

**UNIVERSIDAD PANAMERICANA**

Facultad de Humanidades

Maestría en Enfoques Psicoterapéuticos



**Aplicación de la Terapia Cognitivo Conductual en el Proceso de Duelo,  
por la pérdida de un hijo**  
(Artículo Científico)

Rosario Luna Sazo

Guatemala, abril 2019

**Aplicación de la Terapia Cognitivo Conductual en el Proceso de Duelo,  
por la pérdida de un hijo**  
(Artículo Científico)

Rosario Luna Sazo

Leticia Padilla (Asesora)

Yael Lucía Pinto Chacon (Revisora)

Guatemala, abril 2019

## **Autoridades Universidad Panamericana**

Rector	M.Th. Mynor Augusto Herrera Lemus
Vicerrectora Académica	Dra. HC. Alba Aracely Rodríguez de González
Vicerrector Administrativo	M.A. César Augusto Custodio Cobar
Secretario General	EMBA Adolfo Noguera Bosque

## **Autoridades de la Facultad de Humanidades**

Decano	M.A. Elizabeth Herrera de Tan
Vice Decano	Licda. Ana Muñoz de Vásquez

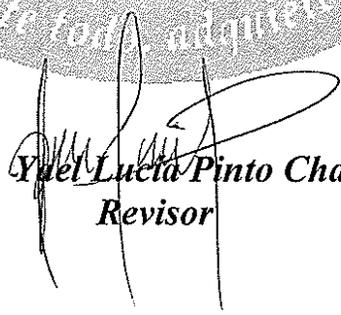
**UNIVERSIDAD PANAMERICANA FACULTAD DE HUMANIDADES, ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS, Guatemala mes mayo del 2018.**

*En virtud de que el presente Artículo Científico con el tema: **“Aplicación de la Terapia Cognitivo Conductual en el Proceso de Duelo, por la pérdida de un hijo”**. Presentada por el (la) estudiante: **Rosario Luna Sazo** previo a optar al grado Académico de Maestría en Enfoques Psicoterapéuticos, cumple con los requisitos técnicos y de contenido establecidos por la Universidad, se extiende el presente dictamen favorable para que continúe con el proceso correspondiente.*

  
**Licda. Leticia Padilla**  
**Asesor**

**UNIVERSIDAD PANAMERICANA FACULTAD DE HUMANIDADES, ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS, Guatemala marzo año 2019.**

*En virtud de que el presente Artículo Científico con el tema: **“Aplicación de la Terapia Cognitivo Conductual en el Proceso de Duelo, por la pérdida de un hijo”**. Presentada por el (la) estudiante: **Rosario Luna Sazo** previo a optar al grado Académico de Maestría en Enfoques Psicoterapéuticos cumple con los requisitos técnicos y de contenido establecidos por la Universidad, se extiende el presente dictamen favorable para que continúe con el proceso correspondiente.*

  
**Licda. Yvel Lucía Pinto Chacón**  
**Revisor**



# UPANA

Universidad Panamericana  
"Sabiduría ante todo, adquiere sabiduría"

UNIVERSIDAD PANAMERICANA FACULTAD DE HUMANIDADES, ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS, Guatemala mes de abril del 2019. -----

En virtud de que el Informe de Artículo Científico con el tema: **"Aplicación de la Terapia Cognitivo Conductual en el Proceso de Duelo, por la pérdida de un hijo"**. Presentado por el (la) estudiante: **Rosario Luna Sazo**, reúne los requisitos técnicos y de contenido establecidos por la Universidad, esta Decanatura extiende **Dictamen de Aprobación** previo a optar grado Maestría en Enfoques Psicoterapéuticos, **para que el (la) estudiante proceda a la entrega oficial en Facultad.**

M.A. Elizabeth Herrera de Tan  
**Decano**  
Facultad de Humanidades



**Nota:** Para efectos legales, únicamente el sustente es responsable del contenido del presente trabajo.

## Contenido

<b>Resumen</b>	i
<b>Introducción</b>	ii
<b>Trauma</b>	1
1.1 Estrés Postraumático	4
1.2 Trauma Complejo	6
1.3 Factores clave para la formulación del trauma complejo	7
1.4 Trauma Vinculante según Ruppert	10
1.5 Impacto socioemocional del trauma	11
1.6 Crisis y tipos de crisis	13
1.7 Características de la respuesta de crisis general	16
1.8 Crisis vitales universales	18
<b>Duelo</b>	19
2.1 Fases, características e impacto emocional del duelo	20
2.2. Tipos de duelo	26
2.3 Duelo por pérdidas especiales	29
2.3.1 Manifestación del duelo	31
2.3.2 Manifestaciones del duelo en la familia por la pérdida de un hijo	34
2.3.3 Particularidades del duelo por pérdidas especiales	35
2.4 Cómo afrontar el duelo	38
2.4.1 Cómo afrontar la muerte de un hijo	39
<b>Terapia Cognitiva Conductual</b>	41
3.1 Antecedentes	44
3.2 Terapia cognitiva conductual de Aaron Beck	46
3.3 Conceptos básicos	50
3.4 Fundamentos y filosofía	52
3.5 Evaluación	53
3.6 Diagnóstico	55

3.7	Terapia cognitivo conductual y farmacología	57
3.8	Tratamientos y técnicas de intervención	59
3.9	Eficacia de la terapia cognitiva conductual	65
3.10	Terapia grupal	67
3.11	Terapia familiar	68
3.12	Plan de tratamiento	70
	Conclusiones	82
	Referencias	83

### **Lista de cuadros**

Cuadro No. 1	Mapa de tratamiento	71
Cuadro No. 2	Estructura de plan de tratamiento	74

## **Resumen**

El duelo por pérdidas especiales, específicamente por la pérdida de un hijo conlleva un trauma considerado como complejo, debido al entramado psicológico que este conlleva luego del evento traumático. El cuidado profesional que requiere la persona que atraviesa esta situación es fundamental para la superación exitosa de esta fase y evitar secuelas a largo plazo. Conocer la raíz y conformación del trauma, el desarrollo del duelo y su posterior tratamiento.

Este artículo pretende, a través de un método descriptivo, aclarar los puntos fundamentales a considerar para el adecuado afrontamiento ante la pérdida de un ser querido y un duelo complejo.

Los familiares o amigos se sienten responsables para brindar su apoyo a la persona que atraviesa un duelo complejo, sin embargo, no se encuentran capacitadas para colaborar eficientemente con el cuidado del estado emocional del sujeto. Luego de su lectura, este documento puede llegar a ser una guía para todas esas personas que desconocen el proceso o puntos clave que se deben tener en consideración al encontrarse frente a situaciones similares.

## **Introducción**

Hablar sobre la muerte o el fallecimiento de un ser humano es un tema sensible, que debe ser tratado con dignidad y respeto, procurando no tomarlo a la ligera y cuidar el no herir a los familiares al hablar sobre el tema. Sin embargo, nuestra sociedad está tan desensibilizada ante el fallecimiento de una persona que se ha llegado al punto de sorprenderse cuando los hechos violentos no azotan su contexto social. Dicha insensibilidad ha hecho que el duelo se vuelva un tema complicado de abordar, siendo considerado en esta época como un tabú debido a lo conservadora que es nuestra cultura, llegando a tachar a quien acude a un profesional por ayuda como “débil” o “cobarde”.

Este constructo social creado alrededor de un tema tan delicado como el duelo, aunado a mi vivencia personal, me ha llevado a la redacción del siguiente artículo, el cual va orientado a la concientización de los puntos claves que encierra la temática del duelo por pérdidas especiales, específicamente los que se ven involucrados en un duelo tan complejo como el que se atraviesa luego de la pérdida de un hijo.

El entramado psicológico que conlleva un evento tan traumático es cuanto menos complicado; tratar de resolverlo por cuenta propia es una tarea muy difícil por obvios motivos, por lo que el acompañamiento de un profesional es fundamental para lograr superar esta etapa de la mejor manera y evitar que las secuelas impidan el desarrollo pleno de la persona y perder el sentido de vida.

La concientización y sensibilización sobre el duelo permitirá que la sociedad guatemalteca pueda estar más abierta a la atención psicológica y logre ver la psicoterapia como un paso hacia el crecimiento personal y superar el tabú de “quien va al psicólogo está loco”, ampliando así el campo de acción de la psicología y ratificar su utilidad e impacto positivo en la vida de quienes interviene.

## Trauma

Salvador (2006) afirma que

El trauma psicológico es el resultado de la exposición a un acontecimiento estresante inevitable que sobrepasa los mecanismos de afrontamiento de la persona. Cuando la persona se siente demasiado sobrepasada por sus emociones, los recuerdos no pueden transformarse en experiencias narrativas neutrales. El terror se convierte en una fobia al recuerdo que impide la integración del acontecimiento traumático y fragmenta los recuerdos traumáticos apartándolos de la conciencia ordinaria, dejándolos organizados en percepciones visuales, preocupaciones somáticas y re actuaciones conductuales. (p. 5)

Salvador (2006), indica que un evento traumático puede ser considerado comúnmente como algo especialmente destructivo, sin embargo, el trauma psicológico es un acontecimiento que se encuentra presente en la vida de casi todo ser humano, teniendo estos un impacto en los patrones de comportamiento.

En la vida cotidiana suelen producirse acontecimientos inesperados que rompen el equilibrio psicológico y alteran el estado emocional. Estos sucesos perturbadores pueden oscilar desde un simple contratiempo a hechos dramáticos de consecuencias trágicas, como el fallecimiento de un ser querido, el diagnóstico de una enfermedad grave, una minusvalía física o intelectual, la destrucción total o pérdida de un bien valioso, despido laboral, divorcio, violencia física o psicológica, etc.

“Los contratiempos se aceptan y superan con rapidez porque no afectan a ningún factor esencial y determinante de nuestra vida; pero un suceso traumático sí lo hace, pues altera la percepción que teníamos sobre nosotros mismos y sobre el entorno, provocando cambios vitales trascendentales.” (Gaborit, 2010, p. 165).

Al hablar sobre trauma psicológico, se hace referencia a experiencias que quedan alojadas en la memoria de un sujeto luego de atravesar un proceso o episodio doloroso en el pasado. Puede tratarse de una falla ambiental en la infancia, como el abandono físico o psicológico, de un abuso sexual, o de cualquier situación violenta que atente contra la integridad y la dignidad humana.

Es importante mencionar que “un trauma no se recuerda, se revive” (Gaborit, 2010, p.15) y cuando esto ocurre con frecuencia en el presente y causa preocupación, angustia, incluso problemas para conciliar el sueño, podemos estar frente a un trastorno de estrés postraumático, siendo este uno de trastornos más comunes producidos por un trauma psicológico.

Pérez (2005) explica que

Desde un enfoque psicobiológico, una forma de afrontar esta cuestión es analizar los procesos mentales involucrados en los sucesos traumáticos y en su aceptación, centrándonos para ello en dos procesos básicos: La formación de un suceso traumático a partir de un hecho real y la aceptación de éste por la persona afectada.” (p.277)

Lo que determina que un suceso se torne traumático o no es la experiencia subjetiva de cada individuo. Un evento negativo y altamente estresante crea un trauma psicológico cuando se sobrepasa la capacidad del individuo para hacerle frente. En ese caso, el sujeto se vuelve prisionero de las emociones negativas que conlleva un trauma y pierde la capacidad de enfrentarse al mismo.

Un trauma psicológico temprano en la vida de la persona puede significar un estancamiento emocional y madurativo, construyendo un muro ante el sano desarrollo de una identidad sólida. En estos casos, la Asociación Americana de Psicología (2011) sugiere que plantearse una psicoterapia puede ayudar a enfrentar emociones y a restituir la capacidad de seguir creciendo como personas.

“Todos somos vulnerables, aunque, de hecho, muchos nunca se convertirán en víctimas. Tal potencialidad y falta de previsión son las que, en su conjunto, determinan la necesidad de una preparación ante la emergencia” (Wainrib & Bloch, 2003, p. 32)

“El trauma, sin importar su origen, afecta de tal manera a la salud, a la seguridad y al bienestar de la persona” (Rupert, 2017, P.23). Ésta puede llegar a desarrollar creencias falsas y destructivas sobre sí misma y del mundo que la rodea. En general, se considera como algo normal que ante determinados eventos reaccionemos con tristeza, ansiedad, enfado, irritabilidad, alteración del comportamiento, consumo de sustancias... durante un breve periodo de tiempo, sin embargo, a veces, esas dificultades se vuelven tan intensas y duraderas, que provocan serios problemas en el funcionamiento personal y de adaptación psicosocial.

Gaborit (2010) explica que

Las reacciones de las personas a todo trauma y los desastres son un tipo concreto de trauma que tiene coordenadas personales y sociales no son erráticas y son relativamente predecibles. En términos generales, los traumas son eventos peligrosos y repentinos que abruma los recursos psicológicos, físicos y económicos de las personas y las comunidades. (p. 20).

No todas las personas reaccionan igual ante un suceso negativo, pues para algunos ese suceso puede tornarse traumático y para otros no, por ende, no es posible generalizar las causas que podrían desencadenar traumas psicológicos. Queda claro que la gravedad del evento traumático recae en la naturaleza del mismo, llegando a impactar de manera muy variable según el estado psicológico del sujeto y el tipo de trauma que este deba enfrentar, volviendo aún más compleja la tarea de abordar una problemática como esta, basados en un mismo esquema de intervención.

## 1.1 Estrés postraumático

“El estrés post-traumático es un cuadro clínico que suele aparecer después de algún acontecimiento traumático y es particularmente incapacitante para la persona que lo sufre” (Gaborit, 2010, p. 25).

Este síndrome sobreviene después que una persona presencia o experimenta un acontecimiento traumático extremo, o escucha sobre éste. La persona reacciona a esta experiencia con miedo e indefensión, revive persistentemente el suceso e intenta evitar que se lo recuerde. Los factores de estrés que provocan tanto el trastorno por estrés agudo como el TEPT (Trastorno por estrés post traumático) son suficientemente abrumadores para afectar a casi cualquier persona. Las causas pueden ser experiencias bélicas, torturas, catástrofes naturales, agresión sexual, y accidentes graves (automovilísticos, incendios).

Las personas que vuelven a experimentar el suceso traumático en los sueños y en sus pensamientos diarios, están determinados a eludir cualquier cosa que les recuerde el episodio y sufren una parálisis de la capacidad de respuesta junto con un estado de hiperexcitación (Salvador, 2006, P. 9).

El término se popularizó en los años 50's luego de la segunda guerra mundial, pues los veteranos que regresaban de la batalla presentaban dificultades significativas para reinsertarse al contexto social con naturalidad, causando un conflicto grave para sus familiares (Salvador, 2006). Sin embargo, el trastorno no se limita a esta población, pues el factor traumático puede presentarse en cualquier edad y en cualquier contexto, teniendo un impacto profundo cuando estos se producen a edades tempranas.

“Pueden presentarse síntomas somáticos atribuibles a la hiperactividad autonómica, que pueden ser tónicos o fásicos. Estos últimos se presentan con frecuencia ante recordatorios traumáticos” (Abbene, 2009, p.6).

A esta explicación podríamos añadir que las perturbaciones del sueño pueden ser severas y persistentes, en forma de insomnio, sonambulismo o pesadillas, los cuales perturban la capacidad de concentración y repercuten en el aprendizaje. Las experiencias traumáticas alteran y tergiversan las expectativas infantiles, configurando conceptos catastróficos acerca de ellos mismos y de los demás, lo cual genera una impronta sobre actitudes presentes o pronósticos negativos acerca del futuro.

Estas son algunas primicias que Abbene (2005) insta a tomar en cuenta ante esta situación:

- El riesgo de exposición - la experiencia subjetiva del evento traumático
- La naturaleza y respuesta al distres agudo
- La construcción y evolución de los recuerdos y narrativa traumáticos
- La naturaleza, severidad y curso de los síntomas relacionados al trauma
- La neurobiología de la enfermedad
- La influencia de los factores de resistencia, vulnerabilidad o adaptación
- La influencia de los roles parentales en la valoración subjetiva del TEPT
- La relación con pares
- El medio escolar y comunitario
- Las estrategias de prevención e intervención

A modo de conclusión se puede decir que el trauma durante la niñez tiene la potencialidad de influir en la organización permanente, y como consecuencia, puede determinar las futuras capacidades del niño. En la respuesta al trauma, el cerebro interviene con un conjunto de respuestas neurofisiológicas, las cuales incluyen diferentes estrategias de supervivencia, siendo las dos respuestas adaptativas primarias en caso de amenaza extrema el hiperalerta o la disociación.

## 1.2 Trauma complejo

Como se explicó anteriormente, un trauma son experiencias guardadas en la memoria como consecuencia de un proceso doloroso, sin embargo, cuando nos referimos a un trauma complejo, estamos hablando un trastorno que llega a sufrir la persona como consecuencia de la acumulación de eventos traumáticos crónicos.

“Es un trastorno que puede generarse cuando una persona se mantiene en contextos traumatizantes durante un largo tiempo, cronificándose el daño y la sintomatología” (Martínez & López, 2016, p. 88).

Dicha definición resulta coherente ante la lógica psicológica, pues es de esperar que cuando una persona sufre experiencias traumáticas en varios momentos vitales, causarán un impacto mayor por el factor acumulación, siendo importante aclarar que el hecho de sufrir traumas múltiples no está directamente relacionado con el desarrollo de un trauma complejo, no obstante, si existe una relación directamente inversa.

### Aspectos cognitivos en el trauma complejo

Un apartado que en varias ocasiones solemos dejar como secundario, es el impacto a nivel neurocognitivo que pueden ejercer los traumas, cayendo en la idea errónea de que lo biológico difícilmente será afectado por un factor somático. Durante los últimos años, ha sido posible recopilar resultados interesantes por medio de investigaciones respecto a este tema.

LeDoux (2015) expone que las personas que padecen trastornos de ansiedad y miedo exhiben:

- Una atención incrementada a las amenazas
- Deficiente discriminación de amenaza y seguridad
- Incremento en la evitación de amenazas posibles

- Estimación amplificada de la posibilidad de amenaza y sus consecuencias
- Disrupción del control cognitivo y de conducta en presencia de amenazas

Al utilizar un punto de vista más neurocognitivos, se puede observar que las memorias procedimentales condicionadas a los inputs sensoriales y las respuestas motoras a los eventos físicos impregnadas en el evento traumático serán también replicadas durante la reacción del trauma. Durante un momento de gran estrés o exposición, puede ser suficiente solo un estímulo para iniciar la respuesta condicionada, de esta forma, todas las experiencias sensoriales del accidente serán registradas en la memoria procedimental a través del condicionamiento operante traumático. Estas percepciones serán tan vivenciales como lo fueron durante el evento, y serán evocadas por medio de memorias, flashbacks, pesadillas, así como por claves internas y externas relacionadas al trauma.

“Síntomas como, vértigo, vista nublada, pitido de oídos, dolor de cabeza, dolor miofascial constituyen ahora síntomas precipitados por un estímulo clave disparador del recuerdo, y eventualmente por un rango cada vez más amplio de eventos activadores no específico” (Salvador, 2006, p.10)

### 1.3 Factores clave para la formulación del trauma complejo

“La traumatización es un proceso muy complejo, y tratar de definirlo en un concepto cerrado sería una tarea limitante para la situación misma pues no podemos desligar cada una de sus dimensiones, las cuales van desde lo psicobiológico y relacional, hasta llegar a lo subjetivo y social.” (Benyakar, 2005, p. 34)

Se puede observar que resultaría muy complejo ahondar en cada una de estas dimensiones, sin embargo, es posible explicar cómo cada una de ellas se ve involucrada tomando lo cuatro factores en común que poseen, siendo estos el cuerpo, la memoria, las emociones y la conciencia.

