

Intervención cognitivo-conductual en el duelo complicado: un estudio de caso

Cognitive behavioral intervention in complicated grief: a case study

Lucero Julian Fabila y Alicia Hernández Montaña
Universidad Autónoma de Coahuila, México

Resumen: El duelo es un proceso normal ante la pérdida de una persona significativa. Debido a diversos factores los síntomas implicados en el proceso pueden intensificarse y perdurar de tal manera que interfieren significativamente en la vida de los dolientes, generando así un duelo complicado. El objetivo del estudio fue evaluar una intervención cognitivo-conductual dirigido a mejorar el afrontamiento emocional y la disminución de síntomas depresivos y ansiosos de una paciente de 32 años con trastorno de duelo complejo persistente. Para esto, se utilizó un diseño de caso de caso único, que incluyó un programa de intervención adaptado a 16 sesiones. Se aplicaron escalas estandarizadas antes y después del tratamiento. Los resultados indicaron una disminución de la sintomatología depresiva y ansiosa, un aumento del afrontamiento emocional y una disminución de conductas de evitación asociadas con la muerte y en el malestar reactivo a la muerte.

Palabras clave: intervención cognitivo-conductual, duelo complicado, estudio de caso

Abstract: Grief is a normal process when faced with the loss of a significant person. Due to various factors, the symptoms involved in the process can intensify and persist in such a way that they interfere significantly in the life of the grieving individual, thus generating a complicated grief. The aim of the study was to evaluate a cognitive behavioral intervention aimed at improving emotional coping and decreasing depressive and anxious symptoms in a 32-year-old female patient with persistent complex grief disorder. For this, a single-case design was used, which included an intervention program adapted to 16 sessions. Standardized

Lucero Julian Fabila es Psicóloga clínica con acentuación en terapia cognitiva-conductual egresada del posgrado de Psicología Clínica de la Facultad de Psicología de la Universidad Autónoma de Coahuila.

Alicia Hernández Montaña  [0000-0001-8778-5805](https://orcid.org/0000-0001-8778-5805) es Psicóloga clínica, docente e investigadora de la Facultad de Psicología de la Universidad Autónoma de Coahuila.

Para citar este artículo: Lucero Julian Fabila y Alicia Hernández Montaña (2022). Intervención cognitivo-conductual en el duelo complicado: un estudio de caso. *Clínica Contemporánea*, 13(2), Artículo e10. <https://doi.org/10.5093/cc2022a8>

La correspondencia de este artículo debe enviarse a la autora Alicia Hernández Montaña al e-mail: ahm123@hotmail.com



Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND.

scales were applied before and after treatment. Results indicated a decrease in depressive and anxious symptoms, an increase in emotional coping, and a decrease in avoidance behaviors associated with death and reactive distress to death.

Keywords: cognitive-behavioral intervention, complicated grief, case study

El duelo se describe como un proceso psicológico normal que sigue a la muerte de una persona querida. Según su significado etimológico, viene del latín *dolus*, que significa dolor (Real Academia Española, 2001). Para Bayés (2006) el duelo se caracteriza por ser una reacción universal ante la pérdida, es decir, en todas las culturas se hace presente aunque sus manifestaciones pueden cambiar, es una experiencia que provoca sufrimiento y puede manifestarse en comportamientos pasivos de tipo depresivo.

En este sentido, todas las personas a lo largo de la vida tendrán que enfrentarse con este tipo de pérdida, lo que implica el uso de recursos personales para hacerle frente a las reacciones tanto emocionales, cognitivas y/o conductuales (Cruz, 2019; Gil-Juliá et al., 2008).

Por otro lado, Cruz et al. (2017) definen el duelo como una experiencia multidimensional que afecta no sólo lo biológico y lo emocional, sino que también trastoca las acciones privadas (p. ej., cogniciones, emociones, creencias, etc.) y públicas presentes en contextos específicos que están mediados por antecedentes históricos personales.

Desde el aspecto clínico, el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales en su quinta edición (DSM-5) incluye el duelo no complicado dentro del capítulo Otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica, utilizando el código V62.82. Describe el duelo como una reacción normal ante la muerte de un ser querido, una respuesta ante la pérdida. Pueden presentarse síntomas característicos de un episodio de depresión mayor, tales como sentimientos de tristeza asociados a síntomas como insomnio, falta de apetito y pérdida de peso (Asociación Americana de Psiquiatría [APA], 2014).

Sin embargo, existen una serie de factores que pueden afectar el curso del proceso, incrementando su intensidad y duración, e interfiriendo en el funcionamiento general de las personas. Este tipo de duelo que no sigue el curso esperado se le suele denominar duelo complicado (DC).

Dentro de los factores de riesgo para desarrollar un DC se mencionan la muerte repentina y a distancia (Bertuccio y Runion, 2020), las *características de la muerte* (Rico, 2017), variables que incluyen el *tipo de vínculo*, como la dependencia afectiva, quién muere, la edad y calidad de la unión (Barreto et al., 2012), las *características del doliente*, tal como, su estilo de afrontamiento, salud mental, edad, género, duelos anteriores no resueltos y el momento del ciclo vital (Barreto et al., 2008), así como también, la ausencia de *redes de apoyo familiares, sociales y espirituales* (Neimeyer, 2002). Además, si la muerte ha sido súbita, traumática, por suicidio, accidente de tráfico, homicidio, etc., existe un malestar psicológico mayor al de una muerte esperada (Vedia, 2016).

Ahora ante el contexto pandémico del COVID-19 se han desarrollado estudios que revelan otros factores de riesgo para el DC, tal como un sistema de apoyo presencial escaso, la categoría de muerte inesperada y factores concomitantes como las económicas o de estigma social. La misma imposibilidad de acercamiento social como método de afrontamiento, y otros factores económico-culturales (Ceberio, 2021; García-Ontiveros et al., 2020; Goveas y Shear, 2020; Rodríguez Ponte, 2020).

El DSM-5 presenta una categoría diagnóstica denominada trastorno por duelo complejo persistente (TDCP) que permite establecer diferencia entre el proceso del duelo normal y el complicado. El TDCP se da cuando un año después de la muerte, la persona presenta principalmente los siguientes síntomas, casi diariamente o en grado intenso: anhelo, dolor, preocupación por la muerte del ser querido, dificultades para aceptar la pérdida y recordar aspectos positivos de la persona fallecida, aturdimiento, tristeza, ira, culpabilidad, evitación excesiva de estímulos que recuerden al fallecido o al fallecimiento, autoconcepto negativo, deseos de muerte, sentimientos de soledad, confusión sobre la propia identidad o dificultades para pensar o marcarse proyectos futuros (APA, 2014).

Es importante señalar que existen otros trastornos asociados a la pérdida como el trastorno de estrés post-traumático (TEPT) y el trastorno depresivo. En el caso del primero, se diferencia porque los síntomas se dan por la pérdida de una figura principal de apego y los sentimientos de pérdida y anhelo están relacionados con la persona fallecida más que con el hecho traumático. Para el caso del trastorno depresivo, se diferencia del TDCP porque la tristeza no es permanente, se relaciona con la persona fallecida y los pensamientos o recuerdos se centran en el difunto (Alonso-Llácer et al., 2021).

Una atención temprana asociada a la pérdida puede disminuir las implicaciones en la salud física y emocional. Los tratamientos psicológicos con orientación cognitivo conductual (TCC) muestran evidencia creciente de su eficacia en el tratamiento de diversos problemas de salud mental, tal como, la depresión (Beck, 2011; Berrió, 2019), la ansiedad (Escolar-Llamazares y Serrano-Pintado, 2019; Santesteban-Echarri y Jiménez-Arriero, 2016), e incluso el duelo complicado (Carmona, 2009; Malkinson, 2010).

La TCC ha sido ampliamente adaptada a diferentes problemas de salud mental pero se mantiene la estructura del modelo teórico cognitivo propuesto por Beck et al. (2010), quienes argumentan que el organismo humano es un sistema conformado por cuatro subsistemas: cognitivo, fisiológico, afectivo y conductual, mismos que se interrelacionan entre sí, siendo el componente cognitivo el de mayor importancia ya que es el encargado de recibir, procesar y enviar información a los otros subsistemas que hacen que el organismo reaccione a nivel fisiológico y afectivo, y que se comporte de cierta manera, respondiendo a los diversos estímulos a los que se enfrenta.

En esta línea se ha encontrado que la TCC en la atención del duelo complicado demanda de una combinación de técnicas conductuales y cognitivas, siendo las más eficaces la psicoeducación, la reestructuración cognitiva, la resolución de problemas y el entrenamiento en habilidades sociales y comunicación asertiva, pues permite a los pacientes enfrentar el dolor de la pérdida y modificar las creencias cognitivas disfuncionales asociadas a la evitación (Boelen et al., 2011; Rosner et al., 2011). Además, dichas intervenciones han permitido disminuir los síntomas depresivos y los sentimientos de ineficacia y pesimismo (Valencia y Dávila, 2010), aceptación de la muerte, así como, la reactivación de los estilos de vida y una mejoría considerable del bienestar de los pacientes (Carmona, 2009).

Un punto importante es que cuando en las intervenciones TCC se trabaja profundizando en el componente emocional, mediante ejercicios vivenciales y la psicoeducación de las emociones se reportan mejoras clínicas subjetivas (Espinosa et al., 2015). Esto coincide con lo mencionado por Sanz et al., (2014) quienes observan que los pacientes que atraviesan por una pérdida de un ser querido perciben un alivio en su sufrimiento que parece estar relacionado más con el desahogo emocional que con la realización de cambios conductuales. Estos hallazgos son importantes a nivel psicoterapéutico para identificar las necesidades de la persona y poder apoyarla desde la sintonía de su estado emocional.

Worden (2013) menciona que ante un duelo complicado derivado de una muerte traumática es necesario trabajar en un primer momento con las técnicas de exposición para un mejor manejo de los síntomas de evitación. Por otro lado, Boelen et al. (2008) confirman la eficacia del tratamiento cognitivo conductual, empleando las técnicas de exposición al final del tratamiento.

Bajo este orden de ideas el propósito de la investigación es presentar el abordaje clínico desde el enfoque cognitivo conductual de una paciente con trastorno de duelo complejo persistente para aumentar el afrontamiento emocional y la disminución de síntomas depresivos y ansiosos.

Método

Consideraciones éticas

Al inicio de la intervención se le comunicó a la paciente el objetivo del estudio, los aspectos éticos y se le solicitó explícitamente su consentimiento informado, además de su autorización para publicaciones con fines de investigación. Se guardó absoluta confidencialidad y anonimato.

Diseño

Es un estudio de caso único. En un primer momento se llevó a cabo un método mixto de triangulación en el que se incluyeron procedimientos cualitativos y cuantitativos. Se realizó la entrevista de Muñoz (2001) para la evaluación del duelo que enfrenta la paciente. Después se administró una batería de pruebas para evaluar sus síntomas clínicos.

En seguida, se aplicó una intervención de tipo cognitivo conductual y al final del tratamiento se llevó a cabo el post-test.

Identificación del paciente

La participante del estudio es una mujer de 32 años, con estudios a nivel de licenciatura y de nivel socioeconómico medio. Se encuentra casada y tiene una hija de 2 años. Ambos padres viven y es la segunda hija en el orden de hijos de un total de 5 hermanos. En la actualidad vive con su pareja e hija, y mantiene una relación cercana con su familia extensa. Al momento de la intervención la participante se encontraba laborando y ejerciendo su profesión.

Motivo de consulta

La paciente acude a sesión manifestando requerir apoyo psicológico a partir del fallecimiento de su hermana ocurrido un año atrás, el cual no ha podido superar. Inicialmente refiere que a partir de la muerte de su hermana su vida cambió radicalmente, no deja de llorar, no encuentra motivación para realizar sus actividades cotidianas, no tiene metas ni objetivos a seguir, se ha distanciado de su esposo y lo único que la mantiene viviendo es su pequeña hija. Manifiesta un gran sentido de culpa y la incapacidad de experimentar sentimientos agradables y disfrutar lo bueno que tiene en su vida. También refiere que todo el tiempo está enojada y tiene dificultad para controlar la expresión del enojo ante situaciones que le recuerden la muerte de su hermana.

Historia del problema

Se establece el inicio de los síntomas a partir del fallecimiento su hermana menor a causa de un accidente automovilístico un año atrás. La muerte de su familiar al ser inesperada causó un fuerte impacto en la paciente. Posterior al confirmar el suceso, vivenció los procesos funerarios describiéndolos como si pasaran en un sueño, no recuerda quienes acudieron al funeral o estuvieron con ella, manifestando un llanto desconsolado, incredulidad, profunda tristeza y enojo. Después de lo sucedido su vida se caracterizó por remordimientos constantes acerca de los motivos del fallecimiento y de las situaciones que la hacen pensar que pudo haberse evitado.

Tiempo después la paciente padeció diferentes enfermedades físicas como lupus, una intervención quirúrgica debido a quistes ováricos y dos abortos espontáneos, que ella atribuye al desgaste físico que le ocasionó todas las emociones experimentadas hasta el momento. La pérdida de sus embarazos aumentó aún más la sintomatología de la paciente, sin embargo, sus pensamientos se remiten a la pérdida de su hermana.

Al momento de asistir a terapia la paciente argumentó que los síntomas se han mantenido y algunos se han agudizado, de manera recurrente siente una profunda tristeza, mantiene un estado ánimo irritable y permanece en un estado de negación frente a la muerte de la hermana.

La paciente menciona que su vida cambió drásticamente, ya no tiene metas ni planes a futuro, ninguna actividad la llena ni la hace sentir motivada, lo único que la mantiene estable es su hija. No tiene ánimo para realizar sus actividades que antes realizaba como ir al gimnasio, diseñar, dibujar, ver a sus amigos, o salir a pasear con su hija o con su esposo, a los que siente que ha descuidado por sentirse de esa manera, solamente asiste al trabajo, el cual retomó con el objetivo de distraerse. La paciente comenta tener una incapacidad para disfrutar

las cosas buenas que le pasan en la actualidad, y cada vez que se percata riendo o disfrutando un momento ya sea familiar o con amigos, surgen sentimientos de culpabilidad.

Análisis Funcional

Tras las primeras sesiones de evaluación se realizó el análisis funcional (ver tabla 1). El objetivo de este fue construir una serie de hipótesis sobre los comportamientos de la paciente para sustentar la propuesta de la intervención. La sintomatología que manifestó la consultante se deriva principalmente ante recuerdos, comentarios y preguntas relacionadas con su hermana, cuando observa a sus amigos y familia disfrutar diversas actividades y frente a situaciones relacionados con el accidente, como pasar cerca de las calles donde sucedió, subirse a autos del mismo modelo y ver noticias sobre accidentes. Las respuestas derivadas ante este tipo de situaciones aparecen de manera cognitiva a través de deberías e inferencia arbitraria en pensamientos como “No podré salir adelante”, “Soy mal hermana”, “No le demostré que la amaba”, “No le dieron importancia a la muerte de mi hermana”, “Es un castigo”, “Pude haber evitado que sucediera”, “No debería estar feliz”, “Debí haber hecho las cosas diferentes”, “No debería de ser así” y “Tenemos más probabilidades de sufrir un accidente”. Lo que desencadena a nivel emocional una respuesta de tristeza intensa, enojo, culpa, celos, envidia, impotencia y añoranza. A nivel fisiológico la respuesta que presenta es llanto intenso durante todas las noches y en lapsos durante el día, dormir en ocasiones durante el día y tensión. A nivel conductual la paciente ha dejado de realizar muchas de las actividades que antes disfrutaba, evita las situaciones que le recuerdan a su hermana, como eventos con amigos y conversaciones con los parientes de su esposo. En otras ocasiones, reacciona de manera explosiva ante preguntas que no le agradan y/o responde de manera abrupta, evita pasar por la calle del accidente y por avenidas aledañas y no puede subirse a autos del mismo modelo. Lo anterior ha ocasionado que se distancie de familiares, amigos y de su pareja, que no disfrute de su vida en general, padecer malestares físicos constantes, problemas en el trabajo y discusiones con sus hermanos. (Ver Tabla 1).

Evaluación inicial

Para la evaluación se utilizó la entrevista de Muñoz (2001), con la cual se recopiló la información necesaria acerca de las características principales del problema y la delimitación de éste. Se obtuvo la historia clínica de la paciente, la descripción detallada del problema, la situación vital actual, la relación interpersonal y familiar de la paciente, así como el curso del problema y su influencia en la vida general de la paciente. A continuación, se exponen los instrumentos de evaluación psicológica utilizados:

Inventario de Depresión de Beck (BDI-II) (Beck et al., 2009) en su adaptación en población mexicana (Estrada et al., 2015). Autoinforme compuesto por 21 ítems de tipo Likert, utilizado para detectar y evaluar la gravedad de la sintomatología depresiva. Cuanta más alta sea la puntuación obtenida mayor será la severidad de los síntomas. Los rangos de severidad son: 1-13, ausencia o mínima depresión; 14-19, depresión leve; 20-28, depresión moderada; y 29-63, depresión grave. El BDI-II ha mostrado adecuadas propiedades psicométricas en cuanto a la consistencia interna (.91) y a la validez (Estrada et al., 2015).

Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad (ISRA) (Miguel-Tobal y Cano-Vindel, 1994) cuenta con 66 reactivos tipo Likert repartidos en tres escalas de ansiedad: cognitiva, fisiológica y motora, que se cruzan con 22 situaciones y 24 tipos de respuesta. Las situaciones se categorizan en cuatro diferentes tipos: situaciones relacionadas con evaluación y asunción de responsabilidades, situaciones que implican relaciones interpersonales y sexuales, situaciones de tipo fóbico y situaciones habituales de la vida cotidiana; ante cada una de ellas, el sujeto tiene que ponderarlas y anotar con qué frecuencia le ocurre esa combinación situación-respuesta: casi nunca, pocas veces, unas veces sí y otras veces no, muchas veces o casi siempre; a mayor frecuencia de ocurrencia, mayor puntuación, lo que indicaría mayor intensidad de la ansiedad medida. El ISRA permite obtener cuatro medidas de ansiedad: cognitiva, fisiológica, motora y total. Ha obtenido adecuada consistencia interna (.94) (Cano-Vindel, et al., 2020).

Tabla 1. Análisis funcional

Antecedentes	Próximos	Recuerdos de la pérdida Lugares, situaciones y personas vinculadas a la pérdida (Reuniones familiares, conversaciones, lugares aledaños al accidente)
	Remotos	Fallecimiento de hermana
Respuestas	Cognitivas	Ansiedad Pérdida del sentido de la vida Pensamientos constantes acerca de la pérdida como "pude haber hecho las cosas diferentes" "Pude evitar el accidente" "Soy mala hermana" "No le demostré que la amaba" "No les importó lo suficiente la muerte de mi hermana"
	Emocionales	Irritabilidad Añoranza intensa por la persona fallecida Tristeza profunda Enojo Culpa Envidia Desesperanza Vacío Anhedonia Apatía
	Fisiológicas	Llanto intenso Decaimiento Tensión Agitación
	Motoras	Distanciamiento de amigos, familiares y pareja Inactividad Escondarse para llorar Discusiones con familiares Evitar lugares situaciones y personas que recuerden el accidente
Consecuencias	Corto plazo	Problemas de pareja Problemas de salud Conflictos interpersonales Conflictos laborales Descuido de familia
	Largo Plazo	Depresión mayor Aislamiento

Inventario de Duelo complicado (Prigerson et al., 1995) Cuestionario que permite diferenciar entre duelo normal y patológico. Se utilizó la adaptación a población colombiana (Gamba-Collazos y Navia, 2017). El inventario consta de 19 ítems con cinco categorías de respuesta tipo Likert: nunca, raramente, algunas veces, a menudo, siempre, que valoran la frecuencia del síntoma explorado (emocional, cognitivo o conductual) y cuya puntuación va desde el 0 para nunca, hasta el 4 para siempre. La forma de calificar es sumando los puntos de cada ítem, así las puntuaciones oscilan entre los 0 y 76. Al no tener punto de corte, las puntuaciones más altas demuestran mayor probabilidad de padecer duelo complicado. En cuanto a la fiabilidad es de .80 y presenta una consistencia interna de .94.

Inventario Texas revisado de Duelo (Faschinbager et al., 1981) se empleó la versión adaptada al castellano (García García et al., 2005). Cuestionario autoadministrado que consta de 21 ítems tipo Likert, con cinco categorías de respuesta: Completamente verdadera, verdadera en su mayor parte, ni verdadera ni falsa, falsa en su mayoría y completamente falsa. Construida para población general mayor de 14 años y cuya persona significativa haya fallecido hace más de tres meses y menos de 3 años. Los puntajes mayores a 25 corresponde a duelo complicado. Ha obtenido adecuada consistencia interna (.86) (García García et al., 2005).

Diagnóstico

De acuerdo con la evaluación elaborada y el DSM-5 (APA, 2014), la paciente cumple con los criterios establecidos para el Trastorno de Duelo Complejo Persistente 309.89 (F43.8).

Diagnóstico diferencial

En relación con el diagnóstico diferencial se descartan otras patologías como el duelo normativo, si bien se comparte sintomatología, en el trastorno de duelo complejo persistente los síntomas son más intensos y prolongados, la paciente ha manifestado estos síntomas de duelo por más de 12 meses. Asimismo, los síntomas manifestados por la paciente como tristeza y llanto pueden ser similares a los presentes en el trastorno depresivo persistente, y el trastorno depresivo mayor, sin embargo, en el trastorno de duelo complejo persistente se caracteriza por centrarse en la pérdida. Otro posible diagnóstico diferencial es el trastorno de estrés postraumático, debido a las características de la pérdida y los síntomas asociados a ella, como la evitación y pensamientos intrusivos, sin embargo, en el trastorno de estrés postraumático están centrados en el evento mismo, en cambio en el trastorno de duelo complejo persistente los recuerdos intrusivos están más relacionados con la relación con el fallecido y el malestar por la separación.

Intervención

El tratamiento cognitivo-conductual tuvo una duración de 16 sesiones, realizadas una vez a la semana con una duración de 1 hora. Durante la intervención se incluyeron los siguientes elementos: Psicoeducación, técnicas de activación conductual, regulación emocional, reestructuración cognitiva, retribución de responsabilidad, relajación muscular progresiva, exposición en imaginación y en vivo, técnicas de afrontamiento y prevención de recaídas. En general, la intervención consistió en:

1ª Sesión

Primeramente, en esta sesión se entregaron los resultados de la evaluación realizada, explicando detalladamente el diagnóstico, la formulación clínica y el modelo explicativo del trastorno por duelo complejo persistente. Dentro de la información otorgada para el conocimiento del trastorno se incluyó: la definición de duelo, explicación de las diferencias entre duelo normativo y duelo complicado y descripción de las etapas y tareas de duelo.

2ª Sesión

Posterior a la explicación de la naturaleza del trastorno se instruyó en el modelo cognitivo, abordando principalmente la relación entre los pensamientos, emociones y conducta, así como la diferencia entre ellos mediante la enseñanza del modelo A-B-C. En seguida se explicó los tres niveles de pensamiento, se abordaron

Tabla 2. *Patrón de problemas*

Situación	Pensamiento	Respuesta (Emocional, conductual, fisiológico)
Situación 1 Desacuerdos con hermana	"Ella sentía que yo le tenía algo de coraje"	No decirle que la quería Tristeza Arrepentimiento Llanto
Situación 2 Ser hermana mayor	"Debo dar un buen ejemplo y lograr que no cometan errores"	Regañar a mis hermanos, se sobre-protectora con mis hermanas Preocupación por su bienestar
Situación 3 Mis hermanos salían de fiesta No se daban cuenta que mi mamá ya no tenía pastillas	"No le daban tanta importancia a mi mamá como deberían"	Molestia Regaños y llamadas de atención
Situación 4 Cancelaba planes	"Nunca estuve para ella"	Culpa
Situación 5 Recuerdos de mi hermana	"Esto no debe estar pasando" "Es un error"	Tristeza Culpa Llorar todo el día Estar molesta con mi esposo Irritable
Situación 6 Ver a la chica sobreviviente	"Es injusto que ella está aquí y mi hermana no"	Coraje, envidia
Situación 7 Cuando algo me causa risa o cuando estoy alegre un ratito	"No debería estar feliz" "No puedes estar feliz después de que tu hermana ya no está"	Culpa Dejar de disfrutar Irme de los eventos familiares No asistir Alejarme

los pensamientos automáticos, las creencias intermedias y los esquemas o creencias nucleares y la forma de identificar y llegar a ellos (ver tabla 2).

3ª Sesión

Se inició con el trabajo a nivel emocional y la importancia del reconocimiento de las emociones para su adecuada expresión. Esta parte del tratamiento fue fundamental, a través de técnicas narrativas (verbales y escritas), permitió identificar las emociones predominantes en diferentes puntos de la historia, como la tristeza, el enojo, el dolor emocional y la culpa. En un inicio se observó desorganización en su narrativa, fijación de memoria y rumiaciones obsesivas maladaptativas, pero conforme se continuó con dichas técnicas se observó una integración más estructurada del acontecimiento y una expresión más clara de sus emociones. Para la paciente este fue un paso importante porque parte de sus estrategias de evitación era tratar de no pensar ni hablar del suceso con personas de su entorno cercano.

4ª sesión

Acudió más tranquila, pero continuó sintiendo tristeza y culpa. A lo largo de la intervención se validaron las emociones y la parte racional del pensamiento y se debatió la irracionalidad. Esto permitió generar un espacio de apoyo y seguridad pues por lo general recibía críticas negativas de sus allegados ante la manifestación de sus emociones. Se instruyó en las emociones saludables y no saludables, logrando que la paciente pudiera comprender la función de cada emoción y la forma adaptativa de expresarla. Mediante las técnicas de detención del pensamiento, razonamiento lógico y distracción logró establecer niveles adecuados de sus emociones en base a las situaciones que la desencadenaban, logrando que la paciente visualizara la importancia que le estaba otorgando a cada situación y la intensidad de la emoción.

5ª Sesión

El trabajo previo del manejo de las emociones permitió que la culpa y la tristeza se manifestaran con menor intensidad. Lo que facilitó enfocarse en la formación de un mayor grado de objetividad en las interpretaciones sobre la pérdida. Para esto, se identificaron las distorsiones cognitivas involucradas en el patrón de pensamiento disfuncional que implicaba verse a sí misma, al mundo y al futuro de forma negativa. La paciente tuvo una comprensión más clara de la relación entre sus pensamientos y las consecuencias (emociones y conductas). Para continuar con la identificación de los pensamientos intrusivos y el rol que jugaban en el mantenimiento de su problemática se trabajó en casa los autorregistros.

6ª 7ª y 8ª Sesión

Gracias a la capacidad introspectiva de la paciente, los análisis de los autorregistros en las sesiones facilitaron el autodescubrimiento de las relaciones existentes entre los pensamientos y las consecuencias. Se procedió con la reestructuración cognitiva a través del diálogo socrático de los pensamientos distorsionados anteriormente identificados, tales como: la generalización excesiva, el pensamiento dicotómico y los deberías. En la tabla 3 se muestra los pensamientos alternativos que se construyeron a través de este diálogo.

Para fomentar la comprobación de la validez y utilidad de sus pensamientos alternativos se trabajó con experimentos conductuales, entre ellos, acercarse a sus hermanos y hablar de la hermana fallecida y comprobar que fue una experiencia que también les afectó, salir al cine con su hija y verificar que sentir felicidad es una manera de honrar la memoria de la fallecida.

Tabla 3. *Pensamientos alternativos*

Distorsión cognitiva	Pensamiento alternativo
"A mis hermanos no les importó lo suficiente la muerte de mi hermana"	"Mis hermanos son buenas personas y sus acciones son una manera de expresar su dolor, lo que sienten"
"Debería de haber venido porque es una ocasión muy especial"	"Me gustaría que mi hermano estuviera presente en estos momentos familiares, pero entiendo que tenga otros problemas que solucionar"
"Nunca podré recuperarme"	"Podré salir adelante, pero la vida no será la misma"
"Es injusto" "no debería ser así"	"En todas las familias existen dificultades, incluso más fuertes, lo que estoy viviendo es mucho, pero aprenderé a vivir con ello"
"No debería estar feliz"	"Puedo estar feliz y demostrar la importancia y el respeto a la muerte mi hermana de manera diferente"

9ª Sesión

Los pensamientos alternativos sirvieron para disminuir la intensidad de las emociones: tristeza, enojo y culpa, y a responder de manera más adaptativa, encaminado sus acciones hacia metas familiares y laborales, las cuales había abandonada desde la pérdida.

La culpa fue la emoción más fluctuante, por lo que se trabajó con la técnica de retribución de responsabilidad con el objetivo de replantear las atribuciones disfuncionales del fallecimiento. Se llevó a cabo analizando las posibilidades reales de los factores que intervinieron en el accidente automovilístico, llegando a la conclusión que la paciente no tenía una responsabilidad de ningún tipo en el suceso.

10ª y 11ª Sesión

Parte del patrón de la paciente era la evitación de actividades sociales, laborales y recreativas ante la creencia de ser una falta de respeto a la fallecida. Por tanto, se optó por trabajar la activación conductual mediante la programación de actividades agradables. Durante la semana consiguió realizar actividades que la reconectaron con sus metas: salir a caminar, asistir a reuniones familiares, regresar al diseño y la remodelación de la casa familiar.

12ª, 13ª y 14ª Sesión

Para trabajar la parte traumática del duelo se decidió emplear la técnica de exposición gradual con el objetivo de procesar los recuerdos del trauma y facilitar la regulación de las emociones y exponerla con las situaciones evitadas. Primeramente, la exposición gradual fue realizada dentro del consultorio a través de la imaginación guiada. Se narró el proceso de la pérdida y se construyó una jerarquía de situaciones que solía evitar. Conforme la paciente avanzó se dio paso a la exposición directa con las situaciones temidas, consiguiendo hacer lecturas de noticias sobre accidentes automovilísticos, ponerse en contacto con los so-

brevivientes del accidente, pasar por las calles aledañas y finalmente estar en la calle del accidente. Cabe señalar que las sesiones en donde se realizaron estas actividades estuvieron espaciadas de un lapso de 15 días cada una.

15ª Sesión

En esta sesión se trabajó la última tarea del duelo, ésta consistió en encontrar una conexión perdurable con la persona fallecida, integrando los resultados de las técnicas abordadas a lo largo del tratamiento y formulando nuevos objetivos de vida a corto, mediano y largo plazo. Como se venía trabajando, las metas que le ayudaron a encontrar nuevamente dirección en su vida fueron la conexión emocional con sus familiares, en particular, con su hija y esposo. Y recuperar objetivos para su crecimiento laboral.

16ª Sesión

Al final del tratamiento la paciente tenía claro que sus fortalezas estaban en su red de apoyo, su capacidad flexible y consiente de sus propios pensamientos y la asociación de estos con sus respuestas emocionales y conductuales. Además, de su facultad para establecer relaciones íntimas y alcanzar sus logros. Estos elementos identificados se integraron como factores protectores dentro del plan de recaídas.

La evaluación post-test se realizó en una sesión posterior a esta última.

Resultados

Se analizaron los datos obtenidos a partir de la comparación de los resultados derivados de la evaluación diagnóstica inicial de la paciente y los datos obtenidos en la evaluación final realizada posterior a la culminación del tratamiento. En general, los datos mostraron una disminución de los principales síntomas manifestados (ver tabla 4).

De acuerdo con el ISRA, se aprecia una disminución significativa de la ansiedad general pasando de moderada a mínima. En cuanto a las respuestas de ansiedad se observa que en un principio la más predominante fue la ansiedad cognitiva presentándose de manera moderada, en la evaluación final se presentó con un nivel mínimo. La ansiedad fisiológica y la motora también disminuyeron, pasando de moderadas a mínimas. En la evaluación final la respuesta de ansiedad principal fue la fisiológica, sin embargo, su nivel fue mínimo.

Así mismo en la comparación de los resultados obtenidos en el BDI-II se observa una disminución significativa de la sintomatología depresiva, en un inicio la paciente presentó síntomas depresivos moderados con una puntuación de 24 y en la evaluación final obtuvo una puntuación de 7.

De acuerdo con el Inventario de Texas Revisado de Duelo se observa que la puntuación total disminuyó 8 puntos. Específicamente, la puntuación del componente *sentimientos del pasado* nos sugiere que varias expresiones negativas del duelo se modificaron al final de la intervención, tales como, la tristeza, el llanto y la injusticia. Asimismo, el componente de *comportamientos del pasado* también bajo sus niveles respecto a la dificultad para dormir, relacionarse con amigos y concentración en el trabajo.

Respecto al Inventario de Duelo Complicado de Prigerson et al. (1995) se observa una disminución considerable de los síntomas, pasando de 37 a 17 puntos. Lo que demuestra un cambio en las reacciones características del duelo complicado: la negación de la pérdida, la hostilidad referente al fallecimiento, los pensamientos de injusticia, y la evitación de emociones y lugares.

Tabla 4. *Contraste de los resultados de la evaluación inicial y final.*

Escalas	Variables	Pre	Post	Interpretación
ISRA*	Ansiedad cognitiva	35	5	5-20 ausencia a mínima, 25-75 moderada a marcada, 80-95 severa, > 99 Extrema
	Ansiedad fisiológica	30	10	
	Ansiedad motora	25	5	
	Ansiedad por evaluación	15	5	
	Ansiedad Interpersonal	5	5	
	Ansiedad Fóbica	55	15	
	Ansiedad cotidiana	30	15	
	Ansiedad Total	25	5	
BDI**	Depresión	24	7	0-9 ausencia, 10-18 leve, 19-29 moderada, > 30 grave
Inventario Texas revisado de Duelo	Comportamientos en el pasado	31	36	A mayor puntuación mayor sintomatología
	Sentimientos actuales	62	49	
Inventario de duelo complicado	Duelo complicado	37	17	A mayor puntuación mayor sintomatología

Nota = * Inventario de situaciones y respuestas de ansiedad, ** Inventario de depresión de Beck

Discusión

Con base a nuestros resultados y basándonos en evidencia previa, podemos observar como la sintomatología (ansiosa y depresiva) presentes en un caso de TDCP pueden mejorar tras una intervención cognitivo conductual. Nuestros datos vienen a confirmar los estudios anteriores mediante intervenciones de corte TCC que muestran su utilidad para la reducción de dicha sintomatología en duelos complicados (Carmona, 2009; Malkinson, 2010; Valencia y Dávila, 2010).

En el diseño de nuestra intervención, las técnicas de expresión emocional utilizadas en la fase inicial fueron fundamentales en el avance del caso, ya que establecieron una pauta importante para la identificación de emociones y su expresión adecuada. Durante este proceso la paciente logro manifestar abiertamente su sentir, sus pensamientos y emociones referente a la muerte de su hermana. Consideramos que lo anterior responde a lo planteado por Sanz et al. (2014), relacionado con la relevancia del desahogo emocional como parte de un afrontamiento emocional más funcional.

El aumento del afrontamiento emocional permitió que la intensidad de las emociones de tristeza, enojo y

culpa disminuyeran a partir de la quinta sesión, lo anterior es coincidente con investigaciones que reportan mejorías clínicas al trabajar el componente emocional a profundidad (Espinosa et al., 2015). Más adelante, esto permitió un trabajo más fluido de las cogniciones disfuncionales y conductas evitativas.

Por otra parte, como lo demuestran otras investigaciones (Malkinson, 2010; Boelen et al., 2011), las creencias e interpretaciones negativas juegan un papel clave en el desarrollo del duelo complicado, esto es coincidente con el patrón de la doliente que se caracterizaba por una serie de creencias negativas sobre las reacciones del duelo orientándola a estrategias ineficaces de evitación, por lo que las técnicas de reestructuración cognitiva fueron útiles para cambiar sus creencias desadaptativas. Dichas técnicas ayudaron a cuestionar y desafiar las ideas e hipótesis que la paciente sostenía acerca de ella misma (“No debería ser feliz”, “no podré salir adelante”) y de los otros (“Es injusto que ella esté aquí y mi hermana no”, “No le dieron importancia a la muerte de mi hermana”).

Tal y como lo señalan Boelen et al. (2011) y Rosner et al. (2011), la combinación de técnicas conductuales y cognitivas son útiles para el manejo de los síntomas asociados a duelos complicados. En el presente caso fueron de utilidad los autorregistros, los experimentos conductuales y la programación de actividades agradables, que permitieron en la paciente la comprobación de la validez y utilidad de sus pensamientos negativos, además de contrarrestar sus estrategias de evitación (conductas de inactividad, abstención de actividades sociales y recreativas), permitiendo reconectarla con sus metas de vida.

Otras técnicas empleadas fueron la reatribución de responsabilidades para el manejo de la culpa, ésta permitió a la paciente identificar el grado real de responsabilidad, visualizando otros factores involucrados y no solo la responsabilidad personal sesgada y, en segundo lugar, la técnica de exposición gradual para el afrontamiento de recuerdos y situaciones traumáticas, ambas técnicas demostraron su utilidad, estos hallazgos son coincidentes con estudios previos en casos de muertes traumáticas (Boelen, 2008; Worden, 2013).

Finalmente, nuestros datos sugieren que el duelo es una experiencia natural a la que los individuos tendrán que enfrentarse alguna vez en su vida. Y que existen una serie de factores predisponentes que pueden complicar el proceso de duelo hasta desarrollar un TDCP. En el presente caso podemos mencionar algunos de los factores que influyeron en el desarrollo del diagnóstico de la paciente y que concuerdan con otras investigaciones. Entre ellos, se encuentra las características de la muerte (Rico, 2017) que al ser repentina (Bertuccio y Runion, 2020), y dramática como lo suelen ser los accidentes automovilísticos dificulta el curso de las etapas de duelo. Otro elemento que pudo tener una influencia relevante es el tipo de vínculo (Barreto et al., 2012), la paciente del caso mantenía un vínculo estrecho con la hermana, asumiendo que como era una mujer joven no era posible su muerte temprana, esta no correspondía a la etapa normativa de su ciclo vital (Barreto et al., 2008), y mucho menos bajo las circunstancias de un accidente.

Conclusión

En este estudio, examinamos la efectividad de una intervención cognitivo conductual en un caso de trastorno de duelo complejo persistente, encontrándose un cambio significativo en la disminución de los síntomas depresivos y ansiosos, los cuales mantienen una relación cercana con el aumento de un afrontamiento emocional funcional y la disminución de estrategias de evitación y pensamientos maladaptativos.

Uno de los factores más relevantes de la intervención fue el uso de las técnicas para la expresión emocional, acompañadas de un terapeuta que válido su presencia y ayudó a organizarlas y darles un significado más adaptativo, elementos claves para el desarrollo del afrontamiento emocional.

La combinación de técnicas cognitivas y conductuales facilitó un cambio en la interpretación disfuncional de la paciente que implicaba verse a sí misma, al mundo y al futuro de forma negativa. Además, el uso técnicas conductuales permitió a la paciente retomar actividades habituales (actividad física, diversión y asistencia a reuniones familiares), e incluso el establecimiento de metas a mediano y largo plazo (proyectos laborales). Consideramos que la estructura de la intervención llevó a la paciente a una resignificación de la pérdida y al desarrollo de habilidades de afrontamiento emocional y conductuales que la reconectó con sus metas de vida.

Sin embargo, este trabajo cuenta con algunas limitaciones. Debido a que es un estudio de caso único, no

pueden generalizarse los resultados obtenidos a toda la población. Además de que algunos instrumentos de evaluación no están validados en población mexicana. Consideramos que futuras investigaciones sobre TDCP e intervención clínica podrían incluir la expresión emocional para seguir ampliando la evidencia sobre su papel positivo en estos casos.

Referencias

- Alonso-Llácer, L., Lacomba-Trejo, L. y Pérez-Marín, M. (2021) Duelo complicado por la muerte de un hijo: presentación de un caso. *Médicas. UIS*, 34(3), 85-92. <https://doi.org/10.18273/revmed.v34n3-2021009>
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-5* (5ª ed.). Masson.
- Barreto, P., De la Torre, O. y Pérez-Marín, M. (2012). Detección de duelo complicado. *Psicooncología*, 9(2-3), 355-368. https://doi.org/10.5209/rev_PSIC.2013.v9.n2-3.40902
- Barreto, P., Yi, P. y Soler, C. (2008). Predictores de duelo complicado. *Psicooncología*, 5(2-3), 283-400.
- Bayés, R. (2006). *Afrontando la vida, esperando la muerte*. Alianza.
- Beck, A. T., Steer, R. y Brown, G. (2009). *Inventario de Depresión de Beck*. Paidós.
- Beck, A., Rush, A., Shaw, B. y Emery, G. (2010). *Terapia cognitiva de la depresión* (19th ed.). Desclée de Brower.
- Beck, J. S. (2011). *Cognitive Behavior Therapy and Beyond* (2nd ed.). The Guilford Press.
- Bertuccio, R. F. y Runion, M. C. (2020). Considering Grief in Mental Health Outcomes of COVID-19. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 12, 87– 89. <https://doi.org/10.1037/tra0000723>
- Berrío, N. (2019). Terapia cognitiva con entrega virtual en trastorno depresivo persistente: estudio de caso. *Revista Clínica Contemporánea*, 10, e21, 1-14. <https://doi.org/10.5093/cc2019a21>
- Boelen, P. y Van den Bout, J. (2008). Complicated grief and uncomplicated grief are distinguishable constructs. *Psychiatry Research*, 311-314. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2007.05.013>
- Boelen, P., De Keiseler, J., Van den Hout, M. y Van de Bout, J. (2011). Factors Associated with outcome of Cognitive-Behavioural Therapy for complicated Grief: A preliminary study. *Clinical Psychological Psychotherapy*, 18(4), 284-291. <https://doi.org/10.1002/cpp.720>
- Cano-Vindel, A., Muñoz-Navarro, R., Moretti, L. y Medrano, L. (2020) Propiedades psicométricas del Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad Breve (ISRA-B). *Ansiedad y Estrés*, 26(2), 155-166. <https://doi.org/10.1016/j.anyes.2020.07.004>
- Carmona, C. (2009). Análisis de un caso de duelo patológico desde la terapia cognitivo-conductual. *Revista de Psicología de IMED*, 1(2), 231-242. <https://doi.org/10.18256/2175-5027/psico-imed.v1n2p231-242>
- Ceberio, M. R. (2021). Covid-19: la muerte en soledad, aislamiento, miedo al contagio y duelo en pandemia. *Ajayu Órgano de Difusión Científica del Departamento de Psicología*, 19, 248-268.
- Cruz, J. I., Reyes, M. y Cornona, Z. (2017). *Duelo. Tratamiento basado en la terapia de aceptación y compromiso*. Manual Moderno.
- Cruz, J. I. (2019). Terapia Cognitivo Conductual en el manejo de Duelo Complicado. https://www.researchgate.net/publication/329655368_Terapia_Cognitivo_Conductual_en_el_manejo_de_Duelo_Complicado
- Escolar-Llamazares, M. C. y Serrano-Pintado, I. (2019). Intervención cognitivo-conductual en un caso de ansiedad ante la lectura en público: mejora de la fluidez y comprensión. *Revista de psicología clínica con niños y adolescentes*, 6(2), 54-61. <https://doi.org/10.21134/rpcna.2019.06.2.8>
- Estrada, B. D., Delgado, C., Landero, R. y González, M. T. (2015). Propiedades psicométricas del modelo bifactorial del BDI-II (versión española) en muestras mexicana de población general y estudiantes universitarios. *Universitas Psychologica*, 14(1), 125-136.
- Espinosa, R., Campillo, M., Garriga, A. y García-Sánchez, J. (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>
- Faschinbager, T. R., De Vul R. A. y Zissok, S. (1981) Inventory of grief manual. Honeycomb Publishing.

- Gamba-Collazos, H. A. y Navia, C. E. (2017). Adaptación del Inventario de Duelo Complicado en población colombiana. *Revista Colombiana de Psicología*, 26(1), 15-30. <https://doi.org/10.15446/rcp.v26n1.51205>
- García García, J. A., Landa Petralanda, V., Trigueros Manzano, M. C. y Gaminde India, I. (2005). Inventario Texas Revisado de Duelo (ITRD): adaptación al castellano, fiabilidad y validez. *Atención Primaria*, 35(7), 353-358. <https://doi.org/10.1157/13074293>
- García-Ontiveros Cuellar, M., Arbulo Rufrancos, B., Mallo Caño, M., Mayoral Aragón, M., García Ramírez, M., Muriel Hermosilla, A., Holguera Ortiz, S., Martín Ruiz, J., Delgado Fernández, T., Sanz Sebastián, S., Ureña Morena, M. A., Valencia Agudo, F., Parages Martínez, A. y Duque Colino, F. (2020). Intervención en la crisis COVID-19 del equipo de Psicología Clínica de la Interconsulta del IPS Gregorio Marañón. *Clínica Contemporánea*, 11(3), Artículo e22. <https://doi.org/10.5093/cc2020a17>
- Gil-Juliá, B., Bellver, A. y Ballester, R. (2008). Duelo: evaluación, diagnóstico y tratamiento. *Psicooncología*, 5(1), 103-116. <https://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/view/16377>
- Goveas, J. S. y Shear, M. K. (2020). Grief and the COVID-19 Pandemic in Older Adults. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 28(10), 1119-1125. <https://doi.org/10.1016/j.jagp.2020.06.021>
- Malkinson, R. (2010). Cognitive-Behavioral Grief Therapy: The ABC Model of Rational-Emotion Behavior Therapy. *Psychological Topics*, 19, 289-305.
- Miguel-Tobal, J. J. y Cano-Videl A. R. (1994). *Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad* (3ra ed.). TEA ediciones.
- Muñoz, M. (2001). *Manual práctico de Evaluación Psicológica Clínica*. Síntesis.
- Neimeyer, R. (2002). *Aprender de la pérdida. Una guía para afrontar el duelo*. Paidós.
- Prigerson, H., Maciejewski, P., Reynolds, C., Bierhals, A., Newzmon, J. y Fascizka, A. (1995). Inventory of complicated grief: a scale to measure maladaptive symptoms of loss. *Psychiatry Research*, (59), 56-79. [https://doi.org/10.1016/0165-1781\(95\)02757-2](https://doi.org/10.1016/0165-1781(95)02757-2)
- Real Academia Española. (2001). *Diccionario de la lengua española* (22ªed.). http://buscon.rae.es/draeI/Srvlt-Consulta?TIPO_BUS=3&LEMA=disquisici%F3n
- Rico, D.M. (2017). Cuando muere un ser querido. Variables asociadas a la vivencia ante la muerte. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 20(3), 1103-1123. <https://www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin/vol20num3/Vol20No3Art15.pdf>
- Rodríguez Ponte, E. (2020). Abordaje del duelo en tiempos de COVID-19 desde una perspectiva Gestáltica. *Teoría y Práctica. Revista Peruana de Psicología*, 3(1), e35.
- Rosner, R., Pfoh, G. y Kotoučová, M. (2011). Treatment of complicated grief. *European Journal of Psychotraumatology*, 2(1), 7995. <https://doi.org/10.3402/ejpt.v2i0.7995>
- Sanz, J. M., García, I. M. y Carbajo, E. (2014). Tratamiento del duelo en Salud Mental: Una experiencia grupal. *Revista de Psicoterapia*, 25(99), 115-133. <https://doi.org/10.33898/rdp.v25i99.22>
- Santesteban-Echarri, O. y Jiménez-Arriero, M. A. (2016). Tratamiento cognitivo-conductual de fobia específica en la infancia: estudio de caso. *Ansiedad y Estrés*, 22(2-3), 80-90. <https://doi.org/10.1016/j.ans.2016.06.001>
- Valencia, A. y Dávila, Y. (2010). Intervención cognitivo-conductual para la elaboración del duelo en la diada madre-hijo. *Uaricha Revista de Psicología*, 14, 1-11.
- Vedia, V. (2016). Duelo patológico. Factores de riesgo y protección. *Revista Digital de Medicina Psicosomática y Psicoterapia*, 6(2), 12-34. https://www.psicociencias.org/pdf_noticias/Duelo_patologico.pdf
- Worden, W. (2013). *El tratamiento del duelo: asesoramiento psicológico y terapia*. Paidós.

Artículo recibido: 08/04/2021

Artículo aceptado: 24/05/2022