



Universidad
Zaragoza

Trabajo Fin de Grado

**PROPUESTA DE INTERVENCIÓN PARA PACIENTES CON TRASTORNO DE
ESTRÉS POSTRUMÁTICO COMÓRBIDO CON UN TRASTORNO DE DUELO
COMPLICADO COMO CONSECUENCIA DE UNA MUERTE INESPERADA**

Autora: Ana Escuer Alfranca

Tutor: Vicente Alberto González Robles

Facultad de Ciencias Sociales y Humanas de Teruel

Grado en Psicología

Año 2023/ 2024

Índice

Resumen.....	3
Palabras clave.....	3
Introducción.....	4
Objetivos.....	10
Material y método.....	10
Participantes.....	10
Recursos.....	10
Instrumentos.....	11
Procedimiento.....	13
Diseño de las sesiones.....	13
Resultados.....	23
Conclusiones.....	23
Bibliografía.....	25
Anexos.....	28

Resumen

Tener que lidiar con el impacto de una muerte violenta (sea por suicidio, homicidio o catástrofe natural) es un acontecimiento importante en la vida de una persona, tanto que puede desencadenar en un trastorno de estrés postraumático (TEPT) y/o un trastorno de duelo complicado. En este estudio se analiza la comorbilidad entre ambas problemáticas, y cómo se manifiestan en individuos que comparten ciertas características. Sin embargo, hasta el momento, hay pocos estudios en los que se haya investigado y propuesto un tratamiento psicológico comórbido para los dos trastornos, pues el duelo complicado no estaba incluido como trastorno hasta la revisión del DSM-5 en 2022. Por este motivo, surge la necesidad de crear una nueva propuesta de intervención que abarque ambas problemáticas, con el fin de mejorar la calidad de vida de las personas afectadas.

Palabras clave: trastorno de estrés postraumático, trastorno de duelo complicado, suicidio, homicidio, catástrofes naturales, comorbilidad, intervención.

Abstract

Having to deal with the impact of a violent death (whether by suicide, homicide or natural disorder) is a significant event in a person's life, to the extent that it can trigger post-traumatic stress disorder (PTSD) and/or complicated grief disorder. This study analyzes the comorbidity between both issues and how they manifest in individuals who share certain characteristics. However, nowadays, there are few studies that have investigated and proposed a comorbid psychological treatment for both disorders, as complicated grief was not included as a disorder until the DSM-5 revision in 2022. Therefore, there is a need to create a new intervention proposal that addresses both issues, with the aim of improving the life quality of the affected individuals.

Key words: post-traumatic stress disorder, complicated grief disorder, suicide, homicide, natural disasters, comorbidity, intervention.

Introducción

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5) define el trastorno de estrés postraumático (TEPT) como una condición provocada por la exposición a la muerte, lesión grave o violencia sexual, ya sea real o amenaza, que se manifiesta cuando el sujeto experimenta o presencia de forma directa el suceso traumático, cuando tiene conocimiento de que le ha ocurrido a un familiar cercano o a un amigo íntimo o cuando presencia una exposición repetida a detalles desagradables del mismo (APA, 2022). En este manual diagnóstico, el TEPT se incluye en una categoría llamada “Trastornos relacionados con traumas y factores de estrés”, en comparación al DSM-IV-TR, en el cual se encontraba incluido en la sección “Trastornos de ansiedad” (APA, 2002). Algunos síntomas relacionados con este trastorno son los recuerdos o sueños angustiosos recurrentes del suceso traumático, reacciones disociativas en las que el sujeto siente o actúa como si se repitiera dicho suceso, un malestar psicológico intenso o reacciones fisiológicas intensas al exponerse a factores que se asemejan a un aspecto del suceso traumático, así como la evitación de estímulos asociados al mismo, alteraciones negativas cognitivas del estado de ánimo, como la incapacidad de recordar un aspecto importante del suceso, y/o alteraciones importantes de la alerta como la hipervigilancia o problemas de concentración. Los individuos con trastorno de estrés postraumático generalmente evitan lugares, actividades o cosas que les recuerdan al trauma (APA, 2022).

El TEPT ocurre en el 5-10% de la población (Yehuda et al., 2015). La prevalencia del mismo presenta diferencias en función del sexo. Un estudio de Olf (2017) sostiene que las mujeres presentan un riesgo de dos a tres veces mayor de desarrollar TEPT que los hombres, puesto que la prevalencia del trastorno a lo largo de la vida es de entre el 10-12% en las mujeres y del 5-6% en hombres. Esto se debe, en gran parte, a que las mujeres están más expuestas a traumas que generan un fuerte impacto, como son los traumas sexuales, ya que el abuso sexual es el trauma que implica mayor riesgo de TEPT (Perrin et al., 2014). De igual forma, con respecto al afrontamiento del mismo, se considera que las mujeres presentan mejores estrategias de afrontamiento que los hombres, ya que optan por un afrontamiento centrado en las emociones, defensivo y paliativo, buscando apoyo social, mientras que los hombres se centran en el problema (Olf, 2017). También se encontró que el bajo estatus socioeconómico, el estatus de minoría racial/étnica y el hecho de ser un adulto joven se asociaron con una mayor exposición al TEPT (Benjet et al., 2016).