## El cuerpo

La respuesta del cuerpo ante una situación traumática es algo inevitable, pues los años de evolución nos han preparado para que éste ponga en marcha todos los mecanismos defensivos para garantizar su supervivencia, acelerando el pulso y respiración para estar más alerta y poder dar una respuesta rápida, segregando hormonas como la adrenalina y cortisol para aumentar el estado de vigilia y escapar de la amenaza.

Estas amenazas también deben atravesar un proceso cognitivo muy complejo, modulado por la corteza prefrontal.

De acuerdo con Gonzales (2015)

La corteza prefrontal se localiza en las áreas más anteriores y rostrales de los lóbulos frontales, la cual a su vez se divide en tres áreas: orbitofrontal, medial y dosrolateral. Cada una de estas divisiones se desempeña en tareas cognitivas específicas. El área orbitofrontal se desempeña principalmente en 4 funciones: la regulación de las emociones y conductas afectivas, la toma de decisiones y la conducta social. El área medial participa en los procesos de inhibición, detección, solución de conflictos, regulación de la agresión y los estados motivacionales, teniendo también implicación parcial en los procesos atencionales.

(p. 23)

Estas áreas cerebrales se ven afectadas y entran en conflicto al momento de presentarse un evento traumático, encontrándose nubladas por el bombardeo hormonal que se produce durante el evento. “Los síntomas disociativos proporcionan una respuesta protectora natural a la arrolladora experiencia traumática, que surgen como una respuesta automática al estrés, en este sentido aparecen como reacciones disociativas primarias el olvido, la fragmentación y el embotamiento emocional.” (López Soler, 2008, p. 165)

## La memoria

La memoria y cada una de sus clases son unas de las funciones cognitivas superiores que nos separan de los demás seres vivos como la especie más desarrollada en este planeta, permitiéndonos almacenar en ella las experiencias vitales. Estas experiencias vitales son almacenadas en lo que se llama *memoria episódica*, siendo esta la que se enfoca en el qué, donde y cuando. Dicha memoria está acompañada de semántica, la cual se encarga de definir los conceptos del contexto que se recuerde y darle un significado. Pérez (2005) explica que, estas son memorias conscientes, y se recobran y verbalizan posteriormente de forma consciente.

## Las emociones

Es de esperar que el apartado emocional sea uno de los más afectados en el trauma, siendo este el factor más duro de trabajar, abordar y recuperar en una persona luego de un evento doloroso. “Es el proceso de iniciar, mantener, modular o cambiar la ocurrencia, intensidad o duración de los estados afectivos internos y los procesos fisiológicos, a menudo con el objetivo de alcanzar una meta.” (Garrido-Rojas, 2006, p. 499)

La regulación emocional como proceso depende de un grado de diferenciación emocional previo. En otras palabras, la habilidad para controlar la experiencia afectiva depende fundamentalmente de la capacidad para distinguir estados internos y diferenciarlos unos de otros. Así, en la medida que las personas delimitan más detalladamente su experiencia, pueden manipular con mayor precisión sus estados afectivos. Cuando la diferenciación emocional es deficiente los niveles de psicopatología son más altos, independientemente de la constelación diagnóstica a que se refiere el síntoma, incluyendo síntomas somatomorfos.

“Se produce un efecto de acentuación de la esfera somática del estado afectivo en la conciencia del individuo que dificulta aún más sus esfuerzos autorreguladores, apoyándonos en la hipótesis de acentuación somática” (Salvador, 2006, p. 11)

## La consciencia

No es un fenómeno todo o nada, sino que existen diversos niveles de consciencia. Y la transición de la inconsciencia a la consciencia no es simplemente un cambio de una inactividad a una actividad neuronal, sino que supone un cambio en lo que hacen las neuronas, cambio que hoy por hoy es desconocido. El dualismo que subyace a algunas de las teorías sobre la consciencia plantea la cuestión de cómo superarlo, ya que este dualismo no ha podido aclarar cómo es posible que un ente inmaterial pueda interactuar con la materia que es el cerebro. Estamos lejos de comprender el salto cualitativo que supone pasar de la actividad neuronal del cerebro a la experiencia subjetiva de la consciencia (Martinez & Lopez, 2006)

“A medida que los pacientes toman conciencia de la magnitud del daño que les produjo la traumatización, y van conectándose con sus reacciones fisiológicas, la memoria traumática y las emociones que generaron y generan, suelen sentirse abrumados” (Martinez & Lopez, 2006, p. 92)

Es imprescindible explicar que el trauma no se puede deshacer, no se pueden borrar de la conciencia esas experiencias, pero un trabajo adecuado que conlleve validarlo, entenderlo, elaborarlo e integrarlo psicobiológicamente, puede lograr que ya no provoque esos niveles de sufrimiento.

### 1.4 Trauma vinculante según Ruppert

Muchas y variadas son las manifestaciones de la re-experimentación del evento traumático, destacan principalmente los pensamientos intrusivos, es decir, ideas persistentes que invaden lamente inesperada e inapropiadamente y sobre las cuales no se tiene ningún control, sentimientos de ansiedad, tal como se han descrito anteriormente, una activación fisiológica con sólo recordar el evento traumático, e hipervigilancia. No es raro, igualmente, que esta re-experimentación cree problemas en los ciclos y contenidos del sueño.

“Las pesadillas pueden ser sobre temas de peligro o, sencillamente, son un revivir de la experiencia traumática” (Benyakar, 2005, p. 138).

Aunque no existe un consenso amplio sobre qué constituye un estado disociativo, algunas definiciones representativas incluyen las siguientes: la falta de una integración normal de los pensamientos, los sentimientos y las experiencias en la conciencia y memoria de las personas.

En relación con los vínculos afectivos, Ruppert (2017) los considera nucleares, pues condicionan la aparición de traumas posteriores y dificultades relacionales ya sea para establecer vínculos de pareja, como amistades y familiares.

El vínculo según este autor comienza en la madre ya en el embarazo, no en el nacimiento. El embarazo es un proceso inconsciente y sin palabras en el que el feto resuena emocionalmente con la madre y viceversa. En la resonancia límbica se forja el cerebro límbico (parte emocional) y se produce el vínculo. El bebé “traumatizado” vive miedo, rabia, dolor y finalmente resignación y tal vez enfermedad.

"La personalidad es la que mantiene el contacto con la realidad y con uno mismo: autonomía, confianza, autocontrol, reflexión. Busca soluciones y ama la verdad, no la represión ni el engaño" (Ruppert, 2017, p. 76).

Los niños tienen una parte sana muy clara, pero los que han vivido la “ausencia” de la madre, padecen sentimientos profundos de soledad, rabia, ira, miedo a morir y dolor reprimidos. Presentan conductas de hiperactividad, peleas como forma de entrar en relación, depresión y angustia, dificultades de relación y conflictos emocionales a lo largo de la vida. Dichas conductas pueden darse no sólo con los padres, a los que puede odiar o idealizar, y cargar con ellos de por vida, sino también con la pareja, con quien puede mantener relaciones poco sanas y destructivas.

## 1.5 Impacto Socioemocional de trauma

No cabe duda de que un evento traumático repercutirá de manera contundente en la vida del sujeto, llegando muchas veces a ser extremadamente complicada la labor de superar dicho

trauma, aún con apoyo profesional. Estos eventos pueden llegar a cohibir el desempeño de la víctima desde múltiples ámbitos, siendo su desempeño socioemocional el más afectado.

Ante esta situación, es común que los mecanismos de defensa salgan a flote para defender el “yo”, y como bien nos explica Wainrib & Bloch (2006): “Una reacción casi inmediata ante cualquier situación que cambie abruptamente su vida es la respuesta de negación”. (p. 28)

Cualquiera que sea el modelo de mente que se adopte, ya sea un aparato psíquico como el de la segunda tópica de Freud o bien un modelo de mente relacional, la motivación que se considere básica como elemento dinámico que determina las estructuras mentales y la relación con el mundo, la teoría de desarrollo a que nos acojamos para comprender la evolución ontogénica del ser humano, el trauma psíquico, en cualquier caso, siempre connotará algo excesivo, algo que afectando al individuo de modo inevitable. Tales efectos, al no poder ser eludidos ni “metabolizados” psíquicamente, permanecen en un nivel de actuación que detiene o afecta de diversa forma el fluir normal de la vida psíquica.

Si contemplamos en perspectiva la vida cotidiana del hombre medio de la cultura occidental, podríamos llegar a enumerar los acontecimientos capaces de sobrepasar las posibilidades de absorción normal de impactos de ese tipo medio de población, pero no de definirlos.

Baselga (2007) nos explica lo siguiente

Cuando hablamos de trauma no hablamos de la huella que un suceso perturbador inscribió en la mente, sino de algo actual y vivo que, asociado a un suceso, está ocurriendo en esa mente. Hablamos del estado de una mente bajo el influjo de un suceso que, más allá de su cronología histórica, sigue actuando en dicha mente por él mismo, sin la modificación que le habría convertido en huella. Una mente traumatizada es una mente tomada, ocupada, por tanto, capturada y restringida en su libertad de relacionarse con el mundo. (p. 92)

Tomando sus palabras como eje para el desarrollo de este postulado, se puede comprender que una mente traumatizada será un freno de mano para el desarrollo pleno del individuo en el mundo que le rodea, limitando su desempeño laboral, social, académico y emocional. Esos ámbitos son considerados como fundamentales para el ser humano, pues son estos los que le permiten realizarse como persona, por lo que es común que una mente traumatizada presente crisis profunda.

Los factores que pueden determinar la profundidad o el impacto del trauma recaen en el sujeto mismo, siendo la vulnerabilidad y la resiliencia quienes juegan el papel titular, por lo que podríamos decir que “los factores individuales que determinan la respuesta a los acontecimientos traumáticos, es decir, que subyacen en lo que se ha formulado como factores de vulnerabilidad y resiliencia, nos remiten a ciertas capacidades y actitudes básicas del individuo, que han de fundarse en elementos primarios de su constitución psíquica” (Baselga, 2007, p. 94).

## 1.6 Crisis y tipos de crisis

Abordar la temática sobre la crisis y tratar de conceptualizarla puede llegar a ser una tarea extenuante y en cierto punto, confusa, por lo que apelaremos a una de las definiciones ofrecida por Slaikeu en 1988, la cual es la mejor aceptada por la comunidad científica: “Una crisis es “un estado temporal de trastorno y desorganización, caracterizado principalmente, por la incapacidad del individuo para abordar situaciones particulares utilizando métodos acostumbrados para la solución de problemas, y por el potencial para obtener un resultado radicalmente positivo o negativo” (Márquez, 2010, p. 76).

En determinados momentos de la vida se presentan una serie de sucesos que llevan a enfrentarse a un sujeto a un estado de crisis emocional, la cual, de no ser resuelta adecuadamente, los ubicaría en riesgo de padecer graves problemas psicológicos. El concepto de crisis es entendido como un momento en la vida de un individuo, en el cual debe enfrentar, de manera impostergable, una situación de conflicto de diversa etiología (para este caso desencadenadas por la amenaza de

violencia doméstica), la cual es incapaz de resolver con sus mecanismos habituales de solución de problemas, debido a que el sujeto presenta una pérdida de control emocional, se siente incapaz e ineficaz y está bajo la presión del tiempo para resolver el conflicto. Queda claro que la desorganización y el desequilibrio imperan en los momentos de crisis, lo que dificulta el apropiado desenvolvimiento del sujeto durante el tiempo que se encuentre en esta situación. La crisis puede llegar a sabotear cada una de las acciones de la persona, pues se encuentra en un constante sufrimiento.

Una pérdida, enfermedad, muerte de un ser querido, etc. que estresa y causa angustia, puede bloquear nuestro progreso personal, pues al no poder manejarla adecuadamente utilizando los métodos a los que estamos acostumbrados y que nos han dado resultados positivos en el pasado, los problemas que trae la crisis o que creemos que nos va a provocar en un futuro cercano, nos provocan estrés, angustia, tensión o temor sin siquiera estar ocurriendo en la realidad.

“Aceptar las crisis constructivamente es el gran reto. En muchos casos lo primero que hacemos es negarlas porque nos sacan de nuestra zona de confort. Las situaciones críticas se dan generalmente por cambios importantes e inesperados” (Benyakar, 2005, p.185)

El abordar una crisis no es una tarea sencilla, de hecho, resulta complicada aun contando con la ayuda de un profesional. El camino que se seguirá para superarla y convertirla en una experiencia constructiva dependerá en gran medida el tipo de crisis que se esté afrontando.

Todos los seres humanos pueden estar expuestos en ciertas ocasiones de sus vidas a experimentar crisis caracterizadas por una gran desorganización emocional, perturbación y un colapso en las estrategias previas de enfrentamiento. El estado de crisis está limitado en tiempo, casi siempre se manifiesta por un suceso que lo precipita, puede esperarse que siga patrones sucesivos de desarrollo a través de diversas etapas y tiene el potencial de resolución hacia niveles de funcionamiento más altos o bajos. La resolución final de la crisis depende de numerosos factores, que incluyen la gravedad del suceso precipitante, recursos personales del individuo (fuerza del yo, experiencia con crisis anteriores) y los recursos sociales del individuo (Benyakar, 2005)

Marquez (2010) explica que

Una crisis es también un estado temporal de trastorno y desorganización, caracterizado principalmente por una incapacidad del sujeto para manejar (emocional y cognitivamente) situaciones particulares, utilizando métodos acostumbrados para la solución de problemas, y obtener un resultado radicalmente positivo o negativo. (p 97)

Según Marquez (2010), una persona que atraviesa por un estado de crisis se encuentra en una etapa vivencialmente importante para continuar el curso de su vida. No importa qué tipo de crisis sea, el evento es emocionalmente significativo e implica un cambio radical en su vida. El individuo enfrenta un problema ante el cual sus recursos de adaptación, así como sus mecanismos de defensa usuales no funcionan.

El problema rebasa sus capacidades de resolución y por lo mismo se encuentra en franco desequilibrio. Como resultado de todo esto la persona experimenta una mayor tensión y ansiedad, lo cual la inhabilita aún más para encontrar una solución.

Las personas en crisis suelen presentar como síntomas: ansiedad, sentimientos de desamparo, confusión, cansancio, síntomas físicos y desorganización en el funcionamiento de sus actividades familiares, laborales y sociales.” (Slaikeu, 1996, p.23)

Cuando se habla sobre los tipos de crisis, podemos ahondar en el tema por muchas áreas que, dependiendo su enfoque investigativo, nos encontraríamos con una inmensidad de conceptos, sin embargo, para una mayor comprensión y simplificación del tema, dividiremos las crisis en dos grupos: las crisis del desarrollo (esperables) o circunstanciales (accidentales inesperadas o imprevisibles).

Marquez (2010) propone clasificar las crisis de la siguiente manera:

Crisis del desarrollo: las crisis del desarrollo son más predecibles y sobrevienen cuando una persona va cumpliendo etapas en su vida desde la niñez a la senectud. Presentan una conducta indiferenciada y marcan un trastorno en el área intelectual y afectiva.

Crisis Circunstanciales: las crisis circunstanciales son inesperadas, accidentales y dependen sobre todo de factores ambientales. Abarca alteraciones emocionales y de la conducta ante pérdidas o amenaza de pérdidas de los aportes básicos. (p.6)

Tomando como base la propuesta de Marquez (2010), el grupo de crisis de desarrollo incluiría las siguientes: crisis del nacimiento e infancia, crisis de la pubertad y adolescencia, crisis de la primera juventud, crisis de la edad media de la vida, crisis de la tercera edad. Y catalogando las siguientes situaciones como crisis circunstanciales: separación, pérdidas, muerte, enfermedades corporales, desempleo, trabajo nuevo, fracaso económico, violaciones, incendios, accidentes.

Es desde el punto de vista que se desee enfocar la crisis en el que se comprenderá como un periodo de transición entre etapas de la vida y facilitar su intervención, pues es en estos momentos y según la forma en que se organice el comportamiento, cuando la crisis puede representar una oportunidad para el desarrollo personal o un momento crítico de vulnerabilidad para el trastorno mental.

## 1.7 Características de las respuestas de crisis general

Ante un evento peligroso, o catastrófico en nuestra vida, la respuesta natural ante ella es la crisis. Como humanos, tendemos a movilizar reacciones muy poderosas que nos ayudan a aliviar el malestar y a recuperar el equilibrio que existía antes del inicio de la crisis. Si esto sucede, la crisis puede ser superada y además el sujeto aprende a emplear nuevas estrategias adaptativas que le pueden ser de utilidad en el futuro.

Rupert (2107) explica que un evento traumático produce cambios en nuestro mundo, tanto en el externo como en nuestro mundo interno:

- El mundo externo cambiará y será percibido como extraño, sin significado, sin sentido, amenazante, incierto, confuso y hasta violento.
- En el mundo interno se modificará el modo subjetivo de percibir las cosas. No se articulará bien el proceso de percepción, identificación y memoria.

“Los recursos habituales se muestran insuficientes para manejar los datos que aporta la nueva situación. Aparecen factores desestabilizadores. Todo se torna nuevo y desconocido y lo mismo respecto a nosotros mismos o nuestras sensaciones, que no reconocemos” (Marquez, 2010, p. 7)

Los presupuestos básicos que hasta ahora habían servido para vivir en equilibrio y seguridad han de ser revisados. Se generan sentimientos de indefensión y desconfianza por la magnitud de las pérdidas sufridas.

La consecuencia será una reacción de estrés al evento que se interpreta como amenazador y que evoca reacciones fisiológicas, psicológicas y de conducta. Variables genéticas, de salud y personalidad, las características del evento y traumas adicionales van a influenciar las reacciones de la víctima. La presencia de factores estresantes y traumáticos puede iniciar, modificar y continuar el progreso de un síndrome biológico que depende de variables que tiene influencia bidireccional.

Martinez & Lopez (2016), explican que

Cuando la conducta usual de la persona se modifica como consecuencia de experiencias estresantes, esta se manifiesta como cambios en pensamientos, emociones y respuesta. Estos cambios de conducta se pueden interpretar como indicio de que las funciones

biológicas están alteradas en la persona que está sufriendo por el cambio repentino en su vida debido al efecto del desastre sobre su persona y el entorno familiar (p. 93).

Los signos y síntomas de una reacción psicológica ante una situación de crisis se producen en las áreas emocionales, cognitivo, fisiológico y de conducta, reflejados en el siguiente cuadro. Las personas, tras una situación crítica, presentaran algunos de estos síntomas en mayor o menor medida.

## 1.8 Crisis vitales universales

Podemos categorizar una última sección de la crisis dentro de un fenómeno social. El círculo social cercano a la persona que se encuentra o encontrará en crisis por un evento traumático complejo, comúnmente pueden percibir el malestar de dicha persona y se unen a su dolor para buscar una posible solución, pues ellos se ven indirectamente afectados por dicha situación (Wainrib y Bloch, 2006).

