

# Trabajo Fin de Máster

Máster Universitario en Psicología General Sanitaria

## PROPUESTA DE INTERVENCIÓN PARA UN DUELO PATOLÓGICO EN FAMILIARES ANTE UNA MUERTE POR SUICIDIO.

**Presentado por:** D<sup>a</sup> Irlanda Sánchez Álvarez

**Tutora académica:** Dra. Helena Garrido Hernansaiz

Alcalá de Henares, Marzo de 2022

## ÍNDICE

1. Resumen/ Palabras clave / Abstract / Key words .....	3
2. Introducción y justificación del tema elegido .....	5
3. Objetivos e hipótesis .....	6
4. Marco teórico .....	7
4.1. Impacto de la muerte por suicidio en familiares .....	7
4.2 El proceso de duelo.....	8
4.2.1 Definición y etapas.....	8
4.2.2 Duelo patológico .....	10
4.2.3 Factores de riesgo y de protección en el duelo patológico .....	11
4.3 Intervención en duelo patológico .....	13
4.4. Metodología de la investigación.....	17
5. Propuesta de intervención.....	17
5.1 Presentación de la propuesta .....	17
5.2 Objetivos concretos que persigue la propuesta .....	18
5.3 Contexto en el que se aplica o podría aplicarse la propuesta .....	18
5.4 Metodología y recursos de la intervención.....	19
5.5 Actividades y cronograma de la propuesta .....	20
5.6 Evaluación de la propuesta .....	29
6. Conclusiones .....	30
7. Referencias bibliográficas .....	32
8. Anexos.....	36
8.1. Anexo 1. Ejemplo del diario de las emociones.....	36
8.2. Anexo 2. Ejemplo de relajación muscular progresiva de Jacobson.....	37
8.3. Anexo 3. Ejemplo de aplicación de Reestructuración Cognitiva.....	38
8.4. Anexo 4. Ejemplo de rutina semanal. ....	39

## **1. Resumen/ Palabras clave / Abstract / Key words**

### **Resumen**

El proceso de duelo es una reacción normal de las personas cuando se enfrentan a una pérdida. Sin embargo, ante muertes especialmente traumáticas como puede ser el suicidio de un familiar, cabe la posibilidad de desarrollar un proceso de duelo patológico caracterizado por la intensidad y duración de los síntomas que en este caso, se tornan excesivos. Resulta esencial tener presentes los factores de riesgo y de protección que enmarcan este proceso de duelo para diagnosticarlo y hacer un abordaje especializado pues se ha demostrado que tiene gran eficacia. En el presente trabajo se plantea una propuesta de intervención que trabaje con familiares de personas que han fallecido por suicidio y que están atravesando un proceso de duelo patológico. Se trata de una propuesta temporalizada en 13 sesiones de una hora a lo largo de tres meses y medio aproximadamente y 4 sesiones más de seguimiento posteriores, y donde se utilizan diferentes técnicas propias de la terapia cognitivo-conductual tales como la reestructuración cognitiva o la activación conductual. De esta propuesta se espera que ayude a identificar e intervenir con la problemática de estas personas en caso de ser aplicada.

### **Palabras clave**

Duelo, duelo patológico, suicidio, intervención, familiares

### **Abstract**

Grieving is a normal reaction in people when facing a loss. However, when suffering traumatic deaths like the suicide of a relative, people may develop a pathological mourning process characterized by the intensity and the duration of the symptoms, which, in these cases, become excessive. Risk and protection factors must be considered in order to make an accurate diagnosis and treatment. This paper outlines an intervention proposal that works with relatives of people who have committed suicide and are suffering a process of pathological mourning. The present proposal is timed in 13 one-hour sessions along three and a half months approximately and 4 more follow-

up sessions. In these sessions diverse techniques from the field of cognitive behavioral therapy are used such as cognitive restructuring or behavioral activation. It is expected that this paper will help to identify and intervene in the problems of these people in case it is applied.

**Key words**

Grief, pathological grief, suicide, intervention, relatives

## **2. Introducción y justificación del tema elegido**

Son varios los aspectos que me han llevado a escoger este tema. Para comenzar, resulta evidente que el suicidio es algo que se encuentra a la orden del día pero a la vez, podemos observar el gran estigma que continúa despertando. El citado estigma comienza por la persona que tiene ideación suicida y que no sabe identificar qué le está pasando o por la que ya ha cometido algún intento y quienes en muchas ocasiones no piden ayuda. El miedo al rechazo suele ser el motivo principal, pero también puede deberse a la falta de medios, generalmente económicos, que dificultan enormemente el acceso a los recursos necesarios para ser ayudados. Y finalmente, pasa por los familiares de alguien que ya ha consumado el suicidio, éstos tienen un difícil proceso por delante para asumir lo que ha sucedido. Según Gutiérrez-García et al. (2006) en el año 2000 el suicidio se convirtió en la décima causa de muerte en el mundo, puestos que presumiblemente ha ido escalando hasta la actualidad, donde según los datos de la Fundación Española para la Prevención del Suicidio, en el año 2020, 3941 personas se quitaron la vida y se convirtió así en una de las primeras causas de muerte, siendo además el año con mayor número de suicidios desde que se recogen datos (año 1906). Por tanto, basándonos en estas informaciones, no cabe duda de que hay una tendencia claramente ascendente la cual se ha visto acentuada entre otras cosas, por la pandemia y la situación de confinamiento que vivimos y que es evidente que no resultó ser igual para todos.

Por motivos obvios, la pandemia a nivel mundial colapsó el sistema de salud, y los recursos en este ámbito, ya de por sí escasos, se han visto gravemente afectados y han disminuido sus posibilidades de atención en uno de los peores momentos para la salud mental.

Sin embargo, hasta el momento actual, marzo de 2022, estas cifras no han sido suficientes para que se destinen más medios a este gran problema ignorado y menospreciado en la sociedad actual pero que afecta a tantas personas. Es cierto que progresivamente se le está dando más importancia y visibilidad, tanto a nivel de la

sociedad como a nivel político pero continúa muy alejado de cumplir con la necesidad actual. La prevención del suicidio ha demostrado tener gran eficacia, ya que detectar el problema a tiempo puede salvar muchas vidas, pero a día de hoy esto resulta bastante complicado pues la falta de recursos humanos y materiales en el sistema sanitario suponen una gran barrera en el camino.

Eso es debido, entre otras cosas, a esta falta de recursos lo que hace que muchas familias de personas que se suicidan sufran doblemente, ya que tienen que lidiar con el dolor de la pérdida de su ser querido mientras experimentan el estigma que la situación genera en la sociedad sin poder acceder a la ayuda psicológica que necesitan. Este cúmulo de situaciones puede conllevar el desarrollo de un proceso de duelo patológico, ya que se trata de una muerte especialmente traumática de asumir, entender, procesar y superar. A todo lo mencionado, se le añade además, la dificultad añadida para poder expresar (generalmente) sus emociones y hablar sobre lo ocurrido, por miedo al rechazo, a ser juzgados y/o a no tener acceso a los recursos que les permitirían tener con quien hacerlo y a ser ayudados desde un punto de vista profesional y terapéutico y en un contexto adecuado.

Por tanto, me parece especialmente importante revisar este tema, hablar sobre ello, darle mucha más visibilidad y ayudar en el proceso de toma de conciencia sobre una situación tan difícil como frecuente y olvidada hoy en día, y hacerlo a través de una propuesta de intervención que pudiera aplicarse en este tipo de situaciones.

### **3. Objetivos e hipótesis**

En cuanto a los objetivos principales de este trabajo desarrollamos los siguientes:

1. Revisar la literatura científica existente sobre el suicidio, sus causas, factores de riesgo y protección etc. y sobre el proceso de duelo, con sus correspondientes fases, evolución y tipos, etc.
2. Determinar cuál es la relación existente entre ser familiar de una persona que consuma el suicidio y el desarrollo de un proceso de duelo patológico.

3. Diseñar un programa en el cual se desarrolle una propuesta de intervención psicológica orientada a trabajar el duelo patológico en los familiares de personas que se suicidan.

4. Profundizar en el análisis de la bibliografía referente al proceso de duelo patológico en familiares de personas que se suicidan y analizar los programas existentes que aborden esta temática.

#### **4. Marco teórico**

##### **4.1. Impacto de la muerte por suicidio en familiares**

Para entender el impacto que tiene el suicidio en los familiares, hay que comprender primero qué suele haber detrás de la ideación suicida. Para ello, se debe partir de la idea de que existe un estresor que normalmente se vincula al sentimiento de derrota, la persona que lo percibe lo interpreta de forma errónea y trata de llevar a cabo un escape potencial, es decir, trata de evitarlo. En un primer momento, se suele buscar apoyo en sus personas más próximas, pero se va a tender a distorsionar la situación y la forma de relacionarse por lo que no se va a percibir ese apoyo como necesitaría. Todo este proceso va a dar lugar a una gran indefensión y falta de recursos para encontrar una solución a su sufrimiento, de esta forma va a comenzar a producirse la ideación suicida (De la Torre, 2013).