En cuanto al tratamiento, la evidencia se centra en las terapias cognitivo-conductuales, entre las que se encuentran la exposición prolongada y la terapia de procesamiento cognitivo, así como la desensibilización y el reprocesamiento por movimientos oculares (EMDR) (Lancaster et al., 2016). En la exposición prolongada, el paciente debe describir el recuerdo del trauma en voz alta durante un tiempo prolongado para extinguir la respuesta de miedo asociada con el recuerdo. Además, se le enseña a abordar situaciones seguras relacionadas con el trauma que se han evitado porque le recuerdan al mismo. En la terapia cognitivo conductual, el paciente escribe una declaración del impacto que el evento traumático tuvo en su vida. Posteriormente, el terapeuta comienza a cuestionar cualquier posible patrón de pensamiento desadaptativo, descubriendo pensamientos automáticos demasiado generalizados o inútiles del paciente, y le ayuda a desarrollar estrategias para generar patrones de pensamiento más útiles o precisos. La terapia EMDR defiende que los movimientos oculares bilaterales reducen la angustia asociada a la memoria traumática, reduciendo así la evitación y permitiendo una mayor atención a patrones de pensamiento más adaptativos que luego se unen a la memoria traumática. Por último, las técnicas de relajación se centran en el entrenamiento de habilidades en numerosas estrategias de manejo de la ansiedad, como el reentrenamiento de la respiración, la relajación muscular, la detención de pensamientos negativos o la reestructuración de las cogniciones desadaptativas. (Lancaster et al., 2016).

Las terapias psicológicas con la evidencia más sólida deben ser priorizadas para uso clínico cuando estén disponibles y sean aceptables para el paciente. Sin embargo, es poco probable que una terapia sea universalmente apropiada para todas las personas con TEPT, por lo que es necesario considerar diversos factores como las habilidades y el estilo terapéutico del profesional. Dado que existe evidencia del efecto de numerosas terapias psicológicas, la toma de decisiones debe ser compartida entre el paciente y el terapeuta, teniendo en cuenta la preferencia del paciente (Lewis et al., 2020).

Por otra parte, el duelo es una respuesta humana normal ante la muerte de un ser querido, que varía entre individuos y en la forma en que se manifiesta a través de las culturas. Mientras que la mayoría de las personas en duelo se adaptan adecuadamente a la pérdida, una pequeña pero notable proporción de los individuos pueden experimentar una prolongación de los síntomas de duelo agudo mucho más allá del período en el que normalmente han disminuido (Nani et al., 2015), lo cual desemboca en problemas

suficientemente graves como para causar inconvenientes e impedirles continuar con sus vidas. Esto es lo que denominamos trastorno de duelo complicado (APA, 2022).

Shear (2015) sostiene que el duelo es uno de los acontecimientos más dolorosos de la vida y tiene ramificaciones físicas, psicológicas y sociales. Los seres queridos ofrecen apoyo y contribuyen a la identidad y el sentido de pertenencia de una persona. La respuesta al duelo incluye una variedad de síntomas psicológicos y fisiológicos que evolucionan con el tiempo, siendo manifestaciones variables y únicas para cada pérdida. Aunque la mayoría de las personas en duelo atraviesan un período de duelo agudo que disminuye con el tiempo, aproximadamente el 10% desarrollará una condición de duelo complicado (Szuhany, 2021). El duelo complicado afecta a entre el 2% y el 3% de la población mundial y es más probable después de la pérdida de un hijo o de un compañero de vida, y después de una muerte súbita por medios violentos (Shear, 2015). El duelo complicado se caracteriza por un anhelo angustiante e incapacitante, así como la incredulidad y la falta de aceptación de la pérdida, el desapego emocional de los demás desde la misma, la soledad, la alteración de la identidad y la sensación de falta de sentido (Prigerson et al., 2021). La rumiación es común y a menudo se centra en la recriminación enfadada o culpable relacionada con las circunstancias de la muerte. También es común evitar situaciones que sirven como recordatorios de la pérdida, al igual que la necesidad de aferrarse a la persona fallecida recordando constantemente o viendo, tocando u oliendo las pertenencias de la persona fallecida. Las personas que atraviesan un duelo complicado a menudo se sienten conmocionadas, aturdidas o emocionalmente entumecidas, y pueden distanciarse de los demás debido a la creencia de que la felicidad está íntimamente ligada a la persona que murió. Pueden tener un sentido disminuido de sí mismos o sentirse incómodos con un cambio de rol social y, a menudo, se sienten confundidos por su dolor aparentemente interminable (Shear, 2015).

Para un diagnóstico de trastorno de duelo complicado, la pérdida de un ser querido tiene que haber ocurrido hace al menos un año en el caso de los adultos, y hace al menos 6 meses en el caso de los niños y adolescentes (APA, 2022). Además, la persona en duelo debe haber experimentado al menos tres de los síntomas a continuación casi todos los días durante al menos el último mes antes del diagnóstico: alteración de la identidad (sentir que parte de uno mismo ha muerto), sensación de incredulidad sobre la muerte, evitación de los recordatorios de que la persona está muerta, dolor emocional intenso (ira, amargura, tristeza) relacionado con la muerte, dificultad con la reintegración (como problemas para relacionarse con amigos, perseguir

intereses, planificar el futuro), entumecimiento emocional (ausencia o reducción marcada de la experiencia emocional), sentir que la vida no tiene sentido y soledad intensa (sentirse solo o separado de los demás) (APA, 2022).

