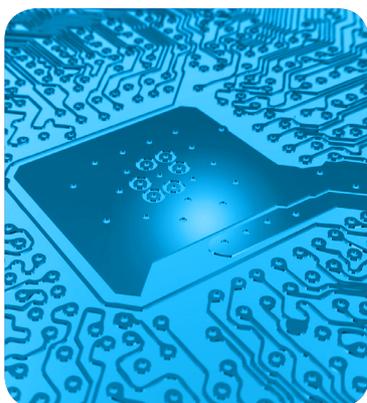




MÁSTERES de la UAM

Facultad de Psicología /11-12

Máster Universitario en
Psicología de la Salud



**Intervención
Psicológica en un caso
de duelo por la pérdi-
da de un ser querido.
Detección, evaluación
e intervención sobre
los factores de riesgo
y de protección en el
duelo, a propósito de
un caso**

Belén Díaz-Albo Bazó



En agradecimiento a todas las personas que han confiado en nuestro equipo para el acompañamiento en su proceso de sufrimiento tras la pérdida de sus seres queridos. Y en especial a Sara por permitirme compartir su historia, y a Jose Antonio Carrobes por dirigir este trabajo.

ÍNDICE

	<i>Página/s</i>
▪ Resumen/Abstract _____	4-5
▪ Introducción _____	6-14
▪ Caso clínico _____	15-49
<i>1. Identificación del paciente y motivo de consulta</i>	15-16
▪ Datos de identificación	15
▪ Motivo de consulta	15
<i>2. Análisis descriptivo</i>	16-22
▪ Historia de vida y antecedentes a la pérdida	17
▪ Genograma trigeracional	18
▪ Características del fallecimiento y del duelo	18
▪ Entorno en el que se origina la pérdida	21
<i>3. Evaluación clínica</i>	22-29
▪ Observación	23
▪ Entrevistas	25
▪ Cuestionarios	25
▪ Escalas	26
▪ Autorregistros	28
<i>4. Formulación clínica</i>	29-37
▪ Historia del problema	29
▪ Análisis funcional de la conducta	33
▪ Diagnóstico	36
<i>5. Propuesta de tratamiento psicológico</i>	37-49
▪ Objetivos del tratamiento	37
▪ Diseño del plan de tratamiento	39
▪ Selección de técnicas de intervención	42
▪ Valoración de los resultados a corto y largo plazo	44
▪ Alta terapéutica	48
▪ Discusión _____	50-51
▪ Referencias y bibliografía _____	52-55

Intervención psicológica en un caso de duelo por la pérdida de un ser querido

▪ **Resumen**

El presente estudio recoge la caracterización del proceso de duelo por la pérdida de un ser querido y el análisis del tratamiento psicológico a partir del caso de una mujer de 19 años que acude a consulta con un importante nivel de sufrimiento psicológico y dificultades para la adaptación tras el fallecimiento de su madre.

La intervención se inicia dos meses después del fallecimiento y consistió en 16 sesiones de tratamiento y tres de seguimiento: a los tres meses, seis meses y un año. El objetivo último es facilitar la resolución del duelo de una forma adaptativa y coherente a la dinámica de funcionamiento habitual de la persona. Se evaluaron los datos sociodemográficos y clínicos de la paciente. La intervención se dirigía a la mejora del estado de ánimo, de creencias, emociones y conductas disfuncionales y de la adaptación personal mediante técnicas cognitivo-conductuales.

A partir del análisis de los datos, la valoración de los resultados quiere mostrar una mejora de la sintomatología inicial y una mejora en la evaluación subjetiva de la paciente. El estudio permite señalar la importancia de la intervención psicológica desde el marco de la prevención para facilitar el ajuste de las personas en proceso de duelo.

Palabras clave: duelo, tratamiento psicológico, adaptación, prevención, estudio de caso único.

▪ ***Abstract***

The present study resume a description of a grief after the lost of a beloved relative and the analysis of a psychological treatment. The case report of a nineteen years old woman that consults with a high level of psychological suffering and difficulty of adaptation after the death of her mother.

The intervention begins two months after the death and consisted of 16 sessions of treatment and 3 follow up sessions (3, 6 and 12 months after) The ultimate goal its to facilitate the resolution of grief in an adaptive and coherent way to the dynamic of usual operation of our patient. The intervention its focus on the mood status, believes, emotions, and dysfunctional behaviors and the adaption of the person by cognitive behavioral techniques.

From the data analysis, the results are an improve of the initial symptoms and the improve in the subjective evaluation of the patient. The study allows to show the importance of a preventive psychological intervention to improve the adaptation of people to grief.

Key words: grief, psychological treatment, adaption, prevention, single case study.

INTRODUCCIÓN

El **duelo** es la reacción natural a una experiencia de muerte o pérdida (Worden, 2002) Es entonces la reacción natural ante la muerte de un ser querido y cumple una función adaptativa. Es un tiempo necesario para la reconstrucción personal tras la pérdida de algo significativo.

La situación de **pérdida** significativa conlleva necesariamente una reacción de duelo que permita su asimilación y elaboración. Podemos entender que la *pérdida de un ser querido* es una de las situaciones más amenazantes y estresantes a las que debe enfrentarse un ser humano (Gómez-Sancho, 2004) y se asocia a importantes problemas de salud.

El **proceso de duelo** se define como el conjunto de cambios psicológicos y psicosociales por los que se elabora la pérdida, un conjunto de emociones, pensamientos y conductas en relación a la pérdida (Tizón, 2004) Cualquier relación humana pasa por una primera fase de construcción, que si se considera relevante tenderá a su mantenimiento. El sufrimiento se deriva entonces de la separación, impuesta e irreversible como en el caso de la muerte, en función del significado que otorga la persona a lo perdido.

Podemos diferenciar entre la situación de pérdida de un ser querido (*bereavement*), la reacción emocional que conlleva esa pérdida, sería el duelo propiamente dicho (*grief*) y la forma en que éste se manifiesta, que vendrá determinada en parte por variables sociales y culturales (*mourning*)

La representación social de la muerte y del duelo ha cambiado. Hace unas décadas, las personas morían en casa rodeadas de su familia y deseaban un tiempo para poder despedirse de sus seres queridos. Sin embargo, en la actualidad se tiende a esconder al moribundo, se prefiere la muerte hospitalaria, y si la persona no es consciente de que va a morir, mejor.

También se han dado cambios en el proceso de duelo. De un evento colectivo se está dando un *fenómeno de privatización* del duelo. Eliminar el soporte público del duelo está provocando que se convierta en un proceso largo, doloroso y lleno de sufrimiento, muchas veces por la desinformación que conlleva tal aislamiento.

Hemos iniciado esta introducción señalando que el duelo es una respuesta natural a la situación de pérdida. El *duelo normal* supone una serie de síntomas que debemos comprender para realizar una diferenciación relevante con el *duelo complicado* y el *duelo patológico*.

La *caracterización de síntomas* que aparecen en la elaboración natural de un duelo se ordena en 4 grupos (Nomen, 2009 adaptado de Worden, 1997):

- | | |
|---|---------------------------------------|
| ▪ <i>Síntomas cognitivos:</i> | ▪ <i>Síntomas orgánicos:</i> |
| - Incredulidad | - Vacío en el estómago |
| - Confusión (dificultad de concentración y olvidos) | - Opresión en el pecho |
| - Preocupación (y obsesiones sobre el fallecido y el modo de recuperarlo) | - Opresión en la garganta |
| - Sentido de presencia | - Hipersensibilidad al ruido |
| - Alucinaciones visuales y auditivas | - Sensación de despersonalización |
| - No hay pérdida de autoestima | - Falta de aire |
| | - Debilidad muscular |
| | - Falta de energía |
| | - Sequedad de boca |
| ▪ <i>Síntomas conductuales:</i> | ▪ <i>Síntomas emocionales:</i> |
| - Trastornos del sueño | - Tristeza |
| - Trastornos de la alimentación | - Enfado |
| - Conducta distraída | - Culpa |
| - Aislamiento social | - Ansiedad |
| - Sueños con el fallecido | - Soledad (personal y social) |
| - Evitación de recordatorios | - Fatiga (apatía o indiferencia) |

- Conducta de búsqueda
- Hiperactividad
- Atesorar objetos del fallecido
- Visitar lugares o llevar objetos que recuerden la pérdida
- Llanto
- Impotencia
- Shock
- Anhelo
- Alivio
- Insensibilidad

Todas estas manifestaciones deben considerarse normales si la persona se encuentra en un proceso de duelo. Pueden entenderse complicaciones en el duelo por las circunstancias en las que tiene lugar, las características de la pérdida o las características de la persona en duelo. La profesionalización se hace indispensable en el caso de duelo patológico por los factores de riesgo, la vulnerabilidad de la persona en duelo o el acúmulo de duelos (Tizón, 2004)

La elaboración del duelo supone una serie de procesos psicológicos, que se inicia en el *impacto cognitivo y emocional* que supone la identificación de la pérdida y termina con la *aceptación de la nueva realidad interna y externa* del sujeto (Tizón, 2004) Muchas personas que acuden al psicólogo para el tratamiento del proceso de duelo demandan “*volver a ser como antes*”, puesto que la pérdida ha supuesto una ruptura en la sensación de continuidad vital del sujeto. También es el caso de la paciente que vamos a presentar en este trabajo.

Aunque la mayoría de los autores hablan de 2 años, pudiendo llegar a 3 o 4 años (Montoya, 2008), la *cronología del duelo* viene determinada por lo que ocurre en ese periodo, las conductas que lleva a cabo la persona y la adaptación que consiguen en su entorno, más que por un periodo temporal determinado.

En cualquier caso, lo importante de cara a la intervención es atender a la cobertura del primer año tras la pérdida (Nomen, 2007) puesto que se considera el periodo de mayor vulnerabilidad, y se recomienda un seguimiento para la prevención de recaídas.

Los *momentos emocionales característicos del proceso de duelo* serían (Bowlby, 1980):

1. Impacto, crisis, protesta
2. Desesperanza
3. Reorganización, desapego

Estos momentos suponen el proceso de elaboración del duelo desde el impacto inicial hasta la resolución del mismo desde la reorganización a una nueva vida.

De cara al caso que presentaremos a continuación y por su referencia en el mismo, queremos introducir los datos que se conocen hasta el momento acerca de las variables que van a influir en la elaboración del proceso de duelo.

En diferentes estudios se han identificado una serie de factores presentes antes de la muerte del ser querido, que serán predictores del duelo posterior de la persona (Lacasta y Soler, 2004; Barreto, Yi y Soler, 2008)

Aunque tradicionalmente se ha venido prestando mayor interés, y por tanto mayor investigación, a los factores de riesgo predictores de un duelo complicado, también se han identificado una serie de factores que actuarían como protección a posibles dificultades o complicaciones en la elaboración de este proceso. Estos factores serían los siguientes:

- ***Factores de riesgo de duelo complicado:***
(Barreto, Yi y Soler, 2008)
 - Dependencia afectiva
 - Expresiones de rabia y culpa
 - Vulnerabilidad psíquica previa:
 - Antecedentes psicopatológicos
 - Duelos anteriores no resueltos
 - Falta de control de síntomas durante la enfermedad
 - Problemas económicos

- **Factores de protección en la elaboración del duelo:**
(Barreto, Yi y Soler; 2008)
 - Capacidad de encontrar sentido a la experiencia
 - Competencia en el manejo de situaciones:
 - Sentimientos de utilidad
 - Planificación de actividades agradables
 - Capacidad de generar alternativas
 - Gestión de emociones
 - Capacidad de autocuidado
 - Capacidad de experimentar emociones positivas
 - Confianza en la propia recuperación

Se ha demostrado que los sujetos que presentan complicaciones en su proceso de duelo a los 6 meses del fallecimiento del familiar, ya las presentaban a los 2 meses (Barreto, 2010) Por tanto, debemos tener en cuenta que:

- Los factores de riesgo que discriminan a los sujetos con y sin complicaciones a los 2 meses, lo hacen también a los 6 meses.
- Los factores de protección que discriminan a los sujetos con y sin complicaciones a los 2 meses, lo hacen también a los 6 meses.

Se deduce entonces, la importancia de la **prevención** en el tratamiento psicológico de cara a los procesos de duelo. El caso que hemos elegido representa un buen ejemplo de este supuesto, que permite además resaltar la importancia de la metodología del psicólogo para aliviar el sufrimiento del ser humano.

Nuestro enfoque entiende mejor la posición teórica que habla de **factores mediadores del proceso de duelo** (Worden, 2002), más que factores predictores, puesto que entendemos que la complejidad de este proceso requiere una posición de explicación desde los procesos de aprendizaje de la conducta humana compleja.

Un factor *predictor*, atendiendo a su definición, sería aquel cuya presencia en un momento dado *se asocia a la aparición posterior* de un fenómeno o patología. Mientras que un factor *mediador* sería un elemento neutral que *modula el proceso*, pero no lo determina.

Las respuestas ante la pérdida están influenciadas por los mediadores del duelo, que serían los siguientes factores (Bowlby, 1980 y recogidos por Worden, 2002)

1. Cómo era la persona fallecida
2. La naturaleza del apego
3. La manera de morir
4. Los antecedentes históricos
5. La personalidad
6. Las variables sociales
7. Otros cambios o tensiones concurrentes

Esta complejidad supone que la conducta del duelo está multideterminada. La misma situación puede llevar a síntomas que difieren en intensidad, frecuencia y duración en función de la persona que experimente la pérdida. Y este aspecto es el que nos resulta esencial para el análisis individual de la conducta de cada sujeto.

La experiencia de pérdida supone una situación de **crisis** que resulta difícil de afrontar, pero que necesariamente requiere una elaboración interna para su resolución. El cambio que conlleva precisa la adaptación del individuo a una realidad donde su ser querido ya no está, influye en muchas áreas de la vida del sujeto por lo que el objetivo no puede ser una *vuelta a atrás*, sino una adaptación a una *nueva vida*.

Si entendemos la situación de pérdida de un ser querido como una situación de crisis, debemos entender que la persona en crisis se encuentra en un momento de gran vulnerabilidad, donde los recursos utilizados hasta el momento están al límite.

En estudios recientes se ha puesto de manifiesto que la tercera parte de las consultas a los médicos de Atención Primaria tienen una causa psicológica, y que de ellas, la cuarta

parte está relacionada con algún tipo de pérdida (Bayés, 2001), por tanto, con una reacción de duelo.

Resulta fundamental dar una respuesta de cobertura a la necesidad de atención a estas personas. Para lo que es necesario disponer desde la Psicología de una adecuada metodología de evaluación e intervención que permita este soporte.

La **terapia cognitivo-conductual** ofrece una respuesta. Requiere una primera parte de recogida de información para atender a las variables sobre las que se deberá intervenir en una fase posterior. Cuando trabajamos con personas en duelo es especialmente importante atender a las situaciones que la persona experimenta como <<*vivencialmente relevantes*>> (Gavino, 2002) porque vendrán acompañadas de un importante nivel de ***sufrimiento psicológico*** por lo que precisarán una respuesta terapéutica en cualquier caso.

La **evaluación del fenómeno del duelo** hace necesaria la recogida de datos desde diversas fuentes: *observación directa, entrevista, genograma, cuestionarios, autorregistros e historia de vida* (Lacasta, Arranz y Sánchez, 1999; Lacasta y Sastre, 2000). El objetivo es conocer el modo de enfrentar la pérdida y el duelo de la persona desde el funcionamiento familiar y su propia biografía.

Desde el marco de comprensión del problema desde el que vamos a evaluar e intervenir, esta información resulta imprescindible para la elaboración del **análisis funcional de la conducta** de la paciente.

La **intervención en el duelo** dependerá de si se trata de un duelo normal, complicado o patológico. En un caso de *duelo normal*, la intervención debe estar limitada a una orientación inicial en el proceso. Si se prevé un *duelo complicado* la atención debe enmarcarse en la prevención y la resolución de las dificultades presentes. Si se estima un *duelo patológico* la intervención debe centrarse profesionalmente desde el inicio para facilitar la elaboración, siendo importante también en este caso el trabajo en la prevención (Tizón, 2004)

Cuando se estima una necesidad de intervención profesionalizada en el duelo, ésta vendrá determinada por el enfoque de abordaje del problema. Muchos autores se han aproximado al estudio del fenómeno del duelo desde diferentes modelos teóricos.

En la actualidad, parece establecerse un apoyo importante en el *modelo cognitivo como cumplimiento de tareas* en la elaboración del duelo. La aproximación a la consecución y trabajo de las mismas dependerá del enfoque escogido. Las tareas que se deben realizar en el duelo son las siguientes:

1. Aceptar la realidad de la pérdida
2. Trabajar las emociones y el dolor de la pérdida
3. Adaptación a un medio donde el fallecido está ausente
4. Recolocar emocionalmente al fallecido y continuar viviendo

Esta aproximación entiende que la persona en duelo es un *agente de adaptación a la pérdida*, incluso aunque no sea consciente de las tareas que afronta (Tizón, 2004)

Se establecen una serie de principios generales para guiar el proceso de intervención en el duelo (Nomen, 2009) El esquema que se recomienda seguir al profesional es el siguiente:

- Contacto inicial
- Evaluación
- Conceptualización de la pérdida
- Expresión emocional
- Resituar la pérdida
- Reorganización y aceptación
- Finalización de la terapia
- Seguimiento y prevención de recaídas

Es importante atender estos procesos con empatía, congruencia y aceptación incondicional del paciente (Rogers, 1981) desde un clima de calidez y confianza.

En base al desarrollo teórico que exponemos queremos enfocar el caso de Sara, una mujer joven que se ha de enfrentar a la muerte de su madre en una situación de alto impacto emocional y circunstancias adversas.

Hemos elegido la presentación de este caso al efecto que nos ocupa, dado que en el momento que la paciente acude a consulta presenta un importante número de factores de riesgo de duelo complicado y sin embargo, la resolución final del duelo se realiza de forma adaptativa.

La atención al duelo después del fallecimiento se enmarca también dentro del ámbito de la prevención para aquellas personas que presentan factores de riesgo de duelo complicado y/o que demandan atención especializada de forma explícita (Lacasta, 2000) porque consideran que no tienen los recursos suficientes para afrontar la situación actual.

Consideramos que este caso refleja el efecto de la psicoterapia desde una perspectiva preventiva, ya que a pesar de la existencia de una situación amenazante y generadora de sufrimiento, a través del cambio de conducta del sujeto se facilita un estilo de afrontamiento que permite generar una vivencia adaptativa del proceso de duelo.

CASO CLÍNICO

1. Identificación del paciente y motivo de consulta

NOTA: Los datos identificativos de la paciente, así como algunos datos clínicos, se han modificado para proteger la confidencialidad sin que se altere el análisis ni la relevancia del caso en este sentido.

▪ Datos de identificación

Sara es una mujer de 19 años, soltera, sin hijos, que acude a consulta por derivación de su médico de familia tras el fallecimiento de su madre. Es estudiante de Farmacia. No tiene ingresos económicos propios.

Vive en un pueblo pequeño del área norte de la Comunidad de Madrid. Es de nacionalidad búlgara aunque vive en España desde hace cinco años. Habla perfectamente castellano. Su familia vive en Bulgaria.

No tiene pareja y su grupo de amigos está reducido a su localidad. Su principal relación íntima la mantiene con una amiga que vive cerca de su casa. Vive con una amiga de su madre, de la que depende su mantenimiento. No tiene carnet de conducir.

▪ Motivo de consulta

“Ya no tengo vida”

Sara acude a consulta por presentar dificultades para el afrontamiento de su vida tras el fallecimiento de su madre, Julia, que fallece a causa de un cáncer de colon tras unos meses de enfermedad. Desde ese momento, Sara se siente *“vacía, con miedo*

constante. No puedo dormir y si duermo siempre tengo pesadillas horribles. Todo el día siento que me va a pasar algo malo, no sé qué hacer ahora, estoy perdida y sola.”

Durante el día se siente ansiosa y aislada del entorno “*como si hubiese una pared entre el mundo y yo, el mundo se mueve y yo me siento inmóvil.*” Duerme con la luz encendida y desarrolla un ritual de comprobación antes de dormir que ella considera excesivo pero no puede evitar.

Acude a su médico de familia para informar de lo sucedido con su madre y demanda medicación para dormir. Su médico se pone en contacto con el servicio de Psicología del Equipo de Soporte de Atención Domiciliaria del Área Norte para solicitar la posibilidad de atención al duelo. De acuerdo al protocolo de derivación solicitamos datos de contacto y se realiza primer contacto telefónico para la recogida de información inicial y acuerdo de cita. Puesto que no tiene coche debe trasladarse en autobús al Centro de Salud en un horario determinado, lo que supone un total de tiempo en desplazamiento de aproximadamente tres horas.

El fallecimiento de su madre se ha producido el 17 de marzo de 2010. De este modo se acuerda una primera entrevista el día 28 de mayo de 2010, dado que ha transcurrido el tiempo estimado para la indicación de proceder a un tratamiento profesional dirigido.

2. Análisis descriptivo del caso

Cuando realizamos un análisis y evaluación sobre el proceso de duelo que está viviendo una persona el objetivo es adecuarnos a la vivencia subjetiva de acuerdo a los indicadores que sabemos significativos a considerar en una situación de pérdida.

De este modo el objetivo último es diseñar un tratamiento que permita la resolución adaptativa del proceso de acuerdo a la propia historia de vida y dinámica de funcionamiento personal del doliente, para lo cual necesitamos conocer una serie de

datos acerca de la situación de pérdida y de la persona que ha de afrontar esta situación, ya que pueden influir en la intervención y evolución del caso (Nomen, 2009):

- **Historia de vida y antecedentes a la pérdida**

Sara es la mayor de dos hermanas. Ambas hijas de Julia pero de diferente padre. Las hermanas nunca han convivido juntas. La hermana pequeña, Ainhoa (16 años) vive con su padre en Bulgaria, siempre ha vivido en el domicilio paterno sin mantener relación con su madre ni con Sara, excepto contacto telefónico, debido a la mala relación de Julia con el padre de Ainhoa.

Cuando Sara tiene ocho años, su madre se traslada a España con el objetivo de encontrar un trabajo estable y poder traer más tarde a su hija. Sin embargo, no es hasta que Sara tiene 14 años cuando puede traerla a vivir con ella. Durante este tiempo vive en casa de sus abuelos maternos, Marcela y Joaquín.

La primera reacción en el reencuentro con su madre en España es de rechazo. Posteriormente se va produciendo un acercamiento entre ambas *“casi de dependencia, no podíamos vivir la una sin la otra, siempre estábamos juntas.”*

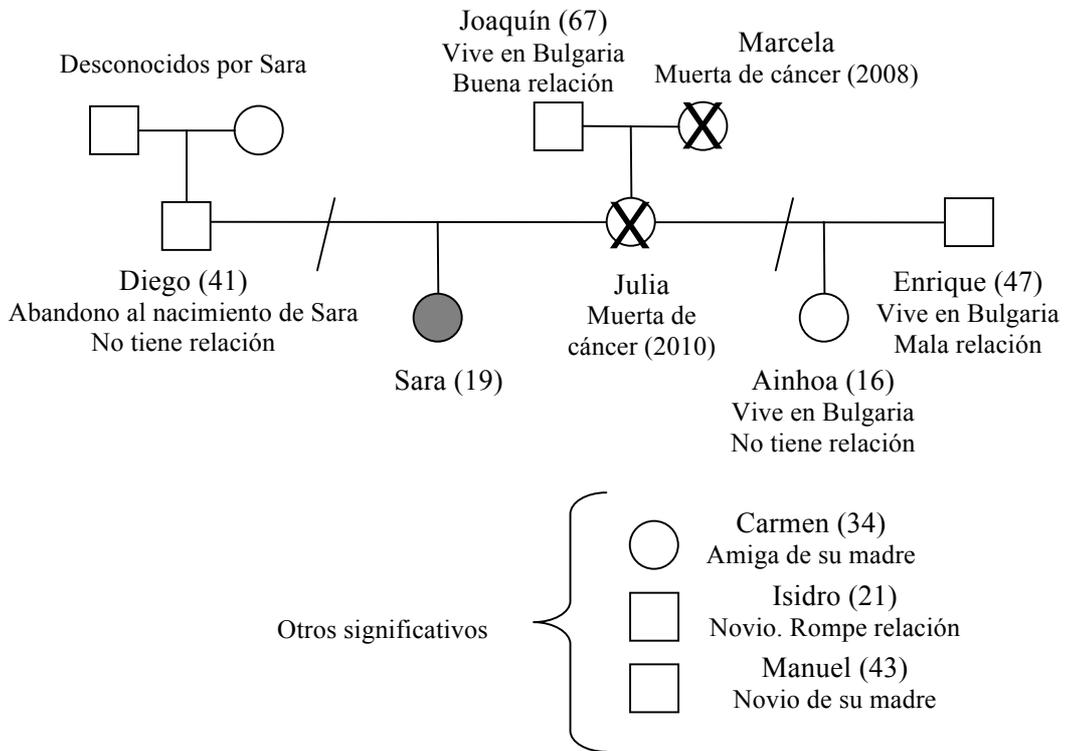
Julia mantenía una relación sentimental desde hacía unos meses. En el momento del diagnóstico de la enfermedad y hasta su fallecimiento, Julia sale con un hombre con el que Sara tiene buena relación aunque se distancian tras el fallecimiento, cuando él regresa a Bulgaria porque *“se ha vuelto loco, parece que es él el único que quería a mi madre, y él no era nadie en nuestra vida.”*

Su abuela materna fallece de cáncer hace un año, cuando Sara ya vive en España. Ella acude al entierro a Bulgaria y parece desarrollar un duelo normal. Le ocultan el diagnóstico de la enfermedad de la abuela hasta el fallecimiento de su madre. Sara refiere que en el funeral de su madre oyó a su abuelo decir *“esta enfermedad se ha llevado a mi mujer y a mi hija.”*

Tras el fallecimiento de su madre, Sara se queda a vivir con una amiga de su madre, Carmen, lo que le supone un cambio de domicilio a otra localidad.

El fallecimiento de su madre se produce dos meses antes de acudir a consulta, a la que acude por derivación de su médico de familia, quien considera la necesidad de valoración por Psicología y que acuerda con ella, en atención a la demanda de la paciente: *“necesito ayuda, no puedo con esto yo sola.”*

▪ **Genograma trigeracional:**



▪ **Características del fallecimiento y del duelo**

A través de la historia médica se recogieron datos acerca del proceso de enfermedad de Julia. Nos interesa conocer esta información para tener datos objetivos

que nos permitan la intervención ante la posible necesidad de facilitar información a Sara sobre la pérdida.

Pero sin duda, la información más importante para adecuar el tratamiento viene dada a través del relato de Sara sobre la pérdida, puesto que nos permite el análisis del significado de la misma, la detección de pensamientos automáticos generadores de sufrimiento y de mensajes que reflejan emociones difíciles de identificar por la paciente.

Julia fallece a la edad de 39 años por un cáncer de colon que desde el diagnóstico se identifica en un estadio avanzado. Tras ocho meses de enfermedad, Julia fallece en Bulgaria como era su deseo, lugar al que se traslada en contra de la recomendación de su médico de familia y oncólogo, quienes advierten de la imposibilidad de tratamiento curativo y posibilidad de acceso a un Equipo de Cuidados Paliativos si permanece en España.

Según refiere Sara *“mi madre era muy cabezota y yo creo que aunque sabía que allí la atención es peor que en España, ella sabía que se iba a morir y se quería morir en su casa con sus padres.”*

Julia es informada del diagnóstico y del pronóstico de la enfermedad en el mismo momento por su oncólogo. En un momento inicial es la única que conoce la información. Cuando el deterioro físico comienza a ser notable, informa del diagnóstico a Sara.

Durante la enfermedad, Julia mantiene un nivel de calidad de vida muy bueno, que le permite continuar con su trabajo *“porque los médicos no lo sabían y ella necesitaba tener la cabeza ocupada, supongo.”* Sara refiere que incluso *“se fue de viaje con su novio conduciendo ella hasta Francia, pero volvió mucho peor, si yo llego a saber que estaba tan mal no la dejo irse.”* Es en este momento cuando Julia informa a su hija de la gravedad de la enfermedad y de la posibilidad de un desenlace mortal en los próximos meses.

Desde este momento Sara comienza a experimentar un elevado nivel de ansiedad *“ya no me importaba nada más, solo mi madre, quería estar todo el tiempo con ella porque me daba miedo que se muriera de repente y no estar con ella.”*

Un mes y medio antes del fallecimiento, Julia parece aceptar la situación de terminalidad y decide viajar a Bulgaria para despedirse de su padre y fallecer en su casa. Los médicos desaconsejan este viaje pero dado que la situación funcional de Julia permite el desplazamiento, ésta se marcha dejando a Sara en España.

Sara se queda *“pensando que no se iba a morir tan rápido, nadie me había dicho que se iba a morir ya, hasta ella me dijo que me quedara para no perder todo el año.”* A las dos semanas, Sara mantiene una conversación telefónica con su madre y ésta le dice que se encuentra *“muy débil, con muchísimo dolor y que cree que no va a aguantar mucho.”*

Cuando Sara llega a Bulgaria, se encuentra a su madre hospitalizada *“parecía un cadáver, no era mi madre, eran sus huesos y un cuerpo que sólo gritaba.”* Según refiere presencia dos intentos de suicidio de su madre causados por un dolor extremo *“todo el rato gritaba y se intentó tirar por la ventana dos veces diciendo que se quería morir, que no podía más. Y los médicos no hacían nada, no le daban nada y nosotros no podíamos pagar otro sitio para que la atendieran mejor.”*

El 17 de marzo de 2010, Julia fallece en el hospital, según el relato de Sara con los síntomas de la enfermedad mal controlados y un importante nivel de dolor. Sara es la única que acompaña a su madre en el momento del fallecimiento y los días de agonía, *“yo no podía, el cuerpo me tiraba hacia atrás pero no quería que estuviese sola y mi abuelo y su novio estaban llorando fuera y no se atrevían a entrar. El hombre ahí parecía yo y yo era su hija y la que más miedo tenía pero nadie estaba con mi madre. Y no podía dejar que se muriera sola, estaba con ella para intentar tranquilizarla un poco.”*

En los días posteriores se celebra el funeral en Bulgaria. Acuden amigos y familiares. Su abuelo requiere medicación, según refiere Sara: *“parecía que estaba anestesiado”*.

La reacción del novio de su madre parece ser de una negación de la muerte con importante nivel de ansiedad, *“empezaba a decirme que mi madre no estaba muerta, que teníamos que estar tranquilos, que Julia no está muerta, Julia no está muerta, Julia no está muerta, ...repetía eso todo el rato como sonriente, como raro.”*

Sara parece afrontar el funeral de forma adaptativa pero hay reacciones propias y ajenas que no entiende y que traerá posteriormente a consulta. En su caso, *“yo estaba sentada, muy triste y con mi abuelo todo el tiempo porque no quería estar sola, pero cuando Manuel vino a hablar conmigo me enfadé, no quería oírle, quería que se fuera, y ¿sabes lo que me di cuenta que estaba haciendo yo? Pensé que no me había pintado las uñas, y que podía habérmelas pintado.”*

Sara pasa unos días en casa de su abuelo y vuelve a España para arreglar los papeles del fallecimiento. Tiene que abandonar el piso en el que vivía con su madre y se instala en casa de una amiga de su madre. En este momento tiene como objetivo solucionar los papeles de su madre y los suyos para volver a Bulgaria e instalarse a vivir con su abuelo.

▪ **Entorno en el que se origina la pérdida**

Sara es estudiante de Farmacia, a falta de un año para finalizar sus estudios. El soporte económico estaba a cargo de su madre. Vivían en una casa de alquiler, que tiene que abandonar en el momento del fallecimiento porque no se había producido el pago de ese mes.

Se traslada a casa de una amiga de su madre, Carmen, por la que siente un importante nivel de irritación y resentimiento *“porque intenta ser mi madre pero no me cuida, solo me tiene en su casa porque se lo prometió a mi madre y para que sea su criada.”* Refiere que no mantiene comunicación con ella. Sara se encarga de las tareas domésticas durante la mayor parte del día.

Tiene amigos con los que salía algunos fines de semana pero *“en los que no puedo confiar de verdad, no tengo ninguna relación de verdad.”* En el momento actual no sale de casa excepto para acudir a consulta y realizar la compra.

Hasta el fallecimiento de su madre mantiene una relación sentimental con Isidro, un chico de su misma edad que vive cerca de su casa. Ella rompe esta relación dos días después de fallecer su madre porque *“no me entiende, ¿qué puedo esperar de una persona que no es capaz de estar a la altura en el momento más difícil de mi vida?”*

Mantiene contacto telefónico con su abuelo y con Manuel, que se queda en Bulgaria tras el fallecimiento de Julia, *“me llamaba mucho para hablarme de mi madre, yo creo que me llamaba porque yo le recordaba a ella.”*

3. Evaluación clínica del caso

NOTA: La evaluación del caso debe realizarse de acuerdo al protocolo de evaluación de la Institución de trabajo, permitiendo la adaptación de algunos instrumentos por parte del profesional.

La evaluación para la recogida de información relevante para el tratamiento del caso se realizó a través de entrevistas que siguieron un proceso continuo a lo largo de la intervención.

Durante todo el proceso resulta relevante la observación de la apariencia, comportamiento y funcionamiento cognitivo del sujeto en la sesión, información que se recoge para la elaboración del psicopatograma del duelo.

Asimismo, se utilizó un sistema de medida pre-post para la evaluación de la sintomatología asociada al proceso de duelo a través de cuestionarios específicos.

Se utilizó una escala visual analógica a lo largo de las diferentes sesiones de evaluación para facilitar la percepción de control sobre la sintomatología emocional de la paciente, que percibía como *“una bomba, aparece de repente y no sé ni cómo me siento.”*

También fue necesario el uso de autorregistros de la conducta problema para poder identificar las relaciones entre pensamiento, emociones y conducta y facilitar el manejo de estas situaciones.

▪ **Observación directa**

Es importante la exploración del comportamiento y estado cognitivo de la paciente a lo largo de las diferentes sesiones.

Los datos recogidos mediante observación directa nos aportan una información adicional a la recogida mediante otros instrumentos de evaluación. Los datos que ofrece la observación no serán definitivos a la hora de establecer conclusiones acerca del caso pero sí resultan beneficiosos para completar información que no puede obtenerse mediante otras técnicas.

De este modo, resulta importante seguir un guión de observación para minimizar posibles sesgos en la recogida de datos, y sobre todo, para prestar atención a la información que nos puede suponer de mayor utilidad en el ejercicio de la práctica clínica.

A continuación, vamos a ejemplificar la observación realizada en la entrevista inicial, presentando el guión de recogida de datos que utilizamos para la observación, aunque es relevante un análisis continuo de estos aspectos por lo que en la historia clínica se van recogiendo de forma sistemática si se dan cambios en estos procesos.

EVALUACIÓN DEL DUELO: HOJA DE EXPLORACIÓN INICIAL DEL COMPORTAMIENTO Y ESTADO COGNITIVO

- **Fecha de evaluación:** 28/05/2010
- **Nombre de la paciente:** Sara
- **Nombre del fallecido (y parentesco):** Julia (madre)

- *Contexto:* Realizamos primer contacto a la entrada del despacho. Presentación inicial. Acude sola a consulta.
- *Apariencia:* Aseada, ropa limpia, aspecto cuidado. Buen aspecto general. Se presenta mirando al suelo, con el cuerpo ligeramente echado hacia delante al sentarse. Mantiene una actitud vigilante en algunos momentos de la entrevista. Se muestra colaboradora y dispuesta a la entrevista.
- *Conciencia de la situación:* La conciencia sobre la pérdida es total, refiere la situación de pérdida y la característica de irreversibilidad.
- *Orientación y atención:* Se muestra orientada en las 3 esferas. Atención sostenida conservada.
- *Memoria:* Se presenta una selección de recuerdos relacionados con el fallecimiento de su madre y los días de agonía. Refiere incapacidad para el recuerdo asociado a emociones positivas.
- *Percepción e imágenes mentales:* Refiere la aparición de imágenes de su madre en los momentos finales “*pidiéndome ayuda y yo paralizada sin poder hacer nada.*”
- *Pensamiento:*
 - *Forma:* construcciones gramaticales completas y bien construidas; vocabulario amplio y variado; no descarrilamiento; no circunloquios; coherente forma-contenido. Refiere momentos de “*confusión en mi cabeza.*”
 - *Contenido:* refiere historia de vida acerca de la relación con su madre, historia de enfermedad y fallecimiento y estado de ánimo actual.
- *Afectividad y emociones:* Aparece un estado de ánimo bajo y desbordamiento emocional. Se pueden identificar la presencia de emociones de tristeza, enfado, resentimiento, rechazo y ansiedad.
- *Actividad motora:* Disminución significativa de la conducta intencional en la mayoría de las áreas de su vida. Aunque no parece, ella la identifica también en el autocuidado físico. Contacto ocular disminuido y ritmo de voz enlentecido en los momentos que habla sobre las consecuencias de la situación de pérdida.
- *Funciones fisiológicas:* trastorno del sueño identificado y tratado por su médico de familia. Refiere además pesadillas que llevan a despertares a lo largo de la noche y desencadenan una respuesta de ansiedad.
- *Inteligencia:* Normal.
- *Apoyo social:* Escaso apoyo social. Refiere escasa percepción de apoyo social con relaciones instrumentales. Relación afectiva íntima con una amiga que mantiene desde que viene a España.

- **OBSERVACIONES:** La evaluación se ha realizado mediante entrevista.

▪ **Entrevistas**

Para la evaluación del caso mediante entrevista seguimos el procedimiento *de Entrevista Clínica General* propuesto por Muñoz (2010) y la *Guía del Proceso de Evaluación (GAP) en el proceso de duelo* adaptado de Fernández-Ballesteros y cols. (2003) por Nomen, L., (2009)

NOTA: La información recogida en la entrevista era transcrita a la historia clínica. Algunos de estos datos se ven ejemplificados a lo largo de la presentación del caso.

El objetivo de todas las entrevistas realizadas era facilitar la expresión emocional, además de la recogida de información.

Se utilizó la *entrevista tipo para la evaluación inicial del proceso de duelo* (Comité Científico del Programa de Atención a Personas con Enfermedad Avanzada y sus Familiares, 2010) con el objetivo de recoger posible información relevante con respecto a los síntomas de Sara.

Esta entrevista sigue un formato protocolizado para facilitar el análisis de resultados con otros profesionales que atienden a personas en proceso de duelo dentro del mismo programa de trabajo. Esta entrevista permite la adaptación por parte de cada profesional en función de las necesidades del caso.

▪ **Cuestionarios**

La elección de los cuestionarios viene determinada también por la evaluación necesaria para el análisis de resultados desde el programa de trabajo. Para este caso se utilizaron los siguientes cuestionarios:

- ***Inventario de Texas Revisado del Duelo (ITRD)***

Versión adaptada al castellano de García-García, J.A., Landa, V., Trigueros, M.C., Calvo, P. y Gaminde, I.

Este cuestionario se divide en dos partes que nos permiten obtener información del comportamiento en el pasado, situando mentalmente al sujeto en el momento del fallecimiento de su ser querido, y de los sentimientos que presenta al respecto en el momento actual. La parte I consta de 8 ítems que suponen una puntuación máxima de 40 puntos. La parte II se compone de 13 ítems que suman un máximo de 65 puntos.

- ***Inventario de Duelo Complicado Revisado (ICD-R-ECEP)***

Versión adaptada al castellano de García-García, J.A., Landa, V., Prigerson, H., Echeverría, M., Grandes, G., Matriz, A. y Andollo, I.

Se distribuye a modo de una entrevista clínica estructurada para guiar al profesional en el diagnóstico de un duelo complicado a través de los criterios A, B, C y D propuestos por los autores de la versión original (Prigerson, Kasl y Jacobs, 2001)

Este cuestionario además nos da información clínica sobre las conductas y síntomas sobre los que intervenir, ya que las respuestas del sujeto se van a referir a la frecuencia de aparición de la conducta o a la intensidad de aparición, variables fundamentales a considerar para el proceso terapéutico.

▪ **Escalas**

Se desarrolló un análisis de los principales síntomas emocionales que manifestaba la paciente a través de una ***Escala Visual Analógica (EVA)*** de valoración del nivel de intensidad de 0-10, donde 0 identifica la ausencia total del síntoma y 10 el grado de máxima intensidad del síntoma.

Se eligió este sistema de acuerdo a la dificultad que refería Sara para identificar sus emociones. De esta forma conseguíamos un registro sistemático de estos síntomas que permitía, por un lado, obtener información sobre la evolución de estos síntomas y, por otro, aumentar la percepción de control de Sara sobre sus emociones al facilitar su identificación.

El modelo que seguíamos era el siguiente:

INSTRUCCIONES: *Por favor Sara, señala en qué medida experimentas los síntomas que te están causando sufrimiento en la actualidad. Marca este nivel de 0 a 10 intentando ajustarte lo más posible a tu experiencia, siendo 0 la ausencia total del síntoma y el 10 la máxima experimentación del síntoma que puedes sentir.*

Fecha: 18/06/2010

	Ausencia total del síntoma										Máxima intensidad		
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
Tristeza	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
Ansiedad	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
Dificultad para dormir	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
Irritabilidad	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
Enfado	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
Aislamiento	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
Culpa	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
Desesperanza	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		

Esta escala se utilizó para el registro del nivel de intensidad con el que Sara experimentaba: tristeza, ansiedad, dificultad para dormir, irritabilidad, enfado, aislamiento, culpa y desesperanza.

La elección de estas variables se realiza de acuerdo a los resultados analizados en el *Inventario de Experiencias de Duelo (IED)* y la información recogida en entrevista.

Utilizamos la *Escala de Evaluación de la Actividad Global (EEAG)* propuesta en el DSM-IV-TR, para realizar una medida inicial, una medida al alta y una medida al seguimiento a los 6 meses.

Esta valoración era realizada por el clínico de acuerdo al análisis de la información recogida en las entrevistas y las verbalizaciones de la paciente.

▪ **Autorregistros**

Tras las primeras sesiones de evaluación, identificamos la presencia de pensamientos disfuncionales que dificultaban el proceso de adaptación de Sara, por lo que decidimos incluir en el proceso de evaluación un autorregistro que permitiese identificar y describir la conducta problema para poder analizar las relaciones entre variables posteriormente.

El autorregistro inicial seguía el siguiente formato:

INSTRUCCIONES: *Sara, vamos a tratar identificar todo aquello que puede estar influyendo en tu malestar. Para ello es importante que tengamos información sobre lo que se te pasa por la cabeza en esos momentos, qué sientes, qué haces cuándo te sientes así, ...Además vas a anotar la intensidad con la que aparece el malestar.*

Día/ hora	Situación ¿Qué pasa?	Pensamiento ¿Qué se me pasa por la cabeza?	Emoción ¿Cómo me siento?	Sensaciones físicas ¿Cómo está mi cuerpo?	Conducta ¿Qué hago?	Nivel de intensidad (0-10)
...	...	“ ... ”

En una fase más avanzada de la terapia comienza a tomar especial relevancia la parte conductual del tratamiento. De forma que tratamos de identificar dificultades para la realización de conductas adaptativas y la motivación de Sara para su realización. Incluimos en este momento un autorregistro que completa el anterior con una segunda parte destinada al cambio de conducta.

INSTRUCCIONES: Sara, ahora vas a seguir registrando esas situaciones que te provocan malestar pero además es importante que anotes todo lo que me cuentas últimamente sobre cosas que te gustaría cambiar pero que siente que hay algo en ese momento que te frena y terminas actuando del mismo modo que luego te genera malestar y apunta finalmente tu nivel de compromiso con ese cambio, es decir, cuánto estás dispuesta a dar o hacer por ese cambio que quieres.

Día/hora	S ¿Qué pasa?	P ¿Qué se me pasa por la cabeza?	E ¿Cómo me siento?	SF ¿Cómo está mi cuerpo?	C ¿Qué hago?	Nivel de intensidad (0-10)	P2 ¿Qué me gustaría pensar?	E2 ¿Cómo me gustaría sentirme?	C2 ¿Cómo me gustaría actuar?	Nivel de compromiso (0-10)
...	...	"..."	"..."

▪ **Ejemplo del autorregistro de Sara:**

- *Día/Hora:* 02/07/2010. 17:10h.
- *Situación:* Estoy en casa con Carmen, lleva todo el día sin hacer nada y yo he hecho toda la casa. Me acabo de echar en la cama y quiero llorar.
- *Pensamiento:* “Sólo quiere que esté con ella para limpiar su conciencia, intenta “educarme” y lo único que hace es que yo tenga que hacer todo, ella no es mi madre. Mi madre está muerta”
- *Sentimiento:* Muy enfadada. Triste.
- *Sensaciones físicas:* Estoy cansada y nerviosa. Sudando. Tiemblo. Me duele la cabeza.
- *Conducta:* Me voy a “mi” habitación.
- *Nivel de intensidad:* 10.

- *P2:* “Que ella quiere ayudarme, porque era amiga de mi madre.”
- *S2:* Tranquila.
- *C2:* No enfadarme con ella. Estar más centrada en mí y hacer lo que yo quiera. Salir un poco de casa.
- *Nivel de compromiso:* 7. (me gustaría pero no sé si puedo hacerlo)

4. Formulación clínica del caso

▪ **Historia del problema**

A continuación vamos a describir los aspectos más significativos que se consideran en la explicación de la historia del problema de la paciente:

▪ **Historia del fallecimiento:** La madre de Sara fallece tras ocho meses de enfermedad donde adopta un afrontamiento activo en un estilo de lucha. Mantiene el trabajo hasta la última fase, cuando decide trasladarse a Bulgaria para continuar el tratamiento en su país. La paciente viaja con su pareja, decidiendo que Sara se quede en España para continuar con sus estudios puesto que se trata de un viaje programado para 2 semanas. Durante este periodo se dan una serie de complicaciones que suponen el ingreso hospitalario de Julia en Bulgaria. Sara no puede viajar hasta pasar un periodo relativamente largo (al menos en la percepción) por problemas legales.

Cuando llega allí encuentra a su madre con un empeoramiento notable del estado general, mal control sintomático, dolor no controlado y un estado de ánimo ansioso-depresivo que la lleva a expresiones del tipo “*me quiero morir ya*” y a intentos de suicidio, posiblemente motivados por el grado de intensidad de los síntomas.

Sara se encuentra la mayor parte del tiempo sola con su madre, porque su abuelo y la pareja de su madre se sienten incapaces de entrar en la habitación “*y verla así*”. La presencia de Sara consigue calmar el estado de Julia.

▪ **Salud general:** El estado de salud general es similar al previo al fallecimiento aunque refiere problemas de conciliación del sueño, que en la evaluación se evidencian desde la infancia por miedos nocturnos. Refiere “*miedo a la noche*” (que concretamos en miedo a la “*oscuridad*”, que ha manejado durmiendo con la luz encendida. Esta conducta se mantiene en la actualidad) No han incrementado en duración pero sí en intensidad (elevada) y frecuencia (varios días a la semana) La evaluación también presenta cierto grado de ansiedad ante la idea de dormir sola (desde que viven en España siempre ha dormido con su madre)

▪ **Historia de pérdidas:** Pérdida de la relación de pareja tras la muerte de su madre por “*no sentirse comprendida en el momento más difícil de su vida*” (cuestionamiento del sentido de la relación en función del valor del amor) Pérdida de amigos, familia y cultura hace cinco años con su traslado a España. Pérdida del padre

desde su nacimiento por abandono. Pérdida de la abuela materna hace un año por fallecimiento.

- **Apoyo intrafamiliar y red social:** Mantiene red de amigos en Madrid pero los define “no son relaciones de amistad verdaderas”. Mantiene una relación de apoyo emocional con una amiga. Su único apoyo instrumental es una amiga de su madre con la que vive desde el fallecimiento, con la que desde el inicio comienzan a darse problemas de convivencia: “ella me dice que quiere vivir sola, que está acostumbrada a estar sola y que mi presencia le molesta.”

Nunca ha tenido relación con su padre ni con su familia paterna. Su abuela materna fallece hace un año. Su abuelo vive en Bulgaria. La pareja de su madre se vuelve a vivir a Bulgaria tras el fallecimiento. La elaboración del duelo de la pareja de su madre la culpabiliza a ella de la forma del fallecimiento.

- **Evitaciones:** al inicio evita ponerse su ropa “porque le vienen imágenes de que el cuerpo de su madre ya no está”. Evita pronunciar la palabra “muerta”, reacciona con mucha rabia cuando escucha que “su madre está muerta”.

- **Síntomas psicológicos:** No hay antecedentes psicopatológicos ni psiquiátricos. No depresión ni trastorno de ansiedad. Inquietud asociada al insomnio ante la idea de dormir sola. No alucinaciones. Anhedonia. Desesperanza.

- **Tensiones concurrentes:** Tras el fallecimiento llegan unas multas del último viaje de su madre en coche de más de 600 euros. Sara no tiene recursos para pagarlas. El padre de su hermana amenaza con denunciarla si no deja parte de la herencia a su hija. Julia no deja bienes materiales ni económicos.

En relación a estos datos se pueden identificar una serie de factores que pueden influir en la elaboración del duelo de Sara y que son importantes a considerar en el tratamiento del caso:

■ ***Factores de riesgo de duelo complicado:***

1. Factores situacionales:

- Modo de la muerte: muerte natural que se produce muy lejana a nivel geográfico del lugar de origen, dificultades para el traslado, muerte imprevista, muerte traumática (síntomas intensos con alto nivel de sufrimiento en la paciente, no control del dolor) Consideración del modo de la muerte como evitable (el acceso a la Medicina en Bulgaria depende del nivel económico de cada persona)
- Pérdida reciente de la abuela materna.
- Duración de la enfermedad en la fase de agonía.
- Crisis concurrentes: ruptura de la relación de pareja (principal apoyo), pérdida de la vivienda, no trabajo.
- Recursos materiales y económicos inexistentes.

2. Factores personales:

- Edad (estudiante) Se define como *“una adolescente, necesitaba a mi madre para todo”*
- Escasez de aficiones.
- Pérdida temprana del padre (no le conoce)
- Reacción emocional de rabia intensa y culpa.
- Negación de la muerte en su significado.

3. Factores interpersonales:

- Pérdida de un progenitor (madre) Vínculo primario principal.
- Relación dependiente.
- Red social reducida y escasa percepción de apoyo recibido.
- Elaboración del duelo de principales apoyos.

■ **Factores protectores de resolución adaptativa:**

1. Factores situacionales:
 - Posibilidad de despedida.
 - Solución de problemas económicos.
 - Finalización de los estudios adecuada.
 - Inicio actividad laboral.

2. Factores personales:
 - Afrontamiento activo.
 - Resolución de problemas dirigida a tensiones concurrentes.
 - Fluidez comunicativa.
 - Aumento de la percepción de autoeficacia.
 - Sentimiento de utilidad en la fase de agonía.
 - Capacidad de encontrar un sentido a la experiencia.
 - Confianza en la propia recuperación.

3. Factores interpersonales:
 - Mejora de la comunicación con su compañera de piso.
 - Nueva relación de pareja.
 - Nueva planificación de actividades agradables.
 - Recuperación de vínculos familiares.

■ **Análisis funcional de la conducta**

Para el análisis funcional en el proceso de duelo hay que considerar como estímulos antecedentes todas aquellas características de la situación de pérdida que pueden tener relevancia en la conducta del doliente, así como las variables personales de éste.

Como antecedentes se considerará la historia personal y familiar que puede influir en la pérdida actual. Las conductas emitidas deben registrarse en el plano fisiológico-emocional, cognitivo y conductual. En cuanto a los estímulos consecuentes se consideran la repercusión de la conducta del sujeto para sí mismo (adaptación al medio o incremento del sufrimiento) y para los demás.

Teniendo en cuenta estas consideraciones, el análisis funcional de la conducta de Sara en base a la información recogida, sería el que sigue:

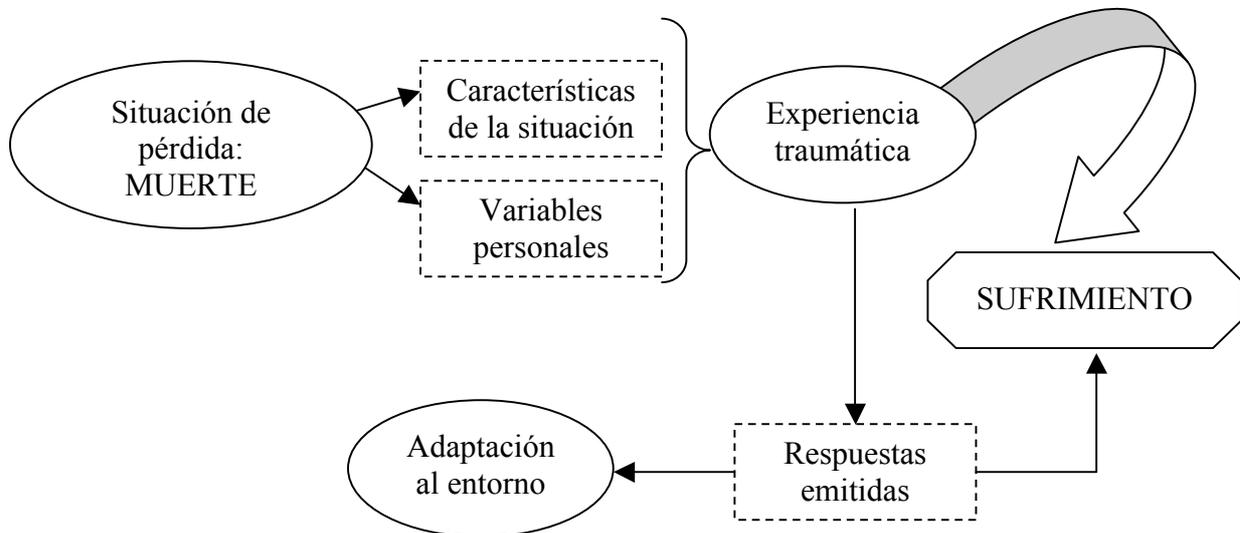
ESTÍMULOS ANTECEDENTES	CONDUCTAS PROBLEMA	ESTÍMULOS CONSECUENTES
<p><u>Remotos</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Abandono del padre - Cambio de país de residencia de la madre que se vive como “<i>nuevo abandono</i>” - Síntomas de ansiedad importantes ante la soledad de inicio en la infancia - Déficit de relaciones íntimas significativas <p><u>Próximos</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Muerte de la abuela materna - Ruptura de pareja - Dificultad para expresar 	<p><u>Cognitivas</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Reexperimentación de la agonía y muerte de su madre - Evitación de pensamientos e imágenes sobre la muerte - Pensamientos obsesivos sobre la injusticia de la muerte de su madre - Búsqueda de soluciones - Pensamientos de culpabilización - Sensación de confusión mental - Pesadillas - Pensamientos relacionados con la 	<p><u>Inmediatos</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Alivio de los síntomas de ansiedad (R⁻) - Evitación de sentimientos de culpa (R⁻) - Evitación de sentimientos de tristeza (R⁻) - Atención por parte de profesionales (R⁺) - Sentimientos de autoeficacia (R⁺) <p><u>A corto plazo</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Estado de ánimo deprimido (C⁻) - Evitación de toma de decisiones (R⁻)

<p>emociones de enfado y rabia</p> <ul style="list-style-type: none"> - Necesidad de toma de decisiones significativas - Soledad - Pensamientos sobre su futuro personal y profesional - Recordatorios de la muerte de su madre - Personas que recuerdan a su madre - Evolución de la enfermedad en un breve periodo temporal - Consecuencias de la muerte de la madre en la vida práctica 	<p>posibilidad de peligro</p> <p><u>Fisiológicas</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Incapacidad para relajarse - Irritabilidad - Dolor de cabeza - Dolor de espalda - Dificultad para conciliar el sueño - Sensación de pérdida de control - Hiperactivación - Sudoración de las manos - Aceleración del ritmo cardíaco <p><u>Motoras</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Llanto - Inactividad - Evita conversaciones sobre la muerte de su madre - Evita palabras que son recordatorios de la ausencia de su madre - Aislamiento social - Evitación de continuar los estudios - Evita estar sola - Conversaciones sobre el 	<ul style="list-style-type: none"> - Evitación de responsabilidades (R⁻) - Atención del entorno (R⁺) <p><u>A largo plazo</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Incremento en el nivel de experimentación de emociones de tristeza, ansiedad, culpa, enfado y desesperanza (C⁺) - Pérdida de los estudios (C⁻) - Pérdida de recursos económicos (C⁻) - Deterioro de las relaciones sociales (C⁻) - Pérdida de autoestima (C⁻)
---	---	--

	déficit en las reacciones de los demás - No salidas de casa - No realización de actividades de ocio	
--	---	--

▪ **Diagnóstico**

Para la intervención resulta fundamental el análisis funcional de la conducta de Sara. El diagnóstico de duelo debe especificar qué factores están complicando la adaptación del sujeto a su vida cotidiana tras la pérdida del ser querido.



La categoría de duelo en el DSM-IV-TR se utiliza cuando el objeto de atención clínica es una reacción a la muerte de una persona querida, y se codifica en el Eje I. Si tenemos que establecer el diagnóstico multiaxial según las referencias del DSM-IV-TR, sería:

- *Eje I:* Z63.4 Duelo [V62.82]
- *Eje II:* Ningún diagnóstico
- *Eje III:* Ningún diagnóstico
- *Eje IV:*
 - Problemas relativos al grupo primario de apoyo:
 - Problemas de comunicación familiar
 - Conflictos interpersonales
 - Problemas relativos al ambiente social:
 - Falta de apoyo social
 - Conflictos frecuentes
 - Problemas de vivienda
 - No tiene vivienda para estancia a largo plazo
 - Problemas económicos
 - Sin ingresos propios
 - Amenaza de demanda
- *Eje V:* EEAG: 60 (en el momento de la evaluación inicial)

5. Propuesta de tratamiento psicológico

▪ Objetivos del tratamiento

La intervención en el caso de duelo de Sara supone la atención sobre determinadas conductas desde el marco de la prevención de complicaciones del duelo.

Los objetivos de la paciente al inicio de la terapia corresponden a la demanda explícita que realiza para atención psicológica:

- “Volver a mi vida de antes”
- “Perder los miedos”
- “Saber qué hacer”

El objetivo principal que guiará toda la intervención terapéutica es facilitar la elaboración del duelo y la adaptación a la nueva situación. En atención al análisis realizado en el caso de Sara, se plantearon 5 **objetivos generales** de tratamiento, a conseguir a través del alcance de una serie de **objetivos específicos**. Todos ellos se consensuaron con la paciente y se resumen en:

1. *Facilitar la aceptación y la elaboración interna de la pérdida.*

- Nombrar la pérdida y sus consecuencias.
- Abordar las circunstancias de la muerte.
- Clarificar las dudas sobre la enfermedad y la muerte.
- Hablar de la historia de la relación perdida revisando tanto sus aspectos positivos como negativos para evitar la idealización.

2. *Disminuir el nivel general de ansiedad, las reexperimentaciones y las imágenes asociadas a la agonía y la muerte, el nivel de hiperactivación fisiológica y las evitaciones conductuales.*

- Valorar la necesidad de apoyo en tratamiento farmacológico.
- Exposición gradual a la situación de pérdida.
- Entrenamiento en relajación.
- Estimular el afrontamiento del nuevo rol.

3. *Identificar, expresar, afrontar y elaborar emociones de tristeza, ansiedad, enfado y culpa para favorecer la mejora del estado de ánimo.*

- Informar sobre el proceso de duelo.
- Normalizar respuestas en relación a las variables de frecuencia, intensidad y duración.

4. Favorecer la aceptación de la separación definitiva, ayudar en el establecimiento de una nueva forma de relación con el fallecido compatible con la realidad presente, ayudar en la búsqueda de sentido a la propia vida tras la pérdida.

- Información sobre elementos relacionales.
- Facilitar resolución de asuntos inconclusos.
- Facilitar la despedida simbólica y definitiva.

5. Favorecer la adaptación a una vida sin el fallecido y el ajuste personal en las relaciones personales, familiares, sociales, académicas y económicas.

- Reforzar los recursos existentes.
- Reforzar estrategias de afrontamiento adaptativas.
- Reforzar la percepción de control.
- Promover el desarrollo de las tareas prácticas necesarias.
- Potenciar el manejo de los estresores de vida concurrentes.
- Identificar ayudas efectivas en los familiares y amigos.
- Incrementar la respuesta de apoyo del entorno social.
- Estimular la búsqueda de recursos comunitarios y sociales.
- Establecimiento de nuevas relaciones significativas.
- Ayudar en el establecimiento de una nueva forma de relación con el fallecido compatible con la realidad presente.

▪ **Diseño del plan de tratamiento**

Dada la organización del Servicio de Psicología en el equipo, las consultas de duelo debían realizarse los viernes en horario de mañana. Negociamos la hora de consulta en función de la disponibilidad del profesional y la posibilidad de traslado de Sara al centro en autobús.

De modo que en un primer momento acordamos una sesión semanal, los viernes a las 12:00h. Se explicó el modo de funcionamiento y de contacto por ambas partes en caso de no poder asistir a alguna de las citas, las normas de funcionamiento y el manejo de incidencias. La duración aproximada de las sesiones es de 50 minutos.

El médico de familia de Sara había prescrito un tratamiento farmacológico para el insomnio de conciliación con benzodiazepinas de acción corta (1mg. de Lormetazepan con pauta 0-0-1)

Sin embargo, Sara decide dejar de tomar esta medicación al inicio de la terapia, coincidiendo con la implantación de técnicas de relajación con el objetivo de la desactivación fisiológica antes de dormir. Se acuerda consulta con su médico para ver indicación de retirada del fármaco. Así, desde la 3ª sesión se retira el tratamiento farmacológico.

El tratamiento se llevó a cabo en 16 sesiones y 3 sesiones de seguimiento a los 3, 6 y 12 meses desde el momento del alta. Se interrumpió el tratamiento durante el mes de agosto por vacaciones del profesional.

Las sesiones 1-13 se llevaron a cabo con una periodicidad semanal, las sesiones 13-15 se realizaron con un espacio quincenal. Se acordó la 16ª sesión con un intervalo mensual para valorar la posibilidad de alta terapéutica en atención a la consecución de los objetivos propuestos y la percepción de mejoría expresada por la paciente en su desempeño habitual.

La distribución de la temporalidad de las sesiones de tratamiento se recoge en el siguiente gráfico:

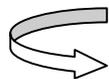
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		11	12	13	14	15	16	17	18	19
Tratamiento Semanal											Quincenal		Alta	Seguimiento					

NOTA: Entre las sesiones 10ª y 11ª se interrumpe el tratamiento por un mes coincidiendo con el periodo vacacional.

La aplicación final del tratamiento se desarrolló en el siguiente periodo temporal:

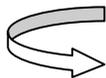
17/03/2010

Fallecimiento de la madre de Sara



07/04/2010

Consulta de Sara a su médico de familia



26/04/2010

Derivación a Psicología por parte del médico de familia



14/05/2010

Primer contacto telefónico. Presentación y acuerdo de cita

28/05/2010

Sesión inicial

PRIMERA ENTREVISTA

04/06/2010: 2ª sesión

11/06/2010: 3ª sesión

18/06/2010: 4ª sesión

25/06/2010: 5ª sesión

02/07/2010: 6ª sesión

09/07/2010: 7ª sesión

16/07/2010: 8ª sesión

23/07/2010: 9ª sesión

30/07/2010: 10ª sesión

Acuerdo de interrupción del tratamiento (vacaciones)

10/09/2010: 11ª sesión

17/09/2010: 12ª sesión

24/09/2010: 13ª sesión

Acuerdo de seguimiento quincenal

08/10/2010: 14ª sesión

15/10/2010: 15ª sesión

Acuerdo de seguimiento mensual

19/11/2010: 16ª sesión

ALTA TERAPÉUTICA

Acuerdo de seguimiento telefónico

18/02/2011: 17ª sesión

Seguimiento a los 3 meses

20/05/2011: 18ª sesión

Seguimiento a los 6 meses

18/11/2011: 19ª sesión

Seguimiento al primer año

▪ Selección de técnicas de intervención

Dependiendo de los objetivos en cada momento de la terapia se utilizaron diferentes técnicas, en función de la conducta manifiesta de Sara y los eventos estresantes concurrentes que tuvieron lugar.

De este modo, el proceso de selección de las técnicas de intervención es acorde a los objetivos planteados y el diseño del plan de tratamiento. Serían las siguientes:

▪ *Técnicas basadas en la información:*

- *Psicoeducación:* sobre el proceso de duelo, los síntomas característicos, los factores que dificultan la elaboración del duelo y las reacciones del entorno.
- *Técnicas de información:* para resolver dudas que aparecieron con respecto a la enfermedad y disminuir el sentimiento de culpa. Se realizó con la colaboración de su médico de familia.
- *Técnicas de orientación:* para la búsqueda de recursos comunitarios y la resolución de asuntos prácticos. Se realizó con la colaboración de la trabajadora social del equipo.

▪ *Técnicas dirigidas al cambio conductual:*

- *Técnicas de control estimular:* desde la identificación de los estímulos que dificultaban la ejecución de conductas adaptativas para facilitar el incremento de la conducta asertiva, el incremento de actividades gratificantes y el establecimiento de nuevas relaciones.

- *Técnicas operantes de manejo de contingencias:*
 - Reforzamiento positivo de conductas adaptativas y de los recursos personales y logros conseguidos.
 - Refuerzo diferencial de conductas incompatibles con la ansiedad para el tratamiento de la respuesta de ansiedad ante la situación de dormir sola y luz apagada.
 - Extinción de conductas pasivas y refuerzo diferencial de otras conductas para conseguir cambios rápidos en el estilo de afrontamiento.

- *Entrenamiento en habilidades sociales y asertividad:* para reforzar la búsqueda de un apoyo social efectivo, facilitar la expresión de opiniones personales y realizar peticiones de cambio de conducta.

- *Técnicas de autocontrol:* para favorecer la realización de actividades agradables y la planificación para la reintegración a las actividades de la vida diaria.

- *Tareas conductuales:* para facilitar la adaptación a la nueva vida sin el fallecido.

- *Tareas terapéuticas entre sesiones:* para facilitar la generalización de los resultados y la adaptación a la vida cotidiana y entorno natural de la paciente.

- ***Técnicas dirigidas a la reducción de la ansiedad:***
 - *Técnicas de exposición:*
 - Exposición repetida al relato de la historia de vida, de la relación con su madre y del proceso de enfermedad, muerte y duelo.

- Exposición mediante aproximaciones sucesivas para facilitar el aprendizaje de habilidades y estrategias de afrontamiento a situaciones ansiógenas (dormir sola, tomar decisiones, responder al padre de su hermana,...)
- *Técnicas de relajación mediante el control de la respiración:* para disminuir el nivel de activación fisiológica y facilitar la conciliación del sueño, así como el afrontamiento de situaciones ansiógenas.
- ***Técnicas dirigidas al cambio de cogniciones:***
 - *Proceso de reestructuración cognitiva:* para el cambio de los pensamientos negativos generadores de sufrimiento por otros más adaptativos y ajustados a la realidad.
 - *Entrenamiento en autoinstrucciones:* manejo de autoinstrucciones positivas para facilitar el afrontamiento de situaciones difíciles, facilitando primero el cambio en las verbalizaciones, y posteriormente en el comportamiento manifiesto.
 - *Entrenamiento en solución de problemas:* para facilitar la toma de decisiones en relación con los conflictos interpersonales concurrentes.

▪ **Valoración de los resultados a corto y largo plazo**

Como se ha indicado, el tratamiento farmacológico que correspondía al tratamiento del insomnio de conciliación se abandona en la 3ª sesión del tratamiento psicológico por lo que el análisis de los resultados se realiza con éste como único tratamiento profesional existente.

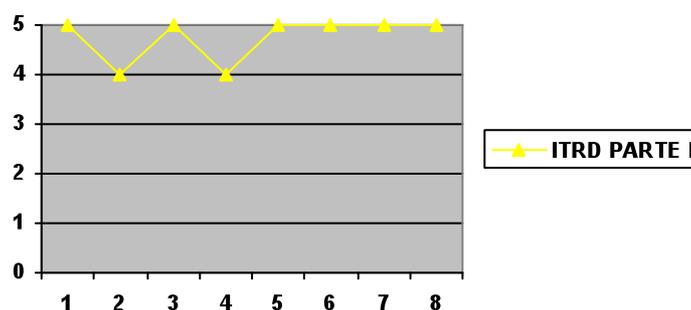
Todas las medidas de evaluación utilizadas muestran una mejoría de la paciente con respecto a la evaluación inicial. Información que se confirma en la percepción de la propia paciente y su adecuada reincorporación a la vida cotidiana y tareas esenciales.

En relación a los datos obtenidos de la ***observación directa*** de la paciente se observa un mayor cuidado del aspecto personal a lo largo de la terapia. Las verbalizaciones espontáneas van cambiando de un foco centrado en el sufrimiento y en la experiencia de pérdida hacia la apertura a la búsqueda de soluciones para disminuir el impacto emocional.

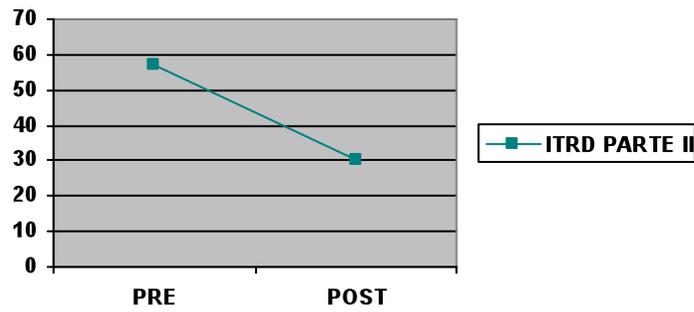
Este dato se contrasta a través de las diferentes ***entrevistas*** que se realizan a lo largo de la evolución del proceso que indican un cambio de conducta en el afrontamiento de la pérdida, primero a nivel emocional y cognitivo, y posteriormente a nivel conductual.

La evaluación mediante ***cuestionarios*** muestra también un índice de mejoría considerando un análisis pre-post.

El ***Inventario de Texas Revisado del Duelo (ITRD)*** señala una notable mejoría tanto en las puntuaciones totales como en el análisis específico de los ítems referidos. En relación a la parte I del cuestionario, el análisis se realiza al inicio, obteniéndose puntuaciones altas en todos los ítems, con una puntuación de 38 sobre 40 puntos.

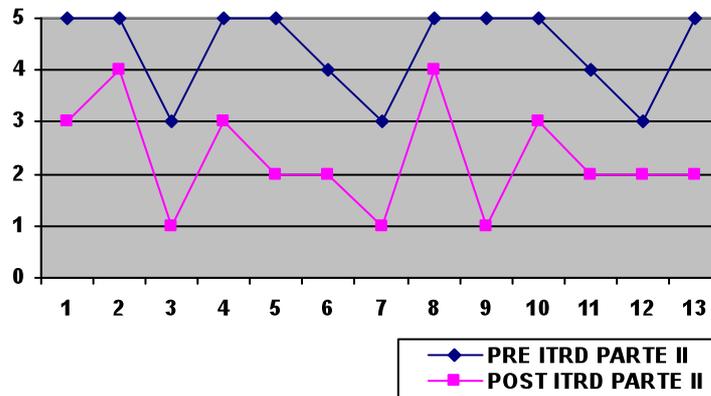


En la parte II se entiende un análisis pre-post. La evaluación pre muestra una puntuación total de 57 puntos sobre 65. En la evaluación post-tratamiento se recoge una disminución importante de los niveles marcados, registrándose una puntuación total de 30 sobre 65 puntos.



Es importante señalar en el análisis pre-post de la parte II del cuestionario, que los ítems 2 y 8 que mantienen altas puntuaciones son explicados por Sara como un sentimiento diferente al inicial. Otorga una puntuación alta al referirse el ítem 2 a la tristeza y el 8 al lugar que ocupó la persona fallecida.

Refiere “*siempre habrá algo de tristeza al recordarla pero ya no siento ansiedad ni angustia, puedo recordarla triste pero tranquila, y por supuesto nadie podrá ocupar su lugar porque era mi madre, pero ya no me enfado con otras personas que quieren ayudarme y cuidar de mí.*”

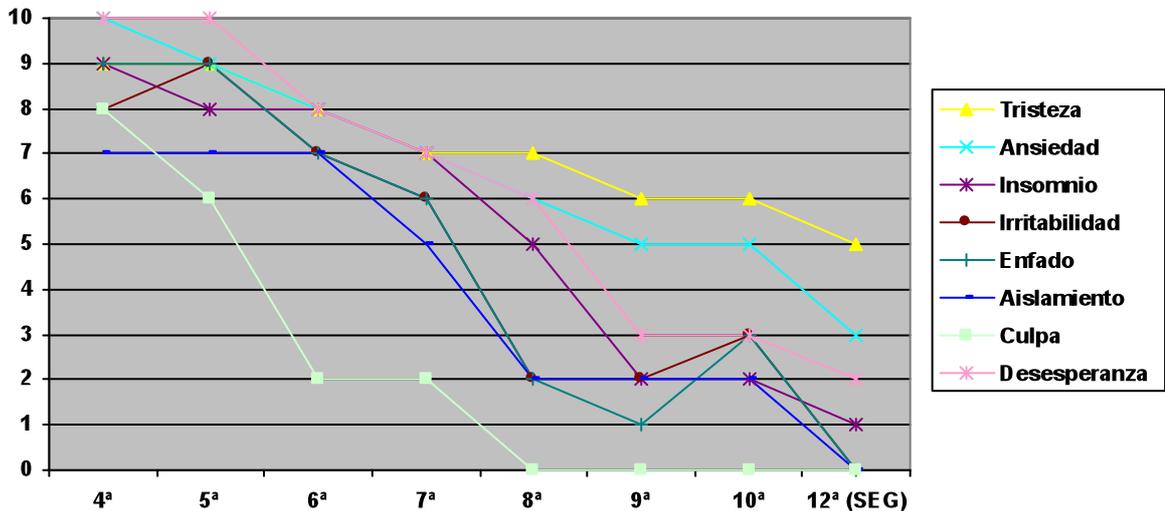


En relación a la entrevista clínica estructurada a través del *Inventario de Duelo Complicado Revisado (ICD-R-ECEP)* al final del tratamiento ya no se cumplen los criterios A, B, C y D para el diagnóstico de duelo complicado, lo que lleva a concluir la disminución o desaparición de los síntomas que caracterizan este diagnóstico a niveles que no son clínicamente significativos.

En el análisis de la evaluación mediante escalas, se facilitaron los datos de una *Escala Visual Analógica (EVA)* para diferentes síntomas que cursaban con un malestar significativo para Sara. Se utilizó esta medida durante 7 sesiones (de la 4ª a la 10ª sesión)

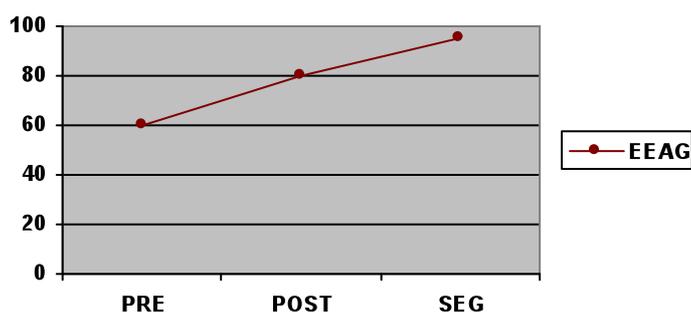
Se registró una última medida en la sesión 12ª tras el mes de interrupción de la terapia en el periodo vacacional para valorar el mantenimiento de los datos.

Los resultados indican una disminución en la puntuación de todos los síntomas evaluados, que se corresponde con una mejora objetiva y subjetiva en la paciente.



En relación a la *Escala de Evaluación de la Actividad Global (EEAG)*, se obtuvo una mejora en las puntuaciones de las dos medidas referidas con respecto a la evaluación inicial.

La puntuación que se considera tras la evaluación inicial se sitúa en el código 60. En el momento del alta terapéutica se realiza una nueva valoración que la sitúa en el 80, y se incrementa al 95 en la evaluación del seguimiento a los 6 meses, donde se evidencia una adaptación total a todas las actividades de su vida.



Por último se realizó un análisis del contenido de los autorregistros facilitados por Sara. Teniendo en cuenta un análisis cualitativo, se puede observar un cambio en el registro de los pensamientos que aparecen con mayor frecuencia, así como en el impacto emocional que generan. Se observa también un cambio de conducta que pasa de seguir un estilo evitativo a dirigirse hacia un estilo de afrontamiento activo, que genera un mayor nivel de competencia en Sara.

Esto se refleja en un cambio de interpretación en torno a la situación de pérdida y las consecuencias derivadas, el grado de control personal percibido y las capacidades personales para hacer frente a la situación actual.

▪ **Alta terapéutica**

Sara recibe atención psicológica a través de la derivación de su médico de familia al servicio de Psicología del Equipo de Soporte de Atención Domiciliaria del Área Norte, acudiendo a consulta desde el 28 de mayo de 2010 con una sesión semanal de una hora hasta el 24 de septiembre de 2010. Se pacta el mes de agosto sin terapia por vacaciones del profesional. La sesión 14ª y 15ª siguen una periodicidad quincenal para facilitar la valoración de posibilidad de alta terapéutica.

La paciente muestra una alta motivación para el tratamiento psicológico desde el inicio, y se mantiene a lo largo de todo el proceso terapéutico que finaliza tras el cumplimiento de todos los objetivos y la realización de las tareas pactadas con la paciente.

De acuerdo a la mejoría evaluada se pacta la sesión 16ª el 19 de noviembre de 2010 como primera sesión de seguimiento para determinar la posibilidad de alta terapéutica, dejando un intervalo temporal de un mes para la valoración del mantenimiento de los cambios realizados en la terapia.

Se sumarán tres sesiones de seguimiento mediante contacto telefónico a los 3 meses, 6 meses y 1 año para facilitar la valoración de la paciente y reforzar los recursos en la prevención de recaídas.

En este seguimiento aparece un mantenimiento de los objetivos conseguidos y una mejora importante de la calidad de vida de Sara. Refiere buena adaptación en su vida actual.

DISCUSIÓN

Hemos dedicado este trabajo a la presentación del caso de Sara para ilustrar el proceso de duelo por la pérdida de un ser querido y la intervención psicológica elegida y adecuada al caso.

Nos encontramos a una persona, Sara, que a los 19 años de edad sufre un acontecimiento traumático materializado en la enfermedad y muerte de su madre, que debido a su historia personal y familiar y las características de la muerte se vivencia de modo muy negativo (durante los días de agonía de su madre refiere experimentar un alto nivel de ansiedad, miedo, soledad, angustia, impotencia y rabia, que se condicionan a otros estímulos y se mantienen en la actualidad)

El mecanismo de afrontamiento inicial sigue un patrón de respuestas de evitación (cognitivas, emocionales y conductuales) que mantiene la probabilidad de ocurrencia de este tipo de respuestas por un proceso de condicionamiento operante de reforzamiento negativo.

Este estilo se mantiene durante un periodo de tiempo en el que resulta adaptativo, pero las consecuencias de esta conducta han ocasionado un incremento del nivel de sufrimiento y de los niveles de intensidad de las respuestas primarias, lo que le ocasiona una alteración significativa de su funcionamiento.

Los resultados muestran una mejoría en todas las áreas evaluadas que se corresponde con la indicación de mejoría referida por la paciente y una adecuada adaptación al entorno y situación actual de Sara.

Es importante resaltar que a la finalización del tratamiento, la paciente es capaz de atribuir una relación causal entre los cambios comportamentales realizados y los objetivos alcanzados.

Además, es significativo el cambio en la adaptación a la vida cotidiana y las mejoras en la actividad global de Sara. A pesar de aparecer eventos estresantes concurrentes a la terapia, es capaz de afrontarlos con un éxito mayor puesto que dispone de la confianza y las estrategias necesarias a tal efecto, de forma que el impacto emocional es menor al esperable en un inicio.

En conclusión y a la vista de las aportaciones ofrecidas en la ilustración de este caso, podemos concluir que por encima de los posibles factores predictores de riesgo en el duelo está la capacidad de elección de la persona, que incluye la capacidad de pedir ayuda, y que se evidencia en la frase de Sara: *“Sé que si me dejo puedo llegar a deprimirme y no quiero verme así, elijo vivir, y siempre la llevaré conmigo.”*

La terapia psicológica aplicada en el caso del duelo por la pérdida de un ser querido parece ser eficaz en la prevención de complicaciones en los periodos de mayor vulnerabilidad de la persona.

BIBLIOGRAFÍA Y REFERENCIAS

- Barreto, P., Yi, P. y Soler, C. (2008) *Predictores de duelo complicado*. *Psicooncología*; 5. (2-3), 383-400.
- Bayés, R. (2001) *Psicología del sufrimiento y de la muerte*. Barcelona: Martínez Roca.
- Bowlby, J. (1969) *El apego y la pérdida I: el apego*. Barcelona: Paidós.
- Bowlby, J. (1985) *El apego y la pérdida II: la separación*. Barcelona: Paidós.
- Bowlby, J. (1980) *El apego y la pérdida III: la pérdida*. Barcelona: Paidós.
- Caballo, V. (Ed.) (1991) *Manual de Técnicas y terapia de conducta*. Madrid: Siglo XXI.
- Cabodevilla, I. (2003) Las reacciones de duelo. En M. Die (Coord.) *Psico-oncología*. Madrid: Ades Ediciones.
- Doka, J. (2010) *Psicoterapia para enfermos en riesgo vital*. Bilbao: Desclée de Brouwer. Biblioteca de Psicología.
- Feeney, J. y Noller, P. (2001) *Apego adulto*. Bilbao: Desclée. Biblioteca de Psicología.
- Fernández-Ballesteros, R., Oliva, M., Márquez, C., Zamarrón, M.D. (2011) *Buenas prácticas y competencias en evaluación psicológica*. Madrid: Pirámide.
- Frakl, V. (2004) *El hombre en busca de sentido* (3ª ed.) Barcelona: Herder.

- Gavino, A. (2002) *Guía de ayuda al terapeuta cognitivo-conductual* (2ª ed.) Madrid: Pirámide.
- Gómez-Sancho, M. (1998) Atención a la familia. El duelo y el luto. En: *Medicina Paliativa. La respuesta a una necesidad*. Madrid: Arán.
- Gómez-Sancho, M. (2004) *La pérdida de un ser querido. El duelo y el luto*. Madrid: Arán.
- Inventario de Texas Revisado del Duelo (ITRD) García-García, J.A., Landa, V., Trigueros, M.C., Calvo, P. y Gaminde, I. (adaptación al castellano de la versión original de Faschingbauer, T. R., Devaul, R. y Zisook, S.) En L. Nomen, (2009) *El duelo y la muerte. El tratamiento de la pérdida*. Madrid: Pirámide.
- Inventario de Duelo Complicado Revisado (ICD-R-ECEP) García-García, J.A., Landa, V., Prigerson, H., Echeverría, M., Grandes, G., Matriz, A. y Andollo, I. (2001) (adaptación al castellano de la versión original de Prigerson, H., Kasl, S. y Jacobs, S.) En L. Nomen, (2009) *El duelo y la muerte. El tratamiento de la pérdida*. Madrid: Pirámide.
- Inventario de Experiencias de Duelo (IED) García-García, J.A., Landa, V., Trigueros, M.C., Calvo, P. y Gaminde, I. (adaptación al castellano de la versión original de Sanders, C.M., Mauger, P.A., y Strong, P.N.) En L. Nomen, (2009) *El duelo y la muerte. El tratamiento de la pérdida*. Madrid: Pirámide.
- Instrumentos de evaluación en el duelo: entrevista de evaluación inicial en el proceso de duelo. Comité Científico del Programa de Atención Integral a Personas con Enfermedades Avanzadas y sus Familiares (2010) Material disponible en plataforma informática. Obra Social Fundación La Caixa, Madrid.
- Lacasta, M.A., Sastre, P., Arranz, P., Sánchez, M. (1999) *Un programa de grupos de duelo en Cuidados Paliativos*. *Medicina Paliativa*; 6(1): 27-50.

- Lacasta, M.A., Sastre, P. (2000) El manejo del duelo. En: M. Die y E. López (Eds.) *Aspectos psicológicos en cuidados paliativos. La comunicación con el enfermo y la familia*. Madrid: Ades Ediciones. 491-506.
- Lacasta, M.A. y Soler, M.C. (2004) El duelo: prevención y tratamiento del duelo patológico. Cuidados después de la muerte. En C. Camps, et al. *Manual SEOM de Cuidados Continuos*. Madrid: Dispublic.
- Montoya, J. (2008) Aspectos incipientes t apuntes de farmacología en el duelo. En L. Nomen (Coord.), *Tratando el proceso de duelo y de morir*. Madrid: Pirámide.
- Muñoz, M. (2010) *Guía de Entrevista Clínica General*. Módulo: Recogida de información y análisis funcional. Máster de Especialización en Psicología Clínica y Psicología de la Salud. Material polifotocopiado. Facultad de Psicología, Universidad Autónoma de Madrid.
- Nomen, L. (2008) *Tratando el proceso de duelo y de morir*. Madrid: Pirámide.
- Nomen, L. (2009) *El duelo y la muerte. El tratamiento de la pérdida*. Madrid: Pirámide.
- Olmeda, G., García, A. y Basurte, I. (2002) *Rasgos de personalidad en duelo complicado*. *Psiquiatría*. 6 (5) Descargado el 20 de enero de 2012 de <http://www.psiquiatriaonline.com>.
- Rogers, C. (1981) *Psicoterapia centrada en el cliente*. Barcelona: Paidós.
- Soler, M.C. (2003) *Intervención en el duelo complicado*. *Medicina Paliativa*; 10 (I): 69-71.
- Tizón, J.L. (2004) *Pérdida, pena y duelo. Vivencias, investigación y asistencia*. Barcelona: Paidós.

- Worden, J. W. (2002) *El tratamiento del duelo: asesoramiento psicológico y terapia* (2ª ed.) Barcelona: Paidós.

- Zurita, J. y Chías, M. (2009) *El duelo terapéutico: la curación a través del duelo.* Madrid: Ediciones Galene.

“La libertad del hombre no es libertad desde unas condiciones, sino más bien la libertad de adoptar una actitud frente a lo que las condiciones le pueden poner delante.”

Frakl., V.