido un aumento de sueldo. Afirma que se siente muy realizada, aunque la exigencia cada vez es mayor y sigue teniendo picos de estrés que le cuesta gestionar.

Las áreas de ocio, amistad, salud y desarrollo personal también se han visto favorecidas gracias a su implicación en diferentes actividades como el yoga, el patinaje, salidas y viajes con amigas y otras actividades como la participación en talleres, por ejemplo, de cerámica. En el área del amor, sigue sin estar del todo satisfecha, aunque ha tenido alguna cita últimamente que valora positivamente. Por último, en el área de la familia, se siente más conectada con su madre y en este mes de febrero tiene un viaje organizado con sus cuatro hermanas a la montaña, por lo que está bastante ilusionada.

Por lo tanto, y aun siendo conscientes de la falta de medidas post-tratamiento a la hora de realizar este trabajo, es importante indicar que el caso de F sigue activo por lo que seguimos trabajando en la consecución de los objetivos marcados:

El **objetivo principal** es la elaboración del duelo por el fallecimiento de su padre. Este objetivo no lo podemos dar por conseguido todavía, porque hemos empezado a trabajar con él recientemente, pero sí que consideramos que se ha hecho un importante trabajo de expresión y validación emocional que nunca antes se había permitido realizar. Hemos trabajado la culpa

mediante la reestructuración cognitiva, hemos realizado ejercicios de despedida, hemos trabajado con el legado y hemos hecho psicoeducación sobre el duelo. Por lo tanto, este objetivo está todavía en proceso, pero hemos conseguido avanzar considerablemente teniendo en cuenta las verbalizaciones de la propia paciente en las que afirma poder exponerse a los recuerdos de su padre sin que éstos le generen tanto malestar como anteriormente.

Los **objetivos secundarios** eran la gestión del estrés laboral, el trabajo en autoestima y gestión del síndrome premenstrual. Los dos últimos, los hemos estado trabajando de manera transversal. Hemos realizado psicoeducación sobre el síndrome premenstrual y hemos entrenado en técnicas de respiración diafragmática para tratar de controlar algunos de los síntomas, así como puesto en práctica la técnica de activación conductual.

En cuanto al estrés laboral hemos evaluado situaciones concretas y desarrollado estrategias asertivas o de gestión del tiempo. A este respecto, las verbalizaciones que F ha proporcionado nos indican que la intervención está siendo adecuada, por ejemplo, *“ahora al menos estoy haciendo mis 8 horas de trabajo sin quedarme después de la jornada y consigo desconectar y dormir mejor”*.

La dificultad principal en la consecución de objetivos que hemos observado ha sido la evitación experiencial del duelo en un primer momento, ya que eso ha retrasado el comienzo del trabajo con el objetivo principal. En segundo lugar, la presencia de otros factores importantes que han estado interfiriendo en el día a día de F, como el estrés laboral, han hecho que fuera necesario dedicar algunas sesiones a generar estrategias para gestionar estas situaciones y darle prioridad al trabajo en otros objetivos secundarios.

Así y todo, y para concluir este apartado, podemos basarnos en la satisfacción de la paciente con la intervención psicológica y con la significación clínica de la mejoría que empezamos a observar en F en todas las áreas de su vida. Como factor principal, valoramos el trabajo actual que estamos llevando a cabo con el duelo, ya que F se ha volcado y ha conseguido exponerse al malestar que le generaban los recuerdos sobre su padre. Esto es un cambio clínicamente significativo con el que seguiremos trabajando.

## 7. **Discusión y conclusiones.**

A lo largo de este trabajo se han expuesto las características fundamentales del caso de F, así como su evaluación, su formulación clínica y la propuesta de tratamiento. Hemos visto en la introducción teórica como cerca de un 22% de la población española puede llegar a desarrollar un duelo complicado (Parro-Jiménez, 2021). Esto, teniendo en cuenta que todos tendremos que lidiar en algún momento (si no lo hemos hecho ya) con el fallecimiento de un ser querido, hace que estudiar casos como el de F resulten de vital importancia. Al hablar de una prevalencia tan elevada, se hace muy frecuente la aparición de estos casos en la práctica clínica, por lo cual es fundamental para los psicólogos y psicólogas la formación en este tipo de problemáticas.