Con respecto al tratamiento psicológico del duelo, en primer lugar, una terapia común se centra en un duelo normal, cuyo objetivo es eliminar los impedimentos a la adaptación y facilitar los procesos adaptativos naturales. Sin embargo, si comprobamos que el mismo se prolonga, se ha descubierto que la terapia cognitivo-conductual (TCC) es eficaz para reducir los síntomas. El tratamiento del duelo complicado, incorpora componentes de la TCC y otros enfoques para ayudar a adaptarse a la pérdida. Se centra tanto en la aceptación de la realidad de la pérdida como en la restauración, trabajando para alcanzar objetivos y una sensación de satisfacción en un mundo sin el ser querido (Szuhany et al., 2021). La TCC también puede ser útil para tratar los síntomas que ocurren junto con el trastorno de duelo complicado, como los problemas para dormir. Asimismo, los grupos de apoyo para el duelo también pueden proporcionar una fuente útil de conexión social y apoyo. Pueden ayudar a las personas a sentirse menos solas, lo que ayuda a evitar el aislamiento que podría aumentar el riesgo de trastorno de duelo complicado (Szuhany et al., 2021).

Una vez conocidos los dos trastornos, estudiamos la relación entre ambos, y el cuándo y por qué se manifiestan de manera comórbida en algunos individuos que comparten ciertas características. Un estudio de Lenferink et al. (2017) sostiene que la pérdida traumática se asocia con un trastorno de duelo complicado y un trastorno de estrés postraumático (TEPT). Existen diversos acontecimientos relacionados con el trastorno de estrés postraumático (muerte violenta, violencia sexual, suicidio, homicidio, enfermedad, catástrofes naturales, etc.). No obstante, se manifiestan niveles más altos de trastorno de duelo complicado, trastorno de estrés postraumático y depresión entre las personas en duelo por una pérdida violenta (accidente, suicidio u homicidio) que entre las personas en duelo por una pérdida no violenta (van Denderen et al., 2018).

En un estudio de Sharpe e Iwamoto (2022) en el que se evaluó a familiares afroamericanos de víctimas de homicidio, se defiende que una gran cantidad de familiares y amigos de víctimas de homicidio tienen que aprender a lidiar con el impacto traumático del asesinato de su ser querido, teniendo que hacer frente a consecuencias psicológicas como la hipervigilancia, la evitación, el adormecimiento o el aumento del estrés general. Asimismo, el proceso en el que las personas sufren el duelo

depende de muchos factores: sus habilidades y estrategias de afrontamiento, los sistemas de apoyo, las circunstancias de la muerte, la respuesta de los miembros de la familia, los amigos, el sistema de justicia penal, la naturaleza de la relación con el difunto y las creencias religiosas y/o culturales (Sharpe e Iwamoto, 2022). El estudio demuestra que el trauma y el duelo complicado están asociados con la experiencia del asesinato de un ser querido.

En un estudio de Eisma et al. (2019) sobre el terremoto de Sichuan en 2008, se defiende que los supervivientes de desastres como el terremoto de Sichuan comúnmente experimentan una variedad de eventos estresantes importantes en la vida que incluyen, entre otros, lesiones, exposición a cadáveres, perder hogares, comunidades y empleos, y el duelo repentino y/o traumático de familiares, amigos y vecinos. Como consecuencia, los supervivientes pueden tener un riesgo elevado de desarrollar trastornos relacionados con el estrés, como el TEPT. Los pocos estudios comparativos a gran escala sobre los resultados de salud mental de las personas en duelo como consecuencia de desastres hasta la fecha han demostrado incluso que el duelo complicado puede tener una prevalencia más alta que el TEPT. En particular, una investigación de una gran muestra de supervivientes chinos del terremoto de Sichuan encontró que la prevalencia estimada de duelo complicado (71%) era mucho más alta que la de TEPT (39%) (Li et al., 2015).

En un estudio de Wagner, Hofmann y Gradiadeli (2021), al comparar a los familiares de víctimas de suicidio con el grupo de otras circunstancias de muerte, los familiares mostraron un riesgo elevado de trastornos de ansiedad, trastorno de estrés postraumático (TEPT), trastornos del estado de ánimo y trastornos por uso de drogas. Aunque el duelo no suele considerarse el tipo de factor estresante asociado con el TEPT, un factor de riesgo que a menudo se asocia con peores resultados del duelo es cuando la muerte es repentina e inesperada (Mitchell & Terhorst, 2017). Los resultados del estudio de Wagner, Hofmann y Gradiadeli (2021) revelaron que los padres que estaban en duelo por suicidio tenían mayores dificultades para hacer frente a sus reacciones de duelo y sufrían con más frecuencia trastornos mentales como el duelo complicado y el trastorno de estrés postraumático que los otros grupos de padres en duelo.

Un estudio de Jann et al. (2024) analiza la comorbilidad entre TEPT y duelo complicado en sujetos iraquíes que huyeron de sus ciudades natales debido al conflicto de ISIS, y que reportaron haber perdido a una persona importante en los últimos 5 años. Se encontró que el TEPT y el duelo complicado se manifiestan de manera similar en

muchos de los grupos de síntomas tradicionales del TEPT (intrusiones, evitación y anhedonia), pero también difieren significativamente. Por ejemplo, el TEPT desencadena emociones como el miedo o la impotencia, y el duelo complicado recuerdos desadaptativos. El impacto de la pérdida y la separación entre los desplazados internos en Irak se manifestó en síntomas de duelo complicado en más de la mitad de la población afectada y a menudo se acompañó de trastorno de estrés postraumático (Jann et al., 2024).

Basándonos en la literatura de los artículos mencionados en este trabajo, podemos concluir que el perfil más común entre los individuos que cumplieron con los criterios para ambos trastornos es: sujetos que se vieron afectados por una pérdida traumática; con más probabilidades de ser mujeres; de haber experimentado más eventos traumáticos accidentales y agresivos, y manifestar niveles más bajos de apoyo social percibido (Jann et al., 2024).