“Puede existir, en efecto un periodo de latencia más largo entre el momento de la incubación de la crisis y la expresión de la queja a los demás” (Wainrib y Bloch, 2006, p. 37). No se trata de algo estipulado, la respuesta de las personas ante la crisis puede llevar más tiempo o menos del esperado, siendo este tiempo de respuesta directamente proporcional al tipo de crisis que el sujeto atraviese. Puede existir en efecto un periodo de latencia más largo entre el momento de la incubación de la crisis y la expresión de la queja a los demás.

## **Duelo**

En 1976 Landorf dice "...puesto que la muerte nos ocurre solamente una vez, estamos tan incapacitados de explicarla como lo estamos de explicar nuestro nacimiento" (p. 27)

Con este postulado, se puede empezar a crear la idea que la muerte de un ser querido será una situación que difícilmente se estará preparado para afrontar, por lo que el duelo que esta conlleva es algo que pocos saben cómo manejar. Y no es de extrañar que muchas personas caigan en un profundo estado depresivo luego de la muerte de un familiar, sentir pesar está bien, es algo que conlleva esta situación, no obstante, el no manejar la etapa de duelo de manera apropiada, puede llegar a "matar" metafóricamente a una persona, anulando su sentido de vida y cayendo en una espiral sin fin, llena de frustración, tristeza y fracaso.

Ahora bien, se dejará la rebuscada temática de la muerte para comprender el duelo desde sus inicios.

La muerte como tal es un tema tabú, como bien nos explica Kübler-Ross (2013)

Cuando volvemos la vista atrás y estudiamos las culturas de los pueblos antiguos, constatamos que la muerte siempre ha sido desagradable para el hombre, y probablemente siempre lo será. Desde el punto de vista de un psiquiatra, esto es muy comprensible, y quizá pueda explicarse aún mejor por el conocimiento básico de que, en nuestro inconsciente, la muerte nunca es posible con respecto a nosotros mismos, para nuestro inconsciente, es inconcebible imaginar un verdadero final de nuestra vida aquí en la tierra, y si esta vida nuestra tiene que acabar, el final siempre se atribuye a una intervención del mal que viene de fuera. En términos más simples, nos es inconcebible morir por una causa natural o por vejez. Por lo tanto, la muerte de por sí va asociada a un acto de maldad, es un acontecimiento aterrador, algo que exige pena y castigo. (p. 15)

Es fácil deducir que la muerte es un tema que pocos están dispuestos a abordar y meditar sobre él, sin embargo, se debe ser conscientes que uno de los principios de la realidad, es aceptar que, en uno u otro momento, moriremos.

“Mientras mayor apego y/o amor se le tenga a aquello que se perdió o se renunció forzosamente, mayor será el dolor” (Cárdenas, 2010, p. 20) Al ser ésta una autora que vivió la pérdida de un hijo y plasmó su proceso en su obra literaria, se presenta un escenario aún más complicado de trabajar, el de una madre que debe atravesar el proceso de duelo por la pérdida de un hijo.

Dávalos (2008) explica que: “El proceso de duelo es aquello que se lleva a cabo entre el acontecimiento doloroso (es decir, la pérdida), y la aceptación de este.” (p. 12). Dicho proceso se describirá a detalle más adelante, puesto que a continuación se describe cuáles son las características que dicho proceso presenta en el sujeto que lo atraviesa y cómo este llega a afectar su desarrollo socioemocional y por ende, su diario vivir.

## 2.1 Fases, características e impacto emocional del duelo

Tras el fallecimiento de un ser amado, el duelo aparece como una respuesta natural del ser humano. Según nos explica Klüber-Ross (2013), dicho proceso está conformado por cinco fases, las cuales son: negación, ira, negociación, depresión y aceptación. Existen varios autores que proponen diferentes perspectivas ante el proceso de duelo, como John Bowlby o Jorge Bucay, sin embargo, es la perspectiva de Elizabeth Klüber-Ross la más aceptada por la comunidad psicológica debido a que agrupa claramente las fases reales se atraviesan. Cada una de estas fases debe ser superada con éxito antes de abordar la siguiente, de lo contrario, se convertirá en un proceso constante de recaídas, haciendo más difícil aceptar la pérdida (Klüber-Ross 2013).

### Negación

El mecanismo de defensa descritos por Ana Freud como el más utilizado por el ser humano para proteger el “yo” es la negación. Este mecanismo de defensa tiene la particularidad de rechazar la

realidad cuando esta es demasiado abrumadora, protegiendo al yo de una potencial crisis, y siendo la muerte un trauma de gran impacto para el sujeto, es lógico que dicho mecanismo salga a relucir en este proceso.

Klüber-Ross la describió en el año 1969 como la imposibilidad de aceptar y reconocer como un hecho real que la pérdida es absoluta, haciéndolo más formal en 2013 con el siguiente enunciado

La negación funciona como un amortiguador después de una noticia inesperada e impresionante, permite recobrase al paciente y, con el tiempo, movilizar otras defensas, menos radicales. Esto no significa, sin embargo, que el mismo paciente, más adelante, no esté dispuesto, e incluso contento y aliviado al sentarse a charlar con alguien de su pérdida.

Este dialogo deberá tener lugar cuando buenamente él esté dispuesto a afrontarlo. (p. 61)

La negación, como tantas otras estrategias de afrontamiento, no puede calificarse como inherentemente buena o mala. Debe tenerse en cuenta el contexto y sobre todo desarrollar principios que especifiquen las condiciones bajo las cuales los procesos de negación pueden tener consecuencias favorables o desfavorables. Es particularmente complicado hacerle comprender al sujeto que dicha fase, a pesar de brindarle soporte momentáneo, debe superarse para poder avanzar a una próxima que no ofrecerá un alivio inmediato como él espera, pues sería una propuesta terapéutica inverosímil afirmarle que luego de la negación encontrará paz (Klüber-Ross 2013).

A modo de conclusión, se puede concordar con Dávalos (2008) al mencionar que la negación se caracteriza por un estado de choque más o menos intenso, hay una alteración en el afecto, con una sensibilidad anestesiada, el intelecto está paralizado y se afecta el aspecto fisiológico con irregularidades en el ritmo cardiaco, náuseas o temblor. En algunas ocasiones, puede presentarse un comportamiento insensible, o por lo contrario exaltado.

## Ira

Uno de los sentimientos más primitivos, alojados en la parte más arcaica de nuestro sistema límbico, es la ira. La ira es un sentimiento básico en el ser humano, pues es uno de los sentimientos que incita a la acción y, psicoanalíticamente hablando, dar alivio al “yo”, aunque no por medio de la vía más correcta. La ira nace como respuesta ante un suceso que ataca directamente nuestra comodidad, zona de confort o el flujo deseado de nuestra vida; cuando nuestro equilibrio es alterado de manera fortuita, es la ira la respuesta natural del ser humano para detener el comportamiento amenazante de otras fuerzas externas (Klüber-Ross 2013).

“Es una fase muy difícil de afrontar para la familia. Esto se debe a que la ira se desplaza en todas direcciones y se proyecta contra lo que les rodea, a veces casi al azar” (Kübler-Ross, 2013, p. 74). La persona que se encuentra en el proceso de duelo puede llegar a mover la ira como piezas de ajedrez, es decir, de un foco a otro, siempre dirigido a quien él considere en ese momento que es el culpable de su pérdida, por lo que es común que estos pacientes posean una ira contra Dios; buscan en quien desquitarse, a quien cargar con la culpa para aliviar parcialmente su pesar.

Es importante mencionar que esta fase se caracteriza por venir acompañada de otros sentimientos difíciles de manejar, como la envidia, la cual va dirigida a la misma víctima de la ira, pues le acompaña el pensamiento “él tiene lo que yo carezco”, por ejemplo, envidiar la salud, si la pérdida de su ser querido fue por enfermedad. Este sentimiento puede tornarse muy destructivo, pues la mezcla de ira y envidia suele ser uno de los móviles en los crímenes pasionales, por lo que no es algo con lo que debamos tratar a la ligera (Klüber-Ross 2013).

Cárdenas (2010) no explica lo siguiente:

Ese enojo es energía dentro de nosotros esperando que le demos una salida, y si no se la damos, no va a desaparecer, así como así, ahí se va a quedar, es energía rumiando en nuestro interior, y va a buscar ya encontrar su propia salida. Puede salir en una enfermedad: migrañas, colitis, y aquellos padecimientos terminados en “itis”, o hasta en cáncer. También

podemos convertirnos en personas amargadas, gritonas, quejumbrosas y enojonas, o lo peor, violentas. (p. 25)

Se puede evidenciar que esta fase no es algo para tomarlo a la ligera o dejarlo a las manos del azar y la casualidad, debemos ser atentos ante las señales de estar inmersos en esta fase y llevar un acompañamiento pertinente para superarle de la mejor manera; los pacientes suelen ser conscientes de encontrarse en esta fase al momento en el que las personas se lo hacen saber o sentir, sin embargo, puede suceder que su entorno inmediato acepte esta conducta de enojo como algo natural o parte de su pesar y no le expresen el malestar, volviéndose una bomba de tiempo.

### Negociación

Luego de la etapa de ira aparece esta nueva fase, que se caracteriza por enfocarnos en lo que se pudo haber hecho de distinta manera para evitar la muerte de tu ser querido. Es esta la etapa en la que el paciente querrá pensar también en todas las cosas que ya no puede hacer debido a que esa persona ya no está con él. (Klüber-Ross 2013).

Indica nuevamente Kübler-Ross (2013), que

La fase del pacto o negociación es menos conocida pero igualmente útil para el paciente, aunque solo durante breves periodos de tiempo. Si no hemos sido capaces de afrontar la triste realidad en el primer periodo y nos hemos enojado con la gente y con Dios en el segundo, tal vez podamos llegar a una especie de acuerdo que posponga lo inevitable: “Si Dios ha decidido sacarlo de este mundo y no ha respondido a mis airados alegatos, puede que se muestre más favorable si se lo pido amablemente”. Todos hemos observado muchas veces esta reacción en los niños, que primero exigen y luego piden un favor. (p. 112)

Kübler-Ross (2013) ayuda a abrir los ojos ante un factor característico de la negociación o el pacto: este siempre lleva consigo un grado significativo de culpa. Las expresiones del tipo “si lo hubiera llevado a otro médico” o “si no lo hubiera dejado conducir no se habría accidentado” permiten exponer un orden de ideas que ayuden a poner en claro los hechos que han sucedido e ir especificando qué es lo que nos causa dolor para manejarlo de mejor manera, esto generalmente es de forma inconsciente. Asimismo, ante la imposibilidad de deshacer los hechos; cuando se cae en cuenta que, aunque se desee, no se puede echar el tiempo atrás, el individuo en duelo comienza el proceso de negociar propiamente hablando.

“La culpa no está hecha sólo de emoción, sino que contiene cogniciones, posee pensamientos porque para que un acontecimiento sea vivenciado y sentido con culpabilidad tenemos que revestirlo de juicios de valor negativo” (Martínez, 2010, p. 73) Se puede concluir que, en efecto, la fase de negociación conlleva un proceso culposo, el cual hay que saber dirigir en el paciente, pues toda esa rabia y enojo que ahora está dirigido en sí mismo, puede llegar a hundirlo en una depresión difícil de superar.

## Depresión

Hablar de depresión es entrar en un tema denso, y hasta cierto punto, complejo de comprender, especialmente en este contexto, pues debemos diferenciar entre la depresión patológica y la depresión producida por el duelo. Todavía hay mucho debate acerca de lo que se considera un “duelo normal” y si esto es completamente distinto a una depresión. Es muy usual, en personas que han sufrido una pérdida de un ser querido, presentar síntomas comunes con el diagnóstico de la depresión. Sin embargo, la realidad ha demostrado que no es tan frecuente en la reacción de duelo el establecimiento de un trastorno depresivo (Klüber-Ross 2013).

Kübler-Ross (2013) describe esta fase de manera muy clara, diciendo:

Cuando la depresión es un instrumento para prepararse a la pérdida inminente de todos los objetos de amor, entonces los ánimos y las seguridades no tienen tanto sentido para facilitar

el estado de aceptación. No debería estimularse al paciente a que mire el lado alegre de las cosas, porque eso significaría que no debería pensar en su pérdida. Sería absurdo decirle que no esté triste, ya que todos nosotros estamos tremendamente tristes cuando perdemos a una persona querida. El paciente está a punto de perder todas las cosas y las personas que quiere. Si se le permite expresar su dolor, encontrará mucho más fácil la aceptación final, y estará agradecido a los que se sienten a su lado durante esta fase de depresión sin decirle constantemente que no esté triste. (p. 118)

Claramente se habla de dos cosas muy distintas al referirnos a la depresión como patología y la depresión por duelo. Los síntomas de la depresión y los síntomas del duelo son muy similares. Es normal que el paciente se sienta triste después de una pérdida, sin embargo, los sentimientos relacionados con el duelo deberían ser temporales.

A manera de conclusión, parafrasearemos las palabras de Cárdenas (2010) al mencionar que en esta etapa el dolor te embarga y no alcanzas a ver más allá de él, sin embargo, debemos permitirnos vivirla adecuadamente y no ahogarla por vergüenza al “qué dirán”, pues drenar el dolor fuera de nosotros, nos permitirá llegar a la última y anhelada fase, la aceptación.

## Aceptación

Cuando se ha podido atravesar sanamente las etapas anteriores del duelo, el doliente comienza un proceso de adaptación emocional para aceptar la irreversibilidad de la pérdida. La muerte de un ser querido deja en jaque nuestra rutina diaria y nos obliga a elaborar esta noticia devastadora aceptando que la vida ya no podrá ser igual que antes (Klüber-Ross 2013).

La aceptación, refiere Klüber-Ross (2013).última etapa del duelo, se caracteriza por sentir una cierta paz en la que la rutina diaria comienza a tomar un mayor protagonismo en la vida del doliente. Además no siente la misma imperiosa necesidad de hablar de su propio dolor porque se acepta

finalmente la irreversibilidad de la muerte encontrando una reconciliación con la realidad. En este camino, será el doliente quien vuelva a tomar el protagonismo de la vida haciendo las paces con el dolor y pensando en el presente más que en el pasado devastador.

Kübler-Ross (2013) dice lo siguiente

No hay que confundirse y creer que la aceptación es una fase feliz, está casi desprovista de sentimientos, es como si el dolor hubiera desaparecido, la lucha hubiera terminado, y llegará el momento del “descanso final antes del largo viaje”, como dijo un paciente. En esos momentos, generalmente, es la familia quien aportará más ayuda, comprensión y apoyo al propio paciente. (p.148)

Para poder reconciliarse con esta nueva realidad, se debe iniciar durante este proceso un profundo diálogo interno ya que ocultar los sentimientos o retomar la rutina como si nada hubiera sucedido son variables que pueden llevar finalmente a un duelo patológico en donde estas etapas no han sido debidamente elaboradas. Se trata de un recorrido interno necesario para reconstruir una vida estable en la que volvamos a tener proyectos y nuevos vínculos sin por ello pensar que nos estamos olvidando de este ser querido.

## 2.2 Tipos de duelo

El duelo no es un fenómeno uniforme que se pueda abordar con la misma plantilla sin importar el paciente que se presente, este es tan variable que se hace necesario definir en cual tipo de duelo se encuentre el paciente para prestarle la atención pertinente.

Se podrán encontrar diversas corrientes para llamarles de una u otra forma a los tipos de duelo, sin embargo, la propuesta dada por el Observatorio regional de cuidados paliativos de Extremadura (2010) presente de manera simple y clara cuales son los tipos de duelo que pueden atravesar los pacientes.

## Duelo anticipado

El término duelo anticipatorio fue usado, inicialmente, por Lindeman, para indicar aquellas fases anticipatorias de duelo, que facilitan el desapego emotivo, antes de que ocurra la muerte. Es vivido por los enfermos y sus familiares, sobre todo en el caso de enfermedades en fase terminal. El duelo anticipatorio permite integrar la realidad de la pérdida gradualmente, resolver asuntos inacabados con el moribundo, comenzar a cambiar esquemas sobre la vida y la propia identidad y hacer planes de futuro (Loteiguie, 2008).

### Según Loteiguie (2008)

El duelo anticipado es un fenómeno conformado por siete operaciones generales: pena y duelo, mecanismos de afrontamiento, interacción, reorganización psicosocial, planificación, búsqueda de equilibrio frente a las nuevas y dificultosas demandas, y facilitación de una muerte apropiada en respuesta al reconocimiento de la enfermedad terminal propia o de alguien significativo y el reconocimiento de pérdidas pasadas, presentes y futuras. (p. 11)

## Duelo retardado, inhibido o negado

Se muestra en aquellas personas que, en las fases iniciales del duelo, parecen mantener el control de la situación sin dar signos de sufrimiento. Es potencialmente patogénico el duelo cuya expresión es inhibida, o negada, porque la persona simplemente no afronta la realidad de la pérdida. “Se niega la expresión del duelo porque la persona no afronta la realidad de la pérdida. Puede prevalecer una falsa euforia, que sugiere la tendencia patológica de la aflicción” (Dávalos, 2008, p. 30)

Es curioso como las personas que aparentemente llevan el control del duelo, corren el peligro de explotar de un momento a otro, por lo que es importante recalcar la importancia de llevar el proceso de una manera sana y abierta.

## Duelo crónico

El duelo no evoluciona hacia su resolución y casi parece que el deudo mantiene a su ser querido vivo a través de su dolor. Se da un anhelo intenso, normalmente asociado a una relación de gran dependencia del fallecido. “Es el que tiene una duración excesiva y nunca llega a una conclusión satisfactoria. Un duelo crónico puede llegar a ocupar toda una vida. Existen personas estructuradas existencialmente por el duelo, en las que éste determina el núcleo constitutivo de su existencia.” (Dávalos, 2008, p. 30)

## Duelo complicado

Es frecuente sobre todo en el niño y en el anciano. Acentúa los procesos de interiorización, culpabilidad, favorecen la somatización y bloquean el trabajo del duelo durante un tiempo más o menos prolongado. No hay consenso diagnóstico en lo que se refiere al “duelo complicado” y por lo tanto no está incluido en clasificación del DSM 5 (2014).

Bleinchmar (2010) explica que:

Se tiende a considerar que hay riesgo de duelo patológico cuando el dolor moral se prolonga considerablemente en el tiempo; cuando su intensidad no coincide con la personalidad previa del deudo; cuando impide amar a otras personas o interesarse por ellas y cuando el sujeto se ve invalidado en su vida diaria, sin más ocupación que la rememoración del muerto. (p.48)

Como conclusión, se puede decir que cuando un duelo no está terminado, emerge un disparador; hay que seguir la emoción hasta llegar a la primera vez en que la experimentamos, pero que nunca la llegamos a manifestar, de lo contrario, emergerán complicaciones que nos harán hundirnos cada vez más en el proceso y convertirlo en una carga insostenible.

## 2.3 Duelo por pérdidas especiales

Durante la revisión de esta temática, se podrá ver que existen ciertas circunstancias que hacen al duelo un proceso complejo de abordar, y un factor a añadir para su complejidad es el tipo de pérdida que se presente, específicamente aquellos en los que el abordaje necesite un acompañamiento y directrices específicas, detalladas, o como bien lo indica el título, un trato especial.

En este apartado se enlistará algunos de los duelos denominados como especiales, sin embargo, se limitará a ahondar únicamente para este artículo: el duelo por la pérdida de un hijo.

