



UNIVERSITAS
Miguel Hernández

Grado en Psicología

Trabajo de Fin de Grado

Curso 2021/2022

Convocatoria Junio



Modalidad: Estudio de caso único

Título: Intervención cognitivo-conductual y aplicación de escritura expresiva a un caso de duelo complejo persistente

Autor: Andrés Roberto Traistaru Descultu

Tutor: Diego Macià Antón

Elche, a 1 de junio de 2022

Índice

1. Resumen.....	3
2. Introducción.....	5
3. Método.....	9
3.1. Identificación del paciente y motivo de consulta.....	9
3.2. Historia del problema.....	10
3.3. Estrategia de evaluación.....	11
3.4. Formulación clínica del caso.....	17
3.5. Tratamiento. Objetivos, técnicas y aplicación.....	18
4. Resultados.....	22
5. Discusión.....	26
Referencias.....	28
Tabla 1.....	14
Tabla 2.....	15
Tabla 3.....	15
Tabla 4.....	20
Tabla 5.....	23
Figura 1.....	14
Figura 2.....	16
Figura 3.....	24
Figura 4.....	25
Figura 5.....	25

1. Resumen.

El objetivo de este estudio es presentar el tratamiento que se le dio a un caso de Duelo Complejo Persistente (DCP). Marta es una mujer de 35 años, que experimenta el fallecimiento de su pareja por covid-19, tras una discusión sin resolver. Eso le ha provocado un patrón de autoinculpación y desesperanza notablemente marcado. La evaluación se realizó mediante una entrevista semiestructurada, tres pruebas autoinformadas (ICD, BDI-II y SA-45) y dos autorregistros (sueño y actividades diarias). La propuesta terapéutica vino conformada por la Terapia Cognitivo-Conductual y el programa de escritura expresiva *Transform Your Health: Writing to Heal*. La intervención contó con la participación de la hermana de la paciente, en momentos puntuales, en calidad de coterapeuta. El tratamiento tuvo una duración de 18 sesiones: las sesiones 1-3 estuvieron dedicadas a la investigación de la casuística; las sesiones 4-16 comprendieron el desarrollo del tratamiento; la sesión 17 se dedicó a la evaluación post-tratamiento; y, finalmente, la sesión 18 se dedicó a la comunicación de los resultados. Los resultados permiten observar mejoras significativas tanto en la sintomatología de duelo, como en la adaptación de la paciente a una "nueva realidad" sin el ser querido fallecido.

Palabras clave: experimento de caso único, duelo complejo persistente, terapia cognitivo-conductual, escritura expresiva, covid-19

Abstract

The aim of this study is to introduce the treatment applied in a Persistent Complex Bereavement Disorder case. Marta is a 35-years-old woman, that experienced the loss of her couple by covid-19, after an argument without resolution. It has caused her an remarkable pattern of autoaccusation and hopeless. The assessment was done through a semistructured interview, three tests (ICD, BDI-II and SA-45) and two self-records (sleep and daily activities). The therapeutic proposal was formed by the Cognitive Behavioural Therapy and the Transform Your Health: Writing to Heal expressive writing program. The intervention count on the participation of the patient's sister, in detailed moments, in the role of cotherapist. The treatment had a 18-sessions duration: sessions 1-3 were devoted to the casuistry investigation; sessions 4-16 contained the treatment development; session 17 was devoted to the post-treatment assessment; and, finally, session 18 was given to the communication of results. The results allow to observe meaningful improvements both in the grief symptomatology and in the patient's adaptation to a "new reality" without the passed away loved one.

Key words: single case experimental, persistent complex bereavement disorder, cognitive-behavioural therapy, expressive writing, covid-19



2. Introducción.

El duelo es la reacción emocional ante la pérdida. Un proceso que rebasa el plano clínico-mental, y que debe entenderse desde la integridad del individuo en todas sus dimensiones vitales (García-Hernández, 2020). El duelo no es un trastorno psicopatológico, aunque a veces sí que puede derivar en cuadros clínicos disfuncionales, considerándose duelo patológico (Nomen-Martín, 2018). La diferencia entre un duelo normal y uno patológico o complicado, reside (1) en la intensidad de la sintomatología, y (2) en la duración del proceso (Echeburúa y Herrán Boix, 2007).

Al referir un proceso patológico de duelo, se habla del trastorno de duelo complejo persistente (DCP) (American Psychiatric Association, 2014). Según Echeburúa y Herrán-Boix (2007) hay 2 tipos de sintomatología: (1) de naturaleza psicológica-mental-emocional, como desbordamiento, alucinaciones referidas hacia el fallecido, culpabilidad, irritabilidad hacia terceras personas, aislamiento social, falta de autocuidados, entre otros; y (2) sintomatología de naturaleza conductual-física, como abuso de sustancias, trastornos del sueño, falta de apetito, fatiga, dolores musculares, somatización, entre otros. En relación al criterio temporal del DCP no hay consenso (Weir, 2020). Mientras que el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (American Psychiatric Association, 2014) mantiene que se deben cumplir 12 meses desde el fallecimiento del ser querido, la Clasificación Internacional de Enfermedades (World Health Organization, 2019) propone un periodo de 6 meses para diagnosticar el duelo complicado.

A pesar de la disparidad de definiciones o criterios, hay un elemento nuclear común: la incapacidad que le es generada al individuo de seguir con su propia vida, adaptándose a una “nueva realidad” sin la persona fallecida (Trembl et al., 2020). El DCP no es un estado pasajero, ni mejora con el tiempo. Lejos de esperar patrones autónomos de resiliencia tras la pérdida, sin intervención profesional el problema se puede llegar a mantener indefinidamente (Bonanno et al., 2002; Shear, 2015).

La secuencia de curso que lleva al DCP es la siguiente: pérdida – proceso (normal) de duelo – proceso patológico de duelo (Echeburúa y Herrán-Boix, 2007). Nomen-Martín (2018) señala que algunos factores de riesgo que hacen que un duelo normal derive en uno patológico pueden ser: (1) vinculación afectiva con la persona fallecida; (2) tipo de muerte, como una prematura, inesperada y/o trágica; y (3) las circunstancias que rodean a la pérdida, aludiendo al componente idiográfico de cada caso. Por su parte, Boelen y Lenferink (2019) indican que ser mujer, joven, la cercanía temporal de la pérdida, la pérdida por muerte no

natural o la pérdida de un hijo o cónyuge, pueden ser posibles variables sociodemográficas que predigan el desarrollo de una afección psicopatológica tras la pérdida. Asimismo, se sabe que la severidad de las reacciones iniciales ante la defunción, pueden ser un predictor de la severidad de futuras respuestas a la pérdida (Boelen et al., 2019). Esto último anima a la realización de evaluaciones tempranas en personas que encajen con los factores de riesgo indicados.

Hasta la pandemia COVID-19, ningún estudio había tenido la posibilidad de estudiar el duelo patológico tras una epidemia o pandemia (Gesi et al., 2020). Con todo ello, en el contexto actual, se ha desatado la “tormenta perfecta” para que se desarrollen cuadros patológicos de duelo (Diolaiuti et al., 2021; Weir, 2020). Como afirmaba Albert Camus, desde su absurdismo, la muerte es un interrogante existencial para el ser humano. No obstante, las sociedades occidentales y primermundistas, en el presente, no están arraigadas a una perspectiva de trascendencia existencial o de anticipación de la muerte. Parece como si nadie se dignara en hablar de ese inesperado final (Rodríguez-Marín y Neipp-López, 2008). Por consiguiente, las propias idiosincrasias sociales han mostrado la desnudez del ser humano occidental frente a lo existencial de la muerte, además problemática, probablemente, debido al contexto pandémico (Fernández-Alcántara et al., 2017).

A pesar de que a finales de los años 90', ya se consideraba una diferenciación de un nuevo cuadro psicopatológico del duelo (Prigerson, Frank, et al., 1995), la inserción del trastorno por DCP en el DSM-5 no estuvo libre de crítica (Boelen y Prigerson, 2012). A día de hoy, el DSM-5-TR (versión más reciente del DSM) (American Psychiatric Association, 2022) reconoce el DCP como una entidad nosológica diferenciada (Moran, 2022). Sin embargo, todavía siguen vigentes los esfuerzos que buscan reducir la heterogeneidad clínica inicial del trastorno y conocer específicamente cada elemento concreto del trastorno (Boelen, 2021; Robinaugh et al., 2022).

En este sentido, ciertos estudios han intentado definir el diagnóstico diferencial entre el DCP y los trastornos de depresión mayor (TDM) y el de estrés postraumático (TEPT) (Boelen, 2021; Boelen et al., 2010; Geronazzo-Alman et al., 2019), concluyendo todos ellos en la diferenciación del DCP frente a los demás cuadros psicopatológicos. Ciertos estudios basados en el análisis de redes han intentado mapear los aspectos nucleares del DCP frente al TDM y al TEPT (Malgaroli et al., 2018; Robinaugh et al., 2014). Se descubrió que los principales nodos del DCP fueron la confusión de rol, la falta de significado y el sentimiento de soledad. Respecto al TDM, se halló una clara distinción entre ambos trastornos, aunque con algunos puntos de comorbilidad. En este sentido, la American Psychiatric Association

(2014) señala que las principales diferencias residen en los afectos predominantes, el curso del trastorno, la autoestima del individuo y los posibles pensamientos de muerte. Respecto al TEPT, la diferenciación es menos clara que entre el DCP y el TDM. Ahora bien, las principales diferencias residen en que en el DCP predominan las dificultades de readaptación, mientras que en el TEPT sobresalen la hiperactivación y la hipervigilancia.