Una vez conocida la relación entre ambas problemáticas, buscamos tratamientos psicológicos cuya eficacia haya sido demostrada. Un ensayo controlado aleatorizado de van Denderen et al. (2018) examinó la efectividad de un tratamiento de 8 sesiones que abarcó la terapia cognitivo-conductual (TCC) y la desensibilización y reprocesamiento por movimientos oculares (EMDR) para reducir los síntomas de duelo complicado y TEPT en 85 hombres y mujeres holandeses adultos en duelo homicida. Se compararon los cambios en los síntomas de duelo complicado y el TEPT entre un grupo de intervención y un grupo de control en lista de espera. El tratamiento fue eficaz para reducir los síntomas de duelo complicado y TEPT, desde el pretratamiento hasta el postratamiento, por lo que se puede concluir que la EMDR y la TCC parecen tratamientos prometedores para las personas en duelo homicida, tanto para hombres como para mujeres, e independientemente del tiempo transcurrido desde la pérdida (van Denderen et al., 2018).

El hecho de no haber encontrado más estudios sobre tratamientos que abarquen ambas patologías de manera comórbida demuestra la necesidad de crear nuevas intervenciones que aborden de forma simultánea el TEPT y el duelo complicado como consecuencia de una muerte inesperada. He decidido plantear una nueva propuesta de intervención con el fin de proporcionar un nuevo tratamiento psicológico para esta problemática, debido a la falta de recursos ya existentes, y basándome en la literatura encontrada sobre ambas patologías.

Objetivos

El objetivo principal del trabajo es crear una nueva propuesta de intervención para pacientes con trastorno de estrés postraumático comórbido con un trastorno de duelo complicado a causa de una muerte inesperada, con el fin de ayudar en su recuperación de manera efectiva y otorgando herramientas que puedan ser útiles en situaciones similares posteriores.

Como objetivos específicos podemos destacar:

- Aprender en qué consisten ambas problemáticas mediante psicoeducación.
- Brindar apoyo a los pacientes ofreciendo un ambiente cálido y comprensivo.
- Ofrecer herramientas que puedan ser de utilidad en situaciones posteriores.
- Aprender técnicas de relajación y de mindfulness.
- Mejorar la capacidad de resiliencia.

Material y método

Participantes

La intervención va dirigida a adultos con trastorno de estrés postraumático comórbido con trastorno de duelo complicado como consecuencia de una muerte inesperada. Para seleccionar a los participantes, en primer lugar, los sujetos deben haber experimentado una muerte traumática en el último año. Posteriormente, se les administrarán dos escalas de diagnóstico, la Escala de Trauma de Davidson (Bobes et al., 1999) y el Inventario de Duelo Complicado (Limonero et al., 2009) para comprobar si cumplen los criterios de un trastorno de estrés postraumático y de un trastorno de duelo complicado, respectivamente. Si no cumplen los criterios de los trastornos mencionados, o cumplen los de un trastorno, pero los del otro no, quedarán excluidos. En cuanto a la edad de los participantes, quedarán excluidos los menores de edad. También quedan excluidos de la intervención sujetos que padezcan trastornos mentales graves tales como esquizofrenia, trastorno bipolar o riesgo de suicidio, al considerarse que esta terapia no sería de utilidad para ellos. Por último, todos los beneficiarios tendrán que firmar un consentimiento informado de manera libre, voluntaria y consciente una vez conocida la información sobre la intervención.

Recursos

Entre los recursos utilizados podemos destacar dos tipos.

1. Recursos humanos, entre los que destacaremos una profesional de la psicología, que será la encargada de proporcionar el tratamiento.
2. Recursos materiales, entre los que destacamos: instrumentos de evaluación psicológica, material de oficina (pdf, bolígrafos, folios, etc.) e instalaciones necesarias para realizar las actividades (una consulta privada).

Instrumentos

En esta propuesta de intervención se utilizarán 3 escalas. En primer lugar, la Escala de Trauma de Davidson adaptada al castellano (Bobes et al., 1999), la cual fue diseñada para valorar la frecuencia y gravedad de los síntomas del trastorno por estrés postraumático en sujetos que han sufrido un evento traumático. Consta de 17 ítems que evalúan los síntomas en cuatro dimensiones: reexperimentación, evitación, hiperactivación y disforia. Cada ítem se evalúa mediante una doble escala: una de frecuencia y otra de gravedad. La escala de frecuencia ofrece cinco posibles respuestas (nunca, a veces, 2-3 veces, 4-6 veces, a diario) que puntúan de 0 a 4. La escala de gravedad presenta también cinco posibles respuestas (nada, leve, moderada, marcada, extrema), que se puntúan de igual forma que la escala anterior. La duración de la prueba es de 10 a 20 minutos y el material necesario es un formulario de respuesta de 17 ítems y un manual de aplicación. La puntuación se realiza sumando las respuestas a cada ítem, que se puntúan en una escala de 0 a 4, donde 0 significa «nunca» y 4 significa «casi siempre». La puntuación total oscila entre 0 y 68 puntos y se interpreta en torno a una puntuación de 40 como punto de corte. Una puntuación más alta indica una mayor intensidad de los síntomas, y una puntuación por debajo se considera que el individuo no presenta síntomas significativos de estrés postraumático. También es importante tener en cuenta las puntuaciones de las cuatro dimensiones de los síntomas. Si la puntuación en la dimensión de reexperimentación es alta, puede indicar que el individuo está reviviendo el trauma. Si la puntuación en la dimensión de evitación es alta, puede indicar que el individuo está tratando de evitar cualquier cosa relacionada con el trauma. En el caso de que la puntuación en la dimensión de hiperactivación sea alta, puede indicar que el individuo está hiperactivo o sobresaltado. Si la puntuación en la dimensión de disforia es alta, puede indicar que el individuo está experimentando emociones negativas como tristeza o ansiedad. Además, la escala ha demostrado tener una buena fiabilidad y validez.