En este caso, hemos propuesto unos objetivos de trabajo acordes a las necesidades descritas por F y hemos adaptado el ritmo y las características de la intervención psicológica a la individualidad de nuestra paciente. Partiendo de la base de que la gran mayoría de casos que veremos en la práctica clínica no vienen con una sola problemática a trabajar, hemos considerado más interesante, de cara a la realización de este trabajo, centrarnos solamente en la descripción en detalle de los aspectos relacionados con el objetivo de trabajo principal que era para F la gestión emocional y el procesamiento del duelo por el fallecimiento de su padre hace 2 años.

Teniendo claro el objetivo principal de trabajo con F, hemos diseñado la evaluación anteriormente descrita que nos ha permitido conocer en profundidad todos los detalles del caso, sus dificultades, sus fortalezas y todas las variables que han podido influir en la complicación del proceso de duelo.

En cuanto a los factores de riesgo y protección a la hora de desarrollar un duelo complicado (Barreto, De la Torre y Pérez-Marín, 2012), en el caso de F, encontramos los siguientes:

- **Características de la persona en duelo:** como factores de riesgo, F había encadenado varios duelos no resueltos como la ruptura anterior con su pareja, presenta también una estrategia de afrontamiento evitativa que le ha resultado efectiva a corto plazo, pero no a largo plazo



ya que no le ha permitido procesar completamente el duelo, la falta de implicación en actividades sociales, y ciertas dificultades económicas dado que acababa de ser despedida de un trabajo y estaba realizando una formación. Los factores de protección serían el tener buena salud física, sentido del humor y resiliencia, sobre todo.

- **Aspectos sociales:** de los factores sociales descritos en la literatura, solamente encontramos como factor de riesgo, la falta de apoyo social o familiar al estar viviendo en otro país, y dificultades de comunicación y expresión de emociones ya que no se permitió hablar con nadie de su familia para no hacerles daño, ni con sus amigas por *“no comprometer la relación hablando de un tema tan desagradable tan a menudo”*. No identificamos ningún factor de protección a este respecto.
- **Características relacionadas con la persona fallecida:** la pérdida de su padre es el factor de riesgo principal, así como un fallecimiento repentino por una enfermedad de corta duración y sin control sintomático en algunos casos (presencia de alucinaciones, dolor y dificultades de respiración). En cuanto al haber participado en los cuidados de su padre, se ha descrito en la literatura mayoritariamente como factor de protección, aunque también como factor de riesgo (Cameron et al., 2002). En el caso de F, al haber participado activamente de los cuidados y tomado cierto rol de responsabilidad sobre otros miembros de su familia, sí que podemos considerar los cuidados como factor de riesgo por el nivel de estrés emocional que ha supuesto para ella. Como factor de protección solamente podemos resaltar el apego seguro que tenía con su padre.

Relacionado con esto, se hace primordial continuar estudiando diferentes casos de duelo complicado para poder también discriminar aquellos factores de riesgo y protección que van a marcar la diferencia entre el duelo normal y el duelo patológico. En el caso de F, podemos ver cómo realmente se cumplen muchos de los factores de riesgo para el desarrollo de un duelo complicado, y aparecen muy pocos factores de protección.

En cuanto a la formulación clínica del caso de F, hemos considerado solamente una conducta problema como es la evitación experiencial de los eventos cognitivos y emocionales

relacionados con el duelo a través de la hiperactividad en contextos laborales (Payás, 2010). Esta es la conducta principal en la que hemos intervenido, sobre todo exponiendo a F en consulta a esos pensamientos y emociones que no se permitía experimentar. De este modo, hemos podido comenzar a romper con la cadena conductual que mantenía el malestar asociado al duelo.

En cuanto a la intervención, en la introducción hablábamos de las 5 metas del tratamiento del duelo descritas por Echeburúa y Boix (2007). A pesar de que todavía seguimos trabajando con F, podemos valorar como se ha avanzado en alguna de estas metas. En primer lugar, hemos promovido la expresión de esos sentimientos inhibidos por F respecto al fallecimiento de su padre, así como la narración de los eventos dolorosos que rodearon la enfermedad y la pérdida que nunca había compartido con nadie. Hemos facilitado el procesamiento cognitivo y emocional de la pérdida y hemos trabajado para solucionar cualquier problema cotidiano que pudiera estar interfiriendo como el estrés laboral, mayormente. También hemos promovido la implicación de F en actividades agradables mediante la activación conductual y estamos en el proceso de integrar de una manera positiva la pérdida en el contexto presente.

De todas las técnicas de intervención que han sido descritas como eficaces en casos de duelo (Gil-Juliá, Bellver y Ballester, 2008), hemos empleado en mayor medida la psicoeducación, la validación emocional, la reestructuración cognitiva, el entrenamiento en técnicas de relajación, la utilización de fotos familiares, trabajo con el legado, ejercicios de cierre y despedida, la silla vacía adaptada y la activación conductual. Hemos elegido estas técnicas concretamente por la adecuación al caso de F y por el momento de la intervención en la que nos encontrábamos.

El hallazgo principal de este trabajo, hasta el momento, ha sido comprobar como después de dos años sin permitirse experimentar y compartir el dolor por la pérdida de su padre, el malestar empezó a reducirse cuando pudo finalmente expresar esas emociones en sesión y se encontró validada y comprendida. Por otra parte, el proporcionar una explicación a lo que le estaba pasando mediante el análisis funcional, también ayudó a la comprensión de su situación.

F había verbalizado en varias ocasiones el temor que le provocaba el compartir la experiencia de la enfermedad y el fallecimiento de su padre, por si eso la llevaba a caer en un estado depresivo incapacitante y doloroso. Una vez que lo trabajamos en sesión, comprobamos cómo ese mismo miedo irracional era el que no le estaba permitiendo procesar el duelo. Al exponerse a revivir esas emociones, ella misma ha destacado que ha podido conectar mucho más con su día a día y con el recuerdo de su padre sintiendo el alivio de saber que puede recordarlo sin sentir un malestar desproporcionado.

A lo largo de la realización de este trabajo nos hemos encontrado con ciertas dificultades. En este caso, la limitación principal ha sido la imposibilidad de realizar una evaluación post-tratamiento para comprobar si realmente este ha sido efectivo. En este sentido, han incidido en el avance y la recuperación de la paciente variables como, por ejemplo, la evitación experiencial y el estrés laboral que distraían el foco de atención de F de cara a la terapia. Como ya mencionamos anteriormente, hemos tenido que retrasar el abordaje del duelo, para no comprometer la alianza terapéutica y trabajar aspectos más urgentes para F en ese momento, como alguna situación especialmente estresante en el trabajo que ha requerido de priorización.

Otra variable que ha podido afectar puede ser que, a pesar de que la adherencia al tratamiento ha sido buena, ha habido semanas que por motivos de trabajo o de vacaciones hemos tenido que posponer algunas sesiones, comprometiendo en parte el avance de las sesiones y la consecución de los objetivos terapéuticos.

A la hora de diseñar la intervención, hemos encontrado también algunas dificultades relacionadas con características de F como paciente, como puede ser la falta de una red social de apoyo aquí en España, o el aislamiento del proceso de duelo de sus familiares. Esto ha desencadenado un sentimiento de soledad que no ha facilitado el proceso terapéutico. Por otra parte, factores como la autoexigencia o esa responsabilidad que presenta por ser el soporte de su familia, han hecho más complicado el abordaje del duelo. El hecho de no querer compartir su proceso de duelo con su familia en un primer momento estaba muy motivado por la necesidad de cuidar y no dañar a sus familiares. En cambio, en el momento en el que trabajamos

este sentimiento en sesión, pudo poner su proceso en común con el de su madre, dando lugar a un momento clave en la recuperación de F.

De cara a investigaciones futuras, sería conveniente clarificar la ausencia de un consenso en el diagnóstico del duelo complicado (Parro-Jiménez et al., 2021). Si bien es cierto que el duelo es un proceso natural y adaptativo que tenemos las personas para enfrentarnos a una situación tan dolorosa como es una pérdida de alguien querido, es cierto que en muchos casos este proceso se dificulta y se puede precisar de acompañamiento psicológico. Por este motivo, resulta fundamental encontrar un consenso en la definición del duelo patológico para facilitar también su estudio y describir la intervención más efectiva.

En conclusión, con este trabajo nos hemos propuesto realizar una aproximación práctica de un caso clínico para estudiar la problemática del duelo complicado en profundidad. Hemos identificado cuales son las diferencias entre el duelo normal y el patológico, y hemos proporcionado una descripción de los factores de riesgo y protección que pueden llevar a favorecer el desarrollo de un duelo complicado.

En este trabajo, hemos presentado un caso en el que se aprecia claramente la sintomatología del duelo complicado, que hemos analizado en detalle en la formulación clínica del caso. Por último, hemos propuesto un diseño de evaluación e intervención acorde con la idiosincrasia del caso y basado en la evidencia disponible en la literatura.

Teniendo en cuenta las limitaciones anteriormente citadas y la necesidad de seguir estudiando casos de este tipo en la literatura, hemos aportado una aproximación a un caso de duelo complicado basada en la evidencia y que ha empezado a dar resultados cualitativos en la paciente. Si bien es cierto que esos resultados no se han podido comprobar todavía a nivel cuantitativo a través de medidas de evaluación post-tratamiento, el relato proporcionado por F y la observación clínica apuntan que la intervención está resultando efectiva hasta el momento. Seguiremos trabajando con F hasta alcanzar completamente los objetivos propuestos.

## 8. Referencias bibliográficas

- American Psychiatric Association, APA (2014). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, DSM-5*. (5ª ed.). Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Barreto, P., De la Torre, O. y Pérez-Marín, M. (2012). Detección de duelo complicado. *Psicooncología*, 9 (2-3), 355-368.
- Beck, A. T., Steer, R. A. y Brown, G. (1996). *Inventario de depresión de Beck (BDI-II)*. (2ª ed.). Barcelona: Paidós.
- Beck, A. T., Steer, R. A., y Brown, G. K. (2011). Manual. BDI-II. Inventario de Depresión de Beck-II (Adaptación española: Sanz, J., y Vázquez, C.). Madrid: Pearson.
- Bowlby J. (1983). *La pérdida afectiva: tristeza y depresión*. Barcelona: Paidós.
- Bowlby, J. (1997). *El Apego y la Pérdida: La pérdida*. Barcelona: Paidós Psicología Profunda.
- Cameron, J., Franche, R. L., Cheung, A. M. y Stewart, D. E. (2002). Lifestyle interference and emotional distress in family caregivers of advanced cancer patients. *Cancer*, 94(2), 521-527. DOI: 10.1002/cncr.10212
- Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid (2019). Protocolo de atención al duelo en la Comunidad de Madrid: Documento de apoyo a los profesionales de la salud para la atención al duelo. *Salud Madrid*.
- Echeburúa, E. y Boix, A. H. (2007). ¿Cuándo es el duelo patológico y cómo hay que tratarlo? *Análisis y modificación de conducta*, 33(147), 31-50.
- Flórez, S.D. (2002). Duelo. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 25(3), 77-85.
- Gil-Juliá, B., Bellver, A. y Ballester, R. (2008). Duelo: evaluación, diagnóstico y tratamiento. *Psicooncología*, 5(1), 103-116.
- Guerra-Reyes, F. (2019). La línea de vida: una técnica de recolección de datos cualitativa. *Ecos de la Academia*, 10(5), 21-29.
- Kübler-Ross, E. (1989). *Sobre la muerte y los moribundos*. Barcelona: Grijalbo.
- Limonero, J.T., Lacasta, M., García-García, J-A., Maté, J. y Prigerson, H.G. (2009). Adaptación al castellano del inventario de duelo complicado. *Revista Medicina Paliativa (Madrid)*, 16(5), 291-297.
- León-Amenero, D. y Huarcaya-Victoria, J. (2019). El duelo y cómo dar malas noticias en medicina. *Anales de la Facultad de Medicina (Perú)*, 80(1), 86-91

- Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de *Protección de Datos Personales y Garantía de los Derechos Digitales*. Boletín Oficial del Estado, 294, de 6 de diciembre de 2018, 119788-119857. <https://www.boe.es/boe/dias/2018/12/06/pdfs/BOE-A-2018-16673.pdf>
- Massa-López, E. (2017). Duelo patológico, tratamiento con psicoterapia narrativa. *Revista electrónica de psicología Iztacala*, 20(1), 321-337.
- Moriconi, V. y Barbero, J. (2020). *Guía de acompañamiento al duelo, COVID-19*. Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid.
- Muñoz, M., Ausín, B. y Panadero, S. (2003). *Manual práctico de evaluación psicológica clínica*. Editorial Síntesis. ISBN: 978-84-9171-410-1
- Neimeyer, R. A. (2002). *Aprender de la pérdida. Una guía para afrontar el duelo*. Barcelona: Paidós.
- Organización Mundial de la Salud (2020). Clasificación internacional de enfermedades, 10ª revisión (CIE-10). Tomo I: diagnósticos. 3ª edición, España. ISBN: 978-84-340-2592-9
- Parro-Jiménez, E., Morán, N., Gesteira, C., Sanz, J. y García-Vera, M. (2021). Duelo complicado: una revisión sistemática de la prevalencia, diagnóstico, factores de riesgo y de protección en población adulta de España. *Anales de psicología*, 37(2), 189-201.
- Payás-Puigarnau, A. (2010). *Las tareas del duelo. Psicoterapia de duelo desde un modelo integrativo-relacional*. Barcelona: Paidós.
- Payás- Puigarnau, A. (2014). El mensaje de las lágrimas. Una guía para superar la pérdida de un ser querido. Barcelona: Paidós.
- Pérez-Sales, P. (2006). Trauma, Culpa y Duelo: Hacia una psicoterapia integradora. Bilbao: Desclee de Brower.
- Prigerson, H.G., et al. (1997). Traumatic Grief as a Risk Factor for Mental and Physical Morbidity. *American Journal of Psychiatry*, 154(5), 616-623.
- Prigerson, H.G., et al. (1995). The Inventory of Complicated Grief: a scale to measure maladaptive symptoms of loss. *Psychiatry Research*, 59, 65-79.
- Suarez, M. A. (2010). El genograma: herramienta para el estudio y abordaje de la familia. *Revista Médica La Paz*, 16(1), 53-57.
- Virúes-Ortega, J., y Moreno-Rodríguez, R. (2008). Guidelines for clinical case reports in behavioral clinical Psychology. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 8, 3, 765-777

Worden, J.W. (2013). *El tratamiento del duelo. Asesoramiento psicológico y terapia*.  
Barcelona: Paidós.

Zeus, P. y Skiffington, S. (2004). *"Coaching" práctico: guía completa de técnicas y  
herramientas*. McGraw-Hill, Interamericana de España.

## **9. Anexos**

A continuación, presentaremos los dos anexos de este trabajo. En primer lugar, encontramos los criterios diagnósticos del DSM-5, y posteriormente el Inventario de Duelo Complicado en su versión en inglés ya que es el idioma en el que hemos realizado las sesiones. En cuanto al Inventario de Depresión de Beck, hemos decidido no incluirlo en anexos por ser un inventario más conocido y ampliamente utilizado. El tema de este trabajo era justamente el duelo complicado, por lo que la herramienta de evaluación que queremos proponer es el Inventario de Duelo Complicado.



## Anexo 1. Criterios diagnósticos del Trastorno por Duelo Complejo Persistente (DSM-5)

<p><b>Criterio A:</b> el paciente ha experimentado el fallecimiento de un ser querido.</p>
<p><b>Criterio B:</b> haber experimentado uno o más de los siguientes síntomas tras el fallecimiento, casi diariamente o con intensidad elevada, durante al menos 12 meses:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Anhelo persistente por el fallecido</li> <li>2. Malestar emocional intenso en respuesta a la pérdida</li> <li>3. Preocupación por el difunto</li> <li>4. Preocupación por las circunstancias del fallecimiento</li> </ol>
<p><b>Criterio C:</b> desde el fallecimiento, ha experimentado seis o más de los siguientes síntomas, casi diariamente o con una intensidad elevada, y persisten durante al menos 12 meses:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Dificultad para aceptar la muerte</li> <li>2. Sentimiento de incredulidad o anestesia emocional</li> <li>3. Dificultad para recordar al difunto de manera positiva</li> <li>4. Tristeza o ira en relación con el fallecimiento</li> <li>5. Percepciones desadaptativas sobre uno mismo en relación al difunto o a las circunstancias de la muerte (sentimientos de culpa)</li> <li>6. Evitación frecuente de personas, lugares o cosas que recuerden al fallecido.</li> <li>7. Deseo de morir para estar con el difunto</li> <li>8. Dificultad para confiar en los demás desde la pérdida</li> <li>9. Sentimiento de soledad</li> <li>10. Sentir que la vida no tiene sentido (vacío)</li> <li>11. Confusión sobre su propia identidad o el papel que tiene en su propia vida.</li> <li>12. Dificultad para mantener intereses o fijar metas futuras.</li> </ol>
<p><b>Criterio D:</b> la alteración provoca malestar clínicamente significativo o deterioro en las distintas áreas de la vida (social, ocupacional...)</p>
<p><b>Criterio E:</b> esta sintomatología resulta desproporcionada o disidente con las normas culturales o religiosas, o inadecuadas a la edad del paciente.</p>

Especificar si cursa con duelo traumático; es decir si el fallecimiento ocurrió bajo circunstancias traumáticas (un homicidio, suicidio, un desastre natural o accidente).

Anexo 2. Inventory of Complicated Grief (Prigerson, 1995)	Never	Rarely	Sometimes	Often	Always
1. I think about this person so much that it's hard for me to do the things I normally do	0	1	2	3	4
2. Memories of the person who died upset me	0	1	2	3	4
3. I feel I cannot accept the death of the person who died	0	1	2	3	4
4. I feel myself longing for the person who died	0	1	2	3	4
5. I feel drawn to places and things associated with the person who died	0	1	2	3	4
6. I can't help feeling angry about his/her death	0	1	2	3	4
7. I feel disbelief over what happened	0	1	2	3	4
8. I feel stunned or dazed over what happened	0	1	2	3	4
9. Ever since he/she died, it is hard for me to trust people...	0	1	2	3	4
10. Ever since he/she died, I feel as if I have lost the ability to care about other people or I feel distant from people I care about	0	1	2	3	4

11. I feel lonely a great deal of the time ever since he/she died	0	1	2	3	4
12. I have pain in the same area of my body or have some of the same symptoms as the person who died	0	1	2	3	4
13. I go out of my way to avoid reminders of the person who died	0	1	2	3	4
14. I feel that life is empty without the person who died	0	1	2	3	4
15. I hear the voice of the person who died speak to me	0	1	2	3	4
16. I see the person who died stand before me	0	1	2	3	4
17. I feel that it is unfair that I should live when this person died	0	1	2	3	4
18. I feel bitter over this person's death	0	1	2	3	4
19. I feel envious of others who have not lost someone close	0	1	2	3	4

Muchas gracias.