



**MÁSTER UNIVERSITARIO EN PSICOLOGÍA GENERAL SANITARIA**

Curso 2022-2023

Trabajo Fin de Máster

**INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA EN CASO ÚNICO DE DUELO  
COMPLICADO POR LA PÉRDIDA DE LA FIGURA MATERNA.**

**Convocatoria: junio 2023**

Autora: Andrea Pardo Gisbert

Tutor: Ricardo Bencomo Pérez

**COIR: TFM.MPG.RBP.APG.230301**



## **Resumen**

El duelo es una reacción natural y adaptativa ante una experiencia de pérdida o muerte. Debido a la gran cantidad de factores implicados en dicho proceso, el duelo puede desarrollarse de manera desadaptativa y generar un Trastorno de Duelo Complejo y Persistente. El objetivo del estudio fue evaluar e intervenir con terapia cognitivo-conductual un caso único de una paciente de 21 años con Trastorno de Duelo Complejo y Persistente, tras la pérdida de la figura materna por enfermedad de cáncer y en época de COVID-19, con el fin de reducir síntomas ansiosos-depresivos, aumentar las horas de sueño y mejorar el afrontamiento emocional. El tratamiento psicológico contó con 16 sesiones donde se aplicó diferentes escalas y entrevistas estandarizadas pre y post tratamiento. Los resultados indicaron un mayor afrontamiento y reducción de síntomas ansioso-depresivo, así como una mayor sensación de apoyo social e incremento en horas en las horas de sueño y descanso. Tras la intervención, se reafirman otros estudios e investigaciones previas, donde señalan la importancia de la intervención psicológica en el reajuste y adaptación de las personas en el momento de duelo.

**Palabras clave:** duelo, duelo complicado, estudio caso único, intervención cognitivo-conductual.

## **Abstract**

*Grief is a natural and adaptive reaction to an experience of loss or death. Due to the large number of factors involved in this process, grief can develop in a maladaptive way and generate a Complex and Persistent Grief Disorder. The objective of the study was to evaluate and intervene with cognitive-behavioral therapy in a single case of a 21-year-old patient with Complex and Persistent Grief Disorder after the loss of the maternal figure in the time of COVID-19, in order to reduce anxious symptoms, -depressives, increase sleep hours and improve emotional coping. The psychological treatment had 16 sessions where different scales and pre- and post-treatment standardized interviews were applied. The results indicated a greater coping and reduction of anxious-depressive symptoms, as well as a greater feeling of social support and an increase in hours of sleep and rest. After the intervention, other previous studies and investigations are reaffirmed, where they point out the importance of psychological intervention in the readjustment and adaptation of people at the time of mourning.*

**Key words:** *grief, complicated grief, single case study, cognitive-behavioral intervention*

## 1. Introducción.

El duelo es una reacción natural y adaptativa ante una experiencia de pérdida o muerte (Wonder, 2002). La experiencia subjetiva de dicha pérdida puede darse con un conjunto de emociones y sentimientos influidos por las circunstancias de la propia pérdida, carácter y comportamiento individual, las normas y actitudes socioculturales o el instante de la pérdida (Altet y Boatas, 2000). En el duelo normal, la psiquiatra Kübler-Ross (1969) indicó que las personas transitan cinco fases durante el duelo: negación, ira, pacto/ negociación, depresión y aceptación. La autora, junto a Kessler (2006) señalan que dichas fases pueden alargarse temporalmente cuanto la persona necesite e incluso solaparse entre ellas.

Bowbly (1980) también propuso una teoría para adaptarse al duelo, en las que se incluían 4 etapas: Insensibilidad, anhelo y búsqueda, desesperación/desorganización y reorganización.

En las últimas décadas, son cada vez más los expertos que buscan conocer el proceso de duelo con la intención de ampliar conocimientos, generar medidas de prevención para un desarrollo adaptativo del mismo y prevenir complicaciones, conocido como duelo complicado (Barreto et al., 2008) también denominado Trastorno de Duelo Complejo y Persistente (APA, 2013). Actualmente, es difícil estimar la incidencia exacta de duelo complicado debido a la falta de estudios, sin embargo, algunos de ellos hablan alrededor de un 10-20% de personas pueden presentar duelo complicado tras la pérdida (Parro-Jiménez et al., 2021), por lo que es un campo interesante donde seguir investigando.

Autores como Prigerson et al., (1999) elaboraron los primeros criterios consensuados para el diagnóstico del duelo complicado y así, poder discernir de los síntomas del duelo normal. Posteriormente, dichos criterios se adaptaron al español (García-García et al., 2002) destacando, el estrés por la separación afectiva que conlleva la muerte, el estrés por el trauma psíquico que supone la muerte, la cronología (duración sintomatología más de 6 meses) y deterioro de la vida social, laboral y actividades significativas de la persona en duelo (ver Tabla 5).

Tanto en el duelo complicado como el normal, existe una alta comorbilidad con trastornos psiquiátricos, entre los más comunes: depresión (16-50%), ansiedad (22%), adicción a sustancias, síndrome de estrés postraumático y brotes psicóticos (Múñoz-López et al., s.f.).

Una intervención psicológica, durante el primer año, tras la pérdida de un ser querido (Nomen, 2008) puede reducir la aparición de un duelo complicado. Además, los últimos estudios (Barreto et al., 2008) dan importancia tanto a los factores de riesgo de duelo complicado (dependencia afectiva, expresiones de rabia y culpa, vulnerabilidad psíquica como psicopatologías o duelos no resueltos, falta de control de sintomatología durante la enfermedad y falta de apoyo social y problemas económicos), como a los factores de protección de dicho duelo (capacidad de encontrar sentido a la experiencia, manejo de las situaciones, especialmente en el sentimiento de utilidad, planificación de actividades agradables, capacidad de generar alternativas, gestión emocional, autocuidado, experimentar emociones positivas y confianza en la propia recuperación).

Entre los factores de riesgo, la edad o etapa vital en la que se produzca la pérdida es destacable. Los estudios señalan que, en la adolescencia y adultez emergente, el duelo suele provocar crisis madurativa, dando lugar a una madurez precoz o, por lo contrario, una regresión, puesto que es el momento evolutivo donde se determina la personalidad (Gamo Medina y Pazos Pezzi, 2009).

Otro aspecto novedoso a tener en cuenta es la covid-19. Tras el confinamiento, las UHD no dejaron de acudir a los hogares con pacientes paliativos, sin embargo, los estudios indican que la covid-19 fue un factor añadido de estrés e incertidumbre tanto para los pacientes como la familia, donde despedidas y duelos se vieron alterados (Cuervo Pina et al., 2020).

Para una correcta evaluación del duelo, es necesario una recogida de datos óptima de diferentes fuentes (entrevistas, genograma, observación directa, historia de vida, cuestionarios y escalas) para la perfecta elaboración del análisis funcional de la conducta del paciente. (Lacasta,2000)

Entre los cuestionarios más fiables y válidos utilizados en la práctica clínica de evaluación del duelo destacan:

- Inventario de Experiencias en Duelo (IED) de Sanders, Mauger y Strong (1985) y adaptado al castellano
- Inventario Texas Revisado de Duelo (ITRD) de Faschinbauer, Zisook y De Vul adaptado y validado al castellano (García-García et al., 2005).
- Inventario de Duelo Complicado (IDC) de Prigerson (1995).

En cuanto a la metodología e intervención en duelo complicado, la terapia cognitivo-conductual (TCC), se encuentra entre las más destacadas a la hora de

mejorar el afrontamiento emocional y la disminución de síntomas depresivos-ansiosos que la persona puede desarrollar en dicho proceso. Entre las técnicas más eficaces dentro de la TCC destaca la psicoeducación, la reestructuración cognitiva, entrenamiento en HHSS, resolución de problemas y comunicación asertiva (Valencia Ortiz, 2021). Además, los casos intervenidos con TCC disminuyen las conductas de evitación asociadas con la muerte y la sensación reactiva a dicha muerte (Fabila y Montaña, 2022).

Pese a que la TCC presenta grandes beneficios para el tratamiento de duelo, todavía existe escasez de estudios y heterogeneidad teórico-práctica para una intervención estructurada y específica en Duelo Complicado. Por ello, surgen diferentes propuestas como, el Tratamiento del Duelo Complicado de Shear, et al. (2001) donde se aborda la problemática, desde la terapia interpersonal (para la sintomatología de tristeza, reducción de actividad social y culpa), y la terapia cognitivo-conductual (para abordaje del trauma).

La intervención grupal también cobra importancia dentro del duelo complicado. Diferentes guías (Múñoz-López et al., s.f.) y estudios (Espinosa Gil et al., 2015) destacan múltiples beneficios en los pacientes intervenidos con esta metodología, como, por ejemplo, una mayor confianza, cohesión a tratamiento y bienestar social, así como, una reducción del uso y abuso de fármacos (antidepresivos, ansiolíticos...).

En relación al desarrollo teórico, nuestro objeto de estudio será la evaluación e intervención psicológica del caso de una chica joven, que se enfrenta a un proceso de duelo complicado tras la muerte de su madre por cáncer. El efecto de la psicoterapia



se dirige a reducir sintomatología y fomentar estilos de afrontamiento que permitan transitar el proceso de duelo de una manera adaptativa.

## **2. Descripción del caso**

### **2.1 Identificación del paciente**

María es una chica de 21 años, soltera, sin hijos. Estudiante de tercer curso de Grado de Magisterio. Acude a la Asociación de Personas Afectadas por el Cáncer de Villena y Comarca (APAC) tras el fallecimiento de su madre Carmen (fallece tras una recidiva de cáncer de mama) hace un año por Trastorno Persistente de Duelo Complicado.

María vive en una ciudad pequeña de Alicante, Villena, con su hermana pequeña de 16 años, Claudia, en el piso que heredaron de su madre. Su padre habita en la misma localidad, pero no se hace cargo de ellas desde hace tiempo. Carmen se divorció cuando María tenía 10 años y la relación con el padre es casi inexistente.

María no tiene ingresos fijos, salvo en meses puntuales de trabajo en restauración y la pequeña orfandad que le quedó de su madre. Su padre no aporta dinero.

La paciente no tiene pareja y su grupo de amigos y gran parte de la familia materna se encuentran en Madrid. Su relación más íntima y apoyo proviene de su tía materna, que cuidó de su madre hasta los últimos días.

### **2.2 Motivo de consulta**

María acude a consulta psicológica en APAC (mayo de 2022) principalmente, por motivos de insomnio y sensación de ahogo, que aborda con tratamiento farmacológico alrededor de un año sin éxito, a través de su médica de cabecera. María insiste en “que

ya no se reconoce desde la muerte de su madre” y destaca que ella “lo lleva todo” y se siente “abatida y sin fuerzas” mientras agacha la mirada y se produce un lagrimeo continuo. Indica que no duerme prácticamente por las noches y que solo le vienen imágenes constantes del fallecimiento de su madre, de los médicos de asistencia paliativa, los momentos de dolor y el sufrimiento que vivió su madre. Físicamente también destaca dolores de cabeza y cuello.

María conoce APAC porque sabe que su madre acudía a consultas de psicoterapia y asistencia social. Tanto María como su hermana nunca quisieron ponerse en contacto la asociación durante la enfermedad de su madre, que falleció en noviembre de 2021.

### **2.3 Antecedentes**

María es la hija mayor de dos hermanas. A los diez años su madre Carmen se divorcia de su marido y ella y las hijas se trasladan a Madrid. María comienza una nueva vida alejada de su familia paterna de Villena.

La paciente, su hermana y su madre pasan siete años en Madrid hasta el diagnóstico de cáncer de su madre, que les obliga a regresar a Alicante para una mejor asistencia y cuidado de Carmen. María y su tía materna se encargan de dichos cuidados y visitas al hospital. Tras la enfermedad de su madre, María retoma relación con su padre, fría y distante. En 2018, Carmen pasa a fase superviviente y retoman su vida en Madrid. A los dos años 2020, Carmen comienza a sentir dolores de pecho y cabeza confirmándose médicamente una recidiva de cáncer de mama, esta vez sin solución alguna. Tanto Carmen como sus hijas, vuelven a Villena. Carmen comienza un largo tratamiento para evitar que avance la enfermedad.

A esto se suma la pandemia (covid-19), que las deja aisladas de la tía materna. El cáncer sigue avanzando y María se encarga sola del cuidado de su madre, de su hermana y la casa. Los médicos de la Unidad Hospitalaria a Domicilio son los únicos que acuden a domicilio de María y se convierten en su principal apoyo. Su hermana Claudia, presenta actitud de huida y dedica sus días a ver la televisión dentro de su habitación.

En septiembre de 2021, avanza la enfermedad y en noviembre fallece Carmen.

Tras el suceso ambas hermanas se quedan en el piso de Villena. María vuelve a hacerse cargo de todos los trámites burocráticos y cuidado de la hermana menor.

### **3. Evaluación clínica del caso**

Se utilizaron diversas estrategias de evaluación para poder definir y objetivar, lo más preciso posible, la problemática de la paciente. El material utilizado fue el siguiente:

- *Entrevista de Muñoz* (2001), un procedimiento de entrevista clínica general que nos ayudó a delimitar las principales características del problema (historia clínica, descripción de la situación vital actual y detallada del problema, relación interpersonal y familiar de la paciente).
- *Inventario de Texas Revisado de duelo* adaptada al castellano (García-García et al., 2005) nos ayudó a recabar información sobre el comportamiento de la paciente en el pasado, durante el fallecimiento de su ser querido, y los sentimientos que presenta en el momento actual en la consulta.
- *Inventario de Duelo complicado-Revisado y adaptado a modo de entrevista clínica estructurada* (ICD-R-ECEP) por los autores García-García et al. (2001), nos orientó

en el diagnóstico de duelo complicado a través de los criterios propuestos por sus autores (Prigerson et al., 1999). Este inventario se utilizó, principalmente para recabar información sobre los síntomas y variables a intervenir.

Debido a la comorbilidad del proceso de duelo con los estados ansiosos y depresivos, se utilizó:

- *Inventario de Depresión de Beck (BDI-II)* (Beck et al., 2006), un autoinforme compuesto por 21 ítems de tipo Likert, utilizado para detectar y evaluar la gravedad de la sintomatología depresiva.
- *Escala de Ansiedad de Hamilton* (Hamilton, 1959) Se trata de una escala heteroadministrada donde el entrevistador puntúa de 0 a 4 puntos cada ítem, valorando tanto la intensidad como la frecuencia del mismo y evaluar así, los síntomas de estado de ansiedad, tanto psíquica como somática.
- *Cuestionario de Apoyo Social Funcional Duke-UNK-11* (Broadhead et al. 1988; adaptación española de Bellón et al., 1996) Un cuestionario de autoevaluación formado por 11 ítems que nos ayuda a identificar la opinión de la persona sobre la disponibilidad de ayuda ante las dificultades, las facilidades para relación social y para comunicarse de forma empática y emotiva. Respuesta escala Likert de 1 a 5. El rango de puntuación oscila entre 11 y 55 puntos. En la validación española se optó por un punto de corte en el percentil 15, que corresponde a una puntuación < 32. Una puntuación igual o mayor a 32 indica un apoyo normal, mientras que menor a 32 indica un apoyo social percibido bajo.
- Por último, se le pidió rellenar a la paciente el *Diario de sueño-vigilia* (Keller et al., 2017). Autorregistro de los horarios de sueño y vigilia durante las 24 horas del día.

#### 4. Análisis funcional

Tras la evaluación y recogida de información, el análisis funcional de la paciente quedó como indica en la Tabla 1.

**Tabla 1**

*Análisis funcional.*

Estímulo antecedente	Respuestas	Consecuencias
<i>Remotos</i>	<i>Cognitivas</i>	<i>Inmediatos</i>
- Divorcio parental	- Pérdida de sentido de la vida	- Evitar sentimientos de culpa y tristeza
- Cambio de residencia	- Reexperimentación de la muerte de su madre.	- Atención inmediata de profesionales.
- Sentimientos de soledad en infancia	- Pensamientos de culpa.	- Alivio ansiedad.
<i>Cercanos</i>	<i>Fisiológicos</i>	<i>Corto plazo</i>
- Círculo social pobre.	- Pesadillas.	- Estado de ánimo deprimido
- Soledad	- Incapacidad para relajarse	- Evitar toma de decisiones.
- Conflictos con figura paterna	- Lagrimeo continuo	- Evita delegar actividades.
- Toma de decisiones significativas	- Decaimiento	- Problemas de salud.
- Impulsividad y rabia	- Dificultad para conciliar el sueño	- Problemas sociales/laborales.
- Recuerdos de la muerte de su madre.	- Presión en el pecho	- Problemas familiares
- Economía escasa		

**Tabla 1** (continuación)

Estímulo antecedente	Respuestas	Consecuencias
- Incertidumbre sobre su futuro personal y personal	- Dolores de cabeza y espalda. <i>Emocionales</i> - Tristeza profunda - Culpa - Vacío - Desesperanza - Anhedonia - Apatía <i>Motoras</i> - Evitar conversaciones de la madre. - Aislamiento social - Evitar recordatorios y amistades madre - Discusiones con familiares - Hiperresponsabilidad en el hogar.  Inactividad y no ocio.	<i>Largo plazo</i> - Aislamiento - Pérdida estudios y recursos económicos - Depresión mayor

## 5. Diagnóstico

De acuerdo con la evaluación elaborada y el DSM-V (APA, 2013), la paciente cumple con los criterios establecidos para el trastorno de duelo complicado, llamado específicamente Trastorno de Duelo Complejo y Persistente 309.89 (F43.8).

## 6. Intervención psicológica

La intervención elegida para el caso único fue, principalmente la terapia cognitivo-conductual. A esta intervención se introdujo algunas técnicas de la intervención en duelo complicado de Katherine Shear, et al. (2001) basadas en terapia intrapersonal (especialmente para resolución de problemas y restauración de relación afectivo-familiar)

## 7. Objetivos

### *Objetivo principal*

Facilitar una elaboración del duelo adaptativo a la nueva situación de la paciente.

### *Objetivos específicos*

Tras una evaluación exhaustiva y junto la demanda de la paciente, se establecen los objetivos específicos, encuadrados en la siguiente tabla (Tabla 2), adherida a la técnica utilizada en cada uno para su consecución. De esta manera queda más claro y visual.



**Tabla 2***Objetivos específicos y técnicas*

<b>Objetivos específicos</b>	<b>Técnica</b>
Facilitar la expresión y comprensión del proceso de duelo.	Psicoeducación. Ventilación de sentimientos. Información de hipótesis de origen y mantenimiento.
Disminuir estado ansioso	Mindfulness. Técnicas de respiración.
Aumentar actividades y reducir conductas de evitación.	Exposición gradual Activación conductual
Reducir síntomas depresivos.	Reestructuración cognitiva
Reducir pensamientos/imágenes recurrentes	Reestructuración cognitiva Autorregistro de pensamiento Exposición en imaginación
Aumentar horas de sueño	Higiene del sueño Intención paradójica



**Tabla 2** (continuación)

<b>Objetivos específicos</b>	<b>Técnica</b>
Facilitar una nueva visión y despedida adaptativa hacia la persona fallecida.	Cartas de despedida y agradecimiento
Favorecer un ajuste personal en su vida sin su madre (relaciones personales, familiares, sociales, académicas y económica)	Programación y estructuración de actividades. Entrenamiento en comunicación asertiva. Técnica resolución de problemas. (T. interpersonal) Grupos de ayuda mutua
Prevención de recaídas	Repaso de sesiones (tratamiento, estrategias y técnicas aprendidas) Anticipar dificultades

## **8. Diseño plan de tratamiento**

Según la disponibilidad de la paciente y apertura del centro APAC se estableció una intervención de 16 sesiones, principalmente los lunes. El primer mes María acudió

semanalmente y el resto de meses de manera quincenal. Antes de dar alta terapéutica, la última consulta se espació un mes.

*SESIÓN 1 (2 de mayo 2022: primera consulta de María)*

Recepción de la paciente en APAC. Entrevista y pase de cuestionarios fomentando la ventilación y validación de emociones, así como establecer el vínculo terapéutico. Diario sueño y vigilia para rellenar.

*SESIÓN 2 (9 de mayo)*

Se devolvió los resultados de los cuestionarios y se elaboró un modelo explicativo del caso a través del análisis funcional que se le expuso a la paciente. Se le otorgó conocimiento sobre la definición de duelo, los diferentes tipos de duelo y la etapas y función de éste, es decir, psicoeducación.

*SESIÓN 3 (16 de mayo)*

Se instruyó en detección del pensamiento, exposición en imaginación, mindfulness y técnicas de respiración con el objetivo de disminuir el estado ansioso y aumentar horas de sueño.

*SESIÓN 4 (23 de mayo)*

Se procedió con la reestructuración cognitiva con el objetivo de reducir pensamientos generalizados, dicotómicos o los “debería y tengo que”. Se construyen pensamientos nuevos y alternativos.

#### *SESIÓN 5 (30 de mayo)*

Se propuso la exposición gradual a situaciones evitadas, especialmente las relacionadas con el trauma. Se estableció jerarquía de situaciones temidas, especialmente las sociales y familiares.

#### *SESIÓN 6 (13 de junio)*

Se estableció una lista de actividades agradables para trabajar la activación conductual y reconectar con las metas de la paciente. Aumentaron las horas de sueño, redujeron despertares nocturnos y abandonó la medicación para el insomnio bajo supervisión médica.

#### *SESIÓN 7 (27 de junio)*

Se incrementó la exposición gradual y número de actividades agradables. Se propuso pertenecer a un grupo de ayuda mutua de jóvenes que salen a pasear por la naturaleza llamado "Viento y Vida" y aceptó.

#### *SESIÓN 8 (4 de julio)*

Entrenamiento en comunicación asertiva y resolución de problemas, para gestionar y delegar responsabilidades tras el fallecimiento de su madre.

#### *SESIÓN 9 (18 de julio)*

Se volvió a narrar el proceso de la pérdida de una manera gradual e incorporando información que en un principio no quería nombrar. Se propuso hablar y debatir sobre el cáncer y la muerte e ir controlando con ejercicios de respiración la activación fisiológica.

*SESIÓN 10 (29 de agosto)*

Se reforzó actitud y compromiso de María e incrementó más actividades agradables para que continuase durante el mes de vacaciones que APAC cerró.

*SESIÓN 11 (12 de septiembre)*

Encuentro de una conexión perdurable con la madre desde un recuerdo saludable y no traumático. Se utilizó carta de despedida.

*SESIÓN 12 (26 de septiembre)*

Se continuó el trabajo de despedida con carta de agradecimiento por todo lo que la persona fallecida le aportó a la paciente y haciendo proyección saludable a futuro del recuerdo.

*SESIÓN 13 (10 de octubre)*

Se recuperó los objetivos de María para su crecimiento personal y laboral. Comprobación de logros y metas obtenidas.

*SESIÓN 14 (25 de octubre)*

Pase de cuestionarios postratamiento, para observar resultados de la intervención.

*SESIÓN 15 (7 noviembre)*

Se repasó y resumió aquello más destacable, especialmente el sentimiento de culpa. Se anticipó dificultades que la paciente podría encontrar, como las citas y encuentros navideños que próximamente iban a acontecer.

SESIÓN 16 (5 diciembre)

Revisión. Alta terapéutica.

**9. Resultados**

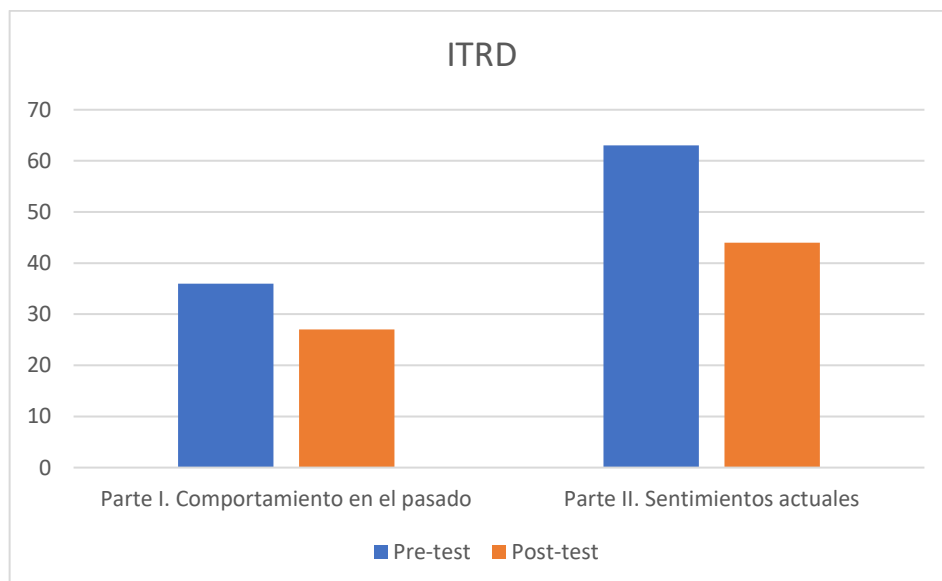
**9.1 Análisis cuantitativo**

Una vez realizada la intervención, se exponen los resultados a través de un análisis cuantitativo y cualitativo. Se establece una comparación entre los cuestionarios pre y post.

Según el *Inventario de Texas Revisado del duelo (ITRD)* en relación a la parte I (realizada al inicio) del cuestionario la puntuación es de 36 sobre 40 y en la parte II (análisis pre-post) se recoge una puntuación pre-test de 63 sobre 65, mientras que en el post-test disminuye dicha puntuación en la parte I a 27 sobre 40 y en parte II, a 44 sobre 65. Destacamos los ítems 5 (dolor del recuerdo), 10 (sensación de justicia en la muerte) y 12 (aceptación muerte) de la parte II, donde la puntuación ha disminuido en todos de un 5 a un 2 en escala Likert (ver Figura 1).

**Figura 1**

*Resultados del Inventario de Texas revisado de Duelo*



Respecto a la entrevista clínica estructurada a través del *Inventario de Duelo complicado Revisado (ICD-R-ECEP)* los criterios A, B, C y D dejan de cumplirse, especialmente el estrés por la separación que conlleva la muerte y la sensación de soledad, donde presentaba un sentimiento de soledad de 5 (siempre) a 2 (pocas veces).

Por otro lado, los resultados en relación al apoyo percibido, obtenidos del *Cuestionario de apoyo social percibido Duke*, presentan un aumento en la percepción entre los resultados pre y post significativos. En el pre-test la puntuación es de 17 sobre 55 y en post-test 36 sobre 55 (Tabla 3).

**Tabla 3**

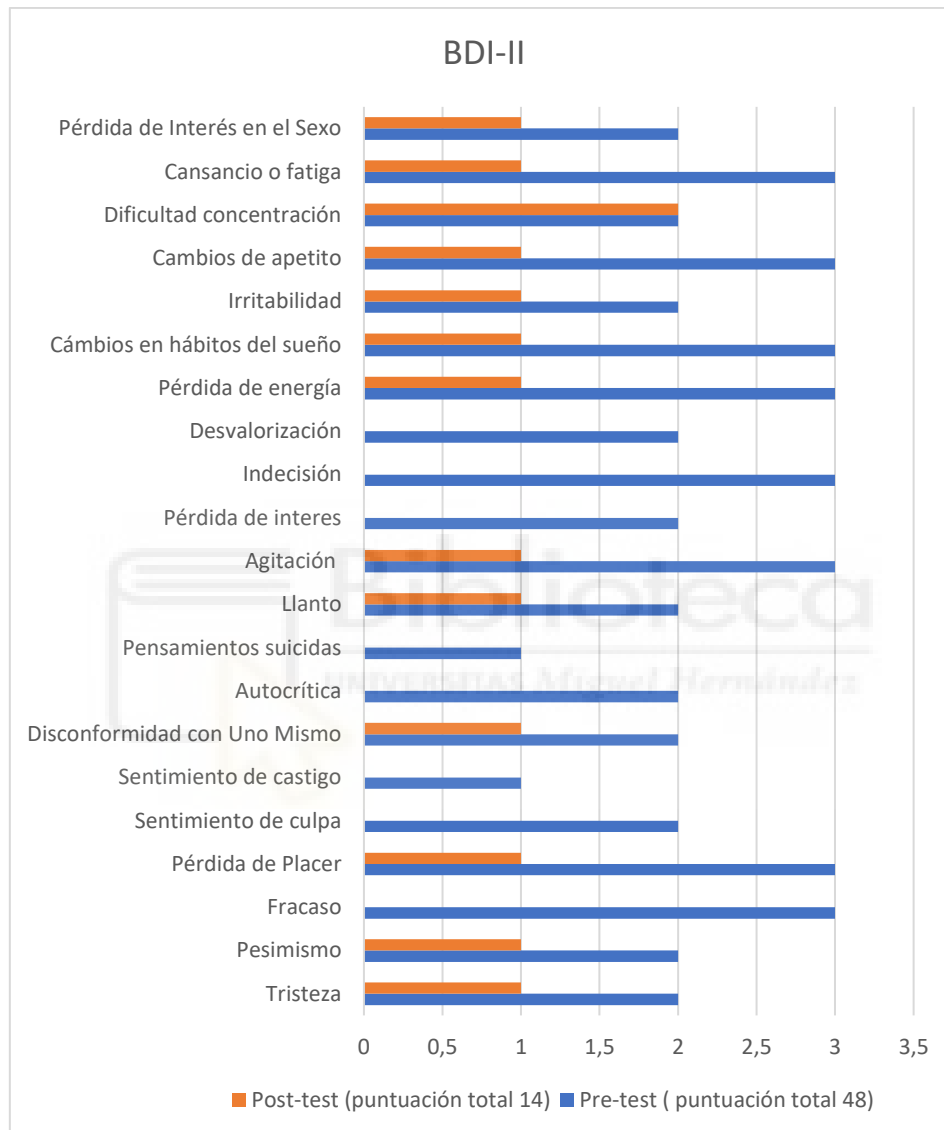
*Resultados del cuestionario apoyo social percibido Duke.*

	Pre test	Post test
Apoyo social percibido	17	36

De acuerdo con los resultados obtenidos en el *Inventario de Depresión de Beck (BDI-II)* también observamos una disminución de la sintomatología depresiva, pues la paciente pasó de una puntuación de 48 sobre 63 en el inicio a una puntuación de 14 sobre 63 en el post-test. Según los datos de cohorte, la paciente pasó de un rango de puntuación que indica depresión severa a moderada. A continuación, se muestran gráficamente las puntuaciones de los ítems en pre-test y post-test (Figura 2).

**Figura 2**

*Resultados del Inventario de Depresión de Beck*



En cuanto a la *Escala de Ansiedad de Hamilton*, en el inicio, tanto la ansiedad psíquica y la somática puntuaban 14 y 15 ordenadamente, con un total de 29 sobre 56. Al terminar la paciente puntuó 5 en ansiedad psíquica y 2 en somática, con una puntuación de 7 sobre 56. En la Tabla 4, se exponen de manera más visual.

**Tabla 4**

*Resultados de la Escala de Ansiedad de Hamilton*

	Pre-test	Post-test
Ansiedad Somática	15	2
Ansiedad Psíquica	14	5
Total	29	7

Destacamos del *autorregistro de diario sueño-vigilia*, una reducción en los despertares nocturnos, a partir de la sesión 4. Además, aumentan las horas de sueño hasta 7 horas y media, mientras que en el inicio del registro no llegaba a un total de 5 horas diarias y una calidad de sueño irregular.

### **9.2 Análisis cualitativo**

De una manera cualitativa se observan cambios en los tres niveles de respuesta: fisiológico, motor y cognitivo. Para una manera más aclaratoria, los ordenamos en relación a los objetivos específicos establecidos.

*Facilitar la expresión y comprensión del proceso de duelo.* Con la ventilación y validación de emociones conseguimos mejorar a frases como “qué bien me sienta venir aquí”. Con la psicoeducación y explicación de hipótesis se generaron frases como, “sabía que estaba mal pero no pensaba que con mis pensamientos yo misma podía provocarme más dolor”.

*Disminuir estado ansioso.* La práctica de mindfulness y técnicas de respiración ha conseguido que pueda acudir a eventos sociales que anteriormente evitaba. Verbaliza “ya no siento presión en el pecho, ni ahogo”. Además, señala que prácticamente han desaparecido los dolores de cabeza.

*Aumentar actividades y reducir conductas de evitación.* A nivel motor, hay una mejoría, puesto que la paciente ha dejado de evitar situaciones que le suponían esfuerzo y las actividades que se incluyeron las ha ido registrando y verbalizando como



satisfactorias. Aun así, todavía hay encuentros con algunos familiares que todavía prefiere evitar.

*Reducir síntomas depresivos.* Con la activación conductual la paciente ha conseguido incluso apuntarse a clases de yoga y establecer una rutina y un horario.

*Reducir pensamientos/imágenes recurrentes.* El autorregistro y reestructuración cognitiva, le ha permitido detectar los pensamientos y cambiar el dialogo interno. La paciente señala frases como “no pensaba que al hablarme bonito conseguiría callar la voz interna que me tortura”.

*Aumentar las horas de sueño.* En el autorregistro se observan cambios positivos, pero también en consulta, al principio bostezaba mucho mientras hablaba y dejó de hacerlo. Además, bajo prescripción médica ha dejado de tomarse medicación para inducir el sueño.

*Facilitar una nueva visión y despedida adaptativa hacia la persona fallecida.* Con las cartas de despedida comentó “ahora siento paz y he dejado temas pendientes a parte”, “la necesidad de decirle cosas que tenía en el pecho guardadas ya no la siento”.

*Favorecer un ajuste personal en su vida sin su madre (relaciones personales, familiares, sociales, académicas y económica).* La comunicación asertiva y resolución de problemas, ha sido clave en la relación con su entorno más cercano, especialmente a aprender a decir “no” y delegar responsabilidades con su hermana. Nos comentó “me he dado cuenta que he querido hacer el papel de madre con mi hermana y la estaba sobreprotegiendo”. Ha mejorado la relación con su padre, con la “resolución de conflictos”, consiguiendo una relación cordial. Destacamos la apertura social que ha sentido la paciente ante nuevos grupos, a partir de salir a caminar por la naturaleza con el grupo de ayuda mutua que hay en la asociación. Señaló frases como “hablar con las chicas del grupo me ayuda a entender mi proceso y saber que no estoy sola”.

*Prevención de recaídas.* Repasar y otorgarle consejo sobre las posibles recaídas y cómo afrontarlas incrementa la seguridad de la paciente con frases como “no tengo

miedo a los cambios o futuras reacciones, tomar conciencia de ello me hace libre y si lo necesito, pediré ayuda, porque ahora entiendo, que no tengo porque hacerlo yo sola”.

## **10. Discusión y conclusión**

Según los resultados y la evidencia previa, podemos observar que, principalmente la terapia cognitivo - conductual pueden reducir sintomatología, en un caso de Trastorno Persistente de Duelo Complicado. Tanto los síntomas ansiosos, como depresivos han disminuido, tal y como señalan muchos anteriores estudios (Fabila y Montaña, 2022). Entre las técnicas, observamos que la reestructuración cognitiva, la psicoeducación, entrenamiento en habilidades sociales, resolución de conflictos y comunicación asertiva fueron clave en nuestra intervención, disminuyendo así las conductas de evitación asociadas a la muerte. Que la paciente comprenda el proceso de pensamiento y como las creencias pueden afectar en sus reacciones frente al duelo, ayuda a desterrar pensamientos catastrofistas y limitantes, como “no soy capaz de seguir adelante” o “mi vida ya no tiene sentido”.

El aumento de afrontamiento emocional permitió que la tristeza y la culpa disminuyeran, coincidiendo así con la terapia del Duelo Complicado de Katerine Shear et al. (2002).

Otro aspecto importante a destacar, fue el entrenamiento en mindfulness, técnicas de respiración e intención paradójica. Consideramos que puede haber una estrecha relación entre estas técnicas y la eliminación de tratamiento farmacológico que la paciente estaba tomando para el insomnio y que tanto le perturbaba.

La etapa vital en la que sucedió la pérdida también se ha visto afectada en la excesiva responsabilidad de la paciente, haciendo exitosamente un reajuste de tareas

y responsabilidades pertinentes a ello, especialmente, con las tareas económicas del hogar y supervisión de su hermana menor. Por tanto, se confirma que la etapa vital en el duelo es un factor de riesgo, tal como señalan anteriores estudios (Gamo Medina y Pazos Pezzi, 2009).

Entre los factores de riesgo, la covid-19 fue un dato muy importante (Cuervo, 2020). La paciente no había podido hacer una despedida arropada por los suyos y con mucha sensación de soledad y desamparo, que se redujo cuando retomó y reorientó sus relaciones socio-familiares. Además, en la séptima sesión se produjo un gran cambio en su motivación y ganas por hacer más cosas, coincidiendo con la incorporación al grupo de paseos por la naturaleza llamado "Viento y Vida", por lo que podemos considerar que, tal como señalan los estudios (Espinosa Gil et al., 2015), la intervención grupal también sería una herramienta clave dentro de los procesos de duelo complicado.

A pesar que, las técnicas-cognitivo conductuales aplicadas han facilitado el cambio en la paciente a la hora de retomar sus actividades diarias, no deja de ser un estudio de caso único y no podemos generalizar los resultados. Además, el proceso de duelo presenta muchas diferencias y desacuerdos entre diferentes autores, y junto a la individualidad de cada caso, se hace complicado establecer un programa único para este proceso.

Consideramos que futuras investigaciones sobre Trastorno Persistente de duelo complicado sigan ampliando la evidencia sobre el papel de la cognitivo conductual y nuevas técnicas de expresión emocional.

## 11. Anexos.

Autores como Prigerson et al., (1999) elaboraron los primeros criterios consensuados para el diagnóstico del duelo complicado y así, poder discernir de los síntomas del duelo normal. A continuación, aparecen dichos criterios detallados, junto a los síntomas, intensidad y duración (Tabla 5).

**Tabla 5**

*Criterios para el diagnóstico del duelo complicado*

---

<i>Criterio A: estrés por la separación afectiva que conlleva la muerte.</i>	Presentar, cada día o en grado acusado, 3 de los 4 síntomas siguientes:  1) pensamientos intrusivos -que entran en la mente sin control- acerca del fallecido  2) añoranza -recordar su ausencia con enorme y profunda tristeza- del fallecido  3) búsqueda -aun sabiendo que está muerto- del fallecido  4) sentimientos de soledad como resultado del fallecimiento
--	---

**Tabla 5** (continuación)

---

<i>Criterio B: estrés por el trauma psíquico que supone la muerte.</i>	<p>Presentar, cada día o en grado acusado, y como consecuencia del fallecimiento, 4 de los 8 síntomas siguientes:</p> <p>1) falta de metas y/o tener la sensación de que todo es inútil respecto al futuro 2) sensación subjetiva de frialdad, indiferencia y/o ausencia de respuesta emocional 3) dificultad para aceptar la realidad de la muerte. 4) sentir que la vida está vacía y/o que no tiene sentido 5) sentir que se ha muerto una parte de sí mismo 6) asumir síntomas y/o conductas perjudiciales del fallecido, o relacionadas con él 7) excesiva irritabilidad, amargura, y/o enfado en relación con el fallecimiento 8) tener alterada la manera de ver e interpretar el mundo.</p>
<i>Criterio C: cronología</i>	<p>La duración del trastorno -los síntomas arriba indicados- es de al menos 6 meses</p>
<i>Criterio D: deterioro</i>	<p>El trastorno causa un importante deterioro de la vida social, laboral u otras actividades significativas de la persona en duelo.</p>

---

## 12. Referencias bibliográficas.

- Alberola Candel, V., Adsuara Vicent, L. y Reina López, N. (s.f.). *Intervención individual en duelo* (Archivo pdf).  
<https://seom.org/seomcms/images/stories/recursos/sociosyprofs/documentacion/manuales/duelo/duelo12.pdf>
- Altet, J. y Boatas, F. (2000) Reacciones de duelo. *Inf Psiquiat*, 159, 17-29.
- American Psychological Association (APA). (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Barreto, P., Yi, P. y Soler, C. (2008). Predictores de duelo complicado. *Psicooncología*, 5, 383–400.
- Beck, A. T., Steer, R. A. y Brown, G. K. (2006). *BDI-II. Inventario de Depresión de Beck*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- Bellón, J.A., Delgado, A., Luna, J. y Lardelli, P. (1996). Validez y fiabilidad del cuestionario de apoyo social funcional Duke-UNC-11. *Atención Primaria*, 18, 153-163.
- Bowlby, J. (1980). *El apego y la pérdida III: la pérdida*. Ediciones Paidós.
- Broadhead, W.E., Gehlbach, S.H., Degruy, F.V. y Kaplan, B.H. (1988). The DukeUNC functional social support questionnaire: Measurement for social support in family medicine patients. *Medicine Care*, 26, 709-723.

- Cuervo Pina, M. A., Gisbert Aguilar, A. y López-Casero Beltrán, N. (2020). Atención en domicilio a pacientes no COVID-19 en la era COVID: tres experiencias diferentes. *Medicina Paliativa*, 27(3), 226-233.
- Díaz, P., Losantos, S. y Pastor, P. (2014). Guía de duelo adulto para profesionales socio-sanitarios (Archivo pdf). <https://www.fundacionmlc.org/wp-content/uploads/2020/03/Guia-Duelo-Adulto-FMLC.pdf>
- Espinosa Gil, R. M., Campillo Cascales, M. J., Garriga Puerto, A. y Martín García-Sancho, J. C. (2015). Psicoterapia grupal en duelo: experiencia de la psicología clínica en Atención primaria. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 35(126), 383–386. <https://doi.org/10.4321/S0211-57352015000200011>
- Fabila, L. J. y Montaña, A. H. (2022). Intervención cognitivo-conductual en el duelo complicado: un estudio de caso. *Clínica Contemporánea*, 13(2). <https://doi.org/10.5093/cc2022a8>
- Gamo Medina, E y Pazos Pezzi, P. (2009). El duelo y las etapas de la vida. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 29(2), 455-469.
- García-García, J. A., Landa, V., Prigerson, H., Echeverría, M., Grandes, G., Mauriz, A. y Andollo, I. (2002). Adaptación al español del Inventario de Duelo Complicado (IDC). *Medicina Paliativa*, 9(2), 10-11.
- García-García, J.A., Landa, V., Trigueros Manzano, M.C. y Gaminde Inda, I. (2005). *Inventario Texas Revisado de Duelo (ITRD): adaptación al castellano, fiabilidad y validez*, 35(7), 353–358. <https://doi.org/10.1157/13074293>

García-García, J.A., Landa, V., Trigueros Manzano, M.C. y Gaminde Inda, I.

(2001). *Inventario de experiencias en duelo (IED): adaptación al castellano, fiabilidad y validez. Atención Primaria, 27(2), 86-*

93. [https://doi.org/10.1016/S0212-6567\(01\)78779-3](https://doi.org/10.1016/S0212-6567(01)78779-3)

Hamilton, M. (1959). The assessment of anxiety states by rating. *Br J Med Psychology* 32; 50–55.

Keller, L. K., Grünewald, B., Vetter, C., Roenneberg, T. y Schulte-Körne, G. (2017). Not later, but longer: sleep, chronotype and light exposure in adolescents with remitted depression compared to healthy controls. *European Child & Adolescent Psychiatry*. <https://doi.org/10.1007/s00787-017-0977-z>

Kübler-Ross, E. (1969). *On death and dying*. Macmillan Company.

Kübler-Ross, E. y Kessler, D. (2007). *El duelo y el dolor*. Ediciones Luciérnaga.

Lacasta Reverte, M. R. y García Rodríguez, E. D. (2000) El duelo en cuidados paliativos.

*SECPAL: Guías Médicas.*

<http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/lacasta-duelo-01.pdf>

Muñoz López, M., Ausín Benito, B. y Panadero Herrero, S. (s.f.). Manual práctico de evaluación psicológica clínica (Archivo pdf).

<https://www.sintesis.com/data/indices/9788491714101.pdf>

Nomen, L. (2008). *Tratando el proceso de duelo y de morir*. Ediciones Pirámide.

Parro-Jiménez, Elena, Morán, Noelia, Gesteira, Clara, Sanz, Jesús, & García-Vera, María

Paz. (2021). Duelo complicado: una revisión sistemática de la prevalencia, diagnóstico, factores de riesgo y de protección en población adulta de



España. *Anuales de Psicología*, 37(2), 189-202.

<https://dx.doi.org/10.6018/analesps.37.2.443271>

Prigerson, H. G., Shear, M. K., Jacobs, S. C., Reynolds, C. F., Maciejewski, P. K., Davidson, J. R. T., Rosenheck, R. A., Pilkonis, P. A., Wortman, C. B., Williams, J. B., Widiger, T. A., Frank, E., Kupfer, D. J. y Zisook, S. (1999). Consensus criteria for traumatic grief. A preliminary empirical test. *British Journal of Psychiatry*, 174, 67-73.

Prigerson, H. G., Maciejewski, P. K., Reynolds, C. F., 3rd, 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)

Shear, M. K., Frank, E., Foa, E., Cherry, C., Reynolds, C. F., Vander, B. J., Masters, S. (2001). *Traumatic Grief Treatment: A Pilot Study*. *American Journal of Psychiatry*, 158(9), 1506–1508. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.158.9.1506>

Valencia Ortiz, A. I. y Dávila Vázquez, Y. (2021). Intervención cognitivo-conductual para la elaboración del duelo en la diada madre-hijo. *Uaricha, Revista De Psicología*, 7(14), 1–11.

<http://www.revistauaricha.umich.mx/index.php/urp/article/view/443>

Wonder, J.W. (2002). *El tratamiento del duelo: asesoramiento psicológico y terapia*.

Ediciones Paidós.