En segundo lugar, el Índice Global de Duke de Mejoría del Trastorno por Estrés Postraumático adaptado al castellano (Bobes, 2000), una herramienta utilizada en la evaluación y tratamiento del TEPT. Consiste en una escala de medición basada en la percepción del propio paciente sobre su estado actual en comparación con su estado previo al tratamiento. Su objetivo es evaluar la mejoría del paciente después del tratamiento del TEPT. El test es autoadministrado y se compone de cuatro preguntas en las que se pide al paciente que califique su estado actual en comparación con su estado previo al tratamiento en una escala de 7 puntos, que va desde “muchísimo mejor” hasta “muchísimo peor”. Si el paciente indica que su estado actual es “mucho mejor” o “bastante mejor” que su estado previo al tratamiento, se considera que ha habido una mejoría en la condición del paciente. En caso de que el paciente indique que su estado actual es “igual” que su estado previo al tratamiento, se considera que no ha habido mejoría. Si el paciente indica que su estado actual es “algo peor” o “bastante peor” que su estado previo al tratamiento, se considera que ha habido un empeoramiento. La duración del test es menor a 5 minutos. No presenta normas y, por lo tanto, no se puede utilizar como una medida independiente del TEPT, sino que debe complementarse con otras herramientas. Presenta una alta fiabilidad y validez.

Por último, el Inventario de Duelo Complicado (IDC) adaptado al castellano (Limonero et al., 2009), una escala cuya finalidad es ofrecer una medida lo más objetiva posible que permita diferenciar entre duelo normal y patológico. Esto es, es una escala que se utiliza para evaluar el duelo complicado. El IDC tiene 19 ítems que contempla cinco factores: factores personales y relativos al vínculo con la persona fallecida, características de la enfermedad o la muerte, aspectos relacionales (relaciones entre amistades y familia), duelos previos no resueltos o pérdidas múltiples y factores familiares, emocionales y psicológicos. La escala consta de 5 categorías de respuesta tipo Likert, que son “nunca”, “raramente”, “algunas veces”, “a menudo” y “siempre”, que valoran la frecuencia del síntoma explorado (emocional, cognitivo o conductual) y cuya puntuación va desde 0 siendo “nunca” hasta 4 siendo “siempre”. Para su corrección se suman los puntos de cada ítem. De esta manera, las posibles puntuaciones totales fluctúan entre 0 y 76, correspondiendo las puntuaciones más altas a una mayor probabilidad de atravesar un duelo complicado. Según los autores originales, una puntuación total mayor de 25 es un indicador de duelo complicado. El IDC es un cuestionario autoadministrado y se cumplimenta en 10 minutos aproximadamente.

Procedimiento

Las personas objeto de intervención serán captadas a través de distintos métodos. Por un lado, podrán encontrar el tratamiento a través de internet. Si una persona ha experimentado una muerte traumática y considera que necesita ayuda profesional para superar y aceptar la pérdida, y volver a tener así un estilo de vida adaptativo podrá encontrar este tratamiento buscando en Google palabras como “terapia para afrontar suicidio”, “psicóloga trastornos de ansiedad”, “ayuda psicológica por muerte violenta”, entre otras. Aparecerá en internet una página web en la que se ofertará el tratamiento psicológico explicado posteriormente. Por otro lado, las personas que no tengan acceso a internet, podrán encontrar el tratamiento a través de diferentes asociaciones en las que se trabaje con el duelo, centros de día, servicios sociales, etc. También habrá carteles con toda la información disponible en diferentes hospitales, quedando así al alcance de todo aquel que necesite la ayuda.

Los individuos podrán contactar con la profesional a través de un número de teléfono o un correo electrónico que constará tanto en la página web como en los carteles. Tras recibirlo, se concretará una cita con cada usuario que haya contactado, y se evaluará si cumple los requisitos para participar en esta terapia o si, por el contrario, necesita otro tipo de ayuda profesional. Será la psicóloga la encargada de evaluar la situación de inicial de cada persona y de proporcionarle toda la información pertinente.

Diseño de las sesiones

La intervención tendrá una duración de 9 semanas, y constará de 13 sesiones, 11 individuales y 2 grupales. Cada sesión individual tendrá una duración de 1 hora, mientras que las grupales tendrán una duración de 90 minutos. La primera semana, los participantes acudirán dos días. A partir de la tercera semana, durante el tratamiento del TEPT, acudirán una vez por semana. A partir de la séptima semana, durante el tratamiento del duelo complicado, los participantes acudirán dos veces por semana. Posteriormente, habrá dos sesiones en grupo sobre entrenamientos de la relajación y mindfulness y, finalmente, una sesión de cierre. En la tabla 1 podemos encontrar la distribución de las sesiones. A continuación, de la tabla 2 a la tabla 14 se presenta la descripción, objetivos, materiales y desarrollo de cada una de las sesiones.