Las personas que tienen ideación suicida o que llegan a consumar el suicidio suelen presentar una visión muy pesimista sobre el futuro, sobre ellos mismos y sobre su entorno, además de tener sesgado el nivel de apoyo social. A esto se le suma una memoria sobre generalizada (merman sus recursos de afrontamiento aprendidos y no tienen proyección de futuro) y negativa (De la Torre, 2013).

Por tanto, focalizando en el rol de los familiares, cobra especial relevancia lo relativo al apoyo social percibido y la visión que la persona con ideación suicida tiene sobre su marco de referencia y soporte. El papel de los familiares es especialmente complicado, ya que durante el proceso, suelen sentirse bastante poco útiles si conocen la situación. Como se describía anteriormente, en principio las personas con esta ideación van a

buscar ese apoyo, pero cuando el proceso avanza, dejarán de buscarlo y en muchas ocasiones no se dejarán ayudar bajo la premisa de que nadie va a poder quitarles ese sufrimiento y la única solución es desaparecer (Benítez, 2017).

Por otro lado, cuando ya se ha consumado el suicidio, hay que tener en cuenta que este tipo de muerte suele generar un duelo más difícil de elaborar que otras debido a lo traumático de la misma, presentando sintomatología propia del duelo patológico del que se hablará a continuación. Más en concreto, se origina en los familiares sentimientos de culpa profunda, responsabilidad por lo ocurrido y por no haberlo evitado, vergüenza por el estigma que conlleva un suicidio, e incluso ira con la persona fallecida por haber tomado esta decisión ya que, sobre todo al principio, suele resultar difícil comprender por qué han tomado esa decisión (Benítez, 2017).

## **4.2 El proceso de duelo**

### **4.2.1 Definición y etapas**

Según el DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013) el duelo se puede entender como un proceso de reacción normal que atraviesan las personas cuando se enfrentan a una pérdida. Es habitual que este proceso se manifieste con sintomatología compatible con un episodio de depresión mayor, entre la que destaca el insomnio o hipersomnias, falta de apetito, pérdida de peso, estado de ánimo deprimido, anhedonia, apatía, llanto frecuente, etc. Sin embargo, la sintomatología experimentada varía entre las diferentes personas y culturas, ya que no todo el mundo afronta la pérdida de la misma manera debido a que tenemos recursos y estilos de afrontamiento propios distintos, entre otros muchos factores.

Un autor de referencia en este ámbito como es Bowlby diferenció cuatro etapas que normalmente se atraviesan en el proceso de duelo. En primer lugar, se da una fase de embotamiento que suele experimentarse durante las primeras horas o días tras conocer la noticia del fallecimiento. La persona se encuentra incrédula ante la situación, experimentando un estado de shock, por lo que en esta etapa las reacciones son



imprevisibles y variadas, desde una ausencia total de reacción hasta una excesiva reactividad emocional, ambas derivadas de este primer impacto (Oviedo, 2009; Vargas, 2003).

A continuación, tiene lugar una fase depresiva o de anhelo, que suele prolongarse los siguientes meses y donde según Bowlby (1999) se produce una búsqueda inconsciente de la persona ausente debido al vínculo de apego que les unía. Durante esta fase es cuando comienza a desarrollarse la sintomatología asociada al duelo, y es frecuente que la persona experimente anhedonia, apatía o angustia entre otras reacciones.

Estas respuestas se consideran normales, si bien es cierto que si persistieran en el tiempo o aumentaran su intensidad, cabría la posibilidad de diagnosticar un episodio de depresión mayor según el DSM 5 (American Psychiatric Association, 2013). Este diagnóstico, sin embargo, tendría que estar respaldado por el criterio del profesional que lo evalúe y siempre basado en el historial de la persona.

En la tercera etapa de este proceso la persona comienza a aceptar lo ocurrido, lo que hace que sentimientos como la soledad se acentúen y el estado de ánimo continúe deprimido debido a la integración de lo acontecido. Por último, aproximadamente transcurrido un año lo esperado es que se haya aceptado la realidad de la pérdida. Tras esto, lo habitual es retomar por completo la rutina y vivir una vida recolocando emocionalmente al fallecido y asumiendo que no va a regresar (Oviedo, 2009).

Worden (2004, citado en Romero 2013), como otro de los autores destacados en el ámbito del proceso de duelo propone cuatro procesos que habitualmente se atraviesan a la hora de elaborarlo. En primer lugar, la aceptación de la realidad de la pérdida. Inicialmente es habitual que la persona desarrolle una reacción caracterizada por la negación de lo sucedido ya que esto ayuda a mitigar el primer impacto tras conocer la noticia, pero es imprescindible avanzar en dicha negación y comenzar a comprender que el fallecido no va a volver. A continuación, tratar de identificar y expresar los sentimientos evocados de esta situación puesto que, en relación con la aceptación mencionada en la primera fase, es probable que este “darse cuenta” dé lugar a que las

emociones y sentimientos relacionados con la pérdida aumenten de intensidad y se descontrolen, por lo que habría que tratar en este momento de favorecer la identificación de las emociones que está experimentando, su expresión y su posterior normalización en relación con las circunstancias.

Tras esto, la siguiente tarea iría orientada a la adaptación de la persona a la nueva realidad con la ausencia de su ser querido. Worden (2004) propone trabajar la resolución de problemas, enseñar estrategias de afrontamiento que pueda poner en práctica cuando la situación lo requiera y trabajar con el afectado la búsqueda de soluciones (Romero, 2013).

Finalmente, se debe favorecer la recolocación emocional, lo cual implica comprender en qué lugar queda ahora la figura del fallecido y seguir viviendo. Muchas personas son reticentes a esta parte del proceso ya que pueden confundir el hecho de recolocar y aceptar con olvidar, por lo que habrá que trabajarlo para que se entienda que el objetivo es recordar sin dolor al fallecido pero dándole un lugar emocional (y puede ser también físico) que ayude a ello. No muy diferente es el modelo de Kübler Ross (citada en Corr, 2020) sobre el proceso de duelo, en el cual se describen cinco etapas que, de forma general, se atraviesan en el proceso de duelo, negación, ira, negociación, depresión y, por último, la aceptación de lo ocurrido a través de la recolocación y procesamiento emocional que explicaba previamente Worden (Romero, 2013).

#### **4.2.2 Duelo patológico**

En el DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013) se incluyó en la categoría “otros trastornos relacionados con traumas y factores de estrés especificados” el Trastorno de duelo complejo persistente, distinguido por unas reacciones intensas y desadaptadas, que se podrían catalogar como patológicas debido a la disfuncionalidad que provocan. Bien es cierto que este duelo patológico se puede manifestar de diferentes maneras como ocurre con el proceso normal del duelo, y puede expresarse con una falta de reacción o incluso, que ésta aparezca de forma muy tardía. También puede suceder

que los síntomas mencionados que caracterizan el duelo se presenten con una intensidad y duración excesivas que impiden a la persona aceptar lo sucedido, integrarlo y avanzar, e incluso con ideación suicida o intentos autolíticos. Por otro lado, puede ser que la persona experimente alucinaciones auditivas y repetitivas o incluso visuales lo que se relaciona directamente con sintomatología psicótica y habría que abordar de forma específica (Flórez, 2002). Diferentes estudios (e.g., Lenferink et al., 2021) determinan que hay una estrecha relación entre los síntomas de la depresión y del trastorno de estrés postraumático con las reacciones del duelo patológico. Esto sucede debido a la similitud en la expresión de la sintomatología de sendos trastornos aunque existen diferentes criterios para poder establecer un diagnóstico diferencial.

#### **4.2.3 Factores de riesgo y de protección en el duelo patológico**

Experimentar un proceso de duelo complicado puede verse acentuado por diferentes factores de riesgo. Según Shear (2011, citado en Parro-Jiménez et al., 2021), hay variables sociodemográficas que tienen fuerza y evidencia suficientes para ser consideradas de riesgo a la hora de desarrollar un proceso de duelo patológico. Ser mujer es una de ellas, así como tener una avanzada edad u otros factores relacionados con un nivel de educación escaso o con pertenecer a un estatus económico y social bajo. Por otro lado, la vulnerabilidad psicológica de la persona es un factor notorio cuando se trata de afrontar una pérdida, es decir, la historia personal donde se incluyen antecedentes de trastornos mentales o del estado de ánimo anteriores o paralelos al fallecimiento del ser querido. Asimismo, los procesos de duelo anteriores pueden ser un factor de riesgo ya que haber experimentado previamente duelo patológico con otra pérdida anterior aumenta la predisposición que pueda tener la persona a desarrollarlo de nuevo.

Sin embargo, como expone Shear (2011), un factor de riesgo que destaca especialmente versa sobre las circunstancias de la muerte y el contexto en el que ésta se produce, ya que esto puede determinar el afrontamiento que se lleve cabo. Las muertes traumáticas e inesperadas, tales como aquellas que suceden de forma

prematura a causa de enfermedades, accidentes, violencia o a causa del suicidio, pueden aumentar considerablemente la posibilidad de que los familiares y allegados experimenten dicho proceso de duelo traumático. Según Imaz (2013), la muerte causada por un suicidio aumenta potencialmente el riesgo de que la familia del fallecido experimente un proceso de duelo patológico, potenciado por una elevada posibilidad de desestructuración familiar y/o sintomatología patológica de sus componentes.

Además de lo descrito propio de un duelo patológico, García-Viniegras y Pérez (2013), consideran que en una muerte por suicidio es habitual que los familiares experimenten sentimientos adheridos únicamente a este tipo de muerte traumática, tales como enfado con el fallecido por haber tomado esa decisión, culpabilidad por no haber hecho nada para evitarlo, perplejidad o incredulidad ante el por qué, e incluso sensación de abandono y, por ende, rabia hacia el fallecido. Sin embargo, no todos los familiares de personas que se suicidan experimentan un duelo patológico, y actualmente, hay una escasez de estudios que identifiquen en estos casos concretos el desarrollo de un duelo patológico.

Esta difícil situación lleva consigo un componente extra, el gran estigma que existe actualmente en nuestra sociedad sobre lo relativo al suicidio, es por esto por lo que las familias de las personas que se suicidan normalmente evitan compartir y hablar sobre lo acontecido (García-Viniegras y Pérez, 2013). Debido a la complejidad de este proceso, se deben proponer intervenciones psicológicas específicas que aborden la dificultad que supone.

En cuanto a los factores de protección que más evidencia han mostrado se encontrarían por un lado, los recursos de afrontamiento de los que disponga la persona, ya que éstos varían de unas personas a otras y se estructuran según el contexto y el patrón de personalidad de cada persona, y contar con un buen bagaje de recursos puede resultar decisivo en este contexto (Shear, 2011). Y por otro lado, tener una red de apoyo social firme se considera un factor de protección muy eficaz según lo expuesto por Parro-

Jiménez et al., (2021) ya que un escaso apoyo social puede agravar el proceso y el sentimiento de soledad que ya de por sí experimentará con la muerte de su ser querido.

### **4.3 Intervención en duelo patológico**

Este proceso se caracteriza por tener un desarrollo complicado, por lo que autores como Shear o Prigerson citados en Nakajima (2018) consideraron que se debe abordar como un trastorno mental que requiere una intervención específica. Esto cobra especial importancia como se ha demostrado en diferentes investigaciones de estos mismos autores, donde han probado que diagnosticar un proceso de duelo complicado frente a un duelo normal y tratarlo como tal, es beneficioso para el paciente ya que ayuda a reducir su ansiedad entre otras ventajas.

Para trabajar con este difícil proceso, existen diferentes propuestas, una de ellas es la expuesta por Shear (2011, citado en Romero, 2013) donde comparó su propuesta de tratamiento para el duelo complicado, el cual está apoyado empíricamente, con la terapia interpersonal. Consta de tres bloques diferentes para trabajar con el paciente según el momento en el que se encuentre y principalmente utiliza técnicas de exposición tanto en imaginación como en vivo y técnicas narrativas. El primer bloque se trata de una fase introductoria del tratamiento para obtener información a nivel general de la persona y sus relaciones interpersonales en el contexto familiar o social. Le sigue la fase intermedia del tratamiento o segundo bloque donde el objetivo es integrar lo sucedido y aceptar el fallecimiento a través de diferentes tareas propuestas por el terapeuta. Por último, el tercer bloque es el final del tratamiento donde principalmente se recapitulan los avances que ha conseguido el paciente y acuerdan qué aspectos estarían aún sin trabajar para poder dar por concluida la intervención.

La propuesta de tratamiento desarrollada en Shear (2011, citado en Romero, 2013) se ha mostrado efectiva en comparación con la terapia interpersonal. Por otro lado, esta misma intervención la compararon con el uso de antidepresivos tricíclicos pues el tratamiento farmacológico puede ser el de primera línea de elección en muchos casos. Sin embargo, éstos han mostrado tener eficacia demostrada para los síntomas de la

depresión pero no así para los del proceso de duelo pese a su similitud, por lo que no deberían utilizarse como tratamiento de primera elección para intervenir en estos casos. Por otro lado, un estudio realizado por Wittouck et al. (2011) ha mostrado la eficacia de la terapia cognitivo-conductual (TCC) para trabajar con el duelo complicado, esto se apoya con el estudio de Boelen et al. (2007) el cual afirma que dentro de la TCC, la técnica de la exposición pareció resultar útil a la hora de trabajar los pensamientos y las conductas de evitación asociadas al duelo patológico. Por tanto, la TCC aplicada con exposición ha demostrado mayor eficacia que trabajar con la TCC sin exposición ya que principalmente se utiliza para disminuir los pensamientos automáticos negativos y favorecer la aceptación de lo sucedido (Nakajima, 2018).

El objetivo principal de este trabajo se establece en torno a cómo debe desarrollarse la propuesta de intervención psicológica con familiares de personas que se han suicidado, y a raíz de ello han desarrollado un proceso de duelo patológico, por lo que en la Tabla 1 se recogen algunos de los estudios que hay actualmente en el panorama científico que abordan este tema, de los cuales podemos deducir que la Terapia Cognitivo-Conductual propuesta en el modelo de Worden (2014) parece ser la más eficaz para el tratamiento del duelo complicado, mientras que la terapia grupal no tiene evidencia alguna que respalde su eficacia, y en un punto medio se encontrarían la Terapia Interpersonal (TI) y la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT).

**Tabla 1**

*Comparación de tipos de terapia para el tratamiento del duelo complicado*

<b>NOMBRE</b>	<b>DESCRIPCIÓN</b>	<b>RESULTADOS</b>	<b>FORTALEZAS Y DEBILIDADES</b>
<b>Tratamiento Duelo Complicado (TDC) (K. Shear) y Terapia Interpersonal (TI).</b>	- Compara <b>TDC</b> con <b>TI</b> en pacientes con duelo complicado. -TI + Terapia cognitivo-conductual (TCC) + entrevista motivacional. -Estudio prospectivo	-El TDC muestra una mejoría clínica más rápida (mejores resultados)	- <b>Fortalezas:</b> Terapias de demostrada eficacia. Proceso dividido en partes (respeta la idiosincrasia de los pacientes)

<p><b>(Romero, 2013)</b></p>	<p>-Pacientes evaluados con el Inventario de Duelo Complicado. -Duración: <b>16 sesiones</b> (4 meses). -<b>N= 95</b> pacientes asignados aleatoriamente. 46= T.I 49= TDC</p>		<p>Trabaja con muchas de las dificultades del duelo complicado. <b>-Debilidades:</b> Corta duración para evaluar duelo. Resultados poco significativos, no especifica demasiado</p>
<p><b>Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT)</b>  <b>(Domínguez, 2018)</b></p>	<p>-Terapia de aceptación y compromiso (ACT). -<b>N= 6</b> mujeres (20-54 años) -Diseño de caso único ABA.</p>	<p>-Disminución notable de la sintomatología de duelo complicado -Reducción de los síntomas de ansiedad y depresión asociados.</p>	<p><b>-Fortalezas:</b> Técnica con gran evidencia empírica. Trabaja la evitación que es uno de los grandes problemas del DC y hace retirada pautada del tratamiento, y ha mostrado eficacia. <b>-Debilidades:</b> Muestra muy escasa, y de las 6 personas, solo 2 lo finalizaron. Trabaja pocos aspectos propios del duelo.</p>
<p><b>Terapia grupal.</b>  <b>(Cuenca, 2014)</b></p>	<p>-Tratamiento de <b>terapia grupal</b> (inspirado en el modelo de Worden, (2014). -12 sesiones -<b>N= 18</b> pacientes</p>	<p>-Disminución poco significativa de la sintomatología ansioso-depresiva en el proceso de duelo. - No se aprecian evidencias de respuesta al tratamiento.</p>	<p><b>-Fortalezas:</b> La terapia grupal como forma de ver que hay más personas pasando por el mismo sufrimiento. Puede facilitar la ventilación emocional sentirse más comprendido y no juzgado. <b>-Debilidades:</b> Grupo muy grande para participantes que tengan dificultades en identificar lo que les sucede y expresarlo. No todas las personas atraviesan el duelo de la misma manera, por lo</p>

			que no se encuentran en el mismo punto.
--	--	--	---

Por tanto, de esta revisión se pueden inferir diferentes fortalezas y debilidades en el plano de la intervención que se expone. En cuanto al tratamiento planteado por Shear en Romero, (2013) sobre el duelo complicado, hace bastante énfasis en el trabajo de las emociones y su gestión y dedica una fase completa a evaluar únicamente el historial clínico del paciente y a valorar el acontecimiento traumático que ha sufrido pues una correcta evaluación resulta imprescindible para intervenir adecuadamente. Sin embargo, plantea un escaso acompañamiento y empleo de técnicas conductuales con probada eficacia que favorezcan la mejora del paciente, tales como la activación conductual. Por otro lado, no propone un seguimiento posterior con la pertinente prevención de recaídas, algo que tampoco se trabaja en el planteamiento de la Terapia Cognitivo-Conductual (TCC), y que según diferentes estudios incluirlo en este tratamiento es de una eficacia indiscutible ya que el proceso de duelo complicado no es lineal y anticiparse a las recaídas debe ser una parte sustancial del mismo. Bien es cierto, que la TCC trabaja por separado con las emociones, las cogniciones y las conductas para plantear un correcto modo de intervenir dotando de importancia suficiente a cada una de las partes. Para ello utiliza la reestructuración cognitiva a través del diálogo socrático en el plano cognitivo, aboga por llevar a cabo técnicas para el manejo de la ansiedad y por otras de carácter conductual para paliar la sintomatología depresiva.

Tras ser analizadas algunas de las propuestas más significativas de la literatura, y descartando las que no tienen eficacia probada como sucede con la terapia grupal, planteo un modelo de tratamiento que en caso de aplicarse podría cubrir algunas de las debilidades observadas en dichos estudios como la ausencia de prevención de recaídas o el poco hincapié en la sintomatología depresiva siendo ésta un eje principal del proceso de duelo, mientras que a su vez incluiría las fortalezas identificadas tales como



trabajar discerniendo un plano cognitivo, emocional y conductual con técnicas propias de cada uno pero venerando la idiosincrasia de cada paciente.

#### **4.4. Metodología de la investigación**

En primer lugar, la metodología empleada para la fundamentación teórica ha consistido en la lectura y el análisis de diferentes artículos científicos a partir de los cuales se ha fundado el marco teórico de este trabajo. La procedencia de dichos artículos ha sido variada, obtenida en diferentes bases de datos entre las que cabe mencionar Google académico, Dialnet, PsycINFO y Pubmed. Dentro de estos artículos también se ha revisado y utilizado bibliografía presente en los mismos para acceder a los estudios o a la información completa.

Los términos principales de búsqueda para este trabajo han sido: suicidio, suicide, duelo, duelo patológico, intervención con familiares, grieving, mourning.

Se han consultado y utilizado documentos tanto en español como en inglés y se ha tratado de que fueran lo más recientes posible desde hace 15 años en adelante, bien es cierto que algunos de ellos son más antiguos ya que para hablar del origen de ciertos términos o intervenciones ha habido que remontarse algunos años atrás.

En cuanto a criterios de exclusión, se han rechazado artículos que no hablasen sobre duelo patológico por suicidio en familiares y aquellos que trabajasen el duelo patológico con niños o adolescentes.

### **5. Propuesta de intervención**

#### **5.1 Presentación de la propuesta**

La literatura científica revisada arroja conclusiones variadas sobre el duelo patológico relacionado con la muerte por suicidio, pero sí que es cierto que un gran número de expertos defienden que esta complicación o dificultad existe y que el hecho de sufrir una pérdida por una muerte traumática como puede ser un suicidio dificulta notablemente la elaboración del duelo. Las propuestas de intervención existentes no son abundantes y por ello sería de gran utilidad contar con una propuesta que aborde esta problemática.

Esta propuesta de intervención para familiares que padecen duelo patológico debido a una muerte por suicidio tendrá una aplicación de carácter individual debido a la dificultad de la problemática y la especial relevancia que adquiere la idiosincrasia en este proceso. Se estructura en 13 sesiones de carácter individual y con una periodicidad semanal más 4 sesiones posteriores de seguimiento con una hora de duración aproximada para cada una de ellas. Por tanto la propuesta está pensada para que dure en torno a tres meses y medio más el posterior seguimiento. Bien es cierto que se trata de un dato orientativo ya que el proceso podrá y deberá ser modificado en función de las necesidades y peculiaridades de cada caso y atendiendo siempre a la evolución del paciente. La propuesta se basa en una orientación cognitivo-conductual por lo que las técnicas empleadas en la pertinente intervención estarán regidas por lo que marca este tipo de terapia.

## **5.2 Objetivos concretos que persigue la propuesta**

Como objetivo principal encontramos el siguiente:

1. Identificar y mejorar el proceso de duelo cuando se torna patológico en los familiares de personas que se suicidan.

A continuación, se enumeran los objetivos específicos de la propuesta:

- 1.1. Favorecer la aceptación de la pérdida y paliar el sentimiento de culpa en los familiares de personas que se suicidan.
- 1.2. Ayudar a que el afectado retome una rutina y un estilo de vida funcional, y prevenir recaídas.

## **5.3 Contexto en el que se aplica o podría aplicarse la propuesta**

Esta propuesta está planteada para trabajar con un grupo de población adulta, cuyas edades oscilen entre los 18 años y el final de la vida, que hayan experimentado la muerte por suicidio de un familiar o allegado y con sospecha de posible duelo patológico debido a la intensidad y duración de los síntomas, es decir, cuando el proceso de duelo esté generando un malestar significativo en el día a día de la persona, que le impida llevar a

cabo su rutina habitual y cuya duración sea superior a 6 meses tras el fallecimiento. Entenderemos por allegados a las parejas sentimentales aunque no estén casados y amigos cercanos con relación habitual (grupo de apoyo primario).

Excluimos a los niños y adolescentes ya que el trabajo con ellos debe plantearse desde otro enfoque con objetivos adecuados y adaptados a su edad, desarrollo y nivel de madurez, y además, excluimos personas que tengan diagnosticado un trastorno mental, a excepción de un trastorno depresivo o de ansiedad debido a la alta comorbilidad que tienen con este proceso.

En cuanto al contexto, está pensada para aplicarse indistintamente como un programa subvencionado por el ayuntamiento de cualquier municipio en un espacio cedido por el mismo, o bien de forma privada en un centro de psicología autorizado para ello.

#### **5.4 Metodología y recursos de la intervención**

En cuanto a la metodología de la intervención y como hemos mencionado anteriormente la propuesta se va a basar principalmente en la aplicación de la terapia cognitivo-conductual (TCC) ya que hay numerosos estudios que avalan su eficacia para la remisión del duelo patológico. Para ello se llevarán a cabo diferentes procedimientos propios de esta corriente tales como técnicas de exposición o activación conductual recomendadas especialmente para el abordaje de esta patología.

Para lo relativo a los recursos, necesitaremos una sala tranquila y sin distractores donde poder desarrollar las sesiones, además habremos de obtener por duplicado el Inventario de Duelo Complicado de Prigerson (1995) adaptado al español (Limonero et al., 2009). El Inventario de depresión de Beck-II o Beck Depression Inventory II (BDI-II) diseñado por Beck (1993) en su versión adaptada al español (Sanz et al., 2003). El Cuestionario de ansiedad estado-rasgo (STAI) elaborado por Spielberg (1970) y adaptado al español por Buena-Casal et al., (2011). Y por otro lado, papel, bolígrafos, cartulinas y rotuladores para poder hacer representaciones gráficas de las pertinentes explicaciones o actividades que hagamos con el paciente.

### **5.5 Actividades y cronograma de la propuesta**

La propuesta se estructurará en 13 sesiones más 4 de seguimiento posterior, se trata de un número orientativo ya que podría variar según las características del paciente y de su problemática. Tendrán una duración de una hora cada una, pensadas para aplicarse de forma individual y se realizarán una vez a la semana, por lo que temporalizamos esta propuesta en 3 meses y medio aproximadamente más el tiempo de seguimiento.

#### **Sesiones 1-5:**

Estas cinco primeras sesiones están orientadas a establecer una primera toma de contacto con el paciente. Se emplearán aproximadamente cinco sesiones ya que el proceso de evaluación es largo y debe ser exhaustivo para poder obtener todos los datos necesarios previos al planteamiento de objetivos y aplicación de la intervención. Si se dispone de tiempo suficiente, o si la situación lo requiere o el terapeuta lo considera necesario debido a la complejidad o necesidades del paciente, se podría prolongar el tiempo de evaluación una o dos sesiones más.

Priorizaremos la necesidad de conocer su situación y poder así determinar la existencia de un proceso de duelo patológico y la pertinencia entonces de aplicar el tratamiento a continuación propuesto.

Como se refiere anteriormente, el principal objetivo de las primeras sesiones será comenzar a establecer vínculo terapéutico e indagar sobre cuestiones relacionadas con el paciente y con el acontecimiento traumático. Habrá que conocer cuál es su situación personal, cuáles son sus apoyos, explorar con qué factores de protección cuenta y qué factores de vulnerabilidad pueden estar alimentando la dificultad de su proceso de duelo. Por otro lado, será necesario profundizar en lo ocurrido, aspectos relativos a cómo se ha desarrollado el fallecimiento, qué tipo de vínculo les unía y si hay antecedentes de otros duelos patológicos o cómo vivió otras muertes anteriores, entre otros.

Durante estas sesiones se tratará además de concretar algunos aspectos relevantes que pudieran haber quedado sin abordar durante la primera toma de contacto y que sean especialmente relevantes para comenzar con la intervención. Además, para profundizar en el proceso de evaluación del caso, se le administrará el Inventario de Duelo Complicado (IDC) de Prigerson (1995), previamente se le explicará en qué consiste el cuestionario y cuáles son las instrucciones para su realización para, a continuación darle tiempo durante el espacio de la sesión para que lo lleve a cabo, o bien sugerírsele como tarea para realizar en casa según el criterio del terapeuta en función de la predisposición y autonomía que observe en el paciente.

Por otro lado, pasaremos también el BDI-II, ya que debido a la similitud entre la sintomatología del duelo patológico y de los trastornos depresivos, este cuestionario nos puede ofrecer una orientación para discernir entre ambos. Le explicaremos al paciente como hicimos con el IDC en qué consiste este nuevo inventario y cuáles son sus instrucciones para que lo complete a continuación o en casa siguiendo el mismo criterio mencionado anteriormente. Repetiremos la misma dinámica con el cuestionario STAI, aunque trabajaremos posteriormente con los resultados en torno a la novena sesión.

### **Sesiones 6 y 7:**

Estas sesiones se focalizarán en forjar con el paciente una base sobre el conocimiento emocional, es decir, el objetivo será ayudarlo a que comprenda lo que está sintiendo y que trabaje con esas emociones para lograr finalmente gestionarlas e integrarlas de forma adaptativa en su día a día.

Para ello aplicaremos psicoeducación emocional, explicando detenidamente qué función tienen las emociones y cómo esto nos afecta de diferentes maneras. Lo más probable es que la mayor parte de emociones que experimente en estos momentos sean de tristeza, ira, y malestar en general, por lo que resulta imprescindible explicarle que no se trata de emociones “negativas” sino de reacciones normales ante la pérdida y cómo podemos gestionarlas. Entre la sesión 6 y la 7, le podemos mandar (si vemos que la situación lo favorece) una tarea para casa, que consistirá en un diario de

emociones, donde le pediremos que anote en diferentes momentos qué está sintiendo y qué hace para regular lo que le está sucediendo, podemos ponerle ejemplos para que lo comprenda mejor. Los ejemplos proporcionados al paciente se desarrollarán en el Anexo 1. Sobre esto continuaremos trabajaremos en la sesión 7 ya que debido a la importancia y dificultad que puede acarrear este asunto es recomendable dedicarle más de una sesión. En esta nueva reunión habrá que explorar qué ha anotado en la tarea que le propusimos y determinar así con qué momentos se asocia el malestar y cómo reacciona ante el mismo. La finalidad es mejorar la funcionalidad de las emociones desagradables que está experimentando el paciente y favorecer la ventilación emocional en un contexto donde no se sienta juzgado o cohibido y libre del posible estigma que puede llevar asociado este proceso.

### **Sesión 8:**

Como afirma López (2017), verbalizar y exteriorizar la historia que la persona elabora acerca de lo sucedido resulta especialmente beneficioso para llegar a la aceptación de la pérdida. Bien es cierto además que la manera en la que exprese lo que siente podrá denotar diferentes necesidades. Debemos discernir entre el paciente que expresa que no siente nada, con anhedonia, donde podemos deducir que necesita cubrir ciertas necesidades para paliar esto, de un paciente que exprese que se encuentra repleto de pena, dolor o de rabia, donde entonces probablemente deberemos favorecer la expresión emocional de una manera más concreta.

Durante esta sesión por tanto, la finalidad será que el paciente acepte lo sucedido y pueda procesar de un modo adaptativo la realidad de lo sucedido y la pérdida. Podemos proponerle una dinámica según sus necesidades para afianzar lo que estamos trabajando, por ejemplo, le podemos explicar una técnica orientada a trabajar la exposición emocional pero focalizando en la emocionalidad desde un punto de vista positivo. El objetivo de esta intervención es identificar pensamientos y creencias que dificulten la comprensión de irreversibilidad de la pérdida mientras acompañamos a la persona a exponerse a esa realidad y las emociones que subyacen de la exposición y

la ayudamos a hablar del familiar fallecido pero recordando los momentos agradables y los aspectos positivos. En primer lugar habría que comenzar con psicoeducación de las emociones para encuadrar la técnica, pero como esto ya se ha trabajado anteriormente, podemos profundizar en este proceso y centrarnos en lo positivo, enseñar a la persona a distinguir lo agradable de lo desagradable y a detectar lo positivo en cada situación y la emoción que subyace de esto y a gestionarla aunque no sea agradable.

Y una vez le hayamos ayudado a identificar esto, le pediremos que enumere dos o tres momentos (o los que le apetezca recordar) que tenga con el fallecido y qué emociones le está generando verbalizarlo y recordarlo. La finalidad es terminar con un recuerdo agradable y positivo que ayude a recolocar emocionalmente al fallecido y la situación acontecida, que entienda el nuevo lugar que éste va a tener en su vida y que así pueda retomar su vida cotidiana progresivamente. Debido a la dificultad que supone trabajar la exposición con el paciente y la alta emocionalidad que lleva asociado, es probable que se necesite más de una sesión para dedicarla a realizar esto, bien es cierto que se debe tratar siempre de finalizar la sesión con un nivel de emocionalidad bajo, tratar de que la persona no se vaya alterada o demasiado inestable a causa de lo tratado.

### **Sesión 9:**

A pesar de la escasez de estudios dedicados a profundizar en la sintomatología ansiosa en los procesos de duelo patológico, autores como Bo (2021), destacan la certeza de que existe un riesgo muy alto de padecer ansiedad clínicamente significativa en las personas que atraviesan este proceso.

Por tanto, dedicaremos esta novena sesión a su identificación y posible abordaje, ya que no todo el mundo padece los mismos síntomas o reacciones y para determinar esto, nos guiaremos por los resultados obtenidos en el Cuestionario de ansiedad estado-rasgo (STAI) que le proporcionamos en las primeras sesiones. En caso de que la hubiera, comenzaríamos por explorar qué manifestaciones tiene y cuándo ocurren, es decir, palpitaciones, hiperventilación si piensa en lo ocurrido, presión en el pecho, etc.

Tras esto, podemos aplicar la técnica de relajación de Jacobson, se trata de realizar una relajación muscular progresiva que el paciente con la práctica pueda llegar a automatizar y aplicar en situaciones en las que identifique que le están generando tensión o malestar algo bastante habitual en el proceso de duelo debido a la rememoración de lo acontecido de forma recurrente. Realizaremos la técnica durante la sesión, para ello debemos favorecer que haya un clima tranquilo y relajado y que el paciente no se encuentre hiper activado, por lo que la idoneidad de su aplicación dependerá de su estado. Consta de diferentes fases que detallaremos en el Anexo 2. El objetivo principal es que el paciente aprenda a identificar dicha tensión y consiga inducirse la relajación. Observaremos durante la aplicación presencial cómo afecta en la persona y si obtiene beneficios, a partir de aquí en caso afirmativo, le pediremos que lo realice en su casa de forma habitual. De esta forma estaremos comenzando a crear una pequeña rutina de un hábito saludable que además le genera bienestar y palia su problemática.

#### **Sesión 10:**

Uno de los factores que más dificultan la elaboración del duelo en este tipo de fallecimientos es el sentimiento de culpa que desarrollan los familiares. El DSM 5 (American Psychiatric Association, 2013) recoge el acto de auto culparse por el fallecimiento como uno de los identificadores para diagnosticar el trastorno por duelo complejo persistente, por lo que es esencial abordarlo (Regalado, 2018). En estas sesiones trataremos de identificarlo y darle las herramientas para que aprenda a gestionarlo utilizando diferentes técnicas de probada eficacia.

Durante esta décima sesión comenzaremos por explicar qué es la culpa, es decir en qué consiste y porqué se produce. Es habitual que la rumiación sobre lo sucedido acentúe la sensación de culpabilidad de la persona, por lo que este espacio pretende ser un lugar donde el paciente pueda desahogarse y expresar cómo se siente al respecto y qué pensamientos recurrentes tiene, en este momento incluiremos una pequeña parte de psicoeducación para explicarle el modelo A-B-C, situación, conducta,



consecuencia, el objetivo principal no es cambiarle los pensamientos ni hacer que los niegue, sino tratar de que sea él mismo quien acabe cuestionándolos y sustituyéndolos por otros más adaptativos. Este modelo plantea una situación, regulada por un pensamiento generalmente erróneo y pesimista, y eso da lugar a unas conductas o reacciones moduladas por el pensamiento disfuncional. Por tanto, una vez haya entendido en qué consiste esto y cómo nos puede afectar, habrá que identificar qué tenemos que reestructurar, durante este proceso será fundamental que el terapeuta identifique bien estos pensamientos ya que generalmente serán creencias globales negativas a cerca de la muerte y de la culpa y sobre éstas trabajaremos. Puede darse la situación de que al paciente le cueste expresarse, bien por miedo o vergüenza o bien porque no sepa qué está sintiendo, podemos usar diferentes procedimientos para solucionar esto, en esta sesión planteamos hacer un pequeño role-playing con el paciente para ver cómo se expresa, si utiliza imperativos como “debería haber estado más pendiente” o qué vertiente toman sus pensamientos. En estos casos de culpa, las personas suelen tener un estilo atribucional interno, es decir, se atribuyen a ellos mismos toda la culpa de lo ocurrido de forma irracional, para ello podemos emplear la reestructuración cognitiva a través una dinámica que consistirá en que vaya identificando en qué porcentaje cree que lo acontecido es culpa suya, o si cree que actuó de forma adecuada según la información y recursos que tenía en aquel momento. Según vaya otorgando porcentajes a las diferentes situaciones, iremos reestructurando la atribución que hace. La dinámica se desarrollará más detalladamente en el Anexo 3.

### **Sesión 11:**

Según las diferentes investigaciones consultadas, es habitual que este proceso de duelo patológico conlleve otras patologías comórbidas, entre las que destacan especialmente la depresión y la ansiedad. En el estudio de Fagundes et al. (2019), se desarrolla la idea de que más síntomas depresivos se relacionan con una mayor gravedad del proceso de duelo, por lo que su abordaje se torna esencial.

Es por esto que una vez hemos enseñado al paciente a que identifique las emociones que le generan este malestar y a que las gestione en lugar de ignorarlas o abordarlas de una forma desadaptativa, y le hemos ayudado a identificar y trabajar la sintomatología ansiosa, vamos a continuar tratando de paliar la sintomatología asociada a estos trastornos, en este caso la depresiva y que previsiblemente estará alimentando el citado malestar.

Una vez nos encontremos en esta sesión, lo idóneo sería que el paciente con todo lo que ya ha trabajado, se encuentre en un punto de comenzar a retomar su rutina o al menos, tener intención de poco a poco hacerlo. Por tanto, el objetivo de esta undécima sesión será favorecer la activación conductual de la persona, retomar hábitos y rutinas y fijarse nuevas metas u objetivos que le ayuden a volver a una vida funcional y favorezca la disminución de los síntomas depresivos.

En este punto es importante el acompañamiento por parte del terapeuta pero debemos empezar a fomentar mucho más su autonomía. Para ello le propondremos y ayudaremos a fijarse objetivos sencillos y coherentes a corto, medio y largo plazo, deben ser cosas que le motiven o que le motivasen antes del fallecimiento de su ser querido, y que le apetezca lograr. Tendremos que buscar con él situaciones favorables, apetecibles y realistas para evitar la frustración y posibles recaídas. En primer lugar, en un folio podemos pedirle que idee una rutina semanal con cosas que se vea capaz de volver a hacer, por ejemplo, retomar el gimnasio e ir una vez por semana, de forma progresiva, y en base a esta rutina, establecer esos objetivos, es decir, mi objetivo a corto plazo es simplemente volver a sacar del armario la ropa deportiva, ponérmela e ir una vez a la semana, pero a medio y largo plazo quiero volver a ir de la forma que lo hacía antes. Y así, ir ayudándole a que establezca distintas metas en diferentes ámbitos. La misma dinámica seguiremos posteriormente pero cambiando los objetivos según vaya avanzando en el proceso. Es importante destacar que la rutina debe ser el paciente quien la plantee mientras nosotros le acompañamos en el proceso, y podrá modificarse según se sienta capacitado o no.

Después podemos proponerle pasar la rutina del folio a una cartulina con rotuladores de forma que quede más visual y agradable a la vista, para aumentar la motivación de llevarlo a cabo. Esta rutina semanal se ve ampliada en el Anexo 4.

### **Sesión 12:**

La semana previa a finalizar la intervención, es decir, en la penúltima sesión y siempre que la situación y las circunstancias lo favorezcan según el criterio del terapeuta, se propone trabajar con el paciente con el objetivo de propiciar la recolocación emocional de todo lo acontecido como fin del proceso. Para ello, le podemos proponer por ejemplo, que escriba una carta, ésta puede tener la connotación que él decida, puede ser una carta de despedida hacia el fallecido ya que no tuvo la oportunidad de hacerlo, puede ser una carta dirigida al fallecido donde exprese cómo se siente y qué ha supuesto su marcha, o sobre lo que considere, el objetivo es la liberación emocional, el desahogo y tratar de cerrar fases, como la despedida, que no se habían dado y dificultaban elaborar correctamente el proceso de duelo. Después trataremos con el paciente qué hacer con la carta, si quiere quemarla, guardarla, llevarla a la tumba del fallecido o cualquier otra alternativa que decida.

### **Sesión 13:**

En esta última sesión se aplicará de nuevo el Inventario de Duelo Complicado (IDC) que aplicamos en la primera sesión, ya que nos servirá para comparar resultados y ver si ha habido mejorías tras todo el tratamiento o si arroja resultados similares. El mismo proceso lo repetiremos con el BDI-II y el STAI.

El objetivo perseguido es recapitular con la participación activa del paciente lo logrado durante estas semanas, qué avances ha habido y qué aspectos quedan aún por trabajar, aunque éstos deberían ser ya de carácter residual. Resultará imprescindible abordar la prevención de recaídas previa a darle el alta o a espaciar las sesiones, aunque es probable que necesitemos alguna sesión más para trabajar esto de forma progresiva. Para ello le pediremos que haga una lista de posibles barreras que considera que se puede ir encontrando y situaciones de riesgo y planificaremos con él cómo gestionarlas

pero tratando de transferirle la máxima directividad posible, que tome sus decisiones. El objetivo es que él mismo identifique una posible recaída pero que tenga las herramientas para identificarla y pedir ayuda o bien para gestionarla él mismo. Por ejemplo, si durante dos semanas no se siente animado a cumplir su rutina semanal debido a un malestar significativo motivado por pensamientos de nuevo recurrentes sobre el fallecido puede ser que esté experimentando un pequeño retroceso, normal en procesos de duelo, pero esencial que sea identificado y se trabaje para evitar un retroceso en el transcurso de la recuperación. En esta misma sesión además animaremos al paciente a que mantenga las estrategias que le están ayudando con la recuperación y se familiarice con llevarlo a cabo en ambientes naturales, es decir, en su casa o su lugar de confort y ya no tanto en la consulta. Para terminar, pautaremos sesiones de seguimiento y le explicaremos que continuamos estando disponibles para él pero ahora de una forma menos próxima.

**Sesiones 14, 15, 16 y 17:**

Estas sesiones serán sesiones de seguimiento y el objetivo de las mismas será que la persona vuelva a completar los instrumentos de evaluación y donde se valorará el progreso y las dificultades observadas, con el fin de producir los ajustes necesarios.

Por tanto, la sesión 14 se recomienda establecerla mínimo pasado un mes, aunque habremos de consensuarlo con la persona. Tras esto, y siempre basándonos en sus necesidades, intentaremos aumentar el tiempo entre sesiones, si en el seguimiento que hagamos pasado un mes observamos que el paciente se ha mantenido estable y continúa con el proceso de recuperación de forma adecuada, le podemos proponer fijar la siguiente, es decir, la sesión 15 en 3 meses y si se mantiene esta dinámica, la sucesiva podremos plantearla a los 6 meses y, por último, la sesión 17 al año aproximadamente. Será importante que seamos prudentes en nuestra explicación para no generarle una sensación de abandono que pueda hacerle retroceder o aumentar su ansiedad, si necesita acudir de nuevo al terapeuta deberá quedar claro que puede y debe hacerlo ya que para eso se ha trabajado con él la identificación de posibles señales de recaída y qué hacer si sucede.

## 5.6 Evaluación de la propuesta

La finalidad de la intervención propuesta es la mejora del proceso de duelo patológico y los síntomas asociados en familiares de personas que se suicidan pero el proceso de duelo es algo que con el paso del tiempo tras el fallecimiento también suele mejorar por sí solo, por lo que habrá que comprobar que la mejora de los pacientes se debe a la aplicación y correspondiente eficacia de la intervención, y no meramente al paso del tiempo. Se aplicarán tres cuestionarios, el Inventario de Duelo Complicado de Prigerson (1995) que se trata de un cuestionario cuya finalidad es determinar de la forma más exhaustiva posible las diferencias entre un duelo normal y un proceso de duelo patológico. Consta de 19 ítems con cinco categorías de respuesta en una escala tipo Likert de 0 a 4, su alfa de Cronbach es 0,94 por lo que tiene una fiabilidad bastante consistente. Utilizaremos su versión adaptada al castellano (Limonero et al., 2009)

Por otro lado, aplicaremos el Inventario de depresión de Beck-II o Beck Depression Inventory II (BDI-II) diseñado por Beck (1993), en su adaptación española publicada por Sanz et al., (2003). Se trata de un autoinforme que consta de 21 ítems en una escala tipo Likert con cuatro categorías de respuesta codificadas de 0 a 3, y con una buena fiabilidad (alfa de Cronbach de 0,901). Este cuestionario aporta información sobre lo relativo a la existencia de depresión en adultos y en qué grado, ya que los resultados determinan la posible existencia de mínima depresión, depresión leve, moderada o grave. Y por último, el State-Trait Anxiety Inventory o Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI) de Spielberg (1970) en su adaptación al castellano de Buela-Casal et al., (2011) empleada para la evaluación de la ansiedad en dos escalas de autoevaluación separadas como estado y como rasgo y cuyas puntuaciones pueden oscilar entre 0 y 60 puntos. En cuanto a su fiabilidad presenta un Alfa de Cronbach de 0,90 (Spielberg,1970).

Para evaluar la conveniencia de aplicar o no esta propuesta, se plantea la existencia de un grupo control paralelo al grupo que recibe la intervención y se compararán los resultados y posible mejoría de ambos grupos transcurridos los tres meses

aproximadamente que se han planteado de duración para el proceso de intervención psicológica.

Además, en la misma intervención se propone que el mismo cuestionario, el Inventario de Duelo Complicado de Prigerson, se aplique a los pacientes tanto en la primera sesión, sin haber abordado todavía ningún aspecto del proceso de la terapia, como en la última, tras haber trabajado todos los aspectos propuestos para la posible mejora del proceso de duelo. El mismo procedimiento se seguirá con el BDI II para comparar los síntomas depresivos y con el STAI para observar la curva de la ansiedad. La finalidad de esto es comparar los resultados de sendos cuestionarios y ver si ha habido una variación de los mismos, o si por el contrario arrojan resultados similares.

Por último, se recomienda llevar a cabo las sesiones de seguimiento pautadas anteriormente, al mes, tres, seis meses y finalmente al año, siempre marcado por la necesidad y progreso del paciente.

## **6. Conclusiones**

El duelo es un proceso normal que atravesamos las personas cuando nos enfrentamos a una pérdida significativa, como es la muerte. Sin embargo, existen diversos factores de riesgo que pueden intensificar y agravar este proceso, y la muerte por suicidio de un familiar es uno de ellos. Esto puede dar lugar al duelo patológico, éste se trata de un proceso con una sintomatología más intensa y duradera que dificulta el procesamiento y la superación de la pérdida. Algunas de las investigaciones consultadas en nuestra revisión bibliográfica han demostrado que una detección adecuada y una intervención especializada aminoran el impacto o desarrollo del proceso de duelo patológico. La propuesta de intervención aquí desarrollada está basada en las afirmaciones de la literatura científica consultada. Está ideada para poder abordar toda o gran parte de la sintomatología y consecuencias asociadas a esta problemática pero teniendo en cuenta la idiosincrasia de cada paciente. Además, se proponen diferentes técnicas para ahondar tanto en el plano cognitivo, como la reestructuración cognitiva como en el plano conductual, como la activación conductual y otras más específicas del tratamiento de

un duelo patológico como es el trabajo de la culpa. Sin embargo, se trata de una propuesta algo escasa de tiempo ya que está temporalizada en 13 sesiones más las 4 posteriores de seguimiento y pese a que se espera que dé resultados favorables si se aplica, habría que analizar con exactitud qué resultados arroja y ajustar las sesiones a las necesidades que se deduzcan de llevarla a cabo y a las necesidades de los pacientes.

En cuanto a las dificultades observadas, destaca la discrepancia entre los diferentes autores a la hora de establecer con certeza la existencia reconocida de un proceso de duelo complicado o patológico universal y concreto, y unas líneas de tratamiento específicas y de eficacia probada. A pesar de haberse demostrado en muchos estudios la eficacia de intervenir con las personas que sufren un duelo patológico, las intervenciones en este aspecto son escasas y en su mayoría están poco actualizadas sobre todo en la literatura consultada en español, bien es cierto que la revisada de carácter internacional sí aporta más evidencias. Es por este principal motivo que considero que esta propuesta puede ser de gran utilidad para la psicología y aportar una nueva manera de trabajar y ayudar a las personas que están atravesando esta difícil situación.

## 7. Referencias bibliográficas

- American Psychiatric Association - APA. (2013). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-5* (5a. edición). Editorial Médica Panamericana.
- Beck, A.T. y Steer, R.A. (1993). *Beck Depression Inventory Manual*. San Antonio, TX: The Psychological Corporation.
- Benítez, L. (2017). Características resilientes y maladaptativas en el proceso de duelo por suicidio en las familias. *Revista de psicoterapia relacional e intervenciones sociales*, (36), 57-68.
- Bo, Y. A. N., Raymond, S. K., y Amy, Y. M. (2021). The role of post-loss anxiety in the development of depressive symptoms and complicated grief symptoms: a longitudinal SEM study. *Journal of Affective Disorders*, 281, 649-656.
- Boelen P. A., de Keijser J, van den Hout MA, van den Bout J. (2007). Treatment of complicated grief: a comparison between cognitive-behavioral therapy and supportive counseling. *Journal of consulting and clinical psychology*, (75), 277–284. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.75.2.277>
- Bowlby J. (1999). *Vínculos afectivos. Formación, desarrollo y pérdida*. 3ª ed. Morata,1999. pp 107 8, 111.
- Buela-Casal, G., Guillén-Riquelme, A., y Seisdedos, N. (2011). STAI: Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo. Adaptación española (8ª ed.). Madrid: TEA Ediciones.
- Corr, C. A. (2020). Elisabeth Kübler-Ross and the “five stages” model in a sampling of recent American textbooks. *OMEGA Journal of Death and Dying*, 82(2), 294-322.
- Cuenca, I. M., y Álvarez, E. (2014). Tratamiento del duelo en Salud Mental: Una experiencia grupal. *Revista de psicoterapia*, 25(99), 115-133.
- De la Torre Martí, M. (2013). *Protocolo para la detección y manejo inicial de la ideación suicida*. Centro de Psicología Aplicada, Universidad Autónoma de Madrid. [https://psicologosemergenciasbalears.files.wordpress.com/2018/01/protocolo\\_ideacion\\_suicida.pdf](https://psicologosemergenciasbalears.files.wordpress.com/2018/01/protocolo_ideacion_suicida.pdf)



- Domínguez Mercado, D. L. (2018). *Duelo complicado por suicidio* (Doctoral dissertation, Universidad Autónoma de Aguascalientes). <http://hdl.handle.net/11317/1636>
- Fagundes, C. P., Brown, R. L., Chen, M. A., Murdock, K. W., Saucedo, L., LeRoy, A., y Heijnen, C. (2019). Grief, depressive symptoms, and inflammation in the spousally bereaved. *Psychoneuroendocrinology*, 100, 190-197.
- Flórez, S. D. (2002). Duelo. In *Anales del sistema sanitario de Navarra*, (25), pp. 77-85.
- García-Viniegras, C. R. V., y Pérez Cernuda, C. (2013). Duelo ante muerte por suicidio. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 12(2), 265-274.
- Gutiérrez-García, A. G., Contreras, C. M., y Orozco-Rodríguez, R. C. (2006). El suicidio, conceptos actuales. *Salud mental*, 29(5), 66-74.
- Imaz, J. A. (2013). Familia, suicidio y duelo. *Revista colombiana de psiquiatría*, (43), 71-79.
- Lenferink, L. I., Boelen, P. A., Smid, G. E., y Paap, M. C. (2021). The importance of harmonising diagnostic criteria sets for pathological grief. *The British Journal of Psychiatry*, 219(3), 473-476.
- Limonero, JT, Lacasta, M., García, JA, Maté, J., y Prigerson, HG (2009). Adaptación al castellano del inventario de duelo complicado. *Medicina Paliativa*, 16 (5), 291-297.
- López, E. M. (2017). Duelo patológico, tratamiento con psicoterapia narrativa. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 20(1), 321-337.
- Nakajima, S. (2018). Complicated grief: recent developments in diagnostic criteria and treatment. *Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences*, 373(1754), 20170273.
- Oviedo, S, Parra, F. (2009). La muerte y el duelo. *Revista de enfermería global*, 8, 1-9.

- Parro-Jiménez, E., Morán, N., Gesteira, C., Sanz, J., y 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.
- Prigerson, H. G., Maciejewski, P., Reynolds, C. F., Bierhals, A. J., Newsom, J. T., Fasiczka, A., Franco, E., Doman, J., Miller, M. (1995). Inventory of complicated grief: a scale to measure maladaptive symptoms of loss. *Psychiatry*, 59, 65-79.
- Quintanar, F. (2019). *Comportamiento suicida: perfil psicológico y posibilidades de tratamiento*. Editorial Pax México.
- Regalado, D. C. (2018). *Predictores de la culpa en el duelo complicado* (Doctoral dissertation, Universidad Camilo José Cela). <https://dialnet.unirioja.es/servlet/dctes?codigo=285583>
- Romero, V. (2013). Tratamiento del duelo: exploración y perspectivas. *Psicooncología*, 10(2/3), 377-392.
- Sanz, J., Perdigón, A., & 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.
- Shear K. (2010). Complicated grief treatment: The theory, practice and outcomes. *Bereave Care*, 29(Suppl 3):10-4. <https://doi.org/10.1080/02682621.2010.522373>
- Shear, K., Boelen, P. A., y Neimeyer, R. A. (2011). *Treating complicated grief converging approaches*. Routledge.
- Spielberger, C.D., Gorsuch, R. y Lushene, R. (1970). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologist.
- Vargas Solano, R. E. (2003). Duelo y pérdida. *Medicina Legal de Costa Rica*, 20(2), 47-52.

Wittouck C., Van Autreve S., De Jaegere E., Portzky G., van Heeringen K. (2011).

The prevention and treatment of complicated grief: a meta-analysis. *Clin.*

*Psychol.* (31), 69–78. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2010.09.005>

Worden, J.W. (2004). *El tratamiento del duelo: asesoramiento psicológico y terapia.*

Paidós.

## **8. Anexos**

### **8.1. Anexo 1. Ejemplo del diario de las emociones.**

En este anexo exponemos un ejemplo de cómo sería el diario de emociones propuesto al paciente para poder identificar qué pensamientos o situaciones le generan el malestar, si sabe reconocer las emociones que está experimentando y cómo reacciona ante las mismas.

-Situación: ¿Qué me genera el malestar?

-Emoción: ¿Qué siento en ese momento?

-Reacción: ¿Cómo actúo? ¿Lo identifico? ¿Le pongo nombre a lo que estoy sintiendo?

Ejemplo 1: Cuando pienso en el fallecido me siento triste y con angustia, y para solucionarlo me meto en la cama.

Ejemplo 2: Cuando mis amigos me proponen planes siento pereza y apatía, y para solucionarlo me invento una excusa para no tener que acudir.

Ejemplo 3: cuando veo una foto del fallecido o un recuerdo suyo siento rabia e impotencia y reacciono escondiendo y evitando ver cualquier cosa que me recuerde a él/ella.

## **8.2. Anexo 2. Ejemplo de relajación muscular progresiva de Jacobson.**

En este espacio se desarrolla en qué consiste la técnica de la relajación muscular progresiva de Jacobson tal y como se lo explicaremos al paciente previo a su aplicación. El objetivo es lograr que la persona aprenda a identificar qué situaciones le generan tensión y conseguir relajarse ante las mismas. Es una técnica que se debe realizar sin prisa ni presión, sin tiempo límite y en un espacio tranquilo y sin ruidos o interrupciones. Consta de varias fases, la primera es la relajación de brazos y vamos a focalizar nuestra atención en la tensión que generamos en este caso, en el puño derecho primero, durante unos 10 segundos vamos a apretarlo y a prestar atención a la tensión que se prolonga desde el puño hasta el hombro. Este proceso se repetirá con distintas partes y movimientos de nuestros brazos. A continuación, trataremos de relajar la cara, el cuello y los hombros, la finalidad es la misma que en el anterior grupo muscular, pero variando la zona y los ejercicios. La fase tres se trata de relajar el pecho, el estómago y el vientre y siguiendo el mismo patrón, la última fase se centra en las caderas, muslos y pantorrillas finalizando con la relajación de todo el cuerpo.

### **8.3. Anexo 3. Ejemplo de aplicación de Reestructuración Cognitiva.**

El Anexo 3 está diseñado para ejemplificar la técnica de reestructuración cognitiva que hipotéticamente realizaríamos con el paciente. Se basa en dar porcentajes a diferentes situaciones planteadas que preocupan a la persona para disminuir así su atribución de culpa, algo bastante habitual en fallecimientos de esta índole, la impotencia o cualquier emoción o situación que le genere malestar.

Para trabajar la atribución irracional de culpa, le preguntaremos en qué porcentaje cree que lo que ocurrió es realmente culpa suya como él mismo manifiesta. En principio el paciente lo puntuará en torno a 80-90-100%, pero ahí empezaremos a buscar otros factores que han podido influir y desarrollaremos con él una lista otorgándoles también un tanto por ciento. De esta forma, podremos por ejemplo, si estaba enfermo y/o tenía depresión plantearle que cuánto cree que esto puede haber influido, y que el paciente anote el peso que cree que ha podido tener cada factor, por ejemplo, un 30%. El objetivo será que él mismo vea como el porcentaje que un primer momento se había atribuido, inevitablemente se reduce, ya que ahora en vez de un 80% de culpa nos quedaríamos con un 50%. Repetiremos el proceso con más ejemplos o situaciones acordes al historial del paciente y de la persona fallecida, por ejemplo, el fallecido había perdido su empleo y estaba teniendo dificultades económicas graves, ¿en qué porcentaje cree el paciente que esto ha podido influir?, él lo valora en un 20% ya que tenía dificultades incluso para pagar el alquiler (por ejemplo). De esta forma, el porcentaje inicial propio de culpa se ha reducido a un 30% frente al 80% que planteó al comienzo de la sesión. Así sucesivamente y con diferentes refutaciones según las circunstancias que rodeen al paciente, al fallecimiento, etc.

Si observamos que el paciente no tiene un sentimiento de culpa tan intenso como en el ejemplo que planteábamos previamente, sino que, simplemente se siente impotente o triste por no haber actuado de otra forma, podemos emplear la misma técnica pero enfocada a que valore si en ese momento, con la información que tenía actuó adecuadamente.

#### 8.4. Anexo 4. Ejemplo de rutina semanal.

A continuación proponemos un ejemplo de rutina semanal que podría realizar el paciente. Es importante que esté ajustada a sus objetivos y que sea realista para evitar frustración o malestar añadido. En primer lugar le pediremos que proponga tres objetivos que se quiere plantear a corto plazo, y otros 3 a medio plazo, y a largo plazo, y en base a esto elaboraremos una rutina con los mismos, empezando con los más próximos.

Objetivos a corto plazo:

- Volver a ponerme la ropa del gimnasio y conseguir ir de nuevo.
- Retomar el contacto presencial con mi grupo de amigos y hacer de nuevo planes con mi pareja.
- Recuperar mis hábitos saludables de alimentación.

	<b>MAÑANA</b>	<b>TARDE</b>
<b>LUNES</b>	Trabajo + Ir a hacer la compra en vez de por internet.	Buscar la ropa del gimnasio y descargar de nuevo la aplicación para apuntarse a las clases.
<b>MARTES</b>	Trabajo	Cocinar cena saludable. Receta favorita.
<b>MIÉRCOLES</b>	Trabajo + Paseo hasta el gimnasio y observar mis sensaciones.	Ir al gimnasio. 30 minutos. Hacer ejercicio ligero, según nos sintamos.
<b>JUEVES</b>	Trabajo	Cocinar saludable, invitar a la pareja a cenar si nos sentimos cómodos ese día.
<b>VIERNES</b>	Trabajo + Pedir al grupo de amigos hacer un plan tranquilo, (para ver primeras sensaciones). Por ejemplo: cena en casa de alguien en vez de	Acudir al plan, el tiempo que consideremos.

PROPUESTA DE INTERVENCIÓN PARA UN DUELO PATOLÓGICO EN FAMILIARES ANTE UNA MUERTE POR SUICIDIO

---

	restaurante con mucha gente.	
<b>SÁBADO</b>	Ir al gimnasio. 30 minutos y ejercicio ligero de nuevo.	Plantear con la pareja un plan tranquilo, por ejemplo: ir al cine.
<b>DOMINGO</b>	Mañana libre.	Cocinar saludable y paseo con amigos.