Siguiendo lo explicado por Neimeyer (2002), los denominados duelos especiales son los siguientes:

- Duelo por la pérdida de un hijo
- Síndrome del nido vacío
- Duelo en la mujer sometida a una mastectomía o histerectomía
- Síndrome de Ulises
- Duelo en los enfermos terminales
- Manifestación del duelo

Se está siempre hablando de un duelo normal, por tanto, estas alteraciones no determinarán un peor pronóstico en el desarrollo del proceso, siendo más que recomendable que los profesionales que atienden a los dolientes conozcan estas manifestaciones pudiendo así asesorar a las personas que las presentan, aconsejándoles sobre su adecuado manejo.

Porta (2002) nos explica que las manifestaciones del duelo se producen principalmente en cuatro esferas, las cuales son: Física, conductual, afectiva y cognitiva. No es necesario que cada una de las esferas se encuentre afectada para considerar que el sujeto se encuentre en proceso de duelo, sin embargo, es común que la gran mayoría se encuentre afectada o al menos alterada en algún sentido.

## Alteraciones Fisiológicas

Estas sensaciones se presentan sobre todo en la fase aguda y aunque muchas veces se pasan por alto juegan un papel muy importante en el proceso del duelo, debiéndose prestar a cada una de ellas la atención que merezca en cada caso (Porta 2002).

- Vacío en el estómago
- Opresión en el pecho y garganta
- Hipersensibilidad al ruido
- Sensación de despersonalización
- Falta de aire
- Palpitaciones
- Debilidad muscular
- Falta de energía
- Dolor de cabeza y sequedad de boca
- Aumento de la Morbimortalidad

“El duelo es un período de crisis, un estado de choque en todo el organismo que puede dar lugar a complicaciones psiquiátricas y a alteraciones físicas.” (Porta, 2002, p.71). En unos casos puede tratarse de alteraciones somáticas de las que la persona no se sabía portadora y que aparecen o se agravan durante el duelo. Otras veces, será una descompensación, en el curso del duelo, de una enfermedad crónica previa.

## Alteraciones Conductuales

“Son cambios en la forma de comportarse respecto al patrón previo, y su importancia radica en que tanto afectan al adecuado desenvolvimiento del ser en su mundo cercano y su relación con los demás”. (Según Dávalos, 2008, p. 29)

### 2.3.1 Manifestaciones del duelo

Trastornos del sueño: No es extraño que las personas que están en las primeras fases de la pérdida experimenten trastornos del sueño. Estos pueden incluir dificultad para dormir y despertar temprano por las mañanas. Suelen corregirse solos en los duelos normales, precisando a veces intervención médica (Dávalos, 2008).

Trastornos alimentarios: Se pueden manifestar comiendo demasiado o demasiado poco, la disminución en la ingesta es una conducta que se describe con mayor frecuencia (Dávalos, 2008).

Conducta distraída: las personas que han tenido una pérdida reciente se pueden encontrar a sí mismas actuando de manera distraída y haciendo cosas que al final les producen incomodidad o les hacen daño (Dávalos, 2008).

Aislamiento social: es frecuente que los deudos, durante el proceso de duelo, limiten sus contactos sociales a los estrictamente necesarios y eviten las relaciones con personas que antes frecuentaban (Dávalos, 2008).

Visitar lugares que frecuentaba el fallecido: esto es lo opuesto a la conducta de evitar los recuerdos de la persona, muchas veces destacar esta conducta refleja el miedo a olvidar al fallecido. (Dávalos, 2008)

Hiper-hipo actividad: algunas personas como expresión de su ansiedad mantienen una actitud inquieta permanente y un estado de atención a todo y a todos, lo que genera un agotamiento severo al poco tiempo (Dávalos, 2008).

## Alteraciones Afectivas

Como es de esperar, se refiere a los sentimientos, a lo emocional, el área donde con mayor frecuencia se encuentra la problemática central. Si bien son muchas las maneras en las que la el área afectiva se ve alterada, ahondaremos únicamente en las manifestaciones que Porta (2002) nos señala como las más comunes:

**Tristeza:** es el sentimiento más común y persistente en todo el proceso de duelo y el primero que reaparece cuando, tiempo después, se recuerda el hecho. Este sentimiento no se manifiesta necesariamente a través de la conducta de llorar, pero sí lo hace así a menudo

**Rabia:** la rabia y la agresividad son reacciones secundarias a la angustia y se soportan mucho mejor que ésta debido al sentimiento de actividad que producen. Pueden ser predominantes en una primera fase de duelo

**Culpa:** después de la tristeza, el sentimiento que más dolor produce es la culpa, que se puede acompañar de autor reproche. La culpa se debe a lo que se hizo y a lo que no se hizo y suele ser la causante de que se cometan muchos actos desesperados en el duelo y de que se sufra de forma exagerada.

**Ansiedad:** la ansiedad en el superviviente puede oscilar desde una ligera sensación de inseguridad a fuertes ataques de pánico y cuanto más intensa y persistente sea la ansiedad más sugiere una reacción de duelo patológica. La ansiedad proviene normalmente de dos fuentes. La primera es que los supervivientes temen que no podrán cuidar de sí mismos solos. La segunda es que la ansiedad se relaciona con una conciencia más intensa de la sensación de muerte personal: la conciencia de la propia mortalidad aumentada por la muerte de un ser querido.

**Apego:** sin apego, no hay dolor. El apego a un ser humano es el que genera gran parte del dolor posterior ante su pérdida. Desapegarse es la búsqueda esencial para minimizar el dolor en las relaciones de todo tipo. Se logra en la medida en que se disfruta el presente, de tal manera y tan

intensamente, que uno se ocupa de la acción. En el duelo, el apego hacia el ser querido ausente se puede desplazar a sus objetos, a sus “huellas”, y aunque parezca extraño, al dolor que produce su recuerdo porque así se siente al fallecido vivo y cercano

Ausencia de sentimientos: después de una pérdida, algunas personas se sienten insensibles. La anestesia emocional o el embotamiento sensorial suelen ocurrir inmediatamente después de conocer la noticia de la muerte del ser querido. Suele durar desde unos instantes hasta unos días y es vivida como una extrañeza por no poder experimentar las emociones de dolor que naturalmente deberían sentirse.

“A medida que vayamos avanzando en el proceso de duelo y vayamos elaborándolo positivamente, lo que menos nos conviene es encontrarnos con deterioro afectivo que nos impida recuperar el bienestar”. (Cárdenas, 2010, p. 48)

#### Alteraciones Cognitivas

“Se refiere a los cambios a nivel de creencias y conceptos, compromete la lucidez y la claridad mental, pudiendo generar malestar al no tener claro que está ocurriendo” (Porta, 2002, p.74) Las manifestaciones cognitivas suelen ser las que suelen darles una “mala jugada” a las personas que atraviesan un proceso de duelo, pues les hacen sentir que están perdiendo el control, y esto mucho tiene que ver por el tipo de manifestaciones que en esta esfera se producen.

Preocupación, pensamientos repetitivos: se trata de una obsesión con pensamientos sobre el fallecido. A menudo incluyen pensamientos obsesivos sobre cómo recuperar a la persona perdida. A veces la preocupación toma la forma de pensamientos intrusivos o imágenes del fallecido sufriendo o muriendo.

Sentido de presencia: la persona en duelo puede pensar que el fallecido aún está de alguna manera en la dimensión de espacio y tiempo de los vivos. Esto puede ocurrir durante los momentos

posteriores a la muerte. A lo largo de los días, la sensación de presencia del ser querido va disminuyendo.

Alucinaciones: tanto las alucinaciones visuales como las auditivas se incluyen en esta lista de conductas normales porque son una experiencia normal de las personas en duelo. Suelen ser experiencias ilusorias pasajeras, muchas veces se producen en las semanas siguientes a la pérdida, y generalmente no presagian una experiencia de duelo más difícil o complicado.

“No es difícil deducir, después de todo lo anteriormente expuesto, que al perder a alguien cercano a nosotros todo nuestro sistema de creencias se viene abajo” (Dávalos, 2008, p. 38). Es normal entender lo profundo que puede llegar a penetrar estas esferas, el por qué el duelo es un proceso tan complicado de llevar, más aún cuando este empieza a desvariar y tornarse en un duelo complicado, término que se tratará con mayor detalle más adelante.

### 2.3.2 Manifestaciones del duelo en la familia por la pérdida de un hijo

Es este un duelo con unas características peculiares, porque la muerte de un hijo constituye un acontecimiento insoslayable que marca un antes y un después. La duración del proceso puede ser más prolongado que otro tipo de duelo. Este proceso variará según modalidades personales, haciéndolo depender del narcisismo constitutivo. Se diferencia lo insustituible del objeto en estos duelos, de la fijación al objeto que lo hace irremplazable en la patología, ya que el paradigma del duelo es el de la muerte de un hijo. Existirán distintos factores que incidirán en el trabajo del duelo, y tendrán una gran influencia, en este caso, los sentimientos de culpa en el desarrollo del proceso de duelo (Martínez, 2010).

La muerte de un hijo es una de las pérdidas más duras, difíciles y dolorosas de todas las que se pueden llegar a vivir, y casi siempre se sentirá como la mayor de las injusticias posibles.

Martínez (2010) ayuda a comprender mejor este tipo de duelo con lo siguiente:

Una de las primeras reacciones que podemos notar, tanto ante el diagnóstico de una grave enfermedad con un fatal pronóstico como ante el anuncio inesperado de la muerte de un hijo, se da de negación, de incredulidad y de irrealidad. No podemos creer lo que nos están diciendo, no es posible que algo así esté sucediendo realmente, no podemos dar crédito a lo que escuchamos. No podemos entender todo lo que está aconteciendo a nuestro alrededor; es tan tremendo el dolor que puede producirnos escuchar algo así que, simplemente, no podemos con ello. La mayoría de las veces necesitamos protegernos de la realidad negándola para ganar tiempo y energía, como para ir dejando aparecer una gran cantidad de emociones intensas que aún están por brotar de nuestro interior, pero que ya están ahí como respuesta al impacto de la noticia. (p. 154)

Sin duda alguna la pérdida de un hijo es algo que rebasa toda la lógica de un padre, dejándolo con la guardia baja y volviéndose un blanco muy vulnerable para procesos patológicos. La pérdida de un niño o un joven no solo afecta a los padres y familiares directos, también suele conmover al entorno inmediato, llegando a modificar significativamente el comportamiento social de la comunidad aledaña.

### 2.3.3 Particularidades del duelo por pérdidas especiales

Una de las experiencias más difíciles que se puede enfrentar en la vida es la muerte de un ser querido y, para ello, no hay nada que pueda prepararnos, sin embargo, saber sobre el duelo puede ayudarlo a sobrellevarlo más fácilmente. Generalmente se habla del duelo en dos sentidos: uno que se refiere a la experiencia en sí, es decir, el dolor producido por la pérdida y el otro tiene que ver con el proceso que se realiza para sobrevivir a dicho dolor. Ambos son diferentes en todos los casos

y en todas las personas, esto depende principalmente de quién era la persona fallecida para el sobreviviente, más allá del parentesco (Martínez 2010).

“Partiendo de la precisa definición del Duelo, podemos definir el Duelo Familiar como el Proceso Familiar que se pone en marcha a raíz de la pérdida de uno de sus miembros” (Pereira, 2002, p.7) Se sabe que, desde un punto de vista Sistémico, la pérdida, o amenaza de pérdida de un miembro es la mayor crisis que tiene que afrontar un sistema. Ante la crisis, si el sistema tiene suficientes recursos, reaccionará con un cambio adaptativo. Si no los tiene, el sistema puede desaparecer.

La reorganización del sistema familiar necesita tiempo, mientras pende sobre el sistema la amenaza de desaparición. Es necesario adoptar una conducta defensiva de la integridad del sistema. La Familia pone en marcha una serie de mecanismos de defensa, reforzados socioculturalmente, que tienen como objetivo el mantenimiento de la familia (Martínez, 2010)

Pereira (2002), plantea la existencia de cuatro ejes primarios sobre los que gira el duelo familiar, los cuales se de tallan a continuación:

Reagrupamiento de la familia nuclear: la familia nuclear refuerza su contacto, restringe su área de movimiento, filtra los contactos con el exterior, delega funciones en personas cercanas a la familia o miembros de la familia extensa, y en definitiva se “encastilla” en la casa (“La familia no recibe”) procurando incrementar el tiempo de contacto mutuo y disminuir los estímulos exteriores.

Intensificación del contacto con la familia extensa, o con personas cercanas afectivamente a la familia: la familia extensa se aproxima a la familia nuclear, ofreciendo su apoyo y ayuda si es necesaria, al igual que las amistades. Dependiendo del Ciclo Vital de la Familia Nuclear, es frecuente que se delegue en este círculo la organización de los Rituales de despedida y evacuación del cadáver, o bien que se trasladen al domicilio familiar para ocuparse de los niños o de la rutina doméstica.

Disminución de la comunicación con el medio externo: aunque sin llegar a las exigencias sociales de luto de hace unas décadas, aún sigue manteniéndose una cierta disminución del intercambio con el medio externo, reduciendo las actividades sociales, especialmente las consideradas más frívolas. La ausencia actual de normas claras a este respecto con frecuencia crea conflictos generacionales acerca de lo prohibido y su duración.

Apoyo socio-cultural a la continuidad de la Familia: como es bien sabido, la organización social tiene en la familia su base principal, en la que delega sus funciones de alimentación, cuidado, educación, etc., por lo que socialmente hay un interés evidente para que el grupo familiar siga existiendo a pesar de perder uno de sus miembros.

Un aspecto sumamente importante de mencionar es la redistribución de los roles luego de la pérdida de un miembro de la familia, y tal como nos explica Cárdenas (2010)

Los roles que juega cada uno de los miembros de la familia junto con los patrones comunicacionales y las reglas de funcionamiento, estructuran la familia. Quien se encarga de qué cosas, quién tiene la responsabilidad sobre esto o aquello, quién detenta la autoridad y en qué áreas, etc., son papeles que deben distribuirse entre los distintos miembros de la familia. Esta distribución no es sencilla, y genera a menudo conflictividad. De ahí, que la redistribución de los roles que detentaba el fallecido es una potencial fuente de conflictos.

Una vez más, dependerá de si la muerte jugaba un rol central o periférico en la familia. La desaparición de un miembro de la familia que jugara un rol central en su funcionamiento puede producir un intenso desequilibrio en el sistema. Incluso, en el caso de que el fallecido jugase un rol de “ligazón” de los demás miembros, puede producir la desaparición del sistema familiar (p. 59)

## 2.4 Como afrontar el duelo

Sobrellevar con la pérdida de un amigo cercano o un familiar podría ser uno de los mayores retos que se puede enfrentar. La muerte de la pareja, un hermano o un padre puede causar un dolor especialmente profundo. Se puede ver la pérdida como una parte natural de la vida, pero aun así nos pueden embargar el golpe y la confusión, lo que puede dar lugar a largos períodos de tristeza y depresión.

Una de las preguntas más comunes es “¿cuánto tiempo durará esto?”, pues la incertidumbre suele dar malas jugadas a quien se encuentre en este proceso. Para esta incógnita, se citará a Dávalos (2008), quien dice

No se dispone de una respuesta a la pregunta de cuándo se ha terminado un duelo. Más bien, debe considerarse que es imprescindible haber completado las etapas; un punto de referencia de un duelo acabado es cuando la persona es capaz de pensar sin dolor en el fallecido, cuando la persona puede volver a invertir sus emociones en la vida y en los vivos.  
(p. 29)

El proceso de duelo suele abrumar a muchos de los que lo atraviesan, pues al ser un proceso lento y sin limitaciones específicas de tiempo, suele agobiar e intimidar de gran manera, sin embargo, hay ciertas recomendaciones que podemos seguir para iniciar con el proceso de sanación.

La American Psychological Association (2011) recomienda:

Hable sobre la muerte de su ser querido con amigos y colegas para poder comprender qué ha sucedido y recordar a su amigo o familiar. Negarse que ocurrió la muerte lleva al aislamiento fácilmente y puede a la vez frustrar a las personas que forman su red de apoyo.

Acepte sus sentimientos. Después de la muerte de alguien cercano, se puede experimentar todo tipo de emociones. Es normal sentir tristeza, rabia, frustración y hasta agotamiento.

Cuídese a usted y a su familia. Comer bien, hacer ejercicio y descansar le ayudará a superar cada día y a seguir adelante.

Ayude a otras personas que también lidian con la pérdida. Al ayudar a los demás, se sentirá mejor usted también. Compartir anécdotas sobre los difuntos puede ayudar a todos a lidiar con la pérdida.

Rememore y celebre la vida de su ser querido. Usted puede hacer un donativo a la entidad benéfica predilecta del difunto, enmarcar fotos de momentos felices que vivieron juntos, ponerle su nombre a un nuevo bebé o plantar un jardín en su memoria.

Para concluir, se puede decir que en la actualidad la sociedad es hedonista en la que prima la búsqueda del placer y del bienestar, y en la que se minimiza el dolor, y se oculta a las demás personas. Pero el dolor, la enfermedad y la muerte son algo presente en la vida, en la sociedad, en la cultura. No se negar, no se olvidarlo, porque a todos les llegan los momentos difíciles y la muerte de algún ser querido, y está bien sentir pesar, atravesar el duelo de manera sana, pero, sobre todo, sentirnos en la libertad de llevar el proceso, y no agobiarnos por el que dirán.

#### 2.4.1 Como afrontar la pérdida de un hijo

Para asimilar la muerte primero se observa en el delicado campo de la información al paciente. En los adultos, debido al fuerte shock que puede producir comunicar el diagnóstico muchos médicos dan la información mínima posible, dejando para entrevistas posteriores la discusión amplia del diagnóstico. Paradójicamente, el silencio es el peor enemigo. Es recomendable una sosegada conversación para eliminar incertidumbres primero con el enfermo y después, o a la vez con los familiares (Cárdenas, 2010).

A continuación, surge la cuestión de comunicárselo a su hijo y cómo hacerlo. En muchos casos el temor y la angustia de los padres lleva a lo que se ha llamado conspiración del silencio. Esta se define como una alteración de la información con el acuerdo implícito o explícito de negar la situación del enfermo al propio enfermo. Teóricamente se hace para proteger al enfermo y que este no sufra por su enfermedad. Es cuando los parientes afirman que siempre trataron de mantener una cara sonriente cuando estaban con su hijo, pero no le dijeron nada. El niño lo lee en las caras, lo ve a través de sus máscaras, siente su fingimiento, pero no puede hablar de ello porque no se lo han contado y no quiere que ellos sepan que lo sabe y que está triste. Todos sufren en silencio sin poder compartir (Cárdenas, 2010).

“Los padres temen proporcionar mayor sufrimiento al enfermo y niegan o alteran la información, formando una barrera de comunicación y el enfermo no puede preguntar ni expresar sus preocupaciones. Paradójicamente, el silencio es el peor enemigo en estos momentos de incertidumbre.” (Cárdenas, 2010, p.38)

Las intervenciones psicológicas se realizan individualmente y también en familia. Estos encuentros van a tratar de realizar algunas tareas básicas. Ayudar a aceptar la realidad de la pérdida y trabajar las emociones y el dolor de la pérdida. Aceptar la realidad de la pérdida supone superar la sensación de que no es verdad. Supone aceptar la realidad de que la persona está muerta y no volverá. A veces, el doliente niega esta realidad y se bloquea. Un ejemplo de esto es lo que se llama “momificación”.

También se rechaza la realidad cuando se niega el significado de la pérdida. Así se ve la pérdida como menos significativa: “no era un buen padre”. O cuando se realiza un “olvido selectivo” en la mente sobre todo lo relacionado con el difunto. O negando que la muerte es irreversible. O recurriendo al espiritismo (Cárdenas, 2010)

“La aceptación de la pérdida es un proceso que requiere tiempo pues supone una aceptación intelectual y emocional. Con respecto a la tarea de trabajar las emociones y el dolor de la pérdida, es un duro trabajo” (Kübler-Ross, 2013, p. 76)

## Terapia Cognitiva Conductual

Para Beck (2010) la terapia cognitiva es

Un procedimiento activo, directivo, estructurado y de tiempo limitado que se utiliza para tratar distintas alteraciones psiquiátricas (por ejemplo, la depresión, la ansiedad, las fobias, problemas relacionados con el dolor, etc.). Se basa en el supuesto teórico subyacente de que los efectos y la conducta de un individuo están determinados en gran medida por el modo que tiene dicho individuo de estructurar el mundo. Sus cogniciones se basan en actitudes o supuestos desarrollados a partir de experiencias anteriores. (P.13)

La Psicoterapia Cognitiva surgió desde dos sectores, por un lado, autores que venían del Psicoanálisis y por otro, representantes del sector conductista, pero más allá de estas dos corrientes, se destaca Kelly, como el primer teórico cognitivo, ya que presenta un enfoque de la persona y la terapia desde un planteo claramente cognitivo (Beck, 2010).

Uno de los componentes más poderosos del modelo de psicoterapia basado en el aprendizaje es el hecho de que el paciente comienza a incorporar muchas de las técnicas que emplea el terapeuta. Por ejemplo, a menudo sucede que los pacientes se encuentran a sí mismos asumiendo espontáneamente el rol de terapeuta y cuestionándose de sus conclusiones o predicciones (Beck, 2010) Algunos ejemplos de este tipo de cuestiones que nosotros hemos observado son los siguientes: ¿A partir de qué evidencia extraigo esta conclusión? ¿Existen otras explicaciones? Realmente, ¿es tan grave la pérdida? ¿Qué perjuicio me reporta el que un extraño piense mal de mí? ¿Qué puedo perder por intentar ser más asertivo?

“El aporte fundamental de autores como Beck y Ellis fue la inclusión del determinismo bidireccional entre el individuo y el medio y en el aspecto práctico la inclusión de probadas técnicas de intervención clínica, tales como la desensibilización sistemática”. (Camacho, 2003, p. 64)

La psicología cognitiva moderna se ha formado bajo la influencia de disciplinas afines, como el tratamiento de la información, la inteligencia artificial y la ciencia del lenguaje. Pero esta rama de la psicología no solamente es un enfoque experimental, sino que se ha puesto en práctica en distintos ámbitos: aprendizaje, psicología social o la psicoterapia. Esta última recibe el nombre de terapia cognitiva.

Según Beck (2010), la terapia cognitiva se centra en problemas “aquí-y-ahora”. Se presta escasa atención a la época de la infancia, salvo que pueda clarificar algunos hechos actuales. El objetivo principal es investigar los pensamientos y sentimientos del paciente durante la sesión terapéutica y entre las sesiones. No interpretamos factores inconscientes. El terapeuta cognitivo colabora activamente con el paciente en la exploración de las experiencias psicológicas de éste, y en la elaboración de programas de actividades y de tareas para realizar en casa.

¿Qué conlleva la terapia cognitivo conductual?

Las sesiones

La terapia cognitivo conductual se puede hacer individualmente o en grupo (Beck, 2010). También puede hacerse con un libro de auto-ayuda o un programa de ordenador. Si recibe terapia individual:

Se reunirá con un terapeuta entre 5 y 20 sesiones, semanales o quincenales. Cada sesión tendrá una duración de entre 30 y 60 minutos.

En las primeras 2-4 sesiones, el terapeuta estudiará si este tipo de tratamiento es apropiado para usted, y usted verá si se siente cómodo con la terapia.

El terapeuta también le hará preguntas sobre su pasado. Aunque la terapia cognitivo conductual se concentra en el aquí y ahora, a veces es posible que tenga que hablar sobre el pasado para entender cómo le está afectando ahora.

Usted decide qué es lo que quiere tratar a corto, medio y largo plazo.

Por lo general, usted y el terapeuta comenzarán cada sesión llegando a un acuerdo sobre qué discutir ese día.

## La terapia

Con el terapeuta, dividirá cada problema en partes, como en el ejemplo anterior. Para facilitar este proceso, su terapeuta puede pedirle que lleve un diario. Esto le ayudará a identificar sus patrones de pensamientos, emociones, sensaciones corporales y comportamientos. Juntos estudiarán sus pensamientos, sentimientos y comportamientos para determinar si no son realistas o son perjudiciales, cómo se afectan entre sí y cómo le afectan a usted. El terapeuta entonces le ayudará a determinar cómo cambiar los pensamientos y comportamientos perjudiciales. Es fácil hablar de hacer algo, lo difícil es hacerlo realidad (Beck, 2010). Así que, después de haber identificado lo que puede cambiar, su terapeuta le “pondrá deberes” para practicar estos cambios en su vida diaria. Dependiendo de la situación, usted podría comenzar a:

- Cuestionar un pensamiento autocrítico que le hace ponerse triste y reemplazarlo con otro positivo (y más realista) que usted ha aprendido en la terapia cognitivo conductual.
- Reconocer que está a punto de hacer algo que le hará sentir peor y, en su lugar, hacer algo más positivo.

En cada sesión se discute cómo le ha ido desde la última. Su terapeuta le puede ayudar con sugerencias si algunas de las tareas le parecen demasiado duras o si por el contrario le ayudan.

No se le pedirá que haga cosas que no quiera hacer: usted decide el ritmo del tratamiento y lo que va a intentar o no. Lo mejor de la terapia cognitivo conductual es que puede continuar practicando y desarrollando las técnicas que ha aprendido, incluso cuando las sesiones han terminado. Esto hace menos probable que sus síntomas o problemas vuelvan (Beck, 2010).

### 3.1 Antecedentes

El principal antecedente histórico de la Terapia Cognitiva que se suele citar es el de Epícteto quien, en el *Enchiridion*, en el Siglo I, dice: “No son las cosas mismas las que nos perturban, sino las opiniones que tenemos de las cosas” (Camacho, 2003). En esta frase se pone de manifiesto uno de los preceptos básicos de la cognitiva, lo importante no es lo que pasó, sino la significación que se le da a eso que pasó, el sentido o la atribución de significación, en síntesis, la construcción particular de la realidad.

El estoicismo es el referente filosófico más importante, desde Cicerón hasta Marco Aurelio se destacó el lado subjetivo de la realidad y el papel estrecho que los pensamientos juegan en las pasiones, elementos centrales que serán retomados y desarrollados por la Cognitiva. El Cognitivismo también toma aportes de autores como Kant y más actualmente de filósofos existencialistas, aunque es importante señalar que existen muchas líneas y escuelas dentro de la Psicoterapia Cognitiva y cada una de ellas toma algún referente particular (Camacho, 2003).

Los principales exponentes de la Psicoterapia Cognitiva originalmente venían del Psicoanálisis, entre ellos Ellis (1962) y Beck (1967), ambos se alejaron de esa escuela por considerar que la misma no aportaba evidencia empírica relevante ni resultados favorables en el trabajo clínico. Por esta razón la Psicoterapia Cognitiva puso un acento especial en la comprobación, validación e investigación de sus teorías y fundamentalmente de su práctica. Ellis desarrolló lo que se conoce como la Terapia Racional Emotiva Conductual o TREC, en donde todos los componentes eran tomados en cuenta, lo revolucionario de su aporte fue la actitud del terapeuta que para él debía ser activa y directiva, sustituyó la clásica escucha pasiva por un diálogo con el paciente, en donde se debatía y se cuestionaba sus pensamientos distorsionados que se creía eran los determinantes de sus síntomas. (Camacho, 2003)

Beck en su ya clásico libro “Terapia Cognitiva de la Depresión”, cuenta como comenzó a cuestionar primeramente algunos aspectos teóricos del Psicoanálisis, hasta que sus propias investigaciones con pacientes deprimidos, los pocos éxitos que encontraba entre sus colegas que

estaban siendo sometidos a largos e ineficaces tratamientos y las inconsistencias que fue encontrando en el trabajo con pacientes depresivos, según sus propias palabras: “Me llevaron a evaluar de un modo crítico la teoría psicoanalítica de la depresión y, finalmente toda la estructura del psicoanálisis”. (Beck, 2013, p. 8)

Es cierto que la ciencia sigue sin responder varios de los interrogantes básicos sobre la depresión, por ejemplo, la etiología del trastorno, las bases genéticas, la influencia del componente ambiental, el papel de la crianza (educación) en la manifestación del mismo y cuáles son las vías de intervención más convenientes (Camacho, 2003). Estos cuestionamientos servirían de base para escribir profusamente, no obstante, la presente revisión se centra en analizar la eficacia y eficiencia de la terapia cognitivo conductual en la depresión.

Puerta (2011) explica

En la actualidad la pregunta de cuál es el tratamiento más eficaz para tratar la depresión continúa sin respuesta definitiva; sin embargo, las múltiples investigaciones realizadas en los últimos 50 años ofrecen un panorama armonioso de las líneas de intervención efectivas para este trastorno que afecta la calidad de vida de cientos de personas en todo el mundo. En 1993 unos autores<sup>32</sup>, realizaron un estudio metodológico y conceptual acerca de la aplicación del modelo cognitivo conductual para el tratamiento de la depresión, las conclusiones de este estudio indican que la terapia cognitiva es eficaz en el tratamiento de la depresión, además, los resultados de la terapia cognitiva son superiores a los tratamientos con fármacos tricíclicos en casos de depresión unipolar. (p. 87)

## 3.2 Terapia cognitiva conductual de Aaron Beck

El padre de la terapia cognitiva es Aaron Beck y empezó a desarrollarla en los años sesenta para el tratamiento de la depresión. Después se fue extendiendo y ampliando hacia otros tipos de problemáticas psicológicas. Si las terapias cognitivo-conductuales son las psicoterapias que tienen más evidencia científica, la terapia cognitiva de Beck es la que acumula más estudios que certifican su eficacia. Por este motivo considero que es muy importante tenerla en cuenta (Puerta, 2011).

La idea principal de la Terapia Cognitiva es que las personas sufren por la interpretación que realizan de los sucesos y no por éstos en sí mismos (Puerta, 2011). Por tanto, Aaron Beck, interesado por el tratamiento de la depresión, desarrolló un modelo para el tratamiento de esta patología que posteriormente extendió a otros trastornos.

“Este tipo de terapias cognitivas reciben el nombre de terapias relacionales o de reestructuración cognitiva, pero también existen otro tipo de terapias cognitivas como las terapias de entrenamiento de habilidades para afrontar y manejar situaciones o las terapias de resolución de problemas.” (Beck, 2013, p. 182)

La organización cognitiva según el modelo de Beck (2013)

El modelo propuesto por Beck afirma que, ante una situación, los individuos no responden automáticamente, sino que antes de emitir una respuesta emocional o conductual perciben, clasifican, interpretan, evalúan y asignan significado al estímulo en función de sus supuestos previos o esquemas cognitivos.

Los esquemas cognitivos

En la teoría de Beck, los procesos cognitivos son los mecanismos de codificación, almacenamiento y recuperación de la información existentes en las estructuras cognitivas (esquemas). Por tanto, se incluyen entre los procesos cognitivos: la percepción, la atención, la memoria y la interpretación.

“Los esquemas son patrones cognitivos estables que constituyen la base de la regularidad de las interpretaciones de la realidad. Las personas utilizan sus esquemas para localizar, codificar, diferenciar y atribuir significaciones a los datos del mundo”. (Beck, 2010, p. 89) En otras palabras, los esquemas son construcciones mentales subjetivas, más o menos estables, que actúan como filtros a la hora de percibir el mundo por parte del individuo.

### Las creencias

Las creencias son los contenidos de los esquemas, y son el resultado directo de la relación entre la realidad y éstos. Es todo aquello en lo que uno cree, son como mapas internos que nos permiten dar sentido al mundo, se construyen y generalizan a través de la experiencia (Beck 2010).

Beck (2010) distingue dos tipos de creencias:

Creencias centrales o nucleares: Se presentan como proposiciones absolutas, duraderas y globales sobre uno mismo, los demás o el mundo. Por ejemplo, “soy un incompetente”. Representan el nivel cognitivo más profundo, son difíciles de cambiar, dan el sentido de identidad y son idiosincrásicas.

Creencias periféricas: Son influidas por las nucleares, por tanto, están ubicadas entre las éstas y los productos cognitivos o pensamientos automáticos. Consisten en actitudes, reglas y presunciones (o supuestos). Por lo tanto, influyen en la forma de ver la situación, y esa visión influye en cómo se siente, actúa o piensa un individuo.

### Los productos cognitivos

Los productos cognitivos hacen referencia a los pensamientos e imágenes que resultan de la interacción de la información proporcionada por situación, los esquemas y creencias y de los procesos cognitivos. Los contenidos de los productos cognitivos suelen ser más fácilmente accesibles a la conciencia que los esquemas y los procesos cognitivos.

El modelo explicativo de la depresión de Beck

Para Beck (2010)

Los trastornos psicológicos derivan de distorsiones cognitivas (errores en los procesos cognitivos), que son maneras equivocadas de pensar que aparecen en forma de pensamientos automáticos (productos cognitivos) ante determinadas situaciones, y que provocan estados emocionales negativos y conductas inadecuadas. Por tanto, estas distorsiones cognitivas son provocadas por creencias irracionales o supuestos personales aprendidos en el pasado, que condicionan inconscientemente la percepción e interpretación del pasado, presente y futuro. (p.32)

Las personas que sufren depresión se vuelven vulnerables ante ciertas situaciones, y es importante entender que en esta teoría no se plantea que las cogniciones sean la causa de la depresión o de otro trastorno emocional, lo que realmente se postula es la primacía de los síntomas: la activación de esquemas negativos y las distorsiones cognitivas consiguientes, serían el primer eslabón de la cadena de síntomas depresivos (Beck, 2010)

La tríada cognitiva en las personas con depresión

Beck (2010) afirma que cuando una persona se enfrenta a una determinada situación, el esquema es la base para transformar los datos en cogniciones. Puesto que los esquemas que se activan en una determinada situación van a determinar el cómo responde esa persona, en las personas que padecen un trastorno depresivo se activarán esquemas inadecuados.

Por tanto, el primer síntoma depresivo es la activación de esquemas cognitivos relacionados con la visión de uno mismo, el mundo y el futuro. Las personas con esquemas negativos o tendencia a cometer errores de procesamiento serán más proclives a padecer trastornos depresivos (Beck, 2010)

El esquema característico que sufren las personas deprimidas, y que Beck (2013) denomina la tríada depresiva, consiste en una visión negativa de:

- Sí mismo: las personas que padecen depresión suelen considerarse deficientes e inútiles. Atribuyen los errores que cometen a un defecto físico, mental o moral suya, y piensan que los demás les rechazarán.
- Del mundo: se sienten como derrotados socialmente y no están a la altura de las exigencias, ni tienen la capacidad de superar los obstáculos.
- Del futuro: la persona que padece depresión piensa que esta situación no se puede modificar, por lo que seguirá así siempre. (p. 126)

### Distorsiones cognitivas

Los esquemas negativos activados en los individuos depresivos les llevan a cometer una serie de errores en el procesamiento de la información que facilitan los sesgos y permiten al depresivo mantener la validez de sus creencias. Beck (2010) enumeró una serie de distorsiones cognitivas, son las siguientes:

- Abstracción selectiva: se trata de prestar atención a un solo aspecto o detalle de la situación. Los aspectos positivos se suelen ignorar, dando más importancia a los aspectos negativos.
- Pensamiento dicotómico: los acontecimientos se valoran de forma extrema: bueno/malo, blanco/negro, todo/nada, etc.
- Inferencia arbitraria: consiste en sacar conclusiones de una situación que no están apoyadas por los hechos, incluso cuando la evidencia es contraria a la conclusión.
- Sobre generalización: consiste en extraer sin base suficiente una conclusión general de un hecho particular.
- Magnificación y Minimización: tendencia exagerar lo negativos de una situación, un suceso o un cualidad propia y a minimizar lo positivo.
- Personalización: hace referencia a la costumbre de relacionar los hechos del entorno con uno mismo, mostrándose susceptible.
- Deberías: consiste en mantener reglas rígidas y exigentes sobre cómo deben suceder las

cosas.

- Visión catastrófica: adelantar acontecimientos y, de entre las distintas opciones, pensar que siempre va a ocurrir lo peor.

### 3.3 Conceptos básicos

En la Psicoterapia Cognitiva no existe como en otras escuelas un corpus teórico unificado o un autor centralizador, por eso a veces resulta difícil plantear los conceptos centrales sin tomar partido por uno u otro autor.

“En general existe 4 consenso respecto de los lineamientos básicos, pero pueden encontrarse distintas conceptualizaciones o incluso términos diversos que hacen referencia al mismo proceso” (Camacho, 2004, p.33)

Estructuras, procesos y resultados cognitivos

Las estructuras cognitivas pueden relacionarse con los esquemas, los procesos cognitivos con la atribución de sentido que se da a partir de los esquemas. Los resultados cognitivos se relacionan con las creencias, que son el resultado del proceso que se da entre los esquemas y la realidad, dichas creencias a su vez influyen en el mismo proceso (Camacho, 2004)

Esquemas

“Los esquemas son patrones cognitivos relativamente estables que constituyen la base de la regularidad de las interpretaciones de la realidad. Las personas utilizan sus esquemas para localizar, codificar, diferenciar y atribuir significaciones a los datos del mundo.” (Beck, 2010, p. 45)

## Creencias

Según Camacho (2004) las creencias son los contenidos de los esquemas, las creencias son el resultado directo de la relación entre la realidad y nuestros esquemas. Podemos definir a las creencias como todo aquello en lo que uno cree, son como mapas internos que nos permiten dar sentido al mundo, se construyen y generalizan a través de la experiencia. Existen diferentes tipos de creencias, clásicamente hablamos de:

- Creencias nucleares: son aquellas que constituyen el self de la persona, son difíciles de cambiar, dan el sentido de identidad y son idiosincrásicas. Ej.: Yo soy varón.
- Creencias periféricas: se relacionan con aspectos más secundarios, son más fáciles de cambiar y tienen una menor relevancia que las creencias nucleares. Ej.: La vida siempre te da una segunda oportunidad

## Pensamientos automáticos

Estos se definen por su carácter impuesto, son pensamientos que aparecen en el fluir del pensamiento normal y condicionan su dirección o curso; se les atribuye una certeza absoluta, por eso no son cuestionados y condicionan la conducta y el afecto. En general son breves, telegramáticos, pueden ser verbales o aparecer en forma de imágenes, a la persona se le imponen, por eso son automáticos (Camacho, 2004)

## El vínculo o relación terapéutica

La relación terapéutica que se da entre el paciente y el terapeuta se describe por lo que se conoce como “empirismo colaborativo”. Se habla de empirismo porque se buscará evidencia que refute o confirme los supuestos o creencias en cuestión, no se trata simplemente de debatir sobre el tema, sino que el paciente junto al terapeuta construirá experimentos que permitan encontrar datos empíricos en la realidad (Camacho, 2004)

### 3.4 Fundamentos y filosofía

La hipótesis de trabajo de la terapia cognitiva es que los pensamientos tienen efectos adversos sobre las emociones y la conducta, y que, por tanto, su reestructuración, por medio de la intervención en terapia cognitivo conductual y su práctica continúa, puede mejorar el estado del paciente. (Beck, 2010). La terapia cognitivo conductual es un tipo de psicoterapia que resulta efectiva en el tratamiento de los trastornos psicológicos. Se basa en reconocer el pensamiento distorsionado que los origina y aprender a reemplazarlo por ideas sustitutivas más realistas (Camacho, 2004).

Aaron T. Beck inicia el desarrollo de la que denominó «terapia cognitiva» a principios de la década de los sesenta (1962) en la Universidad de Pensilvania, como una psicoterapia para la depresión, breve y orientada al presente. El modelo coincidía con el concepto de la mediación cognitiva (terapia racional emotivo-conductual) propuesto por Albert Ellis en 1956. Beck, cuando estaba trabajando con pacientes depresivos, denominó lo que se conoce como «pensamientos negativos automáticos», ya que observó que estos invadían sus mentes de forma espontánea, y que podían clasificarse en 3 categorías: aquellos que hacían referencia a sí mismos, al mundo o al futuro.

Comenzó a ayudar a sus pacientes a identificar y valorar estos pensamientos y encontró que, haciendo esto, los pacientes eran capaces de evaluarlos de forma más realista y esto conducía a que se sintieran mejor y se comportaran de modo más funcional. (Camacho, 2004). “La terapia cognitiva está basada en el modelo cognitivo que postula que las emociones y conductas de las personas están influidas por su percepción de los eventos. No es una situación en y por sí misma la que determina lo que una persona siente, sino más bien la forma en que ella interpreta la situación.” (Beck, 2010, p.85)

El ciclo de interrelación entre pensamientos, emociones y conductas, conocido como modelo ABC, se pone en marcha ante desencadenantes, estímulos o situaciones disparadoras, conocidos como A; B es el procesamiento cognitivo a partir de “A”, pensamientos, creencias y expectativas, y “C” son las respuestas fisiológicas y conductuales ante ese tipo de pensamiento (Beck, 2010).

Según Puerta (2011) la terapia cognitiva consiste esencialmente en

Identificar aquellos pensamientos irracionales que nos hacen sufrir, e identificar qué es irracional (discusión cognitiva) en ellos; esto se hace mediante un proceso de autoanálisis por parte del paciente, que el médico debe promover y supervisar. Hay que señalar que este esfuerzo de observación y crítica que el paciente hace de sus propios pensamientos negativos automáticos no debe confundirse con la tendencia conocida como «pensamiento positivo», que solo promueve el adoctrinamiento por medio de frases positivas u optimistas («Merezco ser feliz», «Soy listo, fuerte y capaz», etc.), porque la Terapia Cognitiva se vale del pensamiento crítico para conseguir el cambio en sus pacientes y se apoya en hechos y pensamientos ajustados a la realidad. No es una imposición dogmática de pensamientos predeterminados. (p. 183)

### 3.5 Evaluación

Dependiendo de los propósitos de la evaluación, se encuentran a disposición cierto número de estrategias para una adecuada evaluación (Molina, 2003). Una evaluación integral habitualmente incluye la entrevista clínica, la administración de medidas de auto informe y de escalas de clasificación clínica, y evaluaciones conductuales y cognitivas.

“El esquema de evaluación normalmente sigue una sistematización que consta de una entrevista, medidas de autor reporte, estrategias específicas de evaluación y los autor registros”. (Molina, 2003, p. 88).

## Entrevista Clínica

Antes que un psicólogo, psiquiatra u otro profesional de la salud mental comience a ayudar a un individuo con un problema particular, hay un período inicial de evaluación y de valoración del caso. Este proceso de evaluación involucra la recolección de la información necesaria para comprender mejor la naturaleza y el grado del problema de manera tal que pueda formularse el mejor tratamiento posible. (Rosello, 2007, p. 45)

## Medidas de Autoreporte

Las medidas de auto informe incluyen pruebas de lápiz y papel que una persona completa antes de iniciar el tratamiento, y tal vez nuevamente durante el tratamiento y después de finalizado el tratamiento. Son utilizadas para proporcionar información adicional que probablemente no ha sido cubierta en la entrevista, así como para confirmar y expandir la información provista en la entrevista. (Rosello, 2007, p. 45)

## Estrategias de Evaluación Cognitiva

Debido a la importancia crucial de los procesos cognitivos en el desarrollo y mantenimiento de la fobia social, la evaluación cognitiva es un componente importante de la evaluación de la fobia social. Aquí cobran importancia las conceptualizaciones que otorgan un papel integrador y unificador a las meta cogniciones, es decir, a la conciencia, conocimiento y monitoreo activo que una persona hace de sus procesos y estrategias cognitivas. (Rosello, 2007, p. 45)

## Autorregistros

Un buen número de técnicas de autor registro son frecuentemente utilizadas en la continua evaluación. Los autor registros y diarios pueden ser individualmente diseñados para evaluar cualquiera de los dominios de funcionamiento que le interesa al clínico. A los pacientes se les puede pedir que registren algunos eventos que involucran la exposición a las situaciones sociales

temidas o que propician el inicio del problema. Un típico diario puede requerir que el paciente anote la fecha y la hora del evento, detalles sobre la naturaleza del evento. (Rosello, 2007, p. 45)

### 3.6 Diagnóstico

El diagnóstico conductual, se fundamenta en los dos puntos siguientes: primero, un enfoque conductual hacia el estudio del comportamiento humano; segundo, la aplicación de los principios y relaciones funcionales que rigen la conducta. (Camacho, 2003, p. 88)

En la evaluación conductista se evalúan los excesos, déficits y habilidades conductuales mediante preguntas tales como: ¿Qué está haciendo el niño en forma explícita o encubierta, que lo lleva al conflicto con su ambiente? ¿Cuáles son las variables que potencialmente controlan estas conductas? Se pone especial interés en la información empírica directa y altamente individualizada. (Camacho, 2003, p. 88)

Camacho (2003) refiere que una manera conveniente de organizar la información obtenida en la evaluación de una conducta desadaptada y que facilita la discriminación de métodos específicos de tratamiento, se describe a continuación:

- Estimulación. Estudiar la estimulación externa o interna del ambiente que pudiera influir de alguna manera en el comportamiento del niño.
- Organismo. Evaluar el estado biológico del niño, incluso las variables genéticas, neurológicas, bioquímicas y mecánicas que afectan la forma de la conducta.
- Respuesta. Medición de la conducta motora, la conducta verbal cognoscitiva y la conducta emocional fisiológica.
- Contingencia. Relación entre la conducta y sus consecuencias, incluso la frecuencia y el tiempo de los resultados de la respuesta.
- Consecuencia. Se refiere a las consecuencias de la conducta, incluso los diversos sucesos agradables y desagradables.

Como características del diagnóstico conductual, Camacho (2003) señala las siguientes:

- Se elabora con base en la observación directa de la conducta: ¿qué conducta ocurre, con qué dimensiones cuantitativas y ante qué estímulos o situaciones ambientales?
- Su resultado no es una etiqueta, sino un conjunto de cuantificaciones de la conducta y de descripciones de las condiciones en las que se observó ésta.
- Es confiable, ya que se evalúa conductas: atender, seguir indicaciones, etc.

“El diagnóstico conductual más que un medio de clasificar es una medida de la ejecución de una persona en un momento dado, medida con la cual pueden compararse los cambios producidos por los procedimientos terapéuticos.” (Ibañez-Tarin, 2007, p. 33)

Para concluir, al momento de finalizar la evaluación, se mencionan tres preguntas que el diagnóstico debe intentar responder: ¿Cuál patrón conductual específico requiere cambios, ya sea en su frecuencia de ocurrencia, en su intensa duración, o en las condiciones bajo las cuales ocurre? ¿Bajo cuáles condiciones fue adquirido este patrón y cuáles factores lo mantienen actualmente? ¿Cuáles son los mejores medios prácticos para producir los cambios deseados en el usuario?

Caballo (1997) expone que:

Una parte primordial del diagnóstico es la descripción de las características más importantes del medio en el que el usuario vive. Con esta base se juzga lo apropiado de las conductas que presenta. Otra parte importante del diagnóstico es la detección de lo que podemos llamar relaciones funcionales viciadas, las cuales impiden la adquisición de conductas más adaptativas o deseables, el diagnóstico debe incluir la descripción de esas funciones viciadas, si las hay, el primer paso del tratamiento es eliminarlas. (p. 56)

### 3.7 Terapia Cognitivo Conductual y farmacología

Es frecuente que los pacientes reciban un tratamiento psicológico en conjunto a otro farmacológico. No necesariamente esto redundaría en un “tratamiento combinado” en el cual existe acuerdo en objetivos, plazos de cada uno de los componentes y concepción general del problema abordado (Garay, 2013). Y en aquellos casos en que dicha práctica tiene lugar, ¿cuál es la evidencia existente acerca de la combinación de dichos tratamientos? ¿Cuáles son los criterios clínicos que permiten orientar su implementación? ¿Es correcto asumir que la combinación de tratamientos será superior a la monoterapia?

Para responder estas preguntas, se han realizado diferentes estudios con varios objetivos, como explica Garay (2013)

Primero, han intentado aumentar la magnitud de respuesta, es decir, lograr un beneficio mayor en la reducción sintomática o en el mejoramiento de su funcionamiento diario. Segundo, se ha buscado aumentar la probabilidad de respuesta, lograr que el beneficio buscado abarque a la mayor cantidad posible de pacientes. Tercero, la combinación de tratamientos buscó incrementar la amplitud de respuesta: dado que la medicación actúa más rápidamente que la psicoterapia mientras que la psicoterapia muestra efectos más amplios o más duraderos. Cuarto, se intenta alcanzar la aceptación de cada componente del tratamiento combinado: la medicación puede conducir a que los pacientes sean más tratables psicoterapéuticamente y, a su vez, la psicoterapia puede incrementar la adherencia a los tratamientos farmacológicos. (p. 42)

## Modos de combinar Terapia Cognitivo Conductual y Psicofarmacología

La primera forma de combinación que se estudió fue la denominada “combinación simultánea”: administración de medicación y psicoterapia desde el inicio del tratamiento (Garay, 2013).

Al extenderse los tratamientos en plazos y complejidad, se comenzaron a estudiar otras formas: la combinación secuencial durante la fase de continuación y la combinación alternada en la fase de mantenimiento.

“Si bien en el abordaje de los trastornos psicóticos, bipolares y depresivos se ha obtenido una gran evidencia a favor de la combinación de tratamientos, no ha ocurrido lo mismo en el tratamiento de los trastornos de ansiedad. Incluso se ha observado que un tratamiento interfiere con el otro reduciendo las tasas de remisión o de respuesta.” (Teruel, 2008, p. 142)

### Aspectos relacionales de los tratamientos combinados

La mayoría de los psicólogos y psiquiatras de la Ciudad de Buenos Aires incluidos, consideraron a los factores interpersonales como principales responsables del éxito terapéutico en los tratamientos combinados (Ibañez, 2007). Sin embargo, la mayoría de los estudios apuntan al análisis de la interacción entre la medicación y la psicoterapia.

Ibañez (2007) hace la siguiente aclaración:

El trabajo en equipo y la relación entre los profesionales es un elemento esencial del tratamiento combinado. La comunicación fluida es un elemento esencial para lograr alcanzar tratamientos de buena calidad: la comprensión del propio rol y la valoración de otras disciplinas, la comunicación entre los miembros del equipo son competencias elementales para el trabajo en colaboración. El respeto como aspectos fundamentales y la visión global de la asistencia del paciente, los modelos explicativos, la capacitación, la experiencia, la frecuencia de las entrevistas, la cobertura entre ambos profesionales durante

las ausencias de uno u otro, la frecuencia de comunicación y el acuerdo sobre cómo manejar una situación de emergencia, todos ellos son elementos a considerar para el adecuado tratamiento en colaboración. (p. 70)

A modo de conclusión, puede afirmarse que el abordaje de los trastornos afectivos y los trastornos psicóticos constituye el campo sobre el cual más se ha investigado la combinación de terapia cognitivo conductual y psicofarmacología. La terapia cognitivo conductual de los trastornos de ansiedad ha logrado importantes resultados, particularmente en los trastornos por pánico, agorafobia, trastornos de ansiedad social, trastorno por estrés postraumáticos. Sin embargo, una proporción importante de pacientes no alcanzan la remisión, otro tanto permanece con síntomas residuales o subsindrómicos que impactan en su calidad de vida y finalmente algunos presentan recaídas o presentan dificultades para discontinuar el uso de ansiolíticos.

### 3.8 Tratamientos y técnicas de intervención

La búsqueda de diferentes maneras para ayudar a las personas a gestionar y afrontar diferentes problemas psicológicos y conductuales es una constante de la psicología. A lo largo de la relativamente corta historia de esta disciplina, diferentes personas y escuelas de pensamiento han logrado desarrollar técnicas más o menos eficaces para tratar dichos problemas y trastornos (Ibañez, 2007)

Algunas de las aportaciones que mayor evidencia científica ha demostrado en el tratamiento exitoso de dichos problemas provienen del paradigma cognitivo-conductual, el predominante en la actualidad. “El paradigma cognitivo-conductual posee una gran cantidad de herramientas utilizables para el beneficio del paciente, sin embargo, son limitadas las técnicas que han demostrado ser eficientes ante la mayoría de las problemáticas” (Rosello, 2007, p.39)

## El paradigma cognitivo-conductual

Nacido de la fusión entre las técnicas y procedimientos conductistas que buscan el conocimiento científico en base a lo observable y el conocimiento de que detrás de la conducta hay diversos procesos psicológicos que explican por qué actuamos, pensamos y sentimos cómo lo hacemos, el modelo o enfoque cognitivo-conductual se basa en el trabajo sobre los aspectos cognitivos de cara a producir una modificación significativa y profunda de la conducta (Camacho, 2003)

Camacho (2003) relata que

A través de los métodos derivados de este enfoque se tratan muy diversos problemas mentales desde un punto de vista validado por la ciencia y centrado en la problemática actual, trabajando a partir de los síntomas presentes para obtener una mejoría en la calidad de vida del paciente y un alivio de su malestar. Dentro del paradigma cognitivo-conductual son múltiples los tratamientos, terapias y técnicas que pueden utilizarse de cara a producir una mejoría al paciente. Muchas de ellas son técnicas surgidas del conductismo a las cuales se les han añadido elementos cognitivos. (p. 83)

A continuación, se explican brevemente algunas de las técnicas más empleadas:

### Técnicas de exposición

Este tipo de técnicas son empleadas especialmente en los casos de fobias y trastornos de ansiedad y control de los impulsos. Se basan en confrontar al paciente al estímulo temido o generador de ansiedad hasta que ésta se reduzca, de manera que pueda aprender a gestionar su conducta ante él a la vez que a nivel cognitivo reestructura los procesos de pensamiento que le hacen sentir malestar ante dicho estímulo o situación. Las técnicas de exposición pueden aplicarse de muy diversa manera, tanto en vivo como en imaginación e incluso es posible aprovechar las posibilidades tecnológicas para aplicar exposición a través de realidad virtual (Camacho, 2003)

## Desensibilización sistemática

Camacho (2003) indica si bien el procedimiento aplicado en la desensibilización sistemática es semejante al de la exposición, ya que en él se establece también una jerarquía de estímulos ansiógenos a los que el paciente va a exponerse, se diferencia de las técnicas anteriores en el hecho de que previamente se ha entrenado al paciente en la realización de respuestas incompatibles con la ansiedad.

Diferentes variantes de esta técnica son las escenificaciones emotivas (aplicada especialmente con niños y empleando un contexto agradable en que poco a poco se introducen los estímulos), la imaginación emotiva (en que se usan imágenes mentales positivas que eviten en lo posible la ansiedad) o la desensibilización por contacto (Fernández, 2012).

## Reestructuración cognitiva

Esta técnica resulta básica en el tratamiento de la mayor parte de trastornos psíquicos, formando parte de casi todas las técnicas cognitivo-conductuales. Se basa en la modificación de los esquemas de pensamiento del paciente a través de diversos métodos, identificando los propios patrones de pensamiento y su influencia sobre la vida del paciente y generando junto al paciente alternativas cognitivas más adaptativas y funcionales (Camacho, 2003).

Así pues, se modifican creencias, actitudes y puntos de vista, todo ello con el objetivo de hacer que la persona pase a interpretar las cosas de otro modo, por un lado, y se planteen diferentes objetivos y expectativas, por el otro. Estas modificaciones tendrían el poder de hacer que apareciesen nuevos hábitos y desapareciesen esas rutinas que son poco útiles o generadoras de malestar (Fernández, 2012).

## Técnicas de modelado

El modelado es un tipo de técnica en la que un individuo realiza una conducta o interactúa en una situación con el objetivo de que el paciente observe y aprenda una manera de actuar concreta de manera que sea capaz de imitarlo. Se busca que el observador modifique su conducta y/o pensamiento y dotarle de herramientas para afrontar determinadas situaciones (Fernández, 2012).

Existen diferentes variantes según el observador deba o no replicar la conducta, el modelo domine desde el inicio de realizar la conducta deseada o tenga recursos semejantes al paciente de modo que se vaya haciendo una aproximación al objetivo, el número de personas que actúan como modelo o si el modelado se realiza en vivo o a través de otros medios como la imaginación o la tecnología (Camacho, 2003).

## Inoculación de estrés

Esta técnica se basa en la preparación del sujeto de cara a hacer frente a posibles situaciones de estrés. En ella se pretende en primer lugar ayudar al paciente a entender cómo le puede afectar el estrés y cómo puede hacerle frente, para posteriormente enseñarle diferentes técnicas cognitivas y conductuales como las otras aquí reflejadas y finalmente hacer que las practique en situaciones controladas que permitan su generalización a la vida cotidiana (Fernández, 2012).

## Entrenamiento en autoinstrucciones

Creado por Meichenbaum, el entrenamiento en autoinstrucciones se basa en el papel de éstas sobre la conducta. Se trata de las instrucciones que con las que guiamos nuestra propia conducta indicando qué y cómo vamos a hacer algo, las cuales están teñidas por las expectativas hacia los resultados a obtener o a la propia eficacia (Camacho, 2003).

El proceso pasa porque en primer lugar el terapeuta realice un modelado de la acción a realizar indicando los pasos en voz alta. Posteriormente el paciente llevará a cabo dicha acción a partir de

las instrucciones que irá recitando el terapeuta. A continuación se procederá a que sea el propio paciente quien se autoinstruya en voz alta, para luego repetir el proceso en voz baja y finalmente mediante habla subvocal, interiorizada. (Fernández, 2012)

#### Entrenamiento en resolución de problemas

El entrenamiento en resolución de problemas es un tipo de tratamiento cognitivo-conductual a través del cual se pretende ayudar a los sujetos a hacer frente a determinadas situaciones que por sí mismos no son capaces de solucionar (Camacho, 2003).

En este tipo de técnica se trabajan aspectos como la orientación hacia el problema en cuestión, la formulación del problema, la generación de posibles alternativas para solucionarlo, la toma de una decisión respecto a la más apropiada y la verificación de sus resultados (Camacho, 2003).

#### Técnicas operantes para la modificación de conductas

Si bien de origen conductista, este tipo de técnicas forman parte también del repertorio cognitivo-conductual. A través de este tipo de técnicas se trata fundamentalmente de provocar una modificación en la conducta a través de la estimulación (Camacho, 2003). Permiten tanto motivar y contribuir a aprender nuevas conductas como a reducirlas o modificarlas mediante la aplicación de refuerzos o castigos. Dentro de las técnicas operantes podemos encontrar el moldeamiento y el encadenamiento para potenciar conductas adaptativas, el reforzamiento diferencial para reducir conductas o cambiarlas por otras y la saciación (Camacho, 2003)

#### Técnicas de autocontrol

Camacho (2003) refiere que es la habilidad de autogestión es un elemento fundamental que nos permite ser autónomos y adaptarnos al medio que nos rodea, mantener nuestra conducta y pensamientos estables a pesar de las circunstancias y/o ser capaz de modificarlas cuando es necesario. Sin embargo, muchas personas tienen dificultades en adecuar su conducta, expectativas

o forma de pensar a la realidad de una forma adaptativa, con lo que pueden producirse diferentes trastornos.

Así pues, las técnicas de autocontrol son utilizadas para facilitar el aprendizaje de patrones de conducta en las que la impulsividad se vea aplacada por la consideración de las consecuencias futuras que ciertas acciones pueden acarrear (Camacho, 2003)

#### Técnicas de relajación y de respiración

La activación física y psíquica es un elemento de gran importancia a la hora de explicar problemas tales como la ansiedad y el estrés. El sufrimiento que provoca la presencia de problemas y dificultades puede en parte ser reducida por técnicas de relajación, aprendiendo a partir de ellas a gestionar las sensaciones corporales de manera que también pueda ayudarse a gestionar la mente. Dentro de este grupo encontramos la relajación progresiva de Jacobson, el entrenamiento autógeno de Schultz o las técnicas de respiración (Fernández, 2012).

#### Ventajas de las técnicas cognitivo-conductuales

Las técnicas cognitivo-conductuales han manifestado un muy elevado nivel de eficacia en el tratamiento de diversos problemas y trastornos psíquicos. A través de ellos es posible modificar la conducta del paciente y contribuir a la adquisición de hábitos de vida y comportamiento más adaptativos, trabajándose y modificándose también la base cognitiva que induce los comportamientos originales (Camacho, 2003)

Con este tipo de técnicas se estimula la mente y la conducta, produciendo una mejoría clara en un gran número de casos. Su nivel de eficacia es tal que hoy en día es considerada la terapia de elección para la mayoría de los trastornos mentales.

## Desventajas y limitaciones

A pesar de la gran eficacia de estas técnicas en el tratamiento de los síntomas de los trastornos y problemas mentales, las técnicas de tipo cognitivo-conductual tienen una serie de limitaciones que hace que no siempre sean efectivas (Fernández, 2012).

En primer lugar, Camacho (2003) destaca el hecho de que si bien tienen en cuenta el pasado a la hora de recabar información para entender la problemática actual, las técnicas cognitivo-conductuales se centran en el aquí y el ahora no haciendo a nivel terapéutico demasiado hincapié en lo ya ocurrido que pueda haber provocado la conducta desadaptativa.

Si bien estas técnicas son de gran utilidad para tratar el síntoma actual, en su mayoría detrás de un trastorno mental se encuentra un profundo sufrimiento producido por bloqueos o eventos experimentados durante largo tiempo y que puede acabar generando el trastorno. Si el origen de dicho sufrimiento no es tratado y el paciente no es capaz de hacerle frente, el trastorno podría llegar a reaparecer (Camacho 2003).

### 3.9 Eficacia de la terapia cognitivo conductual

El concepto de eficacia terapéutica es complejo. Se tienen en cuenta diversos aspectos: qué síntomas mejorar y en qué medida, cuánto tarda en aparecer la mejora, grado en que esta se mantiene, cambios conseguidos en el funcionamiento social y laboral y calidad de vida, qué porcentaje de personas no aceptan el tratamiento y/o lo abandonan una vez iniciado, etc. La terapia cognitivo-conductual es uno de los tratamientos de primera elección para numerosos trastornos mentales. Sin embargo, el conocimiento que los profesionales sanitarios y el público en general tienen de la terapia cognitivo conductual y su presencia en la práctica clínica probablemente es escaso. El objetivo del presente trabajo es definir la terapia cognitivo conductual y sus principales ámbitos de aplicación y ofrecer una revisión sistemática de su eficacia (Fernández, 2012).

Fullana (2012) relata que

La TCC es tan eficaz o más que otras formas de tratamiento (psicológico o psicofarmacológico) para la mayoría de los trastornos mentales no psicóticos y, en algunos de éstos, se considera tratamiento de primera elección. Los psicofármacos continúan siendo el tratamiento de primera elección para los trastornos psicóticos y el trastorno bipolar. En estos trastornos, la eficacia de la TCC en solitario se desconoce. Los ámbitos de aplicación de la TCC se han extendido notablemente durante los últimos años y también ha demostrado su eficacia en trastornos somáticos como el síndrome de fatiga crónica, la dismenorrea o la obesidad, así como en trastornos funcionales o “síntomas somáticos sin explicación médica” (p.22)

Se ha comparado la eficacia de la Terapia Cognitivo Conductual en algunos de los trastornos mentales más frecuentes respecto a otros procedimientos terapéuticos: tratamiento farmacológico, tratamiento combinado (TCC más psicofármacos), placebo farmacológico, placebo psicológico, otro tratamiento psicológico, lista de espera y tratamiento habitual. La categoría de placebo psicológico se refiere habitualmente a una intervención que contiene elementos inespecíficos propios de cualquier intervención psicológica (expresión de empatía, apoyo emocional, por ejemplo), pero no incluye técnicas específicas de tratamiento (Fullana, 2012).

Labrador (2002) dice que

Determinar que un tratamiento es eficaz es una labor de la comunidad científica (investigación y universidad) y de la comunidad profesional de un campo de trabajo (el “Colegio Oficial de Psicólogos”, y sociedades profesionales de psicología clínica). La comunidad científica no se restringe a un país, no conoce fronteras. Muchos de los tratamientos psicológicos, así como la evaluación de su eficacia, han sido desarrollados por

científicos y profesionales de otros países, pero, sea cual sea su origen, el punto clave es que se haya demostrado científicamente su eficacia y así lo reconozcan las sociedades científicas y profesionales de psicología. (p.238)

Desgraciadamente con frecuencia se considera que es aval suficiente para un tratamiento psicológico el que un determinado profesional “opine” que ese tratamiento es eficaz. Pero esto no es así. Es la comunidad científica, fundamentalmente identificada con los grupos de investigación clínica y los ámbitos universitarios, la que debe aceptar que la investigación realizada reúne las condiciones necesarias para poder demostrar inequívocamente que ese tratamiento es eficaz. Las opiniones no pueden considerarse como criterio científico.

### 3.10 Terapia grupal

El concepto “terapia de grupo” engloba un gran número de intervenciones distintas, que pueden focalizarse en el manejo de problemas concretos, en la adquisición de habilidades conductuales y cognitivas o en los beneficios sociales de la experiencia grupal en sí misma.

La terapia de grupo tal y como la conocemos empezó a desarrollarse en las décadas de 1920 y 1930, El psicoanálisis, que gozaba de gran popularidad en la primera mitad del siglo XX, tuvo una gran influencia en la terapia de grupo temprana. Wender transfirió las ideas de Sigmund Freud sobre el funcionamiento familiar a los grupos terapéuticos, mientras que Schilder adoptó como metodología el análisis de los sueños y de la transferencia (Portillo, 2000).

Portillo (2000) relata que:

El objetivo esencial es que el grupo sea el instrumento que potencie el cambio deseado. La terapia de grupo es tan eficaz porque las personas sienten que no están solas con su problema, se rompe el aislamiento al que muchos se habían sometido. Por otra parte, la

posibilidad de compartir sus emociones y pensamientos sin miedo a la crítica fomenta un elevado nivel de cohesión grupal que conduce a cambios psicológicos más estables. (p. 83)

El psicodrama de Moreno fue una de las primeras terapias de grupo en adquirir cierta relevancia. Moreno trabajaba las dinámicas de grupo mediante procedimientos dramáticos y centrados en la emoción, cercanos a la interpretación. En la misma época, en los 30 y los 40, Redl empezó a aplicar la terapia de grupo en niños, y Slavson hizo lo propio con adolescentes (Portillo, 2000).

“La terapia grupal se focaliza en las interacciones que se producen en el grupo, el cual se convierte en un espacio para ventilar los problemas de cada uno de los miembros y hallar solución a los mismos.” (Portillo, 2000, p.83)

Al igual que la psicoterapia individual, este método de trabajo está dirigido a ayudar a las personas a resolver sus conflictos, reencontrar el equilibrio emocional, estimular su crecimiento personal, potenciar sus habilidades sociales y dotarlas de las herramientas de afrontamiento que necesitan. En la actualidad, la terapia de grupo es una herramienta consolidada en el ámbito de la Psicología y la Psiquiatría. Sus beneficios han sido ampliamente documentados en la literatura científica y su eficacia para abordar diferentes problemas y trastornos está comprobada

### 3.11 Terapia familiar

En los últimos años se ha vuelto muy frecuente la utilización, por parte de psicólogos, psicopedagogos, trabajadores sociales y otros profesionales, del recurso de la terapia familiar con el objetivo de tratar trastornos emocionales de algún miembro de la familia, mejorar la comunicación y resolver conflictos. Las sesiones en las que tiene lugar esta terapia pueden incluir al conjunto de miembros de la familia o únicamente los más predispuestos o interesados en su participación (Pereyra, 2008).

Pereyra (2008) explica que:

Son muchos los motivos por los que puede resultar conveniente acudir a una serie de sesiones de terapia familiar, puesto que es un método que puede ser beneficioso para resolver tanto problemas de grupo como individuales. A nivel de organización familiar, se pueden tratar desde problemas de implementación de reglas de convivencia, a comunicaciones insuficientes o distorsionadas o interacciones familiares frías, distantes y hasta violentas. (p. 297)

Los problemas de carácter individual que pueden someterse a terapia familiar incluyen un amplio espectro donde caben situaciones provocadas directamente por problemas dentro del clan familiar como ajenos al mismo.

La historia de la Terapia Familiar comenzó a su andadura en Estados Unidos. Su inicio está en la década de los 50. Antes de su aparición la psicología terapéutica se había centrado en una óptica individual y muy influido por el Psicoanálisis. El desarrollo de la Ecología, la Cibernética, las teorías de la Comunicación, y las Ciencias de los Sistemas, van a ejercer influencia en la aparición de un nuevo paradigma en las Ciencias de la Conducta, el denominado Paradigma Sistémico (Pereyra, 2008).

El principal beneficio de la terapia familiar es que puede resultar de gran ayuda para mejorar la comunicación entre padres e hijos y también entre hermanos o entre los cónyuges. A partir de aquí, sola o combinada con otros métodos, puede suponer una gran ayuda para resolver problemas psicológicos o de conducta individuales. “La terapia familiar es especialmente útil cuando el objetivo es mejorar la capacidad de los miembros de la familia para apoyarse mutuamente.” (Pereyra, 2008, p. 296)

Al usar con mayor eficiencia los recursos de apoyo, este tipo de terapia puede resultar clave para gestionar los acontecimientos vitales estresantes tales como: una situación de bullying en el entorno escolar, problemas de adicciones (drogas, alcohol, juegos, tecnologías), una enfermedad grave o el fallecimiento de un familiar (Pereyra, 2008).

Otro beneficio se potencia la función de pertenencia que de por sí ya tiene la familia. Con un buen terapeuta especializado en terapia familiar es posible dotar un mayor sentido a esta pertenencia e incrementar sus posibilidades de individualizar a cada uno de sus miembros. Esto significa que dentro del contexto familiar la persona, y en especial el niño o adolescente, aprende ser independiente, tener confianza en sí mismo y adquirir las herramientas indispensables para sobrellevar los problemas y crisis de la vida (Minuchin, 2001)

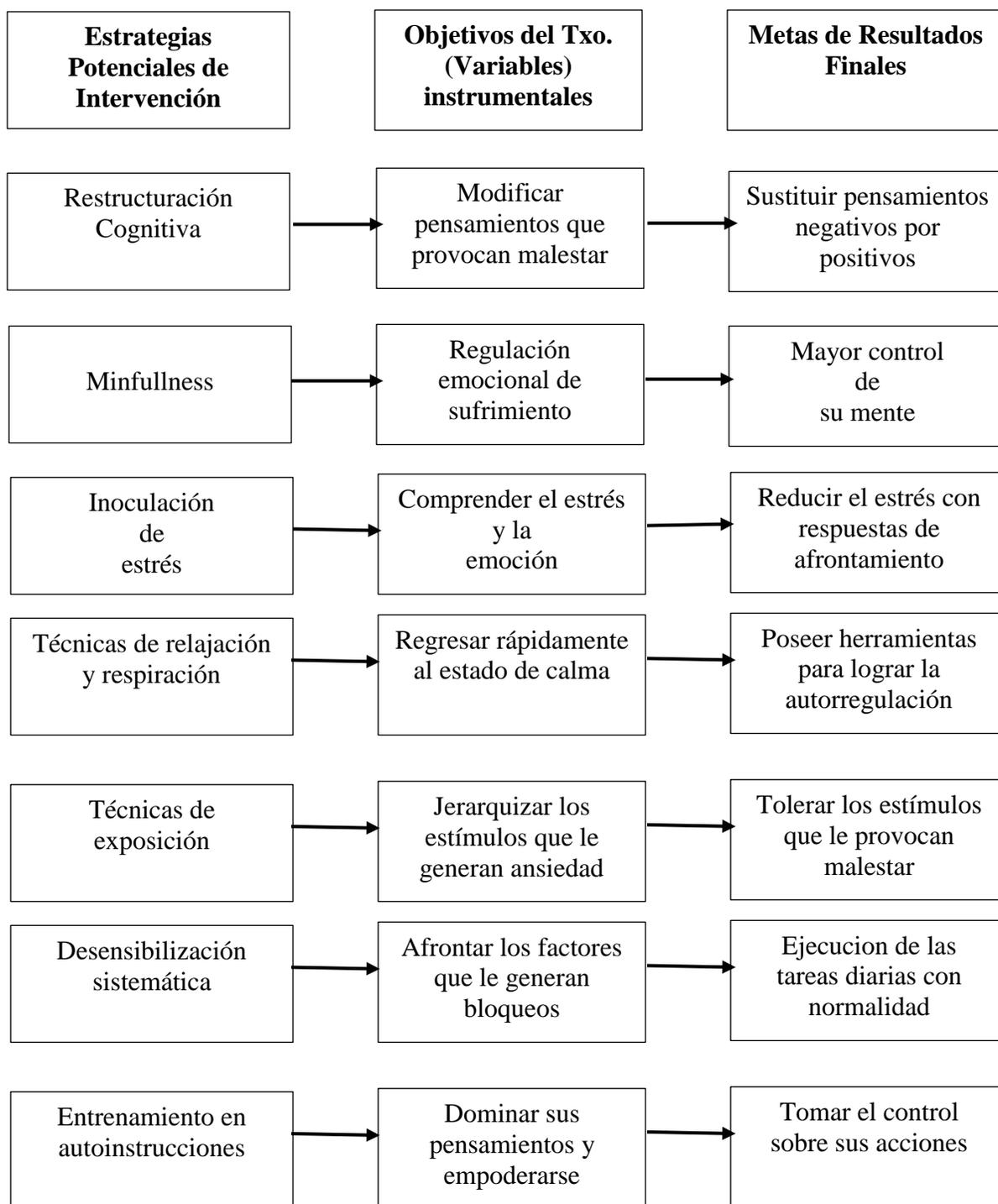
Minuchin (2001) relata que

Para hacernos una idea exacta de la importancia capital de la terapia familiar, no podemos perder de vista que precisamente la familia está considerada en la mayoría de las sociedades como el pilar más importante sobre el que se sustenta el crecimiento y desarrollo individual de una persona, así como su roles, deberes, valores, creencias y principios. (p. 24)

### 3.12 Plan de Tratamiento basado en la TCC

El siguiente plan de tratamiento está elaborado con la finalidad de poder abordar el caso de duelo por la pérdida de un hijo. Dicho plan está fundamentado en las técnicas ofrecidas por la terapia cognitivo-conductual.

**Cuadro No. 1**  
**Mapa de tratamiento**



Elaboración propia, julio 2018

## Fundamentación Teórica

Tomando en consideración los aspectos ansiosos evidenciados por el paciente durante la etapa de reconocimiento, se tomó la decisión de utilizar la terapia cognitiva conductual para el abordaje de sus dificultades.

Es una forma de psicoterapia que hace énfasis en la influencia que tienen nuestros pensamientos en la manera en que nos sentimos y actuamos. En las sesiones de Terapia Cognitiva Conductual, se trabaja con un consejero de salud mental, de una manera estructurada y atendiendo a un número limitado de sesiones (Labrados, 2002). Al ayudarle al paciente a tomar conciencia del pensamiento inexacto o negativo, esta terapia te permite ver con mayor claridad las situaciones difíciles y responder a ellas de una manera más eficaz. Hay diversos métodos de Terapia Cognitivo-Conductual: la terapia emotiva racional, terapia racional del comportamiento, terapia del vivir racional, terapia del comportamiento dialéctico, terapia enfocada en esquema. Sin embargo, estas terapias tienen ciertas características en común:

Se basan en la idea de que son nuestros pensamientos los que guían nuestros sentimientos y nuestra conducta, no así los factores externos como las personas, situaciones o eventos. La ventaja de este hecho es que podemos cambiar nuestra forma de pensar para sentir o actuar mejor, incluso si la situación no cambia (Labrados, 2002). Estas terapias son más breves y son consideradas de las más rápidas en obtener resultados. El número promedio de sesiones obtenidas por los clientes va de 5 a 15, dependiendo de la profundidad del caso (Labrados, 2002).

Otros tipos de terapia, como psicoanálisis, por ejemplo, pueden tomar años. Lo que hace que la Terapia Cognitivo Conductual sea tan efectiva es el hecho de que trabaja con instrucciones y asignaciones, básicamente una vez que la terapia inicia, la persona siempre está en terapia, pues hay muchas cosas que puede ir haciendo por su cuenta (Labrados, 2002).

La relación entre el terapeuta y el paciente es necesaria, pero no es lo principal. La relación debe ser buena, de confianza y de confianza ayuda mucho, pero lo principal es la que el cliente cambie su manera de pensar y ahí está la clave de la terapia. La Terapia Cognitiva-Conductual no le dice al paciente cómo debe sentirse, es estructurada y técnicas específicas y diferentes conceptos se enseñan en cada sesión (Labrados, 2002). El objetivo principal del tratamiento es ayudar al cliente desaprender sus reacciones no deseadas y para aprender nuevas maneras de reaccionar.

### Instrumentos

Como estrategia de evaluación y seguimiento al proceso se utilizaron: la entrevista clínica de acuerdo con los criterios del DSM 5 (2014), los auto-registros, las medidas subjetivas de malestar, el inventario de depresión de Beck (BDI) y el inventario de ansiedad de Beck (BAI).

### Base Terapéutica

El proceso terapéutico estará basado en el procedimiento de exposición cognitiva graduada. La exposición cognitiva consistirá en la identificación de tres áreas de preocupación de la paciente, las cuáles debían contener todas las preocupaciones posibles referidas por la paciente, una vez identificadas las áreas se evaluará la capacidad de imaginación con una escena neutra; después de ello se expondrá a cada una de las áreas a través de escenas específicas (por jerarquías de 1 a 3) durante 25 minutos evaluando cada cinco minutos la unidad subjetiva de malestar (USM) de 1 a 100, finalmente después de la exposición en imaginación se le pedirá a la paciente que generara la mayor cantidad de alternativas posibles ante las consecuencias temidas (Labrados, 2002).

A continuación, se exponen con mayor detalle los pasos:

Se le proporcionó a la paciente una justificación razonada sobre el uso de la técnica y se le explicó el procedimiento que se aplicaría de manera detallada

- La paciente realiza un listado de preocupaciones y en compañía de la terapeuta se concentraron las preocupaciones en tres áreas jerarquizándolas según el grado de ansiedad y USM.
- Se comprobará que la paciente no presentará dificultades para imaginar escenas de forma clara y vívida.
- Cada vez que se logre reducir la ansiedad a USM mínimas, se continuó con las siguientes áreas en la jerarquía.

**Cuadro No. 2**  
**Estructura del trabamieto**

<b>Sesión No.</b>	<b>Objetivos</b>	<b>Problema Clínico</b>	<b>Técnica</b>	<b>Recursos</b>	<b>Evaluación</b>
Sesión 1	Formalizar el proceso terapeutico y describir el proceso a seguir. Realizar el examen mental y evaluar el estado emocional	Expresión del motivo de consulta	Lectura y firma del consentimiento informado y establecer rapport por medio de la entrevista semi estructurada	Terapeuta y paciente	Acepto las cláusulas propuestas y confirma su asistencia para siguiente sesión.
Sesión 2	-Identificar los temas relacionados con perdidas que se mencionen dentro de la entrevista.	Proceso de duelo no resuelto o estancado.	Inicio de la reestructuración cognitiva	Terapeuta y paciente	Se logró la empatía. Se logran identificar los

	-Identificar pensamientos automáticos. -Identificar las perturbaciones existentes en el contexto social.				pensamientos automáticos.
Sesión 3	-Reconocer la influencia que el duelo ejerce sobre la paciente. -Identificar creencias nucleares y periféricas.	Evitación constante a la socialización y exposición al mundo.	Aplicación de los inventarios de depresión y ansiedad de Beck. -Iniciar con los auto-registros.	Terapeuta y paciente Inventario Lápiz Libreta	Culminación de los inventarios e inicio del llenado de los auto-registros. Se logró identificar las creencias periféricas y centrales.
Sesión 4	Estudiar el estado de su triada cognitiva y ayudarle a reparar las distorsiones cognitivas	Perdida del sentido de vida	Asignación de tareas diarias y registro de las mismas.	Terapeuta y paciente Libreta de auto registros	Registros constantes de su evolución y narración de su experiencia con las tareas asignadas.
Sesión 5	-Evaluar el estado emocional. -Trabajar en la sobregeneralización	Bloqueo parcial ante la exposición a situaciones	Desensibilización sistemática	Terapeuta y paciente	Acepta realizar las tareas asignadas.

	n y la magnificación y minimización de los hechos.	que le recuerden la pérdida.			
Sesión 6	Minimizar el estado de ansiedad y estrés recurrente	Agobio ante las tareas y el proceso terapeutico	Desensibilización sistemática	Terapeuta y paciente	Hace catarsis al expresar sus preocupaciones y recordar el impacto de la pérdida. Hace referencia a la tristeza y la razón por la que lo sentía.
Sesión 7	Controlar los brotes de estrés y su aparición intermitente.	Estado de hipervigilia debido al estrés.	Inoculación del estrés	Terapeuta y paciente	Identifica cuales son los factores que le estresan excesivamente y logra jerarquizarlos.
Sesión 8	Hacer frente a los factores estresantes y dominarlos.	Alteración en la ejecución de las tareas de la vida diaria.	Inoculación del estrés	Terapeuta y paciente	Desplaza los factores estresantes de su vida
Sesión 9	Iniciar con el empoderamiento	Sensación de pérdida de	Entrenamiento en autoinstrucciones	Terapeuta y paciente	Inicia la aceptación de

	del paciente respecto al control de su vida	control y pobre manejo de sus tareas diarias.			la realidad y el factor “yo soy responsable de mi felicidad”
Sesión 10	Asume la responsabilidad de sus actos y toma las decisiones con mayor confianza y seguridad.	Desconfía de sus capacidades para llevar el rumbo correcto de su vida	Entrenamiento en autoinstrucciones	Terapeuta y paciente	Expresa mayor confianza y seguridad al momento de interactuar con sus símiles.
Sesión 11	Acepta participar parcialmente en algunas actividades que le recuerden la pérdida.	Profunda negación a participar en actividades que le recuerden a la pérdida	Técnicas de exposición	Terapeuta y paciente	Controla los sentimientos negativos que aparecen al encontrarse en ciertos lugares.
Sesión 12	Controla la negación a la participación activa en contextos que le recuerdan a la pérdida	Inicio de la recuperación del sentido de vida	Técnicas de exposición	Terapeuta y paciente	Logra participar sin grandes complicaciones en la globalidad de sus contextos.
Sesión 13	Brindar a la paciente información acerca	Precuela de la aceptación de la	Informe de los resultados de las pruebas y	Terapeuta y paciente Pruebas	Se le informo de los resultados de la

	de su proceso de evaluación.	perdida.	verificaciones de datos.	realizadas Informe de resultados	evaluación y lo que se espera de ella.
Sesión 14	Comunicar a la paciente los objetivos alcanzados del plan de tratamiento. Indagación de tecnicas basadas en Mindfulness.	Aceptación de la perdida y recuperación del sentido de vida	Técnicas de relajación y respiración Entrenamiento en resolución de problemas	Terapeuta y paciente	Se le comunico cual era el problema que se trabajó y cuál sería el proceso de seguimiento.

Elaboración propia, julio 2018

## Descripción de las técnicas de abordaje

### Reestructuración cognitiva

Esta técnica resulta básica en el tratamiento de la mayor parte de trastornos psíquicos, formando parte de casi todas las técnicas cognitivo-conductuales. Se basa en la modificación de los esquemas de pensamiento del paciente a través de diversos métodos, identificando los propios patrones de pensamiento y su influencia sobre la vida del paciente y generando junto al paciente alternativas cognitivas más adaptativas y funcionales (Fernández, 2012).

Así pues, se modifican creencias, actitudes y puntos de vista, todo ello con el objetivo de hacer que la persona pase a interpretar las cosas de otro modo, por un lado, y se planteen diferentes objetivos y expectativas, por el otro. Estas modificaciones tendrían el poder de hacer que apareciesen nuevos hábitos y desapareciesen esas rutinas que son poco útiles o generadoras de malestar (Fernández, 2012).

## La Inoculación de estrés

Esta técnica se basa en la preparación del sujeto de cara a hacer frente a posibles situaciones de estrés. En ella se pretende en primer lugar ayudar al paciente a entender cómo le puede afectar el estrés y cómo puede hacerle frente, para posteriormente enseñarle diferentes técnicas cognitivas y conductuales como las otras aquí reflejadas y finalmente hacer que las practique en situaciones controladas que permitan su generalización a la vida cotidiana. El objetivo es que la persona se acostumbre a afrontar las situaciones estresantes de manera racional, sin quedar bloqueada por sus emociones (Fernández, 2012).

## Mindfulness

La práctica de mindfulness o atención plena a través de la meditación es muy antigua en la tradición oriental, sobre todo en el budismo. Atención plena es un método que ayuda a reducir el sufrimiento y a promover cualidades positivas como la sabiduría, el insight o la compasión. Como indican los profesionales e investigadores en salud mental han puesto su interés en la atención plena como un medio de ayudar a personas aquejadas de distintos problemas mentales. Estos profesionales han conceptualizado la atención plena como una serie de técnicas que pueden ser enseñadas fuera del marco de creencias religiosas. Estas técnicas se han incluido en programas de intervención que tienen como finalidad el tratamiento de diversos problemas psicológicos (Fernández, 2012).

## Técnicas de relajación y respiración

La activación física y psíquica es un elemento de gran importancia a la hora de explicar problemas tales como la ansiedad y el estrés. El sufrimiento que provoca la presencia de problemas y dificultades puede en parte ser reducida por técnicas de relajación, aprendiendo a partir de ellas a gestionar las sensaciones corporales de manera que también pueda ayudarse a gestionar la mente. Dentro de este grupo encontramos la relajación progresiva de Jacobson, el entrenamiento autógeno de Schultz o las técnicas de respiración (Fernández, 2012).

## Desensibilización sistemática

Si bien el procedimiento aplicado en la desensibilización sistemática es semejante al de la exposición, ya que en él se establece también una jerarquía de estímulos ansiógenos a los que el paciente va a exponerse, se diferencia de las técnicas anteriores en el hecho de que previamente se ha entrenado al paciente en la realización de respuestas incompatibles con la ansiedad. Diferentes variantes de esta técnica son las escenificaciones emotivas (aplicada especialmente con niños y empleando un contexto agradable en que poco a poco se introducen los estímulos), la imaginación emotiva (en que se usan imágenes mentales positivas que eviten en lo posible la ansiedad) o la desensibilización por contacto (en que el terapeuta ejercería de modelo para enseñar cómo actuar) (Fernández, 2012).

## Entrenamiento en autoinstrucciones

Creado por Meichenbaum, el entrenamiento en autoinstrucciones se basa en el papel de éstas sobre la conducta. Se trata de las instrucciones que con las que guiamos nuestra propia conducta indicando qué y cómo vamos a hacer algo, las cuales están teñidas por las expectativas hacia los resultados a obtener o a la propia eficacia. Determinadas problemáticas tales como una baja autoestima o percepción de autoeficacia pueden producir que la conducta se vea perjudicada y no pueda realizarse con éxito e incluso evitarse. Con esta técnica se pretende ayudar al individuo a que sea capaz de generar auto verbalizaciones internas correctas, realistas y que le permitan llevar a cabo las acciones que desea realizar (Fernández, 2012).

## Técnicas de exposición

Este tipo de técnicas son empleadas especialmente en los casos de fobias y trastornos de ansiedad y control de los impulsos. Se basan en confrontar al paciente al estímulo temido o generador de ansiedad hasta que ésta se reduzca, de manera que pueda aprender a gestionar su conducta ante él a la vez que a nivel cognitivo reestructura los procesos de pensamiento que le hacen sentir malestar

ante dicho estímulo o situación. En general, se procede a hacer entre paciente y terapeuta una jerarquía de estímulos temidos, de manera que este pueda ir poco a poco acercándose y exponiéndose a ellos paulatinamente. La velocidad de aproximación puede variar enormemente según el paciente se sienta más o menos capaz de hacer frente a lo temido (Fernández, 2012).

## Conclusiones

La comprensión de la complejidad que encierra un evento traumático de estas características será fundamental para el adecuado desarrollo del proceso de duelo, tanto para quien lo atraviesa como para quien se ve involucrado indirectamente en él.

Los mitos, la desinformación y la presión social son los principales obstáculos con los que una persona debe luchar cuando se encuentra en un proceso de duelo tan complicado, pues dicho factores influyen en las decisiones que la persona tomará, llevándola hacia un camino sin salida y aislándose completamente de la ayuda profesional, provocando de esta manera que su vida quede estancada y sin que se vea forzada a sumergirse en la depresión, volviendo la situación más complicada de lo que debería ser.

El rol que juegan los familiares y amigos cercanos es fundamental en estas situaciones, pues se vuelven sus principales tanques de oxígeno al encontrarse en esta situación. Es común que las personas que atraviesan un trauma complejo se sientan desamparadas por todos y busquen respuesta en un ser superior, por lo que es de suma importancia estar al tanto de las decisiones que esta persona puede llegar a tomar, ya que, al no encontrar respuesta en la espiritualidad, corre el riesgo de entrar a un callejón depresivo y evocación de pensamientos de desesperanza o muerte, por lo que es fundamental el monitoreo constante.

Acudir a un profesional para apoyarle en el proceso es casi una meta por cumplir, teniéndose que ver como un desafío debido a los mitos y dificultades que la sociedad presenta, dificultando que quien atraviesa el duelo se sienta en la libertad de buscar ayuda, pues se le tachará como débil o loco si acude a un psicólogo por ayuda. Este es uno de los constructos más complejos y dañinos para la psicología en los tiempos modernos, pues aún se ve como algo “malo” cuando alguien acude a un profesional por ayuda psicológica, mermando en gran medida el potencial y el desarrollo de la vida plena en las personas, creyendo que al no necesitar ayuda reflejarán fortaleza o seguridad ante la sociedad.

## Referencias

- Abbene, D., & Ines, A. (2009). *Trastorno por estrés postraumático*, Tierra del fuego, caso clínico
- Becerril, E., & Álvarez, L. (2012). *La teoría del apego en las diferentes etapas de la vida*. Cantabria, Universidad de Cantabria
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (2010). *Terapia cognitiva de la depresión*. Bilbao, Desclée De Brouwer.
- Beck, A. T. (2013). *Terapia cognitiva para trastornos de ansiedad*. Bilbao, Desclée de Brouwer.
- Benyakar, M. (2005). *Lo traumático: clínica y paradoja. El proceso traumático*. Buenos Aires Editorial Biblos.
- Bleichmar, H. (2010). *Una reformulación del duelo patológico: múltiples tipos y enfoques terapéuticos*. Aperturas psicoanalíticas.
- Caballo, V. E. (1997). *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos*. Madrid: Siglo Veintiuno.
- Cárdenas, C. (2010). *Hijo querido*; Mexico D.F.; Gesta Fráfica Impresores.
- Camacho, J. (2003). *El ABC de la terapia cognitiva*. Buenos Aires, Universidad de Buenos Aires
- Dávalos, E. (2008). *El proceso del duelo. Un mecanismo humano para el manejo de las pérdidas emocionales*, México D.F. Revista de especialidades médico-quirúrgicas. Pp 28-31

El duelo: Cómo sobrellevar la muerte de un ser querido, (2011, marzo). *En Centro de apoyo de American Psychological Association* Recuperado de <http://www.apa.org/centrodeapoyo/duelo.aspx>

Fernández, M. Á. R., García, M. I. D., & Crespo, A. V. (2012). *Manual de técnicas de intervención cognitivo conductuales*. Desclée de Brouwer.

Fullana, M. A., Fernández de la Cruz, L., Bulbena, A., & Toro, J. (2012). Eficacia de la terapia cognitivo-conductual para los trastornos mentales. *Medicina Clínica*, 138(5), 215-219.

Gaborit, M. (2010). *Desastres y trauma psicologico*. San Salvador, Pensamiento Psicológico.  
Pp. 15-39

Garay, C. J., Rosales, M. G., Fabrissin, J. H., Martini, S. A., D'Alessandro, F. M., Korman, G. P., y Etchevers, M. J. (2013). *Aplicación de la combinación de psicoterapia y psicofarmacoterapia por psicólogos y psiquiatras de Buenos Aires*. Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina

Garrido-Rojas, L. (2006). *Apego, emoción y regulación emocional. Implicaciones para la salud*.  
Revista Latinoamericana de Psicología, pp. 493-507

Gonzales, Maria Guadalupe (2015). *Desarrollo neuropsicológico de las funciones ejecutivas en la edad preescolar*. Mexico D.F.; Editorial El Manual Moderno

- Ibáñez-Tarín, C., & Manzanera-Escartí, R. (2007). *Técnicas cognitivo-conductuales de fácil aplicación en asistencia primaria (parte 2)*. *Medicina de Familia. SEMERGEN*, 34-41.
- Kübler-Ross, Elisabeth (2013). *Sobre la muerte y los moribundos*; Mexico D.F., Random House Mondadori.
- Labrador, F. (2002). *La eficacia de los tratamientos psicológicos*. Sociedad española para el avance de la psicología clínica y de la salud. Vol. 4. Pp.233-240
- Landorf, J. (1976). *Canción de duelo*; Miami, Florida. Editorial Vida.
- LeDoux, J. (2015). *Anxious. Using the brain to understand and treat fear and anxiety*. New York (NY), USA: Penguin Random House LLC.
- Loiteguie, A. (2008). *Duelo anticipado: Sobre el desarrollo del concepto y la importancia de su estudio y abordaje*. Universidad de Belgrano, Buenos Aires
- López Soler, C. (2008). *Las reacciones postraumáticas en la infancia y adolescencia maltratada: el trauma complejo*. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*. Pp 159-174
- Márquez, I. M. F. (2010). *Modelo de intervención en crisis*, Madrid, Grupo Luria.
- Martinez, R. (2010) *Cicatrices del corazón*, Madrid, Desclée de brouwer.
- Miaja, M., & Moral de la Rubia, J. (2013). *El significado psicológico de las cinco fases del duelo propuestas por Kübler-Ross mediante las redes semánticas naturales*. *Psicooncología*.
- Minuchin, S. (2001). *Familias y terapia familiar*. Editorial Gedisa. Barcelona.

- Molina, H. A., Gálvez, E. M., & Pach, R. S. (2003). *Estrategias de evaluación cognitivo-conductual de la fobia social*. Revista de psiquiatría y salud mental Hermilio Valdizan. Vol. 4. Pp 29-45
- Nieto Martínez, I., & López Casares, M. C. (2016). *Abordaje integral de la clínica del trauma complejo*. Clínica Contemporánea
- Neimeyer, R. (2002). *Aprender de la pérdida*. Barcelona, Paidós.
- Observatorio regional de cuidados paliativos de Extremadura, (2010). *Guía clínica, seguimiento del duelo en cuidado paliativos*. Extremadura. Observatorio Regional de Cuidados Paliativos de Extremadura
- Pérez, J.A.P., (2005). *Introducción a la neuropsicología*. New York; McGraw-Hill.
- Pereira, R. P. (2002). *Duelo: desde el punto de vista individual al familiar*, Bilbao, Escuela Vasco Navarra de Terapia Familiar.
- Pereyra, D. C. N. (2008.). *¿Qué es la terapia familiar?*, Revista médica hondureña. Vol. 56. Pp295-299
- Porta, V. G., & Retes, R. R. (2002). *Manifestaciones del duelo*, Valencia. Instituto valenciano de Oncología
- Portillo, I. D. (2000). *Bases de la terapia de grupo*. Editorial Pax. México D.F.

Puerta J., & Padilla D. (2011). *Terapia cognitiva-conductual (TCC) como tratamiento para la depresión*. Colombia, Revista de la facultad de ciencias de la salud, Vol. 8. pp 251-257

Rosello, J. & Bernal, G. (2007). *Manual de tratamiento para la terapia cognitivo-conductual de la depresión*. Rio Piedras. Hospital General de San Francisco.

Ruppert, F. (2017). *Trauma, vínculo y constelaciones familiares*. Mexico D.F; Grupo Planeta

Salvador, M. C. (2006). *El trauma psicológico: un proceso neurofisiológico con consecuencias psicológicas*, Revista de psicoterapia, Vol. 20. Pp. 5-16

Slaikeu, K. A., Mejía, M. C., & López, M. E. G. (1996). *Intervención en crisis: Manual para práctica e investigación*. México D.F.; Manual moderno.

Teruel, A. F. (2008). *Farmacología de la conducta: De los psicofármacos a las terapias psicológicas*. Univ. Autònoma de Barcelona.

Wainrib, B. R., Bloch, E. L., & Arnaiz Adrian, V. M. (2003). *Intervención en crisis y respuesta al trauma: teoría y práctica*. Sevilla, Andalucía; Desclée de Brouwer.