Tabla 1*Distribución de las sesiones.*

Nº semana	Día 1 semana	Día 2 semana
1	Sesión 1. Evaluación inicial	Sesión 2. Psicoeducación
2	Sesión 3. Exposición prolongada.	
3	Sesión 4. Exposición prolongada.	
4	Sesión 5. Exposición prolongada.	
5	Sesión 6. Exposición prolongada.	
6	Sesión 7. Evaluación mejoría TEPT.	
7	Sesión 8. Reestructuración cognitiva.	Sesión 9. Identificación de conductas.
8	Sesión 10. Desarrollo de nuevas narrativas.	Sesión 11. Terapia de grupo. Relajación progresiva de Jacobson.
9	Sesión 12. Terapia de grupo. Cultivar la resiliencia a través de mindfulness.	Sesión 13. Cierre.

Tabla 2*Sesión 1. Evaluación inicial.*

Objetivos. Obtener información sobre de las características sociodemográficas del paciente, así como evaluar su estado inicial en relación al trastorno de estrés postraumático y el duelo complicado.

Materiales. Escala de Trauma de Davidson (Bobes et al., 1999), Inventario de Duelo Complicado (Limonero et al., 2009), consentimiento informado.

Desarrollo de la sesión.

Esta sesión será una primera toma de contacto con el paciente, dedicada a recabar información sobre el mismo a través de una primera entrevista. En primer lugar, se preguntará al paciente acerca de su situación sociodemográfica (edad, género, actividad laboral, etc.). Posteriormente, se le administrarán dos cuestionarios; primero la Escala de Trauma de Davidson (Anexo A) y, posteriormente, el Inventario de Duelo Complicado (Anexo B), para comprobar si existe un diagnóstico de ambas problemáticas. También se hablará de la muerte traumática, de la relación que tenían con la persona fallecida y de cómo están llevando la situación (qué estrategias

conocen, cuáles están utilizando, qué les funciona en su día a día). En el caso de que cumplan con los criterios para ambos trastornos, se les informará de la terapia que se va a llevar a cabo, proporcionando información acerca de las sesiones, cómo está enfocada la terapia y los objetivos que se pretenden conseguir. Posteriormente, se les pasará un consentimiento informado, que deberán firmar indicando que están de acuerdo con lo establecido. Por último, se preguntará qué esperan del tratamiento y si tienen alguna preferencia, ya que, a pesar de que esté estructurado, se tendrán en cuenta las peticiones individuales de cada paciente de manera que se adapte a sus necesidades y preferencias.

Tabla 3

Sesión 2. Psicoeducación.

Objetivos. Educar al paciente sobre su problemática para ayudarlo a entender qué le está ocurriendo.

Materiales. Pdf impreso.

Desarrollo de la sesión.

En esta segunda sesión se pretende proporcionar información y educar al paciente sobre el trastorno de estrés postraumático y el duelo complicado, pues está demostrado que la psicoeducación aporta numerosos beneficios. En primer lugar, conocer una patología y saber de qué forma se manifiesta ayuda al paciente a comprender mejor sus circunstancias, emociones y reacciones, de manera que la incertidumbre cada vez sea menor. De igual forma, conocer qué nos pasa exactamente nos ayuda a saber gestionar mejor la situación, poniendo en práctica diversas estrategias con el objetivo de minimizar los efectos negativos y mejorar nuestra calidad de vida potenciando nuestras habilidades. Todo esto se traduce en una mejora de autoestima, ya que el paciente toma conocimiento de sus fortalezas, lo cual deriva en una mejora del autoconcepto. Además, entender lo que le pasa hace que aumente el interés y la motivación por la terapia, pues el paciente trabajará de manera más efectiva para lograr los resultados deseados. Para dar a conocer esta información, se entregará a los pacientes un pdf impreso desarrollado por el terapeuta donde se expliquen de manera clara el TEPT y el duelo complicado, respondiendo a las siguientes preguntas: ¿Qué es el TEPT/ duelo complicado? ¿Cómo se trata? ¿Qué puedo hacer yo? (Anexos C y D).

Tabla 4

Sesión 3. Exposición prolongada.

Objetivos. Informar al paciente acerca de la terapia de exposición prolongada.

Desarrollo de la sesión.

En esta sesión se proporcionará al paciente información sobre las formas más comunes en que las personas reaccionan al trauma, y se hablará sobre los factores que mantienen los síntomas del estrés postraumático y cómo las estrategias de exposición permitirán el abordaje de las conductas de evitación y las creencias negativas postraumáticas. Además, se recabará información acerca de la historia de traumas del individuo, y cuál ha sido el trauma que más le ha afectado. Debido a la diversidad de manifestaciones clínicas después del trauma, que pueden ser en forma de ira, culpa, ataques de pánico o disociación, entre otros, resulta importante que el paciente conozca cuáles son sus síntomas y los problemas que el tratamiento le ayudará a resolver. Por ejemplo, en un trauma por suicidio es más probable que el sujeto desarrolle sentimientos de culpa, por lo que la manera de enfocar la terapia será diferente al trauma por catástrofe natural, pues es más probable que se desarrollen sentimientos de pánico o ira. De esta manera, adaptaremos la intervención a las necesidades de cada sujeto, de manera individualizada y precisa para su problemática.

Tabla 5

Sesión 4. Exposición prolongada.

Objetivos. Reentrenamiento de la respiración con el fin de que los pacientes aprendan una técnica de relajación.

Desarrollo de la sesión.

Generalmente, la respiración de las personas varía en función de sus emociones. El reentrenamiento en la respiración es una habilidad orientada a la relajación del paciente, para así ser capaz de manejar la ansiedad o angustia cuando se sienta desbordado. Para ello, en esta sesión, utilizaremos el entrenamiento autógeno de Schultz, una técnica fundamentada en la hipnosis clínica, pues Schultz consideraba el cuerpo y los procesos mentales como una unidad conjunta. De esta forma, el entrenamiento sigue un proceso de autohipnosis progresivo y ordenado que provoca una serie de cambios fisiológicos. Esta técnica tiene 7 objetivos: la autorregulación de las funciones orgánicas (funciones respiratorias, cardiovasculares y digestivas), el

restablecimiento corporal (se consigue equilibrio en el organismo a través del autocuidado), la autotranquilización (los niveles de ansiedad disminuyen), la autodeterminación (capacidad para afrontar mejor situaciones estresantes), el aumento del rendimiento (memoria y atención), la supresión del dolor y la autocrítica (mejora de nuestra visión interior de nosotros mismos). El entrenamiento autógeno de Schultz consta de 6 ejercicios, descritos en el Anexo E.

Tabla 6

Sesión 5. Exposición prolongada.

Objetivos. Enfrentarse a situaciones reales que el paciente asocia con el trauma con el fin de que se reintegre a la vida.

Materiales. Papel y bolígrafo.

Desarrollo de la sesión.

En esta sesión se trabajará con el paciente a participar en situaciones de la vida real. En primer lugar, el paciente elaborará una lista jerárquica de las situaciones que evita como consecuencia del trauma, de mayor a menor relevancia, y las escribirá en un papel. En esta fase de la terapia el objetivo es que el paciente afronte situaciones cotidianas seguras, pero que evita a causa del trauma. Esto se realizará de forma gradual, estableciendo pequeños objetivos que irán en aumento, sin que el paciente deba enfrentarse a una situación estresante de golpe. Esto lo repetirá tantas veces como sea necesario hasta que ya no le resulte angustioso. La terapeuta ayudará al paciente en este proceso de diferentes maneras: le dará el tiempo que necesite para practicar la tarea, lo animará si se siente angustiado por la situación, estará disponible para él si requiere acompañamiento al principio del proceso (ya sea acompañarle a un lugar o simplemente estar a su lado) y no invalidará sus emociones, haciendo ver que todo lo que está sintiendo es válido y normal. Poco a poco, el paciente irá desvinculando la situación del recuerdo traumático, lo que permitirá que se reintegre a la vida de forma plena. Por ejemplo, en el caso de un paciente con trauma por una catástrofe natural, la terapeuta orientaría y, en caso necesario, acompañaría al sujeto a pasar por el lugar donde estaba su domicilio, sin tener que dar rodeos para llegar a un lugar evitando esas calles donde sucedió el acontecimiento traumático.

Tabla 7

Sesión 6. Exposición prolongada.

Objetivos. Aprender a no temer los recuerdos del trauma ni que supongan una perturbación para el paciente.

Desarrollo de la sesión.

Esta sesión consistirá en una exposición imaginaria en la que el paciente hablará con la terapeuta de los recuerdos del trauma, con el fin de aprender a no temerlos ni que supongan una perturbación para él. Además, la terapeuta ayudará al paciente a cambiar sus pensamientos y emociones negativas relacionadas con el trauma. La profesional debe tener en cuenta que igual, al principio, el paciente no quiere hablar sobre los recuerdos traumáticos. Sin embargo, el objetivo es que esto mejore con el paso del tiempo. Además, debe recordarse que está bien si el paciente se distrae o se siente molesto o angustiado después de hablar del trauma. Sin embargo, la terapeuta estará ahí para ayudarlo a seguir y lograr los objetivos planteados. Por ejemplo, en un paciente cuyo familiar falleció por suicidio en el garaje de su casa, se trabajará con el paciente para que deje de temer ese lugar de su vivienda, así como el material que utilizó para realizarlo (una soga). Poco a poco, el paciente podrá volver a entrar al garaje sin que estar ahí suponga una gran perturbación para su vida.

Tabla 8

Sesión 7. Evaluación mejoría TEPT.

Objetivos. Conocer si ha habido mejoría en el TEPT en comparación a antes del inicio de la terapia.

Materiales. Índice Global de Duke de Mejoría del Trastorno por Estrés Postraumático (Bobes, 2000).

Desarrollo de la sesión.

En la séptima sesión se pasará al paciente el Índice Global de Duke de Mejoría del Trastorno por Estrés Postraumático (Anexo F) para que evalúe su percepción acerca de los síntomas del trastorno, es decir, si cree que ha habido mejoría, empeoramiento o sigue en el mismo punto. Se le preguntará también qué le ha parecido la terapia utilizada para tratar el TEPT, si cree que le ha servido, si tiene alguna idea de algo más que podría venirle bien o serle de utilidad y se tendrán en cuenta sus opiniones. Una vez concluida esta parte, utilizaremos el tiempo que queda de la sesión para hablar sobre la pérdida traumática. De manera libre, el paciente contará todo lo que

quiera acerca de la relación con la persona fallecida, las circunstancias en las que ocurrió y cómo se siente actualmente. Esto servirá para recopilar información sobre la situación de cada sujeto, que nos servirá para comenzar a tratar el duelo complicado en las siguientes tres sesiones.

Tabla 9

Sesión 8. Reestructuración cognitiva.

Objetivos. Detectar pensamientos, emociones y cogniciones desadaptativas del paciente y modificarlas por otras más funcionales.

Desarrollo de la sesión.