Antes de la pandemia COVID-19, los índices de prevalencia del DCP oscilaban entre 2-7% en población general (Gesi et al., 2020). Actualmente, en el contexto pandémico, no hay diferencias significativas con el periodo pre-pandemia (Rosner et al., 2021). Eisma y Tamminga (2020), desarrollando un estudio pionero en dicho campo, prevén que los valores de prevalencia puedan incrementar a partir de la pandemia, lo cual alude a la necesidad de seguir investigando el DCP.

El proceso de duelo ante la pérdida se puede entender desde un gran espectro de perspectivas y modelos teóricos (Jaramillo-Serna y Oquendo-Estrada, 2013; Nomen-Martín, 2018). La manera de ayudar y de comprender el duelo dependerá de las necesidades específicas de cada caso (Echeburúa y Herrán-Boix, 2007).

Con el fin de explicar el trastorno de DCP, Shear y Gribbin-Bloom (2017) proponen una visión que oscila entre lo nomotético y lo idiográfico. Lo nomotético, entendiendo el duelo como una conducta innata, natural y generalizada en el ser humano. En este sentido, se han propuesto modelos que alegan aspectos comunes en el curso del duelo (Kübler-Ross, 1969; Kübler-Ross y Kessler, 2017; Lacasta-Reverte et al., 2014). En cuanto a lo idiográfico, se entiende el duelo como un proceso específico, una visión que respeta lo particular de la casuística en cada individuo (idiosincrasias personales, experiencias pasadas, relación con el fallecido, etc.). Shear (2015) señala que lo problemático del DCP es la prolongación del proceso natural del duelo. Al prolongarlo mayormente, se imposibilita la readaptación del individuo.

La conceptualización que la Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) hace del duelo (Boelen et al., 2006) se basa en tres procesos nucleares: (1) déficit de integración de la pérdida en el conocimiento autobiográfico, es decir, aunque la persona está constantemente pensando en el fallecido, la pérdida todavía se concibe como un evento irreal; (2) los pensamientos globales negativos y las malinterpretaciones de las reacciones del duelo, destacando además la posible presencia de pensamientos de autoinculpación (“murió por mi culpa”), que aumentan el impacto emocional; y (3) las estrategias de evitación ansiosa y/o depresiva, es decir, evitación ansiosa como la evitación hacia todo aquello que recuerde la

pérdida, y la evitación depresiva como aquella que imposibilita toda actividad que propicie la adaptación tras la pérdida (véase también Boelen, 2021).

La TCC, según la propuesta de Boelen et al. (2006), trata el DCP mediante técnicas como la psicoeducación, exposición (en imaginación, en vivo, experimentos conductuales), reestructuración cognitiva, supresión del pensamiento, exposición con prevención de respuesta y activación conductual. La distribución de sesiones se basa tanto en las pautas de los procedimientos a los que los autores remiten, como en el criterio terapéutico del profesional.

En la actualidad, la TCC se presenta como una de las principales opciones de tratamiento para el DCP (Crunk et al., 2017; Fernández-Alcántara et al., 2017; Neimeyer y Currier, 2009; Romero, 2014), y, de manera más específica, se alude a la conceptualización realizada por Boelen y colaboradores (2006). Tanto la *American Psychological Association* (Weir, 2020), así como la *Australian Psychological Society* (Morris, 2011), consideran la TCC como un marco teórico y aplicado de notable utilidad para entender y tratar el DCP. Diversos estudios otorgan evidencia empírica al respecto (Boelen et al., 2007; Bryant et al., 2014, 2017), así como estudios de metaanálisis (Johannsen et al., 2019; Wittouck et al., 2011). Además de ello, cabe destacar que abordajes terapéuticos con una perspectiva más ecléctica se fundamentan, asimismo, en la TCC, adoptando técnicas nucleares de dicho posicionamiento (Shear y Gribbin-Bloom, 2017). La SECPAL aunque no lo explicita, plantea pautas de intervención para el duelo basadas en técnicas de la TCC (Lacasta-Reverte et al., 2014).

Según (Payás-Puigarnau, 2010), en casos de duelo donde se necesita promover la integración de la pérdida, es deseable introducir protocolos terapéuticos que faciliten la expresión de los sentimientos de dolor y sufrimiento. Se destaca el paradigma de escritura expresiva de James Pennebaker (1997). Diversos estudios han evidenciado que la escritura expresiva favorece el procesamiento emocional y promueve la mejoría en sintomatología de duelo (Harrington et al., 2018; Kovac y Range, 2000; O'Connor et al., 2004; Range et al., 2010). Asimismo, la escritura expresiva es contemplada por estudios de metaanálisis como una alternativa terapéutica validada para casos de DCP (Johannsen et al., 2019; Wittouck et al., 2011). Con el tiempo, se identificaron ciertas limitaciones en el paradigma original, por lo que se desarrolló un programa optimizado: *Transform Your Health: Writing to Heal* (Pennebaker y Evans, 2014). Dicho programa de tratamiento se basa en 6 semanas y 6 tipos de escritura expresiva. El programa se fundamenta en actividades de escritura que el paciente debe realizar de manera autónoma, con la supervisión opcional de un profesional, revisando en consulta las tareas realizadas. El programa ha sido evaluado con resultados positivos,

demostrando su efectividad (Bechard et al., 2021; Glass et al., 2019). Para evaluar la efectividad del componente terapéutico en el caso, el programa cuenta con una encuesta que se aplica tras cada ejercicio de escritura.

Con todo ello, en palabras de Echeburúa y Herrán-Boix (2007):

El objetivo de la intervención no es olvidar al ser querido muerto, sino recolocar al fallecido en el espacio psicológico biográfico del superviviente. Es decir, se trata de recordar al ser querido sin que este recuerdo bloquee el compromiso del superviviente con la vida (p. 42).

El rol del terapeuta consistirá en ser acompañante de la persona necesitada. El tratamiento consistirá en contribuir mediante los conocimientos específicos en el campo de la pérdida, y proveer recursos al paciente, con el fin último de que éste pueda reconocer los obstáculos inherentes del proceso, y encontrar nuevos proyectos vitales en esta “nueva realidad” sin el ser querido fallecido (Shear y Gribbin-Bloom, 2017).



3. Método.

3.1. Identificación del paciente y motivo de consulta.

Marta es una mujer de 35 años, directiva en una multinacional. Se presenta en consulta motivada por su hermana, ya que refiere tener problemas emocionales persistentes desde hace varios meses.

Durante la segunda ola de la pandemia en España, ella y su esposo (David, 33 años) se contagiaron de COVID-19. Los primeros días los pasaron en casa, con medicación prescrita, a la espera de ver cómo evolucionaba la enfermedad. Esos días discutieron fuertemente, ya que Marta acusó a su esposo de ser el responsable de que estuvieran contagiados por su comportamiento imprudente. Debido a su confinamiento, la paciente vio mermada su productividad laboral y eso la enfureció.

Días más tarde su marido empeoró y fue al hospital. Falleció una semana más tarde.

Marta no llegó a resolver esa discusión, ni a despedirse adecuadamente. La culpa la atormenta desde entonces. Presenta rumiaciones constantes que le dificultan funcionar

durante el día. Entre lágrimas relata: “Estaba cegada por mi egoísmo, y no me di cuenta de que David estaba empeorando. Si me hubiera dado cuenta antes, puede que todo no hubiera acabado así”.

Muestra desinterés por actividades que antes la motivaban, y refiere no tener ganas de salir de casa. Presenta dificultades para dormir, y pesadillas en las que sale su difunto marido. En relación a su trabajo, Marta se halla de baja laboral por enfermedad desde entonces.

Antes del suceso vivía con su marido, pero ahora vivir sola refiere ser “muy deprimente”. Por ello desde hace varias semanas, se ha trasladado a la casa de su hermana (Isabel, 33 años) y su cuñado (Esteban, 32 años). Mantiene tener una buena relación con ellos: “Desde lo que pasó han sido un apoyo fundamental, me han acogido como a una hija”. Marta relata también que su hermana se ha preocupado al verla tan baja de ánimo estas últimas semanas. Por ello, le sugirió buscar ayuda profesional y la acompañó en dicho proceso.

3.2. Historia del problema.

Marta tenía 4 años cuando su madre falleció en un repentino accidente de tráfico. La paciente relata tener una imagen vaga de ella. Recuerda haber llorado siendo niña y ver llorar a su padre durante esos días. Sin embargo, no le afectó más allá porque no era “del todo consciente” de lo que pasaba, según refiere.

Desde entonces el núcleo familiar estuvo compuesto por su padre, su hermana menor y ella. En sus palabras, “fueron buenos años”. El padre se esforzó por mantener el hogar y pasar tiempo con sus dos hijas. Aunque era una tarea ardua, su buen puesto de trabajo le permitió hacer frente a la pérdida de la madre, en ese sentido. La dinámica familiar fue una positiva, la paciente refiere haber tenido relaciones significativas tanto con su padre como con su hermana menor.

A los 27 años, Marta tuvo que enfrentar la muerte de su padre por un cáncer terminal. El diagnóstico le ofreció varios meses de vida. El padre falleció 8 meses después del diagnóstico. La paciente refiere normalidad en el duelo. “Pasamos mucho tiempo los tres juntos. Me acuerdo llorar abrazados, de salir a pasear en silencio. Fueron meses de profunda tristeza... de despedida”. La paciente relata que el duelo después del fallecimiento duró unos meses, “menos de un año”. Desde entonces, el trabajo se convirtió en un área vital de gran

relevancia: “Con perseverancia y centrándome en mis labores, el trabajo llegó a ser una vía de escape para mí”.

Dos años después, Marta conoce a David y en escasos meses deciden irse a vivir juntos.

Con el tiempo, Marta va promocionando en su empresa, y esto hace que necesite mayor dedicación al trabajo. Por falta de tiempo y comunicación, la paciente relata que comenzaron a tener problemas de pareja, por lo que decidieron acudir a un terapeuta familiar. Tras un periodo de intervención todo se resolvió bajo las siguientes pautas: David tendría que fomentar una comunicación asertiva con Marta, mientras que ella debería encontrar un equilibrio entre el tiempo de trabajo y el tiempo de pareja.

El momento de su contagio y el posterior fallecimiento de David, se produjo en un momento de gran demanda para su empresa. Marta estaba “volcada” en los quehaceres de su departamento, y admite haber descuidado temporalmente las pautas terapéuticas de gestión del tiempo acordadas. Por ello, la paciente presenta una intensa culpabilidad y constantes rumiaciones.

Aunque la iniciativa de buscar ayuda fue de su hermana, Marta refiere estar motivada para poder enfrentar su problemática.

Véase la Figura 1 para un apoyo visual.

3.3. Estrategia de evaluación.

Al acudir a consulta, la evaluación comienza con una entrevista semiestructurada de elaboración propia por parte del centro de salud. En ella se identifican 2 elementos: duelo complicado (no resuelto) y sintomatología depresiva. Se procede a profundizar en la evaluación de dichos indicios.

Por una parte, la evaluación del caso se basó en una evaluación test-retest (pre- y post-tratamiento), en la cual se administraron los siguientes instrumentos:

- *Inventory of Complicated Grief* (ICG; Prigerson, et al., 1995); adaptación al castellano de Limonero-García et al., 2009). Instrumento de cribaje que evalúa la diferenciación entre duelo normal y patológico. Cabe destacar que el ICD es un instrumento de

evaluación recomendado por la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL) en su protocolo de actuación a la atención al duelo (Lacasta-Reverte et al., 2014). Conformado por 19 ítems, agrupados en 3 factores: (1) recuerdos del difunto, (2) sensación de vacío y (3) presencia-vivencia con la persona fallecida. Los ítems se presentan en escala tipo Likert de 5 puntos (donde 0="Nunca" y 4 ="Siempre"). La consistencia interna demuestra una notable fiabilidad (α de Cronbach=0,88), y se demuestra también una correcta validez (KMO=.80; Barthlett: $p<.01$; Validez convergente: $r=.0217-.43$, $p<.01$ con las escalas comparadas). La corrección del instrumento se basa en puntuaciones directas: a mayor puntuación, mayor gravedad. El punto de corte que permite identificar el duelo complicado es PD=25. Los resultados obtenidos muestran un duelo patológico (PD=52).

- *Beck Depression Inventory-II* (BDI-II; Beck et al., 1996; adaptación al castellano de Sanz et al., 2003). Instrumento para medir la gravedad de la sintomatología depresiva. Conformado por 21 ítems, agrupados en 2 factores: (1) sintomatología cognitivo-afectiva, y (2) sintomatología somático-motivacional). Los ítems se presentan en escala de 4 puntos (de 0 a 3). La consistencia interna es una elevada (α de Cronbach=.87). La validez de contenido se asegura, ya que el instrumento cubre los criterios diagnósticos propuestos en el DSM-IV para el TDM. La corrección del instrumento se basa en puntuaciones directas: a mayor puntuación, mayor gravedad. Puntuaciones mayores de 13 indican sintomatología depresiva leve, y mayores de 19 sintomatología depresiva moderada. Los resultados obtenidos muestran sintomatología depresiva leve (PD=14), con énfasis en el componente cognitivo-afectivo (culpa y autocrítica). Se detectan patrones de hipersomnia (ítem 16 junto con información referencial del paciente). Se descarta ideación autolítica.

Para descartar otras afecciones, además de las identificadas mediante la entrevista semiestructurada, se utiliza:

- *Symptom Assessment-45 Questionnaire* (SA-45; Davison et al., 1997; adaptación al castellano de Sandín et al., 2008). Instrumento de evaluación general de la psicopatología. El cuestionario está conformado por 45 ítems, que se agrupan en 9 escalas (5 ítems por escala): (1) somatización, (2) obsesión-compulsión, (3) sensibilidad interpersonal, (4) depresión, (5) ansiedad, (6) hostilidad, (7) ansiedad fóbica, (8) ideación paranoide y (9) psicoticismo. Los ítems se presentan mediante escalas tipo Likert de 5 puntos (de 0 a 4). La fiabilidad es notablemente elevada (α de Cronbach=.95). Las correlaciones halladas en el estudio de validez convergente y discriminante avalan las propiedades del instrumento. Los resultados confirman la sintomatología depresiva (PD=18), y posibles reacciones ansiógenas puntuales

(PD=10). Se descubre sintomatología fóbica que la paciente presenta hacia los reptiles (PD=15). Se descartan otras psicopatologías.

La evaluación pre-tratamiento tuvo lugar en las sesiones 1 y 2, mientras que la evaluación post-tratamiento tuvo lugar en la sesión 17.

Por otro lado, para evaluar la evolución del tratamiento se utilizaron tres autorregistros:

- *Autorregistro de sueño* (Tabla 1), como medida indirecta de la sintomatología depresiva y asociada al DCP. El individuo registra la fecha, la duración del sueño nocturno (hora de acostarse y despertarse), y la calidad del sueño (mediante una escala de 0 a 10).
- *Autorregistro de actividades diarias* (Tabla 2), como parte del procedimiento de activación conductual. Mediante el instrumento se recaba información sobre las actividades realizadas durante el día, enfatizando la frecuencia de actividades gratificantes realizadas.
- *Autorregistro de distorsiones cognitivas* (Tabla 3), como parte de la técnica de reestructuración cognitiva. El instrumento aplica en recabar información sobre las distorsiones cognitivas, enfatizando la autoinculpción crónica. Se destaca el parámetro de frecuencia.

La evaluación de la línea base tuvo lugar a lo largo de las 3 primeras semanas. La evolución del tratamiento fue evaluada hasta la semana 17. Los autorregistros se plantearon como una tarea para casa permanente durante la totalidad del tratamiento.

Finalmente, para la evaluación del programa de escritura expresiva se utilizó el siguiente instrumento (semanas 12-17):

- *Encuesta post-escritura*, instrumento conformado por 4 ítems cuantitativos, presentados en escala de 11 puntos (de 0 a 10), que miden (1) profundidad cognitivo-emocional, (2) grado de tristeza o sentimiento de molestia, (3) sentimiento de felicidad y (4) utilidad percibida. Para finalizar hay un ítem cualitativo, para anotar la percepción subjetiva del paciente.

Figura 1

Historia familiar y de pérdidas

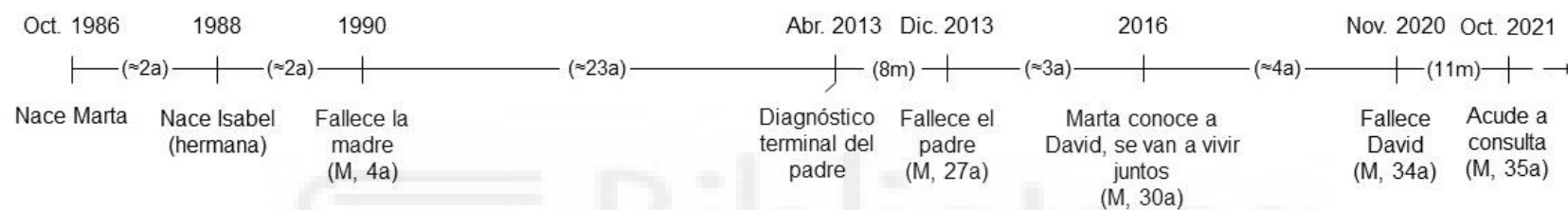


Tabla 1

Autorregistro del sueño

FECHA	HORA ACOSTARSE	HORA DESPERTARSE	TOTAL DE HORAS DORMIDAS	CALIDAD DEL SUEÑO (0-10)
25/04	23:45	07:15	7,5h	6

Tabla 2*Autorregistro de actividades diarias*

Hora	L	M	X	J	V	S	D

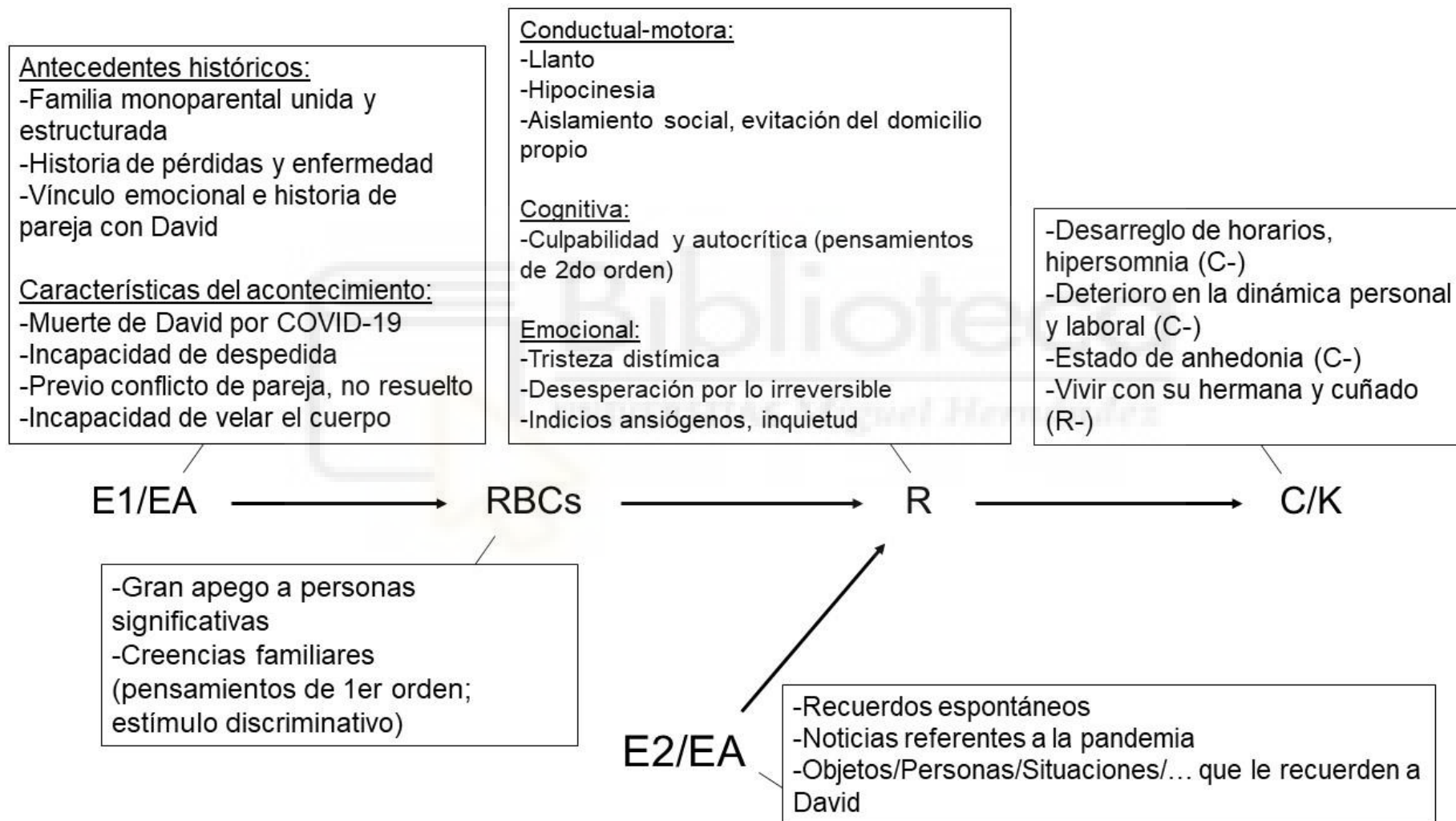
Fuente: Lejuez et al., 2001.

Tabla 3*Autorregistro de distorsiones cognitivas*

FECHA/HORA	ANTECEDENTES	PENSAMIENTO / VERBALIZACIÓN COGNITIVA	CONSECUENTES
25/04; 15:33	En casa, después de la comida. Viendo el telediario, sale una noticia sobre la pandemia.	"Si no hubiera insistido, el estaría aquí conmigo"	Apago la habitación, y me voy a mi habitación llorando.

Figura 2

Análisis funcional



3.4. Formulación clínica del caso.

El presente análisis funcional (Figura 2) se basa en el modelo propuesto por Fernández-Ballesteros y Staats (1992; véase también Fernández-Ballesteros, 2013), aplicado a las variables funcionales del duelo que presenta Nomen-Martín (2018).

La hipótesis funcional de origen señala que la casuística comienza a partir de la muerte de David, y no sólo eso, sino que la irreversibilidad de la separación se produce en un momento de tensión relacional que no se consigue resolver. La historia de duelo de Marta (véase muerte del padre en Historia del Caso) permite entrever que en el fallecimiento de David, la psicopatología no viene desencadenada únicamente por la muerte, sino por las circunstancias que envuelven a la misma.

La Respuesta (R) viene modulada por los Repertorios Básicos de Conducta (RBCs), entre los cuales se destaca las creencias familiares de tipo contingente. En otras palabras, funcionalmente, la creencia familiar de Marta se traduciría en: “Si tengo/no tengo una buena relación con mis seres queridos, me irá/no me irá bien en la vida”. En términos funcionales, la creencia actúa como estímulo discriminante (de Pascual-Verdú et al., 2021), de tal manera que el suceso irreversible de la muerte de David, bajo las circunstancias de tensión relacional, abocan a la paciente a una respuesta basada en la desesperación y la desesperanza. Porque “si no tengo una buena relación con mis seres queridos [David]”, y “David [ser querido] ha muerto, teniendo yo una mala relación con él, y eso no se puede cambiar”, lo único que se puede esperar, sin posibilidad de cambio, es: “no me irá bien en la vida”.

Enfatizando el plano cognitivo, se puede decir que dichas creencias familiares constituirían una distorsión cognitiva de tipo dicotómico, y por lo tanto irracional, según la teoría cognitiva de Beck (Olivares-Rodríguez et al., 2020). Ello, siendo un pensamiento de primer orden, desencadenaría la respuesta cognitiva de culpabilidad y autocrítica (pensamientos de segundo orden).

A nivel sincrónico, cualquier estímulo notificador que permitiera el recuerdo del fallecimiento de David (E2/EA), desencadenaría la respuesta problema original, repitiéndose el proceso inicial (E1/EA → RBCs → R).

Siguiendo el modelo cognitivo-conductual, se puede argüir la necesidad de la integración emocional de la pérdida, observando la ambivalencia indicada entre indicios de ansiedad y sintomatología de tipo depresiva (véase apartado de Estrategia de Evaluación).

Este curso patológico puede ser interpretado como las llamadas “oleadas del duelo” (American Psychiatric Association, 2014). Esta inferencia viene corroborada por el modelo de tareas del duelo (véase tareas de aturdimiento-choque en Payás-Puigarnau, 2010).

Atendiendo a la terminología de Boelen (2021), se identifica evitación depresiva, por la mermada adaptación que Marta presenta frente al duelo. En menor medida, pero no irrelevante, se halla la evitación ansiosa. Aunque no se presenta un patrón de evitación en sobremanera enérgico, la evaluación demuestra que Marta dejó de vivir en su domicilio.

La topografía comportamental permite inferir que la problemática ha resultado en un notable deterioro vital de la paciente (C). En relación a las contingencias (K), se observa una baja densidad de reforzamiento, así como es de esperar en estados depresivos o asociados (Ferro-García, 2001). Teniendo en cuenta la cronología del problema, se infiere una historia de castigo prolongado (últimos 11 meses) y procesos de indefensión aprendida. La evitación del domicilio hace del comportamiento de la hermana y del cuñado, una contingencia de refuerzo negativo, ya que están posibilitando que Marta evite lo desagradable del recuerdo. Se puede hipotetizar sobre un posible reforzamiento positivo recibido por parte de sus allegados, otorgándole cuidados y atenciones ante las conductas disfóricas de llanto y amargura. No obstante, la evaluación no ha dado indicios que corroboren tal hipótesis.

3.5. Tratamiento. Objetivos, técnicas y aplicación.

Dada la Formulación Clínica del Caso, se establecen los siguientes objetivos terapéuticos:

1. Modificar las distorsiones cognitivas de tipo dicotómico (“creencias familiares”)
2. Reducir los sentimientos de desesperanza y desesperación
3. Aminorar las reacciones bifásicas del duelo
4. Reducir la evitación depresiva
5. Reducir la evitación ansiosa

Las técnicas de intervención escogidas se basan en la propuesta cognitivo-conductual de Boelen y colaboradores (2006). Y se adecúan de la siguiente manera a los objetivos anteriores: (1) *exposición en imaginación*, para poder reducir los sentimientos de desesperanza y desesperación, así como para aminorar las reacciones bifásicas del duelo y reducir la evitación ansiosa, como se puede ver, la exposición tiene como objetivo último la integración de la pérdida en el conocimiento autobiográfico; (2) *reestructuración cognitiva*, para poder modificar las distorsiones cognitivas, y, de esta manera, reducir los sentimientos

de desesperanza y desesperación desencadenados; (3) *exposición con prevención de respuesta*, para reducir la evitación ansiosa, específicamente la exposición al domicilio propio; y (4) *activación conductual*, para reducir la evitación depresiva y poder aumentar la densidad de reforzamiento. La *escritura expresiva* se podría considerar un elemento reforzador de la exposición en imaginación, ya que complementaría la intervención en la reducción de sentimientos disfóricos, en aminorar las reacciones bifásicas del duelo y en reducir la evitación ansiosa. Cabe destacar la presencia de la *psicoeducación* en el conjunto de técnicas, con el objetivo de hacer comprender a la paciente tanto la problemática como el tratamiento empleado para su intervención.

La intervención psicológica estuvo conformada por 18 sesiones (Tabla 4), de una hora de duración cada una. Éstas tuvieron una frecuencia semanal, exceptuando las 2 últimas. A partir de la 16ª sesión, se acuerda dejar 2 semanas de espacio entre sesiones.

El seguimiento fue telefónico. Se planificó poder contactar con la paciente al término de 1 mes, 6 meses y 1 año, tras finalizar el tratamiento.

Sesiones 1-3: Se evalúa el caso de Marta, y se establece la administración de los autorregistros del sueño, de actividades diarias y de distorsiones cognitivas, como una tarea para casa permanente, durante el periodo entre sesiones. En la tercera sesión se pide a Isabel, la hermana, que asista junto a Marta. La hermana ofrece su visión del problema. Con el consentimiento de Marta, se le pide que se comprometa a ser coterapeuta durante la intervención. La segunda parte de la sesión se le pide a Isabel que salga de consulta. Se intercambian opiniones con la paciente, y se la anima de cara a la siguiente sesión, donde comenzará el tratamiento.

A partir de la cuarta sesión se siguió un proceso terapéutico sistematizado en el transcurso de las sesiones. Así, las sesiones se iniciaron mediante la revisión de tareas para casa, comentarios pertinentes a ellas, y aclaración de dudas. A continuación, se desarrollaron las técnicas planeadas, y se cerraba con nuevas tareas para casa y aclaración de posibles dudas.

Sesiones 4-6: Al principio de la cuarta sesión, se le entregan los resultados a la paciente, y se le presenta el modelo explicativo de su caso, así como una perspectiva psicoeducativa de la muerte en contextos traumáticos. Durante estas sesiones se comienza la exposición en imaginación, hablando de la pérdida y los momentos vividos en ella.

Tabla 4*Planificación de sesiones*

Sesiones	Objetivos	Técnicas	Tareas para casa
1ª – 3ª	(Evaluación)	–Entrevista	–Autorregistros
4ª – 6ª	2. Reducir los sentimientos de desesperanza y desesperación 3. Aminorar las reacciones bifásicas del duelo 5. Reducir la evitación ansiosa	–Psicoeducación –EI	–Autorregistros
7ª	2. Reducir los sentimientos de desesperanza y desesperación 3. Aminorar las reacciones bifásicas del duelo 4. Reducir la evitación depresiva 5. Reducir la evitación ansiosa	–EI –Psicoeducación (AC)	–Autorregistros –Acabar de confeccionar la jerarquía (AC)
8ª – 9ª	1. Modificar distorsiones cognitivas de tipo dicotómico (“creencias familiares”) 2. Reducir los sentimientos de desesperanza y desesperación 3. Aminorar las reacciones bifásicas del duelo 5. Reducir la evitación ansiosa	–EI –RC	–Autorregistros –2 actividades de AC por semana
10ª	1. Modificar distorsiones cognitivas de tipo dicotómico (“creencias familiares”) 2. Reducir los sentimientos de desesperanza y desesperación	–RC	–Autorregistros –2 actividades de AC por semana
11ª – 12ª	2. Reducir los sentimientos de desesperanza y desesperación 3. Aminorar las reacciones bifásicas del duelo 4. Reducir la evitación depresiva 5. Reducir la evitación ansiosa	–Psicoeducación (EPR y EE)	–Autorregistros –2 actividades de AC por semana –EPR (domicilio) –EE (un tipo de escritura por semana)
13ª – 16ª	1. Modificar distorsiones cognitivas de tipo dicotómico (“creencias familiares”) 2. Reducir los sentimientos de desesperanza y desesperación 3. Aminorar las reacciones bifásicas del duelo 5. Reducir la evitación ansiosa	–EI –RC	–Autorregistros –2 actividades de AC por semana –EE (un tipo de escritura por semana)
17ª	(Evaluación)		–Autorregistros –EE (un tipo de escritura por semana)
18ª	(Entrega de resultados)		

Nota: EI: Exposición en imaginación; AC: Activación conductual; RC: Reestructuración cognitiva; EPR: Exposición con prevención de respuesta; EE: Escritura expresiva

Se identifican tres “*hot spots*”: (1) la discusión que Marta tuvo con David antes de la hospitalización, (2) la llamada que le hicieron del hospital comunicándole la intubación de David (horas antes de que éste falleciera), y (3) el día del aniversario donde hubieran cumplido 4 años de pareja (una semana después de la muerte de David).

Sesión 7: Se expone a Marta a tratar el primer “*hot spot*”: la discusión con David. Se evidencia un claro patrón de autoinculpación, junto con una gran carga emocional. Marta no puede continuar debido a su llanto al recordar aquellos momentos. Se le da un espacio para recomponerse, tranquilizándola. Una vez ya calmada, se introduce la técnica de activación conductual, y se comienza a realizar la jerarquía de actividades. Se le pide que la acabe en casa y que la traiga en la siguiente sesión.

Sesiones 8-9: Marta trae la jerarquía hecha a consulta y, tras revisarla, se compromete a que cada semana realizará dos actividades de la lista (en orden ascendente, de menor a mayor dificultad). Se tratan el segundo y tercer “*hot spots*” (uno por sesión): la llamada del hospital y el día de aniversario. A continuación, en la segunda parte de cada sesión, se aplica la técnica de reestructuración cognitiva para las creencias familiares de tipo dicotómico identificadas en la formulación clínica. Se considera oportuno presentar la conceptualización que McKay y Fanning (1991) hacen de la compasión.

Sesión 10: En la décima sesión se sigue la reestructuración cognitiva en relación a las creencias disfuncionales. Marta relata que comienza a ser consciente de sus pensamientos disfuncionales, pero que en situaciones le es difícil cambiar lo que se propone: “Son tantos años, que una ya lo tiene automatizado...”. Al final de la sesión se le presenta brevemente la técnica de exposición con prevención respuesta, y se le pide que a la siguiente cita venga acompañada de su hermana Isabel.

Sesiones 11-12: En la undécima sesión, se les explica a ambas la técnica de la exposición con prevención de respuesta, y los objetivos que se persigue con ella. Se formula que el objeto de exposición será la casa de Marta y David. Para la segunda parte de la sesión, se le pide a Marta que salga de consulta. A Isabel se le dan algunas pautas de observación clínica basadas en lo expuesto por Rojo (2019). En la siguiente sesión, se comenta la experiencia. Marta relata, emocionada, que al entrar en su casa después de tanto tiempo, revivió los últimos momentos con David: “Los primeros momentos fue como si te inundaran todos esos sentimientos que querías encerrar”. Ambas relatan que practicaron la técnica un par de días. Con el tiempo, Marta se consiguió tranquilizar. A continuación, Isabel es despedida, y se le presenta a Marta la técnica de escritura expresiva. La paciente se

compromete a practicar un tipo de escritura por semana, como tarea para casa. Cada semana, se revisarán los escritos en consulta.

Sesiones 13-16: En las siguientes sesiones se retoman la exposición en imaginación y la reestructuración cognitiva. En relación a la primera, se comienzan a tratar los temas de lo que nunca llegará a ser en la relación que se tuvo con David (sesión 13), de las dificultades de que David esté ausente (sesión 14) y de planes de futuro (sesiones 15 y 16). En cada sesión de exposición en imaginación, se anima a Marta a pensar en un futuro donde ya no vendrá a terapia. Referente a la reestructuración cognitiva, se pueden ir viendo avances. A partir de la conceptualización del perdón (McKay y Fanning, 1991) y de la aceptación de la indeseable discusión antes su separación, Marta refiere empezar a sentirse, poco a poco, “más ligera”, con menores sentimientos de autoinculpación. En dicha sesión, el procedimiento de activación conductual acaba, y se anima a la paciente a que siga practicando las actividades gratificantes con regularidad. Al finalizar la sesión 16, se le propone a Marta dejar 2 semanas hasta la siguiente sesión.

Sesión 17: Se comienza la sesión hablando de cómo está yendo todo. Marta explica que ha vuelto al trabajo, y vive de nuevo en su domicilio. Aunque, eso sí, pasa “mucho tiempo” en casa de su hermana. Se utiliza la sesión para poder realizar la evaluación post-tratamiento (IDC y BDI-II), y se le pide que a la siguiente sesión (tiempo entre sesiones 2 semanas) venga con su hermana Isabel.

Sesión 18: La sesión final se basa en entregar los resultados a la paciente, y poder hacer balance del tratamiento junto a su hermana. Ambas están muy contentas. Se emocionan al mirar atrás. Se les anima a poder contactar con la consulta, en caso de necesitar ayuda en el futuro. La despedida es cordial y sincera.

Seguimiento: Hasta la fecha solamente se ha podido realizar el seguimiento tras un mes después del tratamiento. La paciente refiere una readaptación paulatina de su vida. Está satisfecha con los avances realizados.

4. Resultados.

El presente estudio tuvo un diseño de caso único A-B (N=1), donde la fase A estuvo constituida por la evaluación de la línea base mediante los autorregistros de sueño, actividades diarias y distorsiones cognitivas; mientras que la fase B se fundamentó en la

evaluación de la evolución del tratamiento mediante los mismos autorregistros. Asimismo, se realizó una evaluación pre- y post-tratamiento, mediante los autoinformes ICG y BDI-II.

Al finalizar el tratamiento, Marta presenta mejoras significativas en la sintomatología del duelo, en comparación a su estado inicial (Tabla 5). La casuística del duelo ya no se considera problemática (ICG: PD=11), y la sintomatología depresiva ha remitido (BDI-II: PD=4).

Tabla 5

Evaluación antes y después del tratamiento

	Pre-tratamiento (PD)	Post-tratamiento (PD)
<i>Inventory of Complicated Grief</i>	52	11
<i>Beck's Depression Inventory-II</i>	14	4

A partir del comienzo del tratamiento (semana 4), en relación al autorregistro del sueño (Figura 3), se observa cómo los valores de las horas de sueño van disminuyendo, hasta situarse en una franja normativa (de 10-12 horas de sueño nocturno a 7-8 horas). Asimismo, se observa un aumento en la calidad subjetiva del sueño.

Referente al registro de actividades diarias (Figura 4), a pesar de comenzar el tratamiento en la semana 4, no se observa un incremento significativo en las actividades gratificantes hasta la semana 8, semana en la cual se comienza a realizar la jerarquía de activación conductual. Este incremento sigue un curso ascendente durante la aplicación de la técnica, hasta la semana 15, cuando se acaba la jerarquía. Aunque las actividades gratificantes como tarea para casa cesan en la semana 15, en la semana 16 y 17 se puede entrever una posible generalización. Es decir, el incremento de actividades gratificantes se mantiene, a pesar de que la técnica ha cesado su supervisión en terapia.

En cuanto al registro de distorsiones cognitivas (Figura 5), se puede observar un detrimento de éstas en términos de frecuencia. Aunque el tratamiento da comienzo a partir de la semana 4, no se observa una disminución constante hasta la semana 8, que es cuando se inicia la intervención mediante reestructuración cognitiva. Se pueden observar repuntes ocasionales a partir de ese momento, pero en líneas generales se arguye que las distorsiones cognitivas, enfatizando la autoinculpción, han disminuido notablemente.

Figura 3

Evolución del patrón de sueño

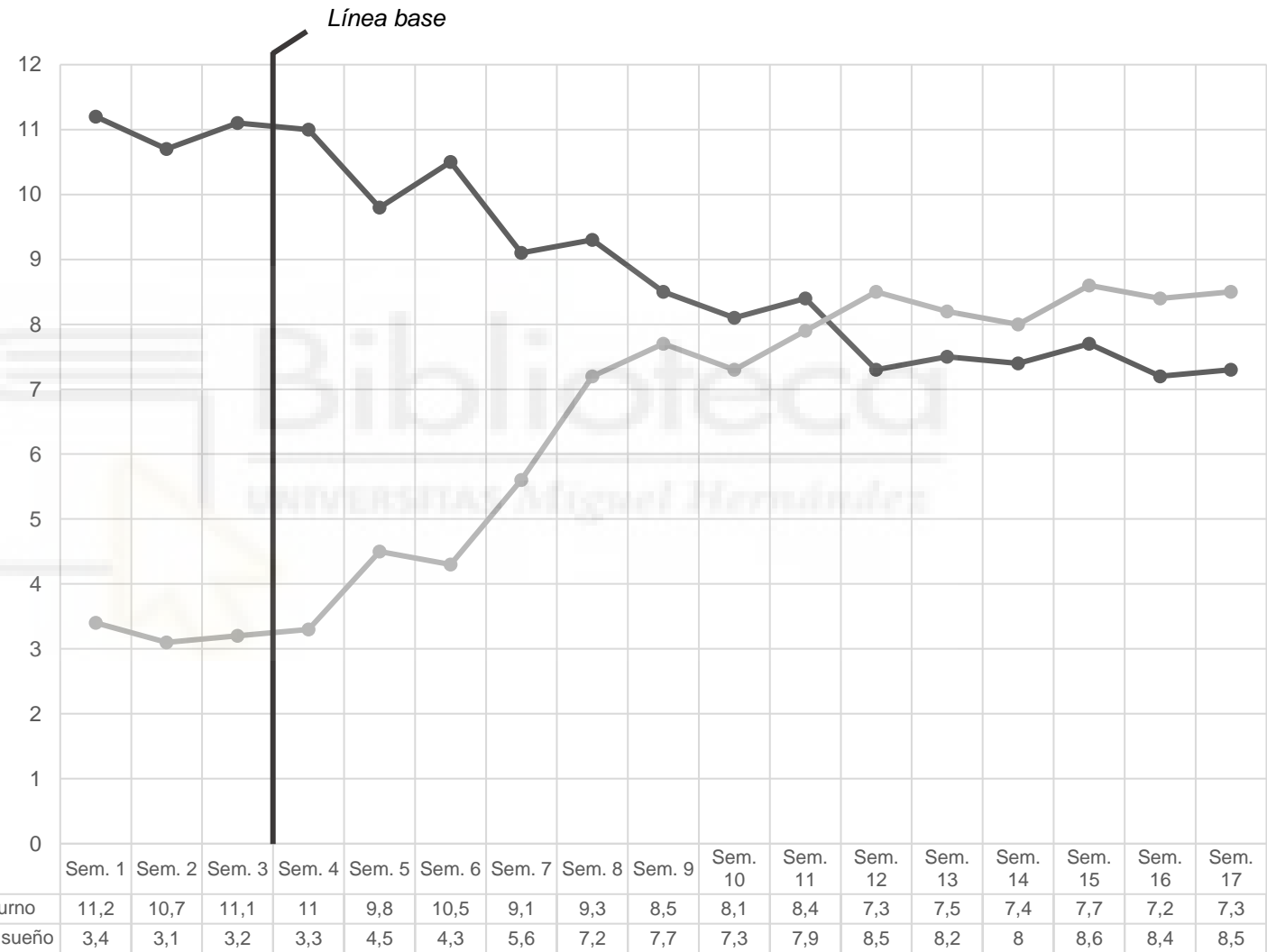


Figura 4

Evolución de la frecuencia de actividades gratificantes semanales

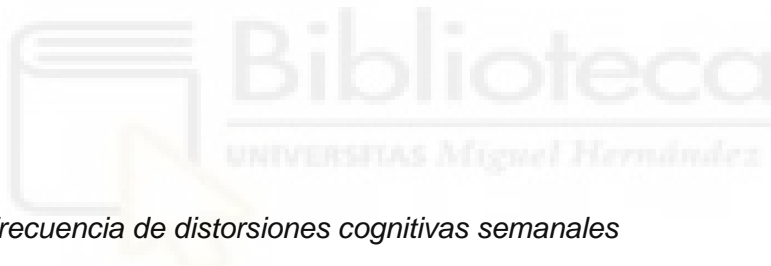
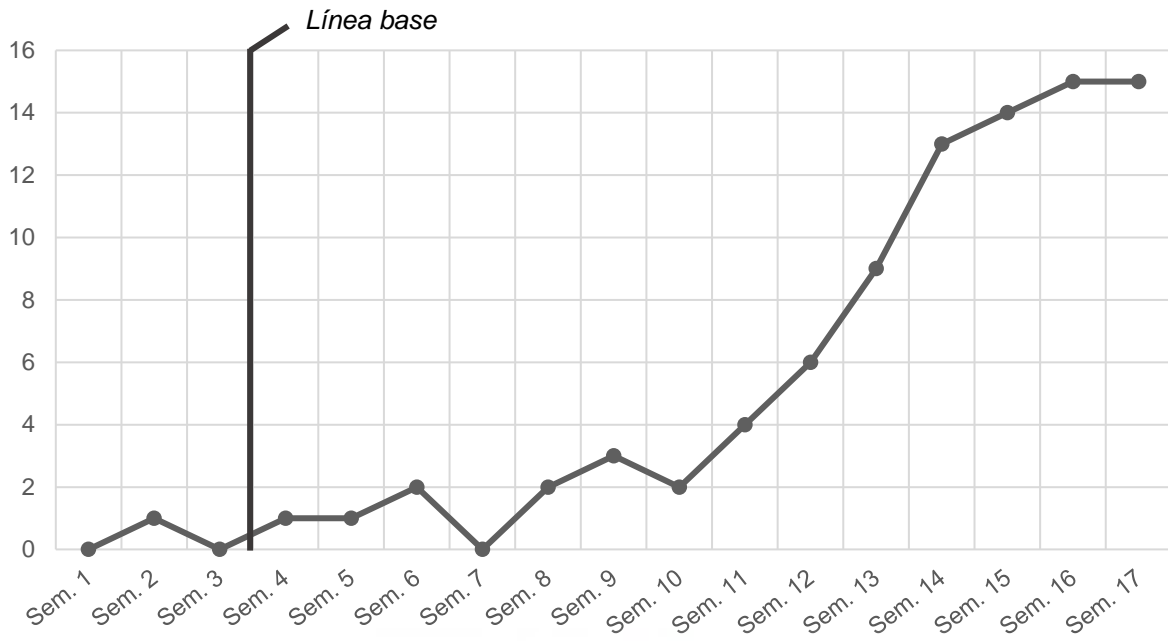
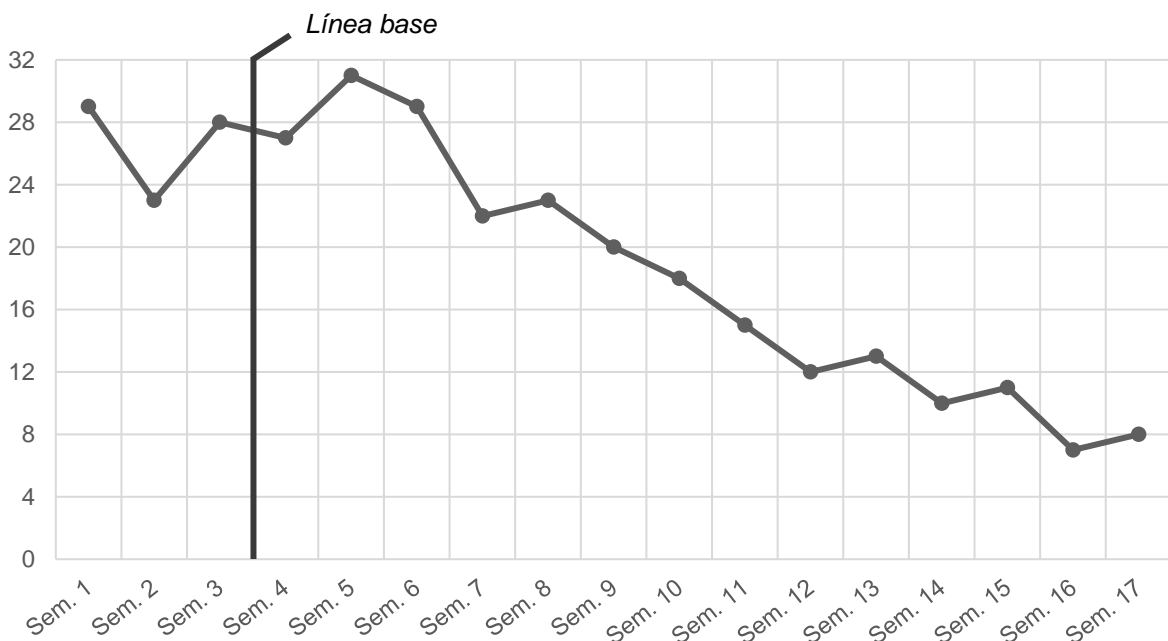


Figura 5

Evolución de la frecuencia de distorsiones cognitivas semanales



Referente a la escritura expresiva, desde el inicio del protocolo se observan un patrón moderado-alto de profundidad cognitivo-emocional, sentimientos de felicidad y utilidad percibida. El grado de tristeza y sentimientos de tristeza se hallan en niveles moderados, que descienden conforme va avanzando el tratamiento. La paciente refiere cualitativamente que el tipo de escritura que más dificultad le ha presentado ha sido la escritura afirmativa.

Cabe mencionar la información referencial proveniente de Isabel, la cual relata en la sesión 18 la notable mejoría que, a su parecer, ha experimentado Marta. Habiéndose comprometido como terapeuta en momentos puntuales, dicha referencia cualitativa es considerada como relevante por el profesional.

5. Discusión.

A la vista de los anteriores resultados, se demuestra la adecuación tanto del modelo explicativo del caso como la elección del tratamiento.

A lo largo del caso se ha observado la alternancia de perspectivas nomotética-idiográfica, que proponían Shear y Gribbin-Bloom (2017). Se ha visto lo nomotético de una situación de pandemia generalizada, y sus problemas derivados (Diolaiuti et al., 2021; Weir, 2020), así como los aspectos individualizados de la problemática. En relación a lo último, se vio que el elemento que propició que el proceso de duelo se prolongara y se magnificara, fue el componente idiográfico, es decir, las circunstancias que rodearon a la muerte, tiendo en consideración los factores de vulnerabilidad que se proponían en el DCP (Nomen-Martín, 2018).

Los elementos explicativos de la TCC para el DCP se identificaron en su totalidad, a excepción de las interpretaciones catastrofistas hacia las reacciones del duelo (Boelen et al., 2006). A consideración del profesional, eso se explica a través del gran apoyo y comprensión que se observó por parte de su núcleo social más allegado (Isabel y Esteban), el cual actuó como factor de protección.

Durante la aplicación de la TCC se siguió el orden de técnicas propuesto por Boelen y sus colaboradores (2007), y de esta manera se consiguieron replicar sus resultados. Asimismo, el programa de escritura expresiva alcanzó los resultados esperados y validados por anteriores estudios (Bechard et al., 2021; Glass et al., 2019).

Por lo que se refiere a las limitaciones, como estudio de caso único, se destaca la duración de la intervención (18 sesiones de frecuencia semanal, 5 meses aproximadamente). Tal cantidad de sesiones es un tiempo que *a priori* es considerado excesivo por el paciente o por sus allegados, pero necesario dada la naturaleza de la psicopatología (Crunk et al., 2017). Este aspecto fue cuestionado algunas veces por Isabel (hermana de Marta), por lo que tuvo que ser tratado en las sesiones, justificándolo debidamente. Además, se señala las dificultades que en algunos momentos se tuvo con Isabel para poder asistir a las sesiones de terapia, debido a su horario laboral.

Se enfatiza el hecho de que el campo del duelo es todavía uno en investigación y crecimiento (Boelen, 2021; Robinaugh et al., 2022). Ésta es la principal limitación que ha tenido este estudio, y el desafío al que se enfrentan otros muchos. Ante los augurios de los expertos, de un incremento de casos tras el periodo de pandemia (Eisma y Tamminga, 2020), se anima a la participación y el apoyo a la investigación de dicha parcela de conocimiento.



Referencias.

- American Psychiatric Association. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5)*. Editorial Médica Panamericana.
- American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, Text Revision (DSM-5-TR)*. American Psychiatric Association Publishing.
- Bechard, E., Evans, J., Cho, E., Lin, Y., Kozhumam, A., Jones, J., Grob, S., y Glass, O. (2021). Feasibility, acceptability, and potential effectiveness of an online expressive writing intervention for COVID-19 resilience. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 45, 101460. <https://doi.org/10.1016/j.ctcp.2021.101460>
- Beck, A. T., Steer, R. A., y Brown, G. K. (1996). *Beck Depression Inventory-Second Edition. Manual*. The Psychological Corporation.
- Boelen, P. A. (2021). Symptoms of prolonged grief disorder as per DSM-5-TR, posttraumatic stress, and depression: Latent classes and correlations with anxious and depressive avoidance. *Psychiatry Research*, 302, 114033. <https://doi.org/10.1016/J.PSYCHRES.2021.114033>
- Boelen, P. A., de Keijser, J., van den Hout, M. A., y 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(2), 277–284. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.75.2.277>
- Boelen, P. A., y Lenferink, L. (2019). Symptoms of prolonged grief, posttraumatic stress, and depression in recently bereaved people: symptom profiles, predictive value, and cognitive behavioural correlates. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 55, 765–777. <https://doi.org/10.1007/s00127-019-01776-w>
- Boelen, P. A., y Prigerson, H. G. (2012). Commentary on the Inclusion of Persistent Complex Bereavement-Related Disorder in DSM-5. *Death Studies*, 36(9), 771–794. <https://doi.org/10.1080/07481187.2012.706982>
- Boelen, P. A., Smid, G. E., Mitima-Verloop, H. B., de Keijser, J., y Lenferink, L. I. M. (2019). Patterns, Predictors, and Prognostic Validity of Persistent Complex Bereavement Disorder Symptoms in Recently Bereaved Adults: A Latent Class Analysis. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 207(11), 913–920. <https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000001053>
- Boelen, P. A., van de Schoot, R., van den Hout, M. A., de Keijser, J., y van den Bout, J. (2010). Prolonged Grief Disorder, depression, and posttraumatic stress disorder are distinguishable syndromes. *Journal of Affective Disorders*, 125(1–3), 374–378. <https://doi.org/10.1016/J.JAD.2010.01.076>

- Boelen, P. A., van den Hout, M. A., y van den Bout, J. (2006). A cognitive-behavioral conceptualization of complicated grief. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 13(2), 109–128. <https://doi.org/10.1111/J.1468-2850.2006.00013.X>
- Bonanno, G. A., Wortman, C. B., Lehman, D. R., Tweed, R. G., Haring, M., Sonnega, J., Carr, D., y Nesse, R. M. (2002). Resilience to loss and chronic grief: A prospective study from preloss to 18-months postloss. *Journal of Personality and Social Psychology*, 83(5), 1150–1164. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.83.5.1150>
- Bryant, R. A., Kenny, L., Joscelyne, A., Rawson, N., Maccallum, F., Cahill, C., Hopwood, S., Aderka, I., y Nickerson, A. (2014). Treating Prolonged Grief Disorder: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Psychiatry*, 71(12), 1332–1339. <https://doi.org/10.1001/JAMAPSYCHIATRY.2014.1600>
- Bryant, R. A., Kenny, L., Joscelyne, A., Rawson, N., Maccallum, F., Cahill, C., Hopwood, S., y Nickerson, A. (2017). Treating Prolonged Grief Disorder: A 2-Year Follow-Up of a Randomized Controlled Trial. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 78(9), 21308. <https://doi.org/10.4088/JCP.16M10729>
- Crunk, A. E., Burke, L. A., y Robinson, E. H. M. (2017). Complicated Grief: An Evolving Theoretical Landscape. *Journal of Counseling y Development*, 95(2), 226–233. <https://doi.org/10.1002/jcad.12134>
- Davison, M. L., Bershady, B., Bieber, J., Silversmith, D., Maruish, M. E., y Kane, R. L. (1997). Development of a Brief, Multidimensional, Self-Report Instrument for Treatment Outcomes Assessment in Psychiatric Settings: Preliminary Findings. *Assessment*, 4(3), 259–276. <https://doi.org/10.1177/107319119700400306>
- de Pascual-Verdú, R., Gálvez-Delgado, E., Serrador-Diez, C., Gyran-Norheim, T., y Froxán-Praga, M. X. (2021). Análisis funcional de términos psicológicos. En M. X. Froxán Praga (Coord.), *Análisis funcional de la conducta humana* (pp. 127–155). Pirámide.
- Diolaiuti, F., Marazziti, D., Beatino, M. F., Mucci, F., y Pozza, A. (2021). Impact and consequences of COVID-19 pandemic on complicated grief and persistent complex bereavement disorder. *Psychiatry Research*, 300(113916), 1–5. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2021.113916>
- Echeburúa, E., y Herrán-Boix, A. (2007). ¿Cuándo el duelo es patológico y cómo hay que tratarlo? *Análisis y Modificación de Conducta*, 33(147), 31–50.
- Eisma, M. C., y Tamminga, A. (2020). Grief Before and During the COVID-19 Pandemic: Multiple Group Comparisons. *Journal of Pain and Symptom Management*, 60(6), e1–e4. <https://doi.org/10.1016/J.JPAINSYMMAN.2020.10.004>
- Fernández-Alcántara, M., Pérez-Marfil, M. N., Catena-Martínez, A., y Cruz-Quintana, F. (2017). Grieving and loss processes: latest findings and complexities / Actualidad y

- complejidad de los procesos de duelo y pérdida. *Estudios de Psicología*, 38(3), 561–581. <https://doi.org/10.1080/02109395.2017.1328210>
- Fernández-Ballesteros, R. (2013). Conceptos y modelos básicos. En R. Fernández-Ballesteros (Coord.), *Evaluación psicológica. Conceptos, métodos y estudio de casos*. (pp. 27–59). Pirámide.
- Fernández-Ballesteros, R., y Staats, A. W. (1992). Paradigmatic behavioral assessment, treatment, and evaluation: Answering the crisis in behavioral assessment. *Advances in Behaviour Research and Therapy*, 14(1), 1–27. [https://doi.org/10.1016/0146-6402\(92\)90009-D](https://doi.org/10.1016/0146-6402(92)90009-D)
- Ferro-García, R. (2001). La depresión : algunas consideraciones críticas en su tratamiento. *Análisis y Modificación de Conducta*, 27(112), 187–204.
- García-Hernández, A. M. (2020). Introducción: El duelo, una revisión. En L. Nomen Martín (Ed.), *Tratando... el proceso de duelo y de morir* (pp. 21–25). Pirámide.
- Geronazzo-Alman, L., Fan, B., Duarte, C. S., Layne, C. M., Wicks, J., Guffanti, G., Musa, G. J., y Hoven, C. W. (2019). The Distinctiveness of Grief, Depression, and Posttraumatic Stress: Lessons From Children After 9/11. *Journal of the American Academy of Child y Adolescent Psychiatry*, 58(10), 971–982. <https://doi.org/10.1016/J.JAAC.2018.12.012>
- Gesi, C., Carmassi, C., Cerveri, G., Carpita, B., Cremonese, I. M., y Dell'Osso, L. (2020). Complicated Grief: What to Expect After the Coronavirus Pandemic. *Frontiers in Psychiatry*, 11(489), 1–5. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.00489>
- Glass, O., Dreusicke, M., Evans, J., Bechard, E., y Wolever, R. Q. (2019). Expressive writing to improve resilience to trauma: A clinical feasibility trial. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 34, 240–246. <https://doi.org/10.1016/j.ctcp.2018.12.005>
- Harrington, S. J., Morrison, O.-P., y Pascual-Leone, A. (2018). Emotional processing in an expressive writing task on trauma. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 32, 116–122. <https://doi.org/10.1016/j.ctcp.2018.06.001>
- Jaramillo-Serna, J. A., y Oquendo-Estrada, A. M. (2013). El duelo como fenómeno psicosocial: una breve revisión teórica. *Poiésis*, 25. <https://doi.org/10.21501/16920945.631>
- Johannsen, M., Damholdt, M. F., Zachariae, R., Lundorff, M., Farver-Vestergaard, I., y O'Connor, M. (2019). Psychological interventions for grief in adults: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of Affective Disorders*, 253, 69–86. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.04.065>
- Kovac, S. H., y Range, L. M. (2000). Writing Projects: Lessening Undergraduates' Unique Suicidal Bereavement. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 30(1), 50–60.
- Kübler-Ross, E. (1969). *On death and dying*. The Macmillan Company.
- Kübler-Ross, E., y Kessler, D. (2017). *Sobre el duelo y el dolor*. Luciérnaga.

- Lacasta-Reverte, M. A., Sanz-Llorente, B., Soler-Saíz, C., Yelamos-Agua, C., de Quadras-Roca, S., y Gándara del Castillo, Á. (2014). *Atención al Duelo en Cuidados Paliativos: Guía Clínica y Protocolo de Actuación*. Monografías SECPAL.
- Lejuez, C. W., Hopko, D. R., y Hopko, S. D. (2001). A brief behavioral activation treatment for depression: Treatment manual. *Behavior Modification*, 25(2), 255–286.
<https://doi.org/10.1177/0145445501252005>
- Limonero-García, J. T., Lacasta-Reverte, M. A., García-García, J. A., Maté-Méndez, J., y Prigerson, H. G. (2009). Adaptación al castellano del inventario de duelo complicado. *Medicina Paliativa*, 16(5), 291–297.
- Malgaroli, M., Maccallum, F., y Bonanno, G. A. (2018). Symptoms of persistent complex bereavement disorder, depression, and PTSD in a conjugally bereaved sample: A network analysis. *Psychological Medicine*, 48(14), 2439–2448.
<https://doi.org/10.1017/S0033291718001769>
- McKay, M., y Fanning, P. (1991). *Autoestima. Evaluación y mejora*. Martínez Roca.
- Moran, M. (2022, January 1). Updated DSM-5 Text Revisions to Be Released in March. *Psychiatric News*. <https://doi.org/10.1176/appi.pn.2022.1.20>
- Morris, S. (2011). The psychology of grief – applying cognitive and behaviour therapy principles. *InPsych*, 33(6). <https://psychology.org.au/for-members/publications/inpsych/2011/dec/the-psychology-of-grief-applying-cognitive-and-b>
- Neimeyer, R. A., y Currier, J. M. (2009). Grief Therapy: Evidence of Efficacy and Emerging Directions. *Current Directions in Psychological Science*, 18(6), 352–356.
<https://doi.org/10.1111/J.1467-8721.2009.01666.X>
- Nomen-Martín, L. (2018). *El duelo y la muerte: El tratamiento de la pérdida*. Pirámide.
- O'Connor, M., Nikoletti, S., Kristjanson, L. J., Loh, R., y Willcock, B. (2004). Writing Therapy for the Bereaved: Evaluation of an Intervention. *Journal of Palliative Medicine*, 6(2), 195–204. <https://doi.org/10.1089/109662103764978443>
- Olivares-Rodríguez, J., Macià-Antón, D., Rosa-Alcázar, A. I., y Olivares-Olivares, P. J. (2020). *Intervención Psicológica. Estrategias, técnicas y tratamientos*. Pirámide.
- Payás-Puigarnau, A. (2010). *Las Tareas del Duelo: Psicoterapia de Duelo desde un Modelo Integrativo Relacional*. Paidós Ibérica.
- Pennebaker, J. W. (1997). Writing About Emotional Experiences as a Therapeutic Process. *Psychological Science*, 8(3), 162–166. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9280.1997.tb00403.x>
- Pennebaker, J. W., y Evans, J. F. (2014). *Expressive Writing. Words that Heal*. Idyll Arbor, Inc.

- Prigerson, H. G., Frank, E., Kasl, S. v., Reynolds III, C. F., Anderson, B., Zubenko, G. S., Houck, P. R., George, C. J., y Kupfer, D. J. (1995). Complicated grief and bereavement-related depression as distinct disorders: preliminary empirical validation in elderly bereaved spouses. *American Journal of Psychiatry*, 152, 22–30.
- Prigerson, H. G., Maciejewski, P. K., Reynolds, C. F., Bierhals, A. J., Newsom, J. T., Fasiczka, A., Frank, E., Doman, J., y Miller, M. (1995). Inventory of complicated grief: A scale to measure maladaptive symptoms of loss. *Psychiatry Research*, 59(1–2), 65–79. [https://doi.org/10.1016/0165-1781\(95\)02757-2](https://doi.org/10.1016/0165-1781(95)02757-2)
- Range, L. M., Kovac, S. H., y Marion, M. S. (2010). DOES WRITING ABOUT THE BEREAVEMENT LESSEN GRIEF FOLLOWING SUDDEN, UNINTENTIONAL DEATH? *Death Studies*, 24(2), 115–134. <https://doi.org/10.1080/074811800200603>
- Robinaugh, D. J., LeBlanc, N. J., Vuletich, H. A., y McNally, R. J. (2014). Network analysis of persistent complex bereavement disorder in conjugally bereaved adults. *Journal of Abnormal Psychology*, 123(3), 510–522. <https://doi.org/10.1037/abn0000002>
- Robinaugh, D. J., Toner, E. R., Manik, A. A. A., Djelantik, J., Karantzas, G. C., y Simpson, J. A. (2022). The causal systems approach to prolonged grief: Recent developments and future directions. *Current Opinion in Psychology*, 44, 24–30. <https://doi.org/10.1016/J.COPSYC.2021.08.020>
- Rodríguez-Marín, J., y Neipp-López, M. del C. (2008). *Manual de Psicología Social de la Salud*. Síntesis.
- Rojo, N. (2019). Observación y autoobservación. En F. J. Labrador Encinas (Ed.), *Técnicas de Modificación de Conducta* (pp. 121–138). Pirámide.
- Romero, V. (2014). Tratamiento del duelo: exploración y perspectivas. *Psicooncología*, 10(2–3). https://doi.org/10.5209/rev_PSIC.2013.v10.n2-3.43456
- Rosner, R., Comtesse, H., Vogel, A., y Doering, B. K. (2021). Prevalence of prolonged grief disorder. *Journal of Affective Disorders*, 287, 301–307. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.03.058>
- Sandín, B., Valiente, R. M., Chorot, P., Santed, M. A., y Lostao, L. (2008). SA-45: forma abreviada del SCL-90. *Psicothema*, 20(2), 290–296. www.psicothema.com
- Sanz, J., Perdígón, A. L., y 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, 249–280.
- Shear, K. (2015). Complicated Grief. *The New England Journal of Medicine*, 372(2), 153–160. <https://doi.org/10.1056/NEJMcp1315618>
- Shear, K., y Gribbin-Bloom, C. (2017). Complicated Grief Treatment: An Evidence-Based Approach to Grief Therapy. *Journal of Rational - Emotive and Cognitive - Behavior Therapy*, 35(1), 6–25. <https://doi.org/10.1007/s10942-016-0242-2>

Treml, J., Kaiser, J., Plexnies, A., y Kersting, A. (2020). Assessing prolonged grief disorder: A systematic review of assessment instruments. *Journal of Affective Disorders*, 274, 420–434. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.05.049>

Weir, K. (2020). *Grief and COVID-19: Saying goodbye in the age of physical distancing*. <https://www.apa.org/topics/covid-19/grief-distance>

Wittouck, C., van Autreve, S., de Jaegere, E., Portzky, G., y van Heeringen, K. (2011). The prevention and treatment of complicated grief: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 31(1), 69–78. <https://doi.org/10.1016/J.CPR.2010.09.005>

World Health Organization (2019). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems* (11th ed.). <https://icd.who.int/>

