



**Universidad
Europea** MADRID

Estudio sobre la intervención de un caso de depresión como consecuencias de una biografía de pérdidas

Máster de Psicología General Sanitaria

Autor/a: Leila Zorrilla Ramírez

Tutor/a académico: Dr. Darya Alexandra Faiyad Pohlmann

Fecha de realización del trabajo: 26 de febrero de 2023

Nº palabras: 11903 (sin referencias bibliográficas)

Agradecimientos

A mi tutora académica por acompañarme en este proceso con su apoyo ante mis inseguridades y sus correcciones:

Dr. Darya Alexandra Faiyad Pohlmann

Al Centro Tiban y a Adriana Rubinstein por permitirme realizar allí mis prácticas y acompañarme en el proceso.

A mis familiares, amigos y pareja por acompañarme en este tiempo donde solo podía hablar del TFM y donde no contaba con tiempo de cuidado.

A mi terapeuta quién me ha dado luz para hacer frente a los conflictos que me ha ocasionado este proceso.

A mis compañeros y compañeras de trabajo del Centro de Apoyo a las Familias 1 que me han acompañado y apoyado desde la escucha y el conocimiento.

A la persona que me dejó acceder a su historia y espacio personal, permitiéndome acompañarla en este proceso para plasmarlo posteriormente este trabajo.

Resumen

El 5% de la población mundial padece depresión, uno de los posibles motivos relacionados con la depresión es el duelo no resuelto. A su vez el duelo es concebido como una emoción o sentimiento de dolor ante una pérdida significativa, se puede plantear cómo abordarlo cuando son más de una pérdida. El objetivo del estudio de caso es abordar esta problemática conjunta desde la terapia cognitiva-conductual recomendada para el trabajo en depresión y duelo, junto con la utilización de la teoría y técnicas de Gestalt para el trabajo con "asuntos inconclusos". El estudio de caso trata sobre una mujer de 29 años con sintomatología depresiva grave según los datos obtenidos en una primera medida del BDI-II. En el momento de desarrollo del estudio de caso, la intervención se encontraba en la mitad del proceso de intervención, por lo que se tomaron dos medidas (pre e intermedia) pendientes de la medida post al finalizar la intervención. Los resultados obtenidos hasta el momento de la intervención muestran una disminución de las puntuaciones en el BDI-II de grave a moderado.

Palabras clave

Estudio de caso, Intervención cognitivo-conductual, pérdida múltiple, sintomatología depresiva.

Abstract

5% of the world's population suffers from depression, one of the possible reasons related to depression is unresolved grief. In turn, grief is conceived as an emotion or feeling of pain in the face of a significant loss, and it is possible to consider how to deal with it when there is more than one loss. The aim of the case study is to address this joint problem from the cognitive-behavioural therapy recommended for working with depression and bereavement, together with the use of Gestalt theory and techniques for working with "unfinished business". The case study deals with a 29-year-old woman with severe depressive symptomatology according to the data obtained in a first measure of the BDI-II. At the time of the case study, the intervention was in the middle of the intervention process, so two measures were taken (pre and intermediate) pending the post measure at the end of the intervention. The results obtained up to the time of the intervention show a decrease in scores on the BDI-II from severe to moderate.

Keywords

Cognitive-behavioral intervention, case study, depressive symptomatology, multiple loss.

Índice

1.	Introducción	6
1.1.	Concepto del problema.....	6
1.1.1.	Depresión	6
1.1.2.	Duelo	7
1.1.3.	Depresión y Duelo.....	9
1.2.	Prevalencia y factores de vulnerabilidad y riesgo.....	10
1.3.	Intervenciones Terapéuticas.....	11
2.	Identificación del paciente y motivo de consulta	13
3.	Estrategias de Evaluación.....	15
4.	Formulación clínica del caso.....	18
5.	Tratamiento.....	21
5.1.	Técnicas.....	23
5.2.	Intervención.....	27
6.	Valoración del Tratamiento.....	36
7.	Discusión y Conclusión.....	39
8.	Referencias bibliográficas.....	43
9.	Anexos.....	48
	Anexo A.....	48

Índice de figuras

Figura 1. Ejercicio de Línea de Vida de su nacimiento hasta la actualidad.....	14
Figura 2. Genograma familiar.....	14
Figura 3. Análisis funcional-Hipótesis de Origen.....	19
Figura 4. Análisis funcional-Hipótesis de Mantenimiento.....	20

Índice de tablas

Tabla 1. Resumen del tratamiento en un estudio de caso sobre las consecuencias de una biografía de pérdidas.....	22
Tabla 2. Instrumentos de medida.....	38

1. Introducción

1.1. Concepto del problema

El objetivo del presente estudio de caso es la intervención con sintomatología depresiva bajo la hipótesis de origen de una historia biográfica de repetidas pérdidas. Con procesos de duelo complicado, se aborda desde la corriente Cognitivo-Conductual junto con herramientas de la Gestalt con el objetivo de reducir el malestar psicológico de la paciente.

Para dar respuesta a la problemática que acusa el estudio caso, se dará paso a la conceptualización de la depresión y del duelo para posteriormente ver la conjunción de ambas problemáticas.

1.1.1 Depresión

Según datos de la OMS el 5% de toda la población mundial padece depresión, además es la principal causa mundial de discapacidad. La depresión presenta una sintomatología relacionada con un estado de ánimo deprimido o una pérdida del disfrute o del interés en actividades, falta de energía, dificultad de concentración, sentimiento de culpa excesiva o de autoestima baja o inutilidad, falta de esperanza en el futuro, alteraciones del sueño, cambios en el apetito o en el peso entre otros (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2021).

Desde las teorías conductuales, Skinner (1953) habla que debido a la interrupción de reforzadores se da un debilitamiento en la conducta, es decir, depresión. Ferster (1966) menciona que el “cambios ambientales repentinos, el castigo y el control aversivo, y cambios en las contingencias de reforzamiento pueden dar lugar a la depresión” (Lewinsohn, P. M., Gotlib, I. H., & Hautzinger, M., 1997, pp. 493). Lewinsohn y colaboradores (1975) ponen el acento en la falta de refuerzo positivo para explicar la depresión. En concreto, Lewinsohn habla de tres factores que pueden conducir a esta falta de refuerzo positivo: 1) una falta de habilidades que hace que la persona no obtenga el refuerzo positivo o la capacidad de

resolución de situaciones aversivas; 2) la falta de refuerzos en el ambiente debido a la pérdida de ellos o un exceso de experiencias aversivas; 3) por último, la pérdida de la capacidad de disfrute de actividades placenteras o el aumento de la sensibilidad ante situaciones negativas (Lewinsohn, Gotlib y Hautzinger, 1997). En concreto, en el estudio de caso, se puede observar que la paciente identificada ha sufrido a lo largo de su recorrido histórico repetidas situaciones adversas.

Según el modelo cognitivo de la depresión de Beck desde su inicio en 1963 hasta el avance progresivo en el modelo derivando en la terapia cognitiva de él, su modelo habla de tres conceptos que conducen a la depresión y, por lo tanto, hay que trabajar en ellos: 1) la tríada cognitiva: visión negativa sobre sí mismo, interpretación negativa de la experiencias vividas y visión negativa acerca del futuro; 2) esquemas: una serie de estímulos son registrados en un mismo paquete conformando una conceptualización de una situación, es decir, patrones cognitivos estables son la base de la interpretación de un determinado conjunto de situaciones; 3) errores cognitivos: errores sistemáticos que se dan en el pensamiento y que mantiene la creencia del paciente (Beck, A., Rush, A., Shaw, B. y Emery, G., 2010). Lewinsohn y colabores en 1985 plantean un modelo integrador, teniendo en cuenta variables disposicionales como ambientales. La depresión es el resultado de cambios dados en el ambiente que influyen en la conducta, afecto y cogniciones. Los factores situacionales son desencadenantes y los factores cognitivos moderadores (Lewinsohn, P. M., Gotlib, I. H., & Hautzinger, M., 1997).

1.1.2. Duelo

La RAE define el duelo como “dolor, lástima, aflicción o sentimiento” y como “demostraciones que se hacen para manifestar el sentimiento que se tiene por la muerte de alguien” (Real Academia Española [RAE], 2014, duelo²). Se observa dos acepciones, una de ellas más orientada hacia el duelo por muerte de una familiar o ser querido y otro significado que recoge un plano más emocional referido a todo tipo de pérdida. Para

poder entender la dimensión de la pérdida es necesario hacer una breve mención a los diferentes modelos teóricos, desde las teorías más tradicionales hasta los modelos más actuales identificando tareas y desafíos. Llácer, Campos, Martín & Marin (2019) hacen una revisión de los modelos teóricos hasta la actualidad comenzando por la teoría psicodinámica, la cual percibía la pérdida como la retirada del libido del objeto perdido, es decir, la retirada de la energía que conduce a la conducta de satisfacción de necesidades y deseos del objeto perdido, cambiando esta energía a un nuevo objeto para satisfacer las nuevas necesidades y/o deseos. Hablan de como Bowlby en 1988 publica una serie de conferencias para hablar sobre la creación y pérdida de vínculos, donde teoriza sobre la intensa respuesta emocional ante la pérdida de un progenitor (Bowlby, 2014, pp. 92-93). Posteriormente ponen la atención en la teoría cognitiva vive el duelo patológico o complicado como un error en la reconstrucción del significado de la pérdida. Bonanno y Kelner (1997) desde la perspectiva funcional hablan de lo necesario de la expresión de las emociones en el duelo, tanto las expresiones faciales negativas como las positivas intervienen como moderadoras del dolor (Bonanno & Keltner, 1997). Por último, mencionar los modelos descriptivos comenzando por el modelo de etapas del duelo de la Doctora Elizabeth Kübler-Ross (1969) habla de fases: negación y aislamiento, ira, pacto, depresión y aceptación (Kübler Ross, E., 2017); posteriormente los modelos que habla de tareas representado por Worden y Neimeyer, Worden (1997) habla de 4 tareas y 7 determinantes de duelo (Worden, 2013) y Neimeyer (2002) habla de 5 desafíos (Neimeyer, 2002). Y para cerrar el modelo teórico Integrativo-relacional de Payas (2010), el cual hace una integración de los modelos anteriores hablando de fases y tareas en cada fase (Payas, 2010). Uno de los primeros en estudiar el duelo normal o no complicado fue Erich Lindemann en 1944 cuando era jefe de psiquiatría del Massachusetts General Hospital (Worden, 2013). Lindemann encontró 5 características que definen el duelo normativo: alguna forma de malestar somático o corporal, preocupación por la imagen del fallecido, culpa relacionada

con el fallecido, reacciones hostiles e incapacidad para actuar como antes de la pérdida (Worden, 2013). En el estudio del duelo, se distingue entre duelo normal y duelo patológico. Girault y Fossati (2008) hacen una diferenciación entre duelo normal y duelo patológico, hablan del duelo como una experiencia común y normativa, donde puede adoptar la forma de cuadro depresivo moderado de menos de 6 meses de duración. En cambio, su forma patológica, complicada o traumática se caracteriza por la aparición de un trastorno psiquiátrico como depresión, ansiedad, estrés postraumático, episodio maníaco, psicosis...

Para el estudio de caso, mención al duelo desautorizado, Doka (1989) lo define como aquellas pérdidas que no pueden ser expresadas públicamente ni reconocidas a nivel social, habla de 4 categorías de duelo desautorizado: cuando la relación no es reconocida, la pérdida no es reconocida, cuando el doliente es excluido y las circunstancias de la muerte influyen en el reconocimiento (citado en Payás Puigarnau, A., 2010).

1.1.3. Duelo y depresión

Uno de los primeros autores que relaciona duelo y depresión es Freud, ofreciendo una relación entre ambas en su artículo "Duelo y Melancolía" (1917), donde habla que la persona que ha sufrido la pérdida de un familiar puede experimentar una ira hacia uno mismo, en lugar de hacia la persona fallecida (Freud, 1917). Klerman en el 77 habla que muchas depresiones son provocadas por la pérdida de seres queridos, aunque no recordadas en una primera instancia (citado por Worden, Aparicio y Barberán, 2013). Bowlby en 1988 publica una serie de conferencias para hablar sobre el desarrollo y ruptura de vínculos, en concreto, en su cuarta conferencia habla sobre los efectos de la ruptura de vínculo afectivo. Relaciona la aparición de sintomatología depresiva con la pérdida sufrida por fallecimiento de las figuras principales de apego (madre-padre). También habla sobre como la influencia de la depresión es mayor si se ha producido la pérdida durante el segundo quinquenio en la niñez (Bowlby, 2014). Girault y Fossati (2008) mencionan que en el duelo complicado, patológico o traumático se manifiestan síntomas psiquiátricos, los más comunes son los trastornos

depresivos y ansiógenos. Karam en 2009 encuentra que hay un perfil en sintomatología depresiva muy similar entre personas con una depresión reactiva ante la pérdida de un familiar y personas con depresión no relacionada con la pérdida de un ser querido, la diferencia se encuentra en el período de tiempo de la sintomatología siendo mayor en pacientes con depresión reactiva ante una pérdida (citado en Chaurand, Feixas, Neimeyer, Salla y Trujillo, 2015). Por otro lado, Piper, Ogrodniczuk, Azim y Weideman en 2001 encontraron que no había diferencias significativas en la sintomatología entre pacientes con un Trastorno de Depresión Mayor o Distimia, hubieran sufrido una pérdida significativa o no en su historia de vida a excepción de los casos de Duelo Complicado severo (citado en Chaurand, Feixas, Neimeyer, Salla y Trujillo, 2015).

1.2. Prevalencia y factores de vulnerabilidad y riesgo

Según datos del DSM-V sobre sintomatología depresiva hay diferencias entre los grupos de edad, destacando la franja de 18-29 años donde es tres veces mayor la prevalencia en comparación al grupo de 60 años o mayores. Además, las mujeres presentan una tasa de 1'5-3 veces mayores que los hombres (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales 5 [DSM-V], 2014).

Acinas (2011) expone los factores de vulnerabilidad para padecer un posible duelo complicado o patológico: circunstancias de la muerte del fallecido, el tipo de relación o vínculo, convivencia con el fallecido, pérdidas acumuladas, variables de personalidad o historia de salud mental previa, familia y apoyo social, situación económica (citados en Vedia, V., 2016).

Miguel y López (2007) hablan de los factores de riesgo divididos en: 1) personales: etapa evolutiva del doliente, duelos anteriores no resueltos, reacciones emocionales intensas, problemas de autoestima y confianza...; 2) relacionales: pérdida en edad temprana, tipo de vínculo, relación dependiente; 3) circunstanciales: cómo se dio la pérdida, otros acontecimientos estresantes, pérdida estigmatizada...; 4) Sociales: ausencia de red de apoyo, familia disfuncional, recursos económicos escasos...(citados en Vedia, V., 2016).

1.3. Intervenciones terapéuticas

La terapia de conducta para el tratamiento de depresión, tiene su base teórica en Skinner, Ferster y Lewinsohn y las formas de terapia de conducta son las siguientes: a) programa de actividades agradables y activación conductual; b) entrenamiento en habilidades sociales; c) curso de afrontamiento de la depresión; d) terapia de autocontrol; e) terapia de solución de problemas; f) terapia conductual de pareja; g) terapia de aceptación y compromiso; h) psicoterapia analítica-funcional; i) sistema de análisis cognitivo-conductual de psicoterapia (Pérez Álvarez, M., Fernández Hermida, J. R., Fernández Rodríguez, C., & Amigo Vázquez, I., 2013). La terapia de cognitiva de Beck (1979) se trata de un tratamiento diseñado específicamente para la depresión. Como su objetivo es la modificación de la conducta y las cogniciones, se conoce como un programa cognitivo-conductual, en concreto, un programa con un enfoque psicoeducativo. Consta de 12 sesiones básicas, se puede ampliar de 15 a 30 sesiones (Pérez Álvarez, M. et al., 2013). La idea de la terapia cognitiva-conductual es modificar las emociones y conductas mediante la identificación y detección de las cogniciones disfuncionales (Badós, 2004). El programa cuenta con tres fases: una fase inicial de evaluación y conceptualización, una fase intermedia de activación conductual y cuestionamiento de una fase final de prevención de recaídas (Badós, 2004).

Para hablar de duelo, hay que hablar de elaboración del duelo (Neimeyer, 2002; Worden, 1997). Cuando se habla de intervención en duelo, hablamos de los modelos teóricos, en la observación de dichos modelos se puede encontrar como factor común el trabajo en las emociones surgidas a raíz de la pérdida. Por lo tanto, el trabajo que deben hacer las personas que han sufrido una pérdida es trabajar desde el vínculo con lo perdido y explorar las emociones emergentes (Morconi V., 2021). En concreto, desde el modelo de Worden con 4 tareas del duelo y 7 mediadores: tarea I-aceptar la realidad de la pérdida: no negar su realidad ni importancia; tarea II-elaborar el dolor de la pérdida: se bloquea los sentimientos y se niega el dolor; tarea III-adaptarse a un mundo sin el fallecido: adaptaciones externas, internas y

espirituales y tarea IV-hallar una conexión perdurable con el fallecido al embarcarse en una nueva vida: recolocar al fallecido mientras reanudamos nuestra vida, en el día a día (Worden, Aparicio y Barberán,2013). Neimeyer habla de 5 desafíos: 1-reconocer la realidad de la pérdida: confrontación de nivel emocional de la pérdida y su significado con sus limitaciones; 2-abrirse al dolor: identificar las emociones y el dolor para poder elaborar esos sentimientos; 3-revisar nuestro mundo de significados: con la pérdida significa realizar una nueva valoración y elaboración de creencias y valores; 4-reconstruir la relación con lo que se ha perdido: cambiar la relación con lo perdido, es decir, no olvidar la pérdida sino darle un nuevo lugar; 5-reinventarnos a nosotros mismos: reflexionar acerca de las creencias que describen como personas y reorganizar los nuevos significados desde la pérdida (Neimeyer, 2002).

Por último, mencionar la psicoterapia gestáltica conocida en primer momento por su psicología de la percepción y posteriormente como psicoterapia gracias a la aportación de Fredrick Perls introduciendo el concepto de motivación en la percepción de la teoría Gestalt (Martin A., 2011). Convirtió al ser humano en una unidad relacionando lo psíquico y lo físico, no como entes separados. Los gestaltistas Wertheimer y Kóhier añaden a la percepción un conjunto de sensaciones, emociones, sentimientos y motivaciones, a su vez la percepción está influida por la motivación, la cual tiene unas necesidades de base (Martin A., 2011). Una gestalt sería la necesidad que sobresale del campo, difuminando y alejando el resto del fondo de nuestra conciencia, es decir, la gestalt es la necesidad/figura y el fondo constituye sobre lo que resalta la figura. Si esta necesidad no es resuelta, pasa a “asuntos inconclusos” donde las conductas o emociones no disponibles pasan a un fondo difuminado y alejado de la conciencia, provocando malestar y molestia hasta que sean cerradas y satisfechas (Burga, 1981). En dos estudios de casos recientes sobre duelo desde el enfoque gestáltico junto con el modelo de 5 fases de la Doctora Elizabeth Kübler-Ross (1969), se encontró que el trabajo desde la Gestalt facilitaba profundizar en las emociones floreciendo otros duelos: anticipatorio y duelo por la pérdida de la idealización del fallecido (Durán, 2014; Vallejo, 2022).

2. Identificación del paciente y motivo de consulta

Según la Ley Orgánica 15/1999 sobre la Protección de Datos de Carácter Personal, los datos obtenidos han sido tratados para fines de formación e investigación, guardándose los datos en lugar seguro y en ningún caso se harán públicos, garantizando la confidencialidad y el secreto profesional, por ello se utilizará un seudónimo, “Marta” para hacer referencia a la paciente del estudio de caso.

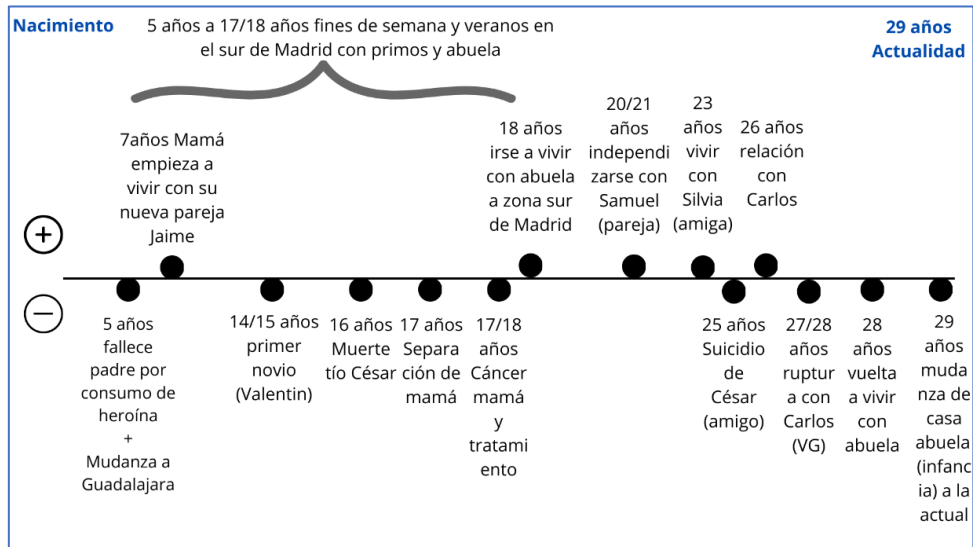
El caso clínico trata sobre una mujer española de 29 años, soltera, sin hijos, auxiliar de farmacia y con un nivel socioeconómico medio-bajo. Actualmente reside con su abuela paterna tras la última ruptura de pareja.

Marta acude a consulta por presentar sintomatología depresiva (estado de ánimo deprimido, disminución del interés y placer por actividades, falta de energía, sentimiento de inutilidad y culpa, agitación psicomotora (conducta problema-motivo de consulta manifiesto). Expresa que “no se siente en casa” tras la mudanza llevada a cabo por su abuela en este último año de su casa de la infancia a la casa actual donde reside con ella.

Relata su historia familiar desde la infancia hasta la actualidad, padres con problemas de consumo en su infancia. El padre fallece cuando Marta tiene 5 años, ella y su madre se mudan de un municipio del sur de Madrid a Guadalajara. Desde los 5 años hasta los 17 años, pasa los fines de semana y veranos en casa de la abuela paterna en el municipio del sur, identifica ese lugar como un espacio seguro y de cuidado. A continuación, se muestra la línea de vida de la paciente identificada:

Figura 1

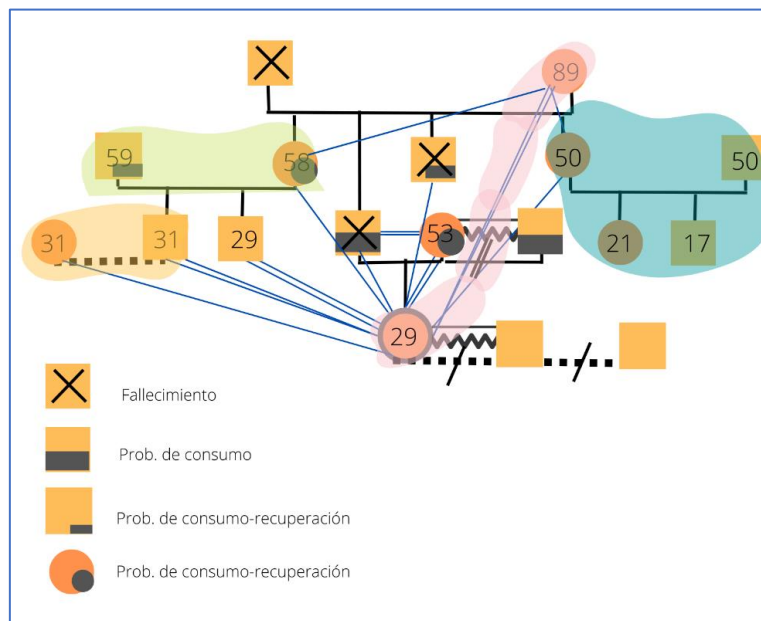
Ejercicio de Línea de Vida desde su nacimiento hasta la actualidad



Se observa múltiples pérdidas tanto de seres queridos por fallecimiento y rupturas, como pérdidas por enfermedad y lugares de residencia y cuidado. Se puede hipotetizar que el motivo de consulta latente son las consecuencias de múltiples pérdidas en el recorrido histórico de la paciente, es decir, su sintomatología depresiva tiene un origen en las pérdidas acontecidas a lo largo de su recorrido histórico. Para el estudio de caso, es importante contar con la información del sistema familiar y conocer el rol que ocupa la paciente en él. Por lo tanto, a continuación, se muestra el genograma:

Figura 2

Genograma familiar



En el genograma se observa a la paciente identificada con doble círculo (29 años), la cual reside en la actualidad con la abuela paterna. La figura de la abuela paterna es una “tutora de resiliencia” porque “vio y cuidó” de la paciente en su infancia. La relación actual con ella es de vínculo y conflictiva al mismo tiempo, es decir, tienen muy buena relación, pero hay problemas en la convivencia. Por otro lado, el genograma refleja que la paciente tiene mucha vinculación con la familia paterna y ninguna con la familia materna. Al observar el sistema familiar, se puede obtener la información de varios adultos y figuras de referencia en el cuidado de la paciente que presentan haber tenido problemas de consumo. Se conoce de la fase de recogida de información que su padre falleció a sus 5 años por problemas de consumo de heroína, tras el fallecimiento, la madre y los tíos paternos pasan a un programa de desintoxicación y recuperación. Según información que proporciona la paciente tanto sus padres como sus tíos vivían en un pueblo de la Sierra de Madrid junto con otras personas que “huían del convencionalismo y capitalismo de las grandes ciudades”, perseguían los valores de la cultura hippies, es decir, la tolerancia y la diversidad. Señalar del genograma, la relación conflictiva que hubo con la última pareja de la paciente, a la cual se refiere como “tóxica y dañina”.

Hay que señalar que la paciente no ha recibido ningún tratamiento psicológico ni farmacológico previo. Actualmente no cuenta con tratamiento farmacológico.

3. Estrategias de Evaluación

Se comenzó por la exploración inicial del caso: observación, conversación y exploración (López, Benito y Herrero, 2003). En las primeras entrevistas se exploró el motivo de consulta, los parámetros y otras dificultades e historia de la paciente mediante la entrevista clínica general de Muñoz 2001 y línea de vida (López, Benito y Herrero, 2003). Posteriormente, se administró el Inventario para la Depresión de Beck-II (BDI-II), Inventario Texas Revisado de Duelo (ITRD) e Inventario de Historia de Pérdidas (IHP) como medida pre, media y post para

obtener una línea base y poder contrastar hipótesis y cambio en la evolución de la paciente. A continuación, se obtiene una información más detallada de los instrumentos de recogida de información y medida:

- Entrevista clínica general de Muñoz (2001) es una entrevista semiestructurada que permite tener un guion que oriente en la recopilación de aspectos relevantes para la valoración y el psicodiagnóstico. La entrevista de Muñoz cuenta con once puntos: 1) interacción inicial (observar características de la persona, preguntas de exploración inicial como orientación espacio-temporal, atención...); 2) delimitación de los problemas; 3) análisis de secuencias actuales; 4) historia clínica; 5) situación vital actual; 6) importancia del problema; 7) análisis del problema; 8) otras variables de interés (atribución, motivación, estrategias de resolución, red de apoyo, expectativas de cambio); 9)recapitular y devolver información (contrastar información con la persona entrevistada); 10) comprobar cómo se siente la persona y ver si ha encajado con la expectativa que traía; 11) indicar tareas para casa como autorregistros, diarios, informes, inventarios... (López, Benito y Herrero, 2003).
- Línea de vida refleja los acontecimientos a nivel vital relevantes para la persona que completa esta tarea. La línea de vida es una técnica de recogida de información que ofrece datos sobre el inicio y desarrollo de la problemática, a su vez sirve esquema para el paciente facilitándole una organización de los eventos vitales más relevantes. La línea de vida se realiza en los primeros momentos de recogida de información acerca de la problemática de los pacientes, en primeras entrevistas. El psicólogo/a debe explicar el procedimiento para el desarrollo de la tarea, en el caso de dudas en la recogida de información puede contrastar con la propia persona para aclarar tiempos, términos o lagunas (López, Benito y Herrero, 2003).
- Inventario para la Depresión de Beck-II (BDI-II) su función es medir la sintomatología depresiva en población normal, en concreto, se tomará como medida pre y post para el estudio de caso. Como indican Beck, Steer y Garbin; Piotrowski; Sanz, Navarro y Vázquez

es el instrumento más utilizado para evaluar la depresión en la práctica clínica y en investigación (citado Sanz, Perdigón y Vázquez, 2003). El BDI-II *“es un instrumento de autoinforme de 21 ítems diseñados para evaluar la gravedad de la sintomatología depresiva en adultos y adolescentes con una edad mínima de 13 años”* (Sanz, Perdigón y Vázquez, 2003, p.255). Cada ítem cuenta con 4 opciones de menor a mayor gravedad, para ello seleccionar la opción que mejor describa lo experimentado en las dos últimas semanas, incluyendo el mismo día de la aplicación del cuestionario. La puntuación del inventario oscila de 0 a 63 puntos. El análisis de la consistencia interna mostró un coeficiente alfa de 0´87 indicando una buena consistencia interna. Respecto a la validez factorial, se cuenta con un coeficiente de congruencia factorial C de Tucker superior a 0´80 y un el coeficiente de correlación de Pearson (r) superior a 0,75 mostrando una consistencia de la estructura factorial del BDI-II en población española general y de estudiantes universitarios (Sanz, Perdigón y Vázquez, 2003).

- Inventario Texas Revisado de Duelo (ITRD) su función es evaluar la intensidad del duelo por fallecimiento de un familiar o ser querido. Cuenta con 21 ítems divididos en dos partes: la primera parte está compuesta por 8 ítems sobre comportamientos y emociones experimentados al principio del fallecimiento con un máximo de 40 puntos; la segunda parte consta de 13 ítems sobre comportamientos y emociones actuales en relación con la persona fallecida con un máximo de 65 puntos. Las puntuaciones se corresponden con una respuesta tipo Likert de 1 siendo “completamente falsa” a 5 “completamente verdadera”. En cuanto a la fiabilidad, la consistencia interna tuvo un coeficiente de alfa de 0´75 y 0´80. La validez del constructo mostró que la validez por hipótesis en la parte primera había valores significativamente más altos cuando la muerte era inesperada o se había dado en un hospital o había transcurrido 2-3 años desde el fallecimiento, por otro lado, en la segunda parte se observó valores más altos con muertes inesperadas (García, Petralanda, Manzano e Inda, 2005).

- Inventario de Historia de Pérdidas (IHP) su función es realizar un listado de pérdidas vividas por la persona evaluada mediante un sistema de preguntas en torno a cada pérdida. Chaurand, Feixas y Neimeyer (2010) desarrollan el Inventario de Historia de Pérdidas (IHP) como un instrumento que recoja la historia de pérdidas, factores que compliquen el duelo y la percepción que tenga la persona sobre su superación y su sintomatología depresiva. El constructo cuenta con 3 preguntas: 1) una tabla donde reflejar cada pérdida significativa complementado las preguntas por columnas (nombre o descripción de la pérdida, tiempo desde el suceso, como sucedió la pérdida y percepción de superación); 2) en el caso de presentar sintomatología depresiva, si está relacionada con alguna o algunas pérdidas; 3) con cuáles pérdidas. Los autores proponen realizarlo junto con otros inventarios sobre depresión y duelo para una mejor evaluación de un posible duelo complicado. En 2015 llevan a cabo un estudio para evaluar la relación entre la supuesta superación de las pérdidas y la sintomatología depresiva *“encuentran que el 42,71% de la muestra mencionó alguna pérdida que consideraba no haber superado. Se encontró que la intensidad de los síntomas correlacionaba con el número total de pérdidas”* (Chaurand, Feixas, Neimeyer, Salla y Trujillo, 2015).

4. Formulación clínica del caso

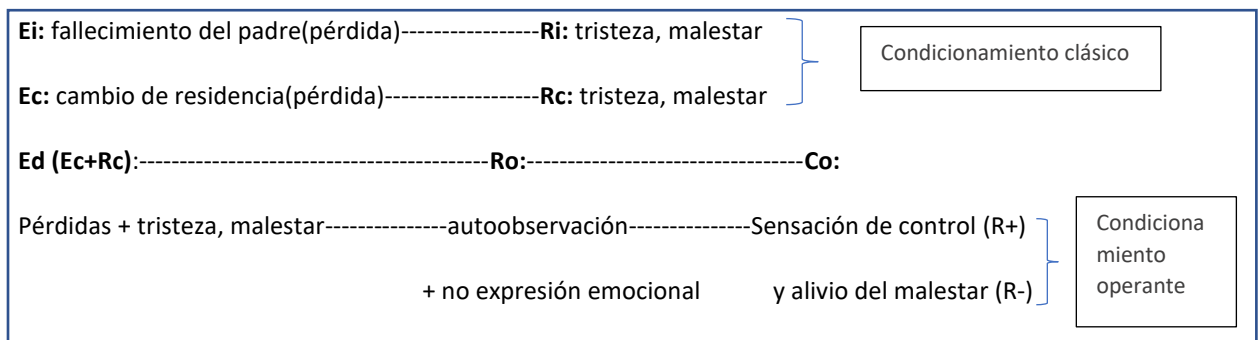
La paciente establece el inicio de su sintomatología con la ruptura de su última pareja (Carlos), como consecuencia, regresa a vivir con su abuela y a continuación del regreso, cambian su abuela y ella de residencia, es decir, de “la casa de la infancia” a la casa actual “la nueva”. Realiza verbalizaciones del tipo “no tengo hogar; no soy yo; muy ocupada antes y ahora parada; no siento que hago bien las cosas...”, además expresa que se siente irascible y ansiosa cuando regresa a su casa o cuando sale del trabajo porque significa que regresa a ella, es decir, regresa a su casa actual “la nueva” la que no siente como un hogar. Provocando enfado y rabia por no vivir en “la casa de la infancia”, la que percibía como lugar seguro. Relata su historia de

pérdidas comenzando con el fallecimiento de su padre, además verbaliza que “siente a su madre como una amiga y que la reclama atención constante”. No solo cuenta con un padre fallecido sino que además siente que su madre no ocupa su lugar como figura de cuidado. Verbaliza sentirse muy enfadada con su abuela al mismo tiempo que habla de sentir culpa y pena hacía su abuela junto con la carga y la responsabilidad de su cuidado. Señalar un dato obtenido en las entrevistas con la paciente, el fallecimiento de su padre se lo comunican dos meses más tarde sin hacerla partícipe de los ritos funerarios. A continuación, se expone la hipótesis de origen y mantenimiento de la problemática actual:

Hipótesis de origen: El problema se origina en la infancia con el fallecimiento del padre (Ei) lo que conlleva un cambio de residencia (Ec) al mismo tiempo, es decir, dos pérdidas produciendo tristeza y malestar (Ri y Rc) donde la paciente solo puede ser observadora de su situación, sin ningún adulto/a de referencia para acompañar en este proceso. Por lo tanto, la autoobservación de su situación actual como la no expresión emocional (Ro) se convierte en su estrategia de afrontamiento, produciendo una sensación de control (R+) y alivio del malestar (R-). Durante su infancia y adolescencia se repite el mismo patrón de aprendizaje, es decir, una menor que se auto observa en las situaciones de pérdidas y no expresa su malestar emocional evitando las emociones de tristeza y angustia.

Figura 3

Análisis Funcional-Hipótesis de Origen

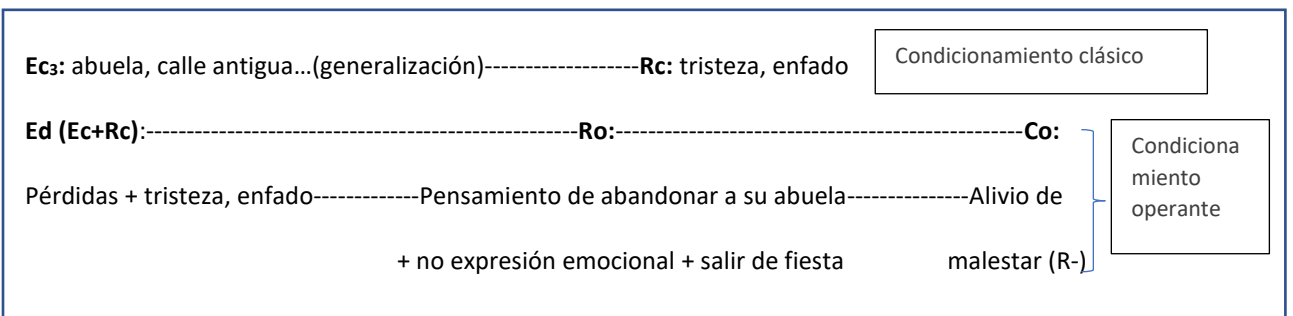


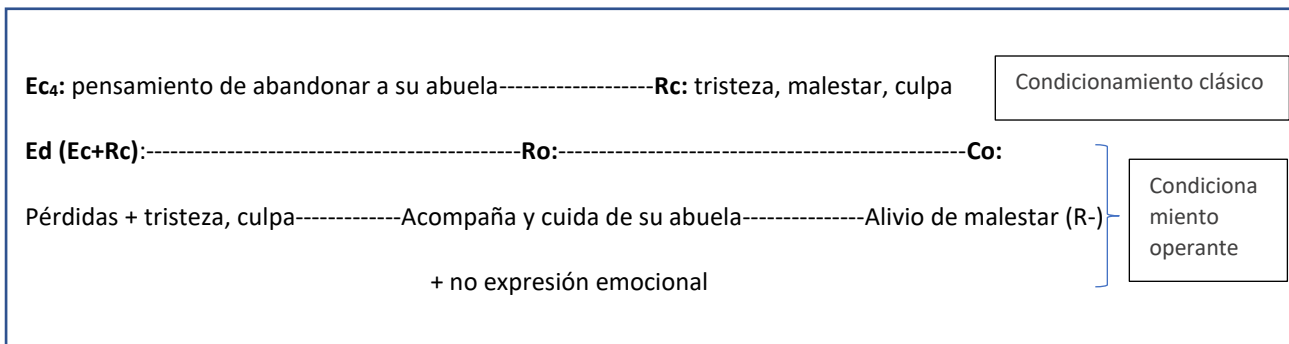
Hipótesis de mantenimiento: En la historia de aprendizaje de la paciente, se refleja la autoobservación y la no expresión de malestar emocional. En el momento actual, se repite el

acontecimiento de dos pérdidas: última ruptura de pareja (Ec₁) y un cambio de residencia (casa de la infancia de la abuela) a un piso más pequeño y nuevo con ella (Ec₂), produciendo tristeza y malestar (Rc₁ y Rc₂). Ante esta situación de duelo, nos encontramos que se repite la estrategia de autoobservación (Ro), conllevando a una sensación de control (R+) y no expresión de sus emociones, evitando el malestar y la tristeza (R-). A su vez se da una generalización a personas como su abuela o situaciones relacionadas con el cambio de casa (Ec₃) y la pérdida de su lugar seguro en la infancia con una respuesta de enfado y tristeza (Rc₃). Para evitar esa sensación de enfado y tristeza (Ed), piensa en independizarse y dejar a su abuela sola (Ro) conllevando a un alivio del malestar (R-). El pensamiento de abandonar e independizarse de su abuela lo vive como una pérdida (Ec₄) sintiendo malestar y culpa (Rc₄), por lo que intenta acompañar a su abuela y responsabilizarse de su cuidado (Ro) aliviando su culpa y malestar (R-), conduciendo a paciente a un círculo sin salida de malestar, tristeza y culpa.

Figura 4

Análisis Funcional-Hipótesis de Mantenimiento





Con la información recogida en las entrevistas, los datos sobre la problemática y sintomatología y la formulación de hipótesis, se presentan a continuación los objetivos a trabajar con la paciente:

- Legitimar la pérdida y validar su sufrimiento y emociones como la rabia y la tristeza.
- Aumentar el nivel de actividad y satisfacción.
- Aprender a identificar y a modificar los pensamientos disfuncionales y sus conductas.
- Hacer cambios en las relaciones significativas y de pérdidas para construir patrones más adaptativos y funcionales para superar el duelo de las pérdidas sufridas en su recorrido histórico.

5. Tratamiento

La intervención en la que se basa el estudio de caso es la cognitivo-conductual junto con técnicas gestálticas para ayudar en la elaboración de los “asuntos inconclusos” debido a las pérdidas a lo largo del recorrido biográfico de la paciente del estudio. El tratamiento se ha diseñado para abarcar unas 25-30 sesiones de 50 minutos a nivel semanal, en el momento actual, se han llevado a cabo 15 sesiones. Durante la intervención se han aplicado las siguientes técnicas: Psicoeducación, reestructuración cognitiva, regulación emocional, focusing, técnica de dominio y agrado, programar actividades, ejercicio “rueda de la vida”, técnica proyectiva expresiva, diálogo socrático, externalización, silla vacía, resolución de problemas, flecha descendente y habilidades sociales. A continuación, se presenta una tabla resumen con los objetivos, contenidos y técnicas a trabajar:

Tabla 1

Resumen del tratamiento en un estudio de caso sobre las consecuencias de una biografía de pérdidas

Objetivos	Contenidos	Técnicas
Legitimar la pérdida y validar el sufrimiento y emociones.	Identificar la pérdida, tomar conciencia, aceptar la realidad de la pérdida, abrirse al dolor y las emociones.	<ul style="list-style-type: none"> • Psicoeducación • Regulación emocional • Focusing • Técnica proyectiva expresiva • Diálogo socrático • Externalización • Silla vacía
Aumentar el nivel de actividad y satisfacción.	Identificar su nivel de actividad y satisfacción actual e incrementar el nivel de actividades satisfactorias.	<ul style="list-style-type: none"> • Psicoeducación • Domino y agrado • Programar actividades • Rueda de vida
Aprender a identificar y a modificar los pensamientos disfuncionales y sus conductas.	Aprender a evaluar las situaciones desde diferentes puntos, teniendo en cuenta la relación pensamiento, emoción, conducta. Y desarrollar habilidades de resolución.	<ul style="list-style-type: none"> • Psicoeducación • Reestructuración cognitiva • Regulación emocional • Flecha descendente • Resolución de problemas
Hacer cambios en las relaciones significativas y de pérdidas para construir patrones más adaptativos y funcionales para superar el	Dar visibilidad a las pérdidas y a las relaciones significativas, identificando patrones de pensamientos y conductas implicadas en ellas que	<ul style="list-style-type: none"> • Psicoeducación • Regulación emocional • Focusing • Técnica proyectiva expresiva • Externalización

duelo de las pérdidas conducen a relaciones • Silla vacía
sufridas en su recorrido disfuncionales. • Habilidades sociales
histórico.

Tras la presentación de la tabla resumen con el trabajo en la intervención realizada, se describe a continuación, cada técnica que se ha utilizado y se utilizará hasta finalizar el proceso terapéutico:

5.1. Técnicas:

- **Psicoeducación:** es una herramienta terapéutica que consiste en proporcionar información sobre una situación que está ocasionando dificultades o sobre un problema patológico que se padece. Con la idea de aumentar el conocimiento de la persona al respecto, reducir prejuicios, aliviar la sobrecarga emocional del desconocimiento, aumentar el compromiso y la motivación con el tratamiento (Tena Hernández, 2020).
- **Reestructuración cognitiva:** es una de las técnicas cognitivo-conductual, consiste en que el terapeuta ayude al paciente a identificar y cuestionar los pensamientos desadaptativos mediante preguntas y experimentos conductuales. La idea es coger las distorsiones cognitivas y ponerlas a prueba para comprobar si son correctas y útiles. La reestructuración cognitiva se basa en el modelo A-B-C, es decir, A=una situación, B=son las cogniciones de la persona acerca de la situación, C=son las consecuencias emocionales, fisiológicas y conductuales de B (Bados y Grau, 2010).
- **Regulación emocional:** la emoción es una respuesta ante un estímulo, esta respuesta provoca a su vez una reacción fisiológica y un pensamiento junto con una respuesta conductual. Hay múltiples técnicas para el control emocional: técnicas de relajación,

mindfulness, defusión cognitiva, parada del pensamiento, razonamiento lógico, distracción, autorregulación, habilidades sociales...

- **Focusing:** conocida como proceso del enfoque corporal, pues centra la atención en la escucha del “cuerpo”, poner el foco en las sensaciones del cuerpo. Parte de la idea de que el sistema nervioso central acumula información fuera del área consciente, por lo tanto, la idea es poder acceder a ella entrenando a las personas en aprender a centrar la atención en tensiones, dolores, sensaciones corporales. Ayuda a desbloquear conflictos y dificultades que en ocasiones a las personas les cuesta poner palabras. Los pasos para este proceso son: despejar un espacio, formar la sensación sentida, encontrar un “asidero”, hacer resonarlo con la sensación sentida, preguntar al cuerpo sobre lo enfocado y aceptar y proteger lo experimentado (Gendlin, 1983).
- **Dominio y agrado:** entra dentro de las técnicas de conducta, la idea de la técnica es aumentar el número de actividades agradables para obtener un mayor grado de satisfacción en el día a día. El terapeuta explica la importancia de realizar actividades agradables para mejorar el estado de ánimo mediante la psicoeducación. Se realizará una lista de actividades agradables y se le pedirá que realice todos los días y anote el estado de ánimo antes y después de su realización. Cuando el paciente realice varias actividades se le pedirá el grado de Dominio (D) y de Agrado (A). Dominio hace referencia al grado de logro obtenido y Agrado se refiere a las emociones de placer, diversión y alegría por la actividad realizada (Beck, Rush, Shaw y Emery, 2010).
- **Programar actividades:** entra dentro de las técnicas de conducta, la idea es planificar el tiempo del paciente para impedir que vuelva a un estado de inmovilidad y pasividad. Se puede programar una serie de actividades con el paciente o dar la opción que registre las que hace día a día, junto con un registro de pensamientos y emociones en ambas opciones. Es conveniente realizar una programación de actividades, pues

proporciona una meta y da un feedback sobre los logros obtenidos (Beck, Rush, Shaw y Emery, 2010).

- **Rueda de vida:** es un ejercicio que permite a las personas evaluar si están satisfechas con determinadas esferas o valores en el momento actual. Se puede hablar de “acción comprometida” donde la persona analiza el estado actual con ese valor, cómo ha llegado, la importancia, a dónde desea llegar y acciones que puede realizar para alcanzar su elección. La idea es que las personas puedan evaluar si están siendo satisfechas sus necesidades y deseos, en el caso negativo puedan “comprometerse” para avanzar en esta línea (Zeus y Skiffington, 2004).
- **Técnica proyectiva expresiva:** las técnicas proyectivas se utilizan para recoger información, en concreto, este tipo consiste en darle a la persona una premisa verbal y a partir de ella desarrolla una respuesta gráfica que posteriormente será descrita y debatida con la persona (Uribe, 2007).
- **Diálogo socrático:** está dentro de las técnicas cognitivas, la técnica que basa en el método socrático recogido en los textos de Platón, donde Sócrates conversa con discípulos y personajes con la idea de esclarecer los conceptos mediante preguntas inductivas, la persona debe llegar por si misma al conocimiento. Mediante las preguntas se intenta crear una disonancia cognitiva de las creencias del paciente y esté descubra su incoherencia con la idea de encontrar creencias más adaptativas y funcionales (Partarrieu, 2011).
- **Externalización:** está dentro de las técnicas gestálticas, en concreto, Greenberg (1979) “aquellas que utilizan objetos como metáforas para representar aspectos de los problemas” (citado en Beyebach y Rodríguez Morejón, 1994). La idea es dar una “entidad física” como una especie de personaje a una cualidad o un aspecto para separarlo del paciente y así poder enfrentarse desde otro lugar. Al separar a la persona de la cualidad o atributo, se le proporciona un papel activo en la intervención

o lucha del problema. Los pasos a seguir son: elegir lo que se externaliza, nombrar lo externalizado, crear distancia entre el paciente y lo externalizado, ayudar en asumir el control en la lucha contra el problema

Silla vacía, resolución de problemas, flecha descendente y habilidades sociales (Beyebach y Rodríguez Morejón, 1994).

- **Silla vacía:** está dentro de las técnicas gestálticas, creada por Moreno, pero ampliamente utilizada por Perls. La idea es crear una conversación emocional con algún “asunto inconcluso” permitiendo trabajar el conflicto y cerrar la gestalt. La técnica consiste en que el paciente se sienta frente a una silla vacía e imagine a la persona o el asunto pendiente. Se le pide que imagine a la persona o el asunto y lo describa, a continuación, comienza el diálogo con él. Después el paciente cambia de lugar y pasa a ser esa persona o “asunto pendiente”, tendrán que conversar con la silla vacía que representará al paciente. Este intercambio se irá realizando hasta llegar a una resolución o una interpretación de la realidad (Labrador, Cruzado y Muñoz, 2004).
- **Resolución de problemas:** está dentro de las técnicas cognitivas, propuesta por D’Zurilla y Goldfried. Se trata de un proceso cognitivo, emocional y conductual mediante el cual el paciente intenta llegar a soluciones de los problemas que se le presentan. La idea es mejorar la capacidad de resolución y disminuir la angustia y el malestar. La técnica consta de 5 pasos: orientación hacia el problema, definición y formulación del problema, generación de soluciones alternativas, toma de decisiones, puesta en práctica y verificación de la solución (Labrador, Cruzado y Muñoz, 2004).
- **Flecha descendente:** está dentro de las técnicas cognitivas, en concreto, dentro de la reestructuración cognitiva. La idea es identificar la creencia que se encuentra debajo de un pensamiento, para llegar a ese punto se realiza preguntas del tipo “si este pensamiento fuera verdad ¿qué significaría para usted?”, “si este pensamiento fuera

verdad ¿qué habría de malo en ello”, “si este pensamiento fuera verdad ¿qué sucedería?”...Se repetiría el proceso con cada respuesta obtenida del paciente hasta llegar a la incapacidad del paciente a dar una respuesta o a la incredulidad de su propia respuesta (Bados y Grau, 2010).

- **Habilidades sociales:** está dentro de las técnicas cognitivo-conductual, el objetivo es aumentar la eficacia interpersonal. La idea es aumentar la conducta adaptativa mediante el aprendizaje de habilidades para la interacción social con el fin de obtener la satisfacción personal. El proceso de entrenamiento en habilidades sociales consta de 4 puntos: entrenamiento en habilidades (conductas específicas), reducción de la ansiedad (técnicas específicas), reestructuración cognitiva (técnica específica) y entrenamiento en solución de problemas (técnica específica) (Labrador, Cruzado y Muñoz, 2004).

A continuación, se presenta la descripción resumen de las 15 sesiones realizadas hasta la actualidad:

5.2. Intervención

1ª Sesión

Descripción: La paciente del estudio de caso acude a la primera sesión expresando no sentirse “feliz”, en concreto, tiene verbalizaciones del tipo “no soy yo, no soy alegre, antes era muy ocupada y ahora parada, no me siento que hago bien las cosas, no tengo hogar”. Cuando se explora con ella otras áreas problemáticas, relata su historia de pérdidas comenzando con el fallecimiento del padre a los 5 años y expresando sentir que es la amiga y cuidadora de su madre. Además, hace hincapié en sentirse “incómoda e irascible” en la casa de su abuela, intentando evitar llegar a ella y para ello se está evadiendo mediante la fiesta y el consumo de alcohol. Se aborda con ella esta estrategia y mediante psicoeducación se introduce el modelo A-B-C se utiliza como ejemplo una situación anteriormente explica: A=salir del trabajo y

regresar a casa, B= “no deseo ir a esa casa, no es mi hogar” y C=me siento enfadada, triste y me voy a beber con mis amigos y posteriormente me siento mal e intento evadirme nuevamente mediante la fiesta o el alcohol.

Tareas para casa: Se la invita a comenzar a reflexionar sobre qué cambios podría realizar que la puedan ayudar a sentir la casa más suya y si es posible comenzar a cambiar su lenguaje de “la casa de mi abuela” por “mi casa”.

2ª Sesión

Descripción: Se continúa con la recopilación de información sobre la historia clínica de la paciente. Durante la entrevista paciente expresa sentir que abandona a su abuela, por lo que se obliga hacer cosas con ella. Mediante la técnica flecha descendiente se llega al pensamiento de “sentirse en deuda” y a la emoción de culpabilidad. Siente en el momento actual una ambivalencia a nivel cognitivo y afectivo, pues expresa sentir un “amor incondicional” hacia su abuela al mismo tiempo que se siente “irascible” con ella. Se continúa con las preguntas y llega a la expresión “ella era mi hogar, esa casa fue mi hogar en la infancia y ella la ha vendido”, al igual que el día anterior se le explica el modelo ABC para trabajar de dónde surgen esas emociones y pensamientos (psicoeducación).

Tareas para casa: Línea de vida.

3ª Sesión

Descripción: Comienza la sesión con la expresión “mi semana ha sido caótica”, se la da el espacio para ventilación emocional, siente que se encarga de todo y deja en un segundo lugar sus cosas, hablamos del “círculo de la tristeza” y del funcionamiento de la motivación mediante psicoeducación. Piensa “soy la única responsable” mediante reestructuración cognitiva llegamos al pensamiento de “puedo pedir ayuda a mis tías, las hijas de mi abuela”.

Para cerrar esta parte se le pide que realice un dibujo (técnica proyectiva expresiva) bajo la premisa “cómo se ha sentido con esta situación” en la mitad de un folio, cuando termina y explica su dibujo se le pide que dibuje en el otro lado cómo se podría cambiar la situación. Cuando finaliza se trabaja con ella con la resolución de problemas. Para cerrar la sesión se ve con la paciente el ejercicio mandado a casa “línea de vida” y se le explica la técnica del Dominio y Agrado para que comience en casa.

Tareas para casa: Técnica Dominio y Agrado y reflexionar sobre ver cómo podría pedir “ayuda” y a qué personas podría pedírsela.

4ª Sesión

Descripción: Comienza la sesión devolviéndome que decidió hablar con su madre y expresarla cómo se sentía “estoy saturada y voy a explotar”, su madre al parecer respondió positivamente, haciéndola sentir “cuidada y recogida”. La paciente expresa que es la primera vez que se ha podido colocar como “hija y no cuidadora de su madre”, la hace sentir bien. Se profundiza sobre el tema de la “vulnerabilidad y cuidados”, expresa que comunica y pedir ayuda lo vive como un conflicto, por lo que mediante el diálogo socrático se llega al pensamiento de “comunicar es expresar”. Por otro lado, se trabaja con el concepto de “asertividad” mediante la psicoeducación y posteriormente con el trabajo en habilidades sociales para pedir ayuda a sus tías con el cuidado de su abuela. Para cerrar se pasa la primera medida de los tests (ITRD, BDI-II y IHP).

Tareas para casa: Continuar con Domino y Agrado y realizar el ejercicio de la “Rueda de la Vida”.

5ª Sesión

Descripción: Comienza la sesión devolviéndome que su madre continúa “cuidando” de ella, la hace sentirse bien y querida. Expresa que se siente “irascible” desde la ruptura de su última pareja, se le da espacio de ventilación emocional y expresa “yo era la loca” y sentirse juzgada

constantemente por su pareja. Mediante el diálogo socrático partiendo de la afirmación “yo era la loca” se llega a un punto muerto al quedarse la paciente sin explicación plausibles. Se trabaja el “círculo de la violencia” (psicoeducación) con ella y se profundiza en la relación con él. Para cerrar se trabaja a aprender a desmontar los pensamientos dañinos acerca de “nosotras mismas”, preguntarse si los mensajes que la llega de sí misma en esa relación es suyo o no mediante la comprobación de pruebas y la utilidad de ese pensamiento (reestructuración cognitiva).

Tareas para casa: Continuar con Domino y Agrado y ver el monologo de Pamela Palenciano “no solo duelen los golpes”.

6ª Sesión

Descripción: Se comienza la sesión repasando la técnica de Dominio y Agrado, la paciente devuelve que ha podido marcarse algunas actividades como rutinas que la hacen sentirse “bien”. Por otro lado, me pide hablar sobre una situación dónde se sintió angustiada aunque no es capaz de ver por qué. Se explora con ella el modelo A-B-C y ante la imposibilidad de identificar cómo se siente y qué es lo que la angustia, se hace un ejercicio de focalización corporal (focusing) para identificar que es la sensación que tiene “extraña” de presión en el estómago. Mediante la técnica llega a identificar que siente “incertidumbre”, se sintió “juzgada” por él. Y de ahí le llega el pensamiento de “la vida es un desorden porque ha vuelto con su abuela, sigue en la farmacia y no tiene novio”. Se trabaja con reestructuración cognitiva el pensamiento “he luchado por tener un esquema y ahora soy desorden” hasta llegar al pensamiento “no soy un desorden, estoy volviendo a colocar”. Por último, se comienza a ver el ejercicio mandado sobre la “Rueda de la Vida”.

Tareas para casa: segunda parte del ejercicio de la “Rueda de la Vida”.

7ª Sesión

Descripción: Comienza la sesión relatando el último suceso con su abuela, tras darla un espacio para poder relatar toda la situación, los pensamientos y las emociones surgidas. Mediante la regulación emocional se hace una identificación de emociones (tristeza, enfado y culpa), tras ello se trabaja en la resolución de problemas ante la situación. La paciente expresa que el cambio en la relación con su madre tras lo trabajo al inicio la ayuda pues pudo resguardarse con ella y llorar. Para cerrar, se termina con la segunda parte de la rueda de la vida, es decir, dónde desea qué estén sus valores en un futuro cercano, marcando objetivos y acciones a realizar.

Tareas para casa: se marca una acción a realizar de los valores y objetivos que se han marcado.

8ª Sesión

Descripción: Me da un feedback de su semana y de las tareas para casa (Dominio y Agrado y el objetivo marcado a partir del ejercicio de la rueda de la vida). Se le propone trabajar con las relaciones significativas de su historia mediante la técnica de focusing para identificar desde que emociones se relaciona con cada una de ellas. Dato importante del ejercicio: con su madre antes se relacionaba desde el cuidado a ella (ella cuidaba a su madre, su responsabilidad), ahora se relaciona desde la confianza en ella y el amor.

Tareas para casa: continuar con Dominio y Agrado junto con la programación de actividades a partir del ejercicio de rueda de vida.

9ª Sesión

Descripción: Me relata su fin de semana y expresa que ha intentado dedicar tiempo a su abuela. Le propongo terminar con el ejercicio de comenzamos el día anterior con las relaciones que quedan pendientes, en concreto, se siente “atascada” en la identificación de la relación con su abuela. Por lo tanto, se profundiza en el trabajo en la relación con ella desde las emociones de tristeza, culpa, pena, felicidad y cariño. Mediante la técnica de focusing siente un “vacío” en el pecho al pensar en su abuela y en las emociones relacionadas con ella.

Profundizamos en los pensamientos y en las emociones hasta llegar a la emoción de “culpa”, en concreto, identifica los dos polos de la culpa: 1) enfado, rabia y reproche; 2) amor, cariño, afecto. Mediante el análisis de los pensamientos, emociones y conducta llega a identificar a su abuela con su lugar de seguridad en la infancia y con el cambio de la casa a la actual y los problemas de convivencia siente enfado con ella, por lo tanto, culpa porque siente que ha cambiado su relación con ella. Con la regulación emocional, se permite dar voz al enfado. Y con el diálogo socrático sobre el enfado y la culpa llega al pensamiento “que la echa de menos” y se acerca a la emoción de amor y cariño. Para cerrar se le propone que reflexione sobre cómo puede acercarse en su nueva relación a su abuela cómo ella necesita.

Tareas para casa: reflexionar sobre cómo puede acercarse en su nueva relación a su abuela cómo ella necesita.

10ª Sesión

Descripción: Comienza con un feedback desde la última sesión (hace un mes). Trae al espacio el último suceso con su expareja Carlos y una amiga de fiesta (Laura), él cuál la agredió verbalmente y luego se marchó con la amiga de ella. Siente que no se ha olvidado de él, con el modelo de pensamiento, emoción y conducta identifica los pensamientos y emociones y mediante el diálogo socrático llega al pensamiento de “me defiende aunque me trata mal”. Con psicoeducación se vuelve a explorar el “círculo de la violencia”, invitando a la paciente a que identifique si se ha encontrado dentro de él y si continúa en el momento actual. Expresa que ante esta situación, surgió una emoción que había sentido en la infancia “tristeza y angustia”, explica que nunca fue recogida esa emoción por su madre. Relata que pudo pensar “¿qué necesitaba?” como se había trabajado con anterioridad y pudo compartir con sus primos y grupo de amigos actuales esta situación y cómo se sentía. Ellos la hicieron sentir “escuchada y recogida”, la dieron las gracias por compartir con ellos. Se le devuelve que ha

podido pedir ayuda y expresar sus emociones a diferencia de otros momentos en su vida dónde no pudo identificar lo que sentía y necesitaba.

Tareas para casa: Se le envía el cuento en PDF de “Tristeza: Manual del usuario” y se le pide que lea y reflexione acerca del proceso de la tristeza cómo viene, cómo se siente y cómo se va. Además, se le recuerda el vídeo de Pamela Palenciano “no solo duelen los golpes”.

11ª Sesión

Descripción: Comienza relatando cómo han pasado la navidad hasta llegar al fallecimiento del padre de la pareja de su primo. Se explora con la paciente cómo se siente, expresa sentirse con ansiedad desde el suceso, mediante el modelo A-B-C y la exploración de las sensaciones corporales (focusing), pensamientos y emociones, llega a que se siente que “ha fallado a su primo y a su pareja”. Con el diálogo socrático se llega a un punto muerto donde la paciente no puede continuar, desde ahí se llega al recuerdo del fallecimiento de su padre donde no la acompañaron y se lo comunicaron dos meses más tarde. Se habla del duelo y de la pérdida (psicoeducación), ella expresa “no poder echarle de menos porque significaría que no da valor a su familia actual, es decir, a su abuela, primos, tías y madre”, “si su padre estuviera vivió ella no hubiera vivido la vida que tiene ahora”. Se profundiza sobre las emociones en la pérdida (psicoeducación) hablando de la necesidad de sentir todas y todas son válidas. Recuerda que de pequeña hablaba con él hasta la adolescencia que dejó de hacerlo, se siente “mal y tonta”. Le devuelvo que coincide con la etapa en que las personas se separan de sus padres y madres para acercarse a sus iguales. Se busca qué podría ayudarla en este momento actual (resolución de problemas), expresa que tiene guardado una pulsera de él. Se le devuelve que puede echarle de menos y hablar con él si lo necesita. Me devuelve la paciente que se siente más tranquila y sin la presión en el pecho.

Tareas para casa: poder permitirse “estar” con la emoción que surja sin “taparla” y ver lo qué necesita y si es hablar con su padre permitirse hacerlo.

12ª Sesión

Descripción: Comienza comentándome que ha visto en dos ocasiones el vídeo de Pamela Palenciano “No solo duelen los golpes” y que se encontró a su expareja Carlos y que decidió a diferencia de otras veces mirar cómo se sentía ella y ponerse en primer lugar, no saludar y cambiar de sitio para tomarse algo con sus amigos, eso la hizo sentirse fuerte. Me cuenta que se siente muy insegura últimamente, expresa “me culpo de todo, estoy insegura, se trabaja con el pensamiento “tengo la culpa de todo” mediante reestructuración cognitiva hasta llegar al pensamiento de “no puedo controlar todas las cosas”. Tras ello, me devuelve que pudo hablar con la pareja de su primo y acompañarla como a ella le hubiera gustado que la acompañaran con lo de su padre.

Tareas para casa: continuar con el programa de actividades y con la técnica de Dominio y Agrado.

13ª Sesión

Descripción: Comienza relata su fin de semana con su madre, expresa haberse sentido “muy mal”. Con el modelo A-B-C se llega al pensamiento de “soy inútil”, nuevamente surge la inseguridad. Al no expresar con claridad sus emociones se le propone que dibuje a su inseguridad (técnica proyectiva expresiva junto con externalización). La representa como “una niebla enfadada y mala, que te absorbe, invade y no deja ver”. A continuación, se hace una silla vacía con su inseguridad. Datos importantes que surgen de la silla vacía son: su inseguridad no es en exclusiva de ella sino también es la inseguridad de su madre, expresa que la inseguridad ayuda al miedo, miedo a ser juzgada y hacer las cosas mal, su inseguridad surge para ayudarla con la presión de hacer “todo perfecto”, es como una niebla porque necesita que la escuchen y ayuden. La primera vez que apareció en la vida de la paciente fue con 10 años en casa con su madre porque era muy exigente con ella, solo la regañaba y nunca la enseñaba, recuerda las palabras de su madre “eres despistada y torpe” se sentía no aceptada,

le hubiera gustado que la hubiera enseñado y acompañado, las personas que la acompañaban era su abuela. Se recoge cómo se siente y qué piensa, se da cuenta que “el error la da mucho miedo e inseguridad” e identifica tres perfiles que la hacen sentir así de pequeña e insegura: su madre de pequeña, su expareja Carlos y sus jefes. Los siente como tajantes, machacantes, juzgadores y le dan miedo. Cerramos viendo cómo la inseguridad no viene hacerla daño, vemos por qué surge, de dónde y qué podemos hacer, recordamos los mensajes de exterior y los suyos propios.

Tareas para casa: continuar con el programa de actividades y con la técnica de Dominio y Agrado.

14ª Sesión

Descripción: Trae al espacio dos situaciones que desea hablar acerca de ellas: la primera fue con su expareja Carlos, quién vino a traerle un par de objetos que después de un año y medio. Ella se mostró distante y él se mostró interesado en ella, ella pudo marcar un límite de “cuidado”, aunque expresa que siente miedo por si volviera a engancharse a él en un futuro, profundizamos sobre la función del miedo (psicoeducación), el miedo surge para alertarnos y protegernos. Por otro lado, ha tenido problemas con sus amigas. Se sintió atacada por sus amigas y se angustió, ante la angustia recurrió a su madre y posteriormente a su primo mayor, ambos la acompañaron y apoyaron para organizar lo que sentía y deseaba expresar. Pudo hablar con ellas y expresar lo que sentía y explicar en qué momento está. Por último, me devuelve la reflexión acerca del cuento de “Tristeza: manual del usuario”: me devuelve que se ha dado cuenta que puede darse el permiso de sentir la tristeza y preguntarse como se ha ido trabajando “¿qué necesita?” y eso la ayuda a que un día se marche la tristeza.

Tareas para casa: continuar con el programa de actividades y con la técnica de Dominio y Agrado.

15ª Sesión

Descripción: Me devuelve que cada vez se siente más ella y más animada, después de un año y medio viviendo con su abuela ha ordenado su habitación y sus cosas, el orden es algo que la define y se siente bien por ellos. Además, está intentando hacer su habitación más suya y ha comenzado a sentirla como su hogar. Por otro lado, se trabaja con una situación con sus amigas para poder expresarlas cómo se siente, en concreto, trabajamos con habilidades sociales. Terminamos con la medida intermedia de los tests (ITRD, BDI-II y IHP).

Tareas para casa: continuar con el programa de actividades y con la técnica de Dominio y Agrado.

Al estar a mitad del trabajo terapéutico, se propone continuar con el plan de trabajo profundizando en los objetivos de “legitimar la pérdida y validar el sufrimiento y emociones” y “hacer cambios en las relaciones significativas y de pérdidas para construir patrones más adaptativos y funcionales”. Además de reforzar los objetivos de “aumentar el nivel de actividad y satisfacción” y “aprender a identificar y a modificar los pensamientos disfuncionales y sus conductas”. Por último, una vez finalizada la última sesión donde se pasará la medida post, se plantea hacer un seguimiento pasados los tres meses de la intervención para comprobar el mantenimiento del trabajo realizado con la paciente.

6. Valoración del tratamiento

En un informe de 2003 la Organización Mundial de la Salud (OMS) definió la adherencia al tratamiento como “la medida en que el comportamiento de una persona-tomar medicamentos, seguir una dieta y/o ejecutar cambios en el estilo de vida, se corresponde con las recomendaciones acordadas por el profesional de atención sanitaria” (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2003). La adherencia terapéutica se puede observar en el compromiso adquirido por la paciente como: en notificar a la terapeuta en prácticas de la “no asistencia” con una antelación de 24 h en caso de no asistencia (encuadre terapéutico), en la aceptación del trabajo en los objetivos terapéuticos, en el desarrollo y compromiso con las

tareas dentro y fuera de las sesión, el trabajo y aceptación de las hipótesis de la problemática y el vínculo emocional creado a lo del proceso con la paciente (la aceptación y validación de las emociones de la paciente, la capacidad de la paciente de sentir “aceptación incondicional” para expresar su desacuerdo en un punto del trabajo y devolverlo a la terapeuta para reconducir el trabajo, el acercamiento emocional de está permitiendo “desbordarse” a nivel emocional en sesión o esperar hasta la sesión para poder trabajar una situación crítica y de angustia).

Respecto a la consecución de objetivos, a nivel cualitativo se puede observar cambios realizados por la paciente: cambio en el patrón de conducta ante la angustia y el no deseo de volver a casa de su abuela (antes evasión mediante alcohol y fiesta, posteriormente expresar las emociones y buscar actividades alternativas que la proporcionen satisfacción como deporte, conductas de autocuidado como una ducha caliente, hablar con su madre...), aumento del tiempo y número de actividades satisfactorias y de autocuidado, identifica y expresa emociones y necesidades afectivas en las relaciones significativas (madre, abuela, familia, amigos), identifica las conductas de relación y hace cambios en ellas (relación madre-hija, anteriormente la paciente se encargaba de satisfacer las necesidades de su madre y no expresar, ahora es capaz de expresar sus emociones y necesidades afectivas, permitiendo el “cuidado afectivo”), identificar sus pensamientos, emociones y conductas evaluando las situaciones desde otros puntos más útiles para ella. A nivel cuantitativo, se presenta los resultados obtenidos en las medidas pre y media del proceso de evaluación del estudio de caso, quedaría pendiente la medida post al finalizar el trabajo de intervención con la paciente de prácticas. Se presenta una tabla con la recogida de los datos:

Tabla 2*Instrumentos de medida*

	PRE	MEDIA	POST
Inventario de Depresión de Beck (BDI-II)	34	22	Pendiente al finalizar proceso
Inventario Revisado de Duelo (ITRD)	Texas CP 18 SA 32	CP 19 SA 28	Pendiente al finalizar proceso
Inventario de Historias de Pérdidas (IHP)	11 pérdidas identificadas (6 superadas y 5 sin superar)	11 pérdidas identificadas (7 superadas, 3 en proceso y u que considera que no superará)	Pendiente al finalizar proceso

Nota. En el Inventario Texas Revisado de Duelo, se recoge “comportamientos del pasado” como CP y “sentimientos actuales” SA.

Como se puede observar en la tabla que la paciente obtuvo en un inicio en el BDI-II unos resultados mayores de 31 indicando una sintomatología grave en depresión, a mitad del proceso se observa una disminución de la sintomatología depresiva a moderada con un resultado de 22 puntos. En el Inventario de Texas Revisado de Duelo se observa en la puntuación total una pequeña disminución de 50 a 47 puntos. Las puntuaciones en “comportamientos del pasado” son similares mientras que en “sentimientos actuales” se nota una disminución de la puntuación. Para terminar a nivel cualitativo, se observa en la tabla que la paciente identificó 11 pérdidas de las cuales 5 estaban sin superar, mientras en la medida

intermedia se observa el mismo número de pérdidas aunque 7 superadas, 3 en proceso y una que considera que no superará.

Por último, las dificultades que se han encontrado en la consecución de objetivos son: el bajo estado de ánimo, con la consecuencia de una pasividad conductual. Por lo que se necesitó un trabajo repetido en psicoeducación sobre el funcionamiento de la tristeza/depresión junto con la explicación del funcionamiento de la motivación para conseguir iniciar el trabajo en el objetivo de “aumentar el nivel de actividad y satisfacción”, además durante toda la intervención se ha hecho un trabajo de reforzamiento para continuar con dicho esfuerzo. Por otro lado, se ha observado dificultades en un inicio para poder trabajar el objetivo de “legitimar la pérdida y validar el sufrimiento y emociones” debido a que la estrategia de afrontamiento de la paciente era la evitación, por lo que supuso un trabajo repetido en psicoeducación emocional hasta poder hablar de emociones, tomar conciencia e identificar las pérdidas y su importancia.

7. Discusión y conclusión

A partir de los resultados obtenidos en distintos niveles, se puede observar como el trabajo combinado en depresión y duelo mediante la terapia cognitiva-conductual junto con la ayuda de las técnicas gestálticas influyen en la disminución del malestar psicológico presentado por la paciente. En concreto, se ha obtenido una disminución de la sintomatología depresiva grave a moderada. En el análisis minucioso de los resultados del BDI-II, se observó una serie de ítems que se mantenían con puntuación similar, estos guardan relación con la tríada cognitiva de Beck (1963) indicando que estamos a mitad del tratamiento pues son patrones cognitivos necesarios que intervenir para reducir la sintomatología de la paciente (Beck, A., Rush, A., Shaw, B. y Emery, G., 2010).

En el diseño de la intervención partiendo de la sintomatología depresiva y la historia de la paciente, un recorrido de múltiples pérdidas entre ellas la de un progenitor principal en la

primera infancia dato que señala Bowlby (1988) como importante para el desarrollo de la sintomatología depresiva, al tratarse de una figura de apego principal (Bowlby, 2014). Aun teniendo en cuenta este dato, se decidió comenzar por los síntomas manifiestos, en concreto, aumentar su nivel de actividad y satisfacción al tener en cuenta las hipótesis y el trabajo Lewinsohn (1975) donde habla de una falta de refuerzo positivo como en nuestro estudio de caso, además de una la falta de estrategias de afrontamiento como en la paciente al contar con la autoobservación y no expresión emocional como herramientas. También nos habla de un exceso de experiencias aversivas como podrían ser las múltiples pérdidas, entre ellas, las más reciente (ruptura de pareja y pérdida de la casa de su infancia). Y, por último, habla de la pérdida de la capacidad de disfrute que la paciente ha mostrado tanto verbalmente como en los resultados del BDI-II (Lewinsohn, Gotlib y Hautzinger, 1997).

Con las dos pérdidas recientes acontecidas dando lugar al problema actual, es decir, la ruptura de la última pareja y el cambio de la casa de su abuela de la infancia a la casa nueva junto con su estrategia de no expresión emocional se puede hablar de “duelo desautorizado” (Doka, 1989). Al tratarse de pérdidas que la paciente no ha podido expresar públicamente al no ser reconocidas como pérdidas, una se trataba sobre una relación “tóxica y dañina” y otra sobre una pérdida material no directa al tratarse de la casa de su abuela y no suya (citado en Payás Puigarnau, A., 2010). Por lo que se procedió al trabajo de expresión emocional, dando comienzo con un trabajo en psicoeducación emocional para hablar de los acontecimientos sucedidos recientemente que habían conducido a la tristeza. Para posteriormente ir introduciendo el resto de las emociones.

Este trabajo en intervención permitió comenzar a manejar otro tipo de estrategias dando la oportunidad a la paciente de expresar todos aquellos pensamientos y emociones guardados, dando lugar al comienzo del trabajo en el cambio de los patrones de relación con sus familiares y amigos, como por ejemplo el cambio en la relación madre-hija. Este cambio se dio al identificar sus emociones y sus necesidades, la identificación de necesidades se logró gracias

al trabajo con técnicas gestálticas permitiendo identificar las “necesidades no resueltas” pudiendo aprender a detectarlas y expresarlas para su resolución.

Como indicaban Miguel y López (2007) la paciente tenía más probabilidades de desarrollar una sintomatología depresiva por los factores de riesgo a los que estaba expuesta como la pérdida de una progenitor principal en la primera infancia, duelo no resuelto del padre al tratarse de un “duelo desautorizado” por ser excluida de los ritos funerarios y comunicar el fallecimiento dos meses más tarde, repetidas muertes (padre, abuelo, tíos, abuela, amigo), muertes estigmatizadas (consumo de drogas y suicidio) y familia disfuncional (consumo de drogas y violencia) citados en Vedia, V., 2016.

Al no haber finalizado la intervención con la paciente y encontrarnos aún en el proceso terapéutico, más concretamente en una fase intermedia de activación conductual y cuestionamiento de cogniciones (Badós, 2004), además de en un proceso abierto de elaboración de pérdidas, no se puede saber con exactitud el alcance de la intervención diseñada al igual de todas sus limitaciones. En la línea de limitaciones, en la búsqueda de bibliográfica sobre trabajo con “múltiples pérdidas” solo se encontraba trabajos en Duelo Complicado o Patológico por fallecimiento de una persona concreta, no se contemplaba un trabajo en múltiples pérdidas. Por último, mencionar el Inventario de Historias de Pérdidas de Chaurand, Feixas y Neimeyer el cual sirve como herramienta en la recogida de información y planificación del tratamiento, pero no cuenta con un manual de aplicación y corrección ni con estudios que avalen su validez.

Sería interesante para futuras líneas de investigación continuar con el trabajo comenzado por Chaurand, Feixas, Neimeyer, Salla y Trujillo en 2015 sobre la relación de entre pérdidas múltiples y sintomatología depresiva, incluyendo realizar un trabajo metodológico sobre el Inventario de Historias de Pérdida pudiendo comprobar su validez. Para finalizar sería

interesante contar con estudios de casos que hablen sobre cómo trabajar con casos dónde hay más de una pérdida no resuelta y sirvan como modelos de trabajo.

Este estudio de caso perseguía aliviar la sintomatología depresiva de la paciente debida a un recorrido de múltiples pérdidas. Para realizar ese trabajo sin contar con otros trabajos similares, se tuvo que recurrir a un material dónde se trabajará por un lado la sintomatología depresiva y, por otro lado, la elaboración del duelo, dentro de este un duelo único, no múltiples pérdidas. Por lo que se ha intentado diseñar una intervención donde trabajar el síntoma urgente (depresión) al mismo tiempo que se comenzaba la elaboración del duelo por las pérdidas sufridas como estrategia de afrontamiento y apertura emocional, pudiendo dar voz a las emociones y el dolor. La terapia cognitivo-conductual es la apropiada para este trabajo, aunque se decidió introducir técnicas gestálticas para trabajar los “asuntos inconclusos” de las pérdidas y sus consecuencias como la no identificación de las necesidades afectivas.

8. Referencias bibliográficas

American Psychiatric Association. (2014). *DSM-5: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Madrid: Editorial Medica Panamericana.

Bados López, A., & García Grau, E. (2010). La técnica de la reestructuración cognitiva [Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos, Facultad de Psicología, Universidad de Barcelona]. Archivo digital. <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/12302/1/Reestructuraci%c3%b3n.pdf>

Barreto Martín, P., Soler, M. D. C., & Yi Yi, P. (2008). Predictores de duelo complicado. *Psicooncología*, 5(2-3), 383-400.

Beck, A., Rush, A., Shaw, B. y Emery, G. (2010). *Terapia cognitiva de la depresión* (19th ed.). Desclée de Brower

Beyebach, M., & Rodríguez Morejón, A. (1994). Prácticas de externalización: la enseñanza de habilidades para externalizar problemas. *Actas de las XV Jornadas Nacionales de Terapia Familiar*. Victoria. Archivo digital. <https://www.psicoterapias.es/app/download/12095553/externaliza.pdf>

Bonanno, G. A., & Keltner, D. (1997). Facial expressions of emotion and the course of conjugal bereavement. *Journal of Abnormal Psychology*, 106(1), 126–137. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.106.1.126>

Bowlby, J. (2014). *Vínculos afectivos: formación, desarrollo y pérdida: Edición renovada*. Ediciones Morata.

Burga, R. (1981). Terapia gestáltica. *Revista latinoamericana de psicología*, 13(1), 85-96.

Cano-Vindel, A. (2003). Desarrollos actuales en el estudio del control emocional. *Ansiedad y Estrés*, 9(2-3), 203-229.

Casado, J. B. M. M. I., Eugenia, M. H. G. O. M., Crespo, O., Fernández, V. P. C. P. S., & Abad, A. S. Directrices para la Redacción de Estudios de Caso en Psicología Clínica: PHYSCHOCARE Guidelines.

- Chaurand, A., Feixas, G., Neimeyer, R., Salla, M., & Trujillo, A. (2015). Historia de pérdidas y sintomatología depresiva. *Revista Argentina de clínica psicológica*, 24(2), 179-188.
- Chaurand, A., Feixas i Viaplana, G., & Neimeyer, R. A. (2010). El inventario de Historia de Pérdidas (IHP): presentación y utilidad clínica. *Revista de Psicoterapia*, 2010, num. 84, p. 95-101.
- Durán, R. D. (2014). Elaboración del duelo de una madre cuyo hijo trabajaba como sicario en Ciudad Juárez, Chihuahua. *Nóesis: Revista de Ciencias Sociales y Humanidades*, 23(46), 224-245.
- Fabila, L. J., & Montaña, A. H. (2022). Intervención cognitivo-conductual en el duelo complicado: un estudio de caso. *Psychology*, Artículo-e10.
- Freud, S. (1917). Duelo y melancolía. *Obras completas*, 14, 235-255.
- García, J. G., Petralanda, V. L., Manzano, M. T., & Inda, I. G. (2005). Inventario Texas Revisado de Duelo (ITRD): adaptación al castellano, fiabilidad y validez. *Atención primaria*, 35(7), 353-358.
- Gendlin, E., (1983): *Focusing: Proceso y Técnica del enfoque corporal* (6ª ed.). Bilbao: Mensajero.
- Girault, N., & Fossati, P. (2008). Duelo normal y patológico. *EMC-Tratado de Medicina*, 12(3), 1-8.
- Gómez, R. G., & García, J. (2008). Ensayo clínico de la eficacia de la terapia constructivista-sistémica en casos de violencia contra las mujeres. *Apuntes de Psicología*, 26(2), 269-280.
- Hervás, G. (2011). Psicopatología de la regulación emocional: el papel de los déficits emocionales en los trastornos clínicos. *Psicología conductual*, 19(2), 347.
- Kübler Ross, E. (2017). *Sobre la muerte y los moribundos: Alivio del sufrimiento psicológico*. Debolsillo.
- Labrador, F. J., Cruzado, J. A., & Muñoz, M. (2004). *Manual de técnicas de modificación de conducta y terapia de conducta*. Madrid: Ed. Pirámide.

La Elaboración de la Pérdida. (2021). En V. Morconi (Comp.) *Oct F1 (M11 2022): Psicología de la Salud y Psicoterapia*. Universidad Europea de Madrid.

Ledesma, R. I. G., Cabrera, A. M., & Torres, L. S. (2010). Pérdida y duelo infantil: una visión constructivista narrativa. *Alternativas en Psicología*, 15(23), 58-67.

Lewinsohn, P. M., Gotlib, I. H., & Hautzinger, M. (1997). Tratamiento conductual de la depresión unipolar. En V.E. Caballo (Eds.), *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos* (pp. 493-541). Madrid: Siglo XXI de España Editores, S. A.

López, M. M., Benito, B. A., & Herrero, S. P. (2003). *Manual práctico de evaluación psicológica clínica*. Síntesis.

Llácer, L. A., Campos, M. R., Martín, P. B., & Marín, M. P. (2019). Modelos psicológicos del duelo: una revisión teórica. *Calidad de vida y salud*, 12(1).

Martín, Á., & de la Rosa, C. R. (2011). *Manual práctico de psicoterapia Gestalt*. Desclée de Brouwer.

Moggia, D. (2017). El modelo constructivista integrativo: Una nueva propuesta. *Revista de psicoterapia*, 28(108), 125-147.

Morales, A. C., & Viaplana, G. F. (2015). *Historia de Pérdidas, Depresión y Duelo Complicado. Una Perspectiva Desde los Constructos Personales* [Programa de Doctorada, Psicología Clínica de la Salud, Univesitat de Barcelona]. ResearchGate.

https://www.researchgate.net/profile/Adrian-Chaurand/publication/292147660_Historia_de_perdidas_Depresion_y_Duelo_Complicado_Una_perspectiva_desde_los_Constructos_Personales/links/5d52064ea6fdcc370a90debb/Historia-de-perdidas-Depresion-y-Duelo-Complicado-Una-perspectiva-desde-los-Constructos-Personales.pdf

Mulas, M. A. J. (2014). Revisión bibliográfica sobre la muerte y el duelo en la etapa de educación infantil. *Revista INFAD de Psicología. International Journal of Developmental and Educational Psychology.*, 7(1), 221-232.

Neimeyer, R. A., & Ramírez, Y. G. (2002). *Aprender de la pérdida: una guía para afrontar el duelo*. Barcelona: Paidós.

Organización Mundial de la Salud (2003). *Adherence to long term therapies: evidence for action*.

<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42682/9241545992.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Organización Mundial de la Salud (2021). Depresión. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>

Parro-Jiménez, E., Morán, N., Gesteira, C., Sanz, J., & García-Vera, M. P. (2021). Duelo complicado: Una revisión sistemática de la prevalencia, diagnóstico, factores de riesgo y de protección en población adulta de España. *Anales de Psicología/Annals of Psychology*, 37(2), 189-201.

Partarrieu, A. (2011). Diálogo socrático en psicoterapia cognitiva. In *III Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XVIII Jornadas de Investigación Séptimo Encuentro de Investigadores en Psicología del Mercosur*. Facultad de Psicología-Universidad de Buenos Aires. <https://www.aacademica.org/000-052/236.pdf>

Payás Puigarnau, A. (2010). Las tareas del duelo. *Psicoterapia del duelo desde un modelo integrativo-relacional* Editorial Paidós. España.

Pérez Álvarez, M., Fernández Hermida, J. R., Fernández Rodríguez, C., & Amigo Vázquez, I. (2013). *Guía de tratamientos psicológicos eficaces I*. Madrid: Ediciones Pirámide (Grupo Anaya, S.A.).

Real Academia Española. (2023, 3 de enero). Duelo². Diccionario de la lengua española. <https://dle.rae.es/duelo>

Sánchez, C. (28 de abril de 2020). *¿Cómo citar un Curso o Material de Clase?*. Normas APA (7ma edición). <https://normas-apa.org/referencias/citar-curso-o-material-de-clase/>

Sanz, J., Perdigón, A. L., & Vázquez, C. (2003). Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck-II (BDI-II): 2. Propiedades psicométricas en población general. *Clínica y salud*, 14(3), 249-280.

Tena Hernández, F. J. (2020). Psicoeducación y salud mental. *Revista científico-sanitaria*, 4(3), 36-45.

Uribe, M. A. C. (2007). Técnicas proyectivas [Fundamentos de la Evaluación Psicológica, Facultad de Ciencias de la Educación, Universidad de Colima]. Archivo digital. <https://es.scribd.com/document/341657183/Texto-2-ALFONSO-CHAVEZ-URIBE-Tecnicas-proyectivas-docx#>

Vallejo, R. (2022). Elaboración de dos duelos con terapia Gestalt: el caso de una mujer adulta mayor. *DIVULGARE Boletín Científico de la Escuela Superior de Actopan*, 9(18), 39-43.

Vedia, V. (2016). Duelo patológico: factores de riesgo y protección. *Revista Digital de Medicina Psicosomática y Psicoterapia*, 6(2), 12-34.

Worden, J. W., Aparicio, Á., & Barberán, G. S. (2013). *El tratamiento del duelo: asesoramiento psicológico y terapia*. Barcelona: Paidós.

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

9. ANEXOS

ANEXO A

INVENTARIO DE HISTORIA DE PÉRDIDAS (IHP)

Nombre: _____ **Edad:** _____ **Hombre/Mujer**

Situación personal: _____ **Estudios:** _____

(Soltero, casado, viviendo en pareja, etc.)

Con las siguientes preguntas se pretende de forma breve y detallada hacer un recuento sobre las pérdidas que la persona ha vivido a lo largo de su proceso vital.

1.- Asegúrese de leer con atención cada pregunta y responder de forma concreta. Es importante que mencione solamente las pérdidas que considere más significativas para usted (no es necesario rellenar todos los espacios, ni tampoco limitarse a ellos).

(Ejemplos: muertes o separaciones de seres queridos, mascotas, bienes materiales, partes corporales, salud, proyectos personales, etc.)

	Nombre o descripción de la pérdida	¿Hace cuánto sucedió? (Especificar en meses o años)	¿Como sucedió? (Por enfermedad, accidente, suicidio, de forma esperada o inesperada, etc.)	¿Considera usted haber superado esta pérdida?
a				
b				
c				
d				
e				
f				
g				

h				
i				
j				

2.- Si presenta usted alguna sintomatología depresiva en la actualidad: ¿Considera que ésta se presentó como resultado de alguna de las pérdidas mencionadas previamente?

-Si -No -No considero que yo tenga síntomas depresivos

3.- ¿De cuál(es)?