En la octava sesión comenzaremos con la terapia para tratar el duelo complicado. Nos centraremos en la reestructuración cognitiva, una técnica que sirve para identificar pensamientos, emociones y cogniciones negativas, que llevan a prácticas poco adaptativas para el duelo, con el fin de modificarlos y lograr una mayor adaptación a la vida del paciente. La reestructuración cognitiva sostiene que las personas reaccionamos a los acontecimientos en función del significado que les asignamos, es decir, lo importante no es tanto lo que pasa, sino lo que nos decimos a nosotros mismos que pasa, o cómo evaluamos lo que nos ocurre. De esta manera, modificaremos las creencias disfuncionales, que pueden causar alteraciones afectivas y conductuales, por cogniciones más coherentes y funcionales, abordando tanto la conducta verbal interna como externa, es decir, lo que creemos de nosotros mismos y del mundo. La primera labor consistirá en identificar las emociones del paciente respecto al acontecimiento traumático. Habrá personas que sientan culpabilidad, otras ira, impulsos de venganza, etc. Cuando las hayamos detectado, terapeuta y paciente acordarán otra forma de percibir la situación, con un diálogo interno basado en ideas como “no es mi culpa lo que sucedió”, “no estaba bajo mi control” o “yo no soy así, no quiero actuar de la misma forma que quien me hizo daño”.

Tabla 10

Sesión 9. Identificación de conductas.

Objetivos. Identificar conductas desadaptativas que realiza el paciente y reestructurarlas para conseguir acciones más positivas.

Desarrollo de la sesión.

En esta sesión, una vez detectadas las cogniciones negativas sobre la pérdida, buscaremos identificar las conductas desadaptativas que el paciente realiza en consecuencia. El objetivo de esta fase de la terapia es redireccionar las conductas negativas hacia otros patrones conductuales y de comportamiento más positivos para el paciente. Terapeuta y paciente trabajarán juntos para buscar alternativas y reestructurar determinadas ideas y creencias que generan malestar en el paciente. Llevando a cabo otro tipo de conductas más adaptativas, el paciente atravesará las fases del duelo de manera más funcional. Por ejemplo, un paciente con grandes impulsos de venganza, dedicará una gran parte de su tiempo y energía en obtener información sobre la persona que cometió el homicidio contra su ser querido, buscando la manera de hacerle daño para así conseguir la justicia que cree que su familiar merece. Esta es una conducta completamente disfuncional, pues el sujeto está perjudicando su vida, y además está descuidando el transcurso del duelo. En su lugar, se trabajará la realización de nuevas conductas, dejando a la justicia castigar al individuo que cometió el crimen, y utilizando el tiempo que antes dedicaba a pensar en la venganza a otras conductas como pueden ser compartir tiempo con personas queridas o salir a hacer ejercicio, escogiendo lo que al paciente le resulte más útil y beneficioso.

Tabla 11

Sesión 10. Desarrollo de nuevas narrativas.

Objetivos. Conseguir que el paciente centre su dolor en un momento específico del día, dejando el resto del tiempo libre para otras actividades cotidianas.

Desarrollo de la sesión.

En la décima sesión, una vez detectadas cogniciones y conductas desadaptativas, se pretende que el paciente genere una nueva narrativa sobre su vida, basada en pensamientos e ideas positivas que le permitirán afrontar el dolor. Tanto los pensamientos como las emociones positivas asociadas a la pérdida ayudan a dejar atrás toda la negatividad anterior y permiten a la persona interpretar esta nueva realidad desde una perspectiva positiva y sin tanto dolor. Por lo tanto, esta sesión se enfocará en la recopilación de ideas de las dos sesiones anteriores, adoptando nuevas

conductas como retomar la relación con su entorno, centrarse en mejorar su alimentación, el ejercicio físico, la búsqueda de nuevos hobbies, etc. Además, para darle al duelo su lugar, el paciente escogerá un momento del día que dedicará exclusivamente a pensar en su familiar, a llorar su pérdida y, si lo necesita, a realizar cualquier conducta espiritual, como encender una vela, hablar con esa persona o tener algún objeto suyo cerca. De esta forma, conseguiremos centrar el dolor en un momento concreto del día, dejando espacio para el resto de actividades cotidianas sin tanto dolor o pensamientos negativos.

Tabla 12

Sesión 11. Terapia de grupo. Relajación muscular progresiva de Jacobson.

Objetivos. Aprender una nueva técnica de relajación.

Desarrollo de la sesión

Comenzaremos la primera sesión en grupo. Este día, reunimos a pacientes con la misma problemática con el fin de enseñarles una relajación muscular progresiva que alivie su malestar. Esta técnica sostiene que tanto los pensamientos como los comportamientos ligados al estrés generan tensión muscular, por lo que se pretende tensar y relajar distintos grupos musculares con el fin de obtener un estado de relajación final. Esto ocurre porque, al estar tensos, nuestra percepción del estrés y la ansiedad aumentan. Sin embargo, si intentamos relajar los músculos, podremos controlar esas sensaciones. Este método sigue tres fases y, durante su realización, es importante emplear la técnica de respiración diafragmática, inspirando lentamente, llevando el aire hasta el vientre, y expirando también lentamente. Nos sentaremos todos en círculo con una postura cómoda y correcta, sentados en una silla, con la espalda recta, los hombros relajados y evitando posturas forzadas del cuello. Las piernas no estarán cruzadas y pies reposarán en el suelo. Las tres fases de las que consta la relajación muscular progresiva de Jacobson las encontramos en el Anexo G.

Tabla 13

Sesión 12. Terapia de grupo. Cultivar la resiliencia a través de mindfulness.

Objetivos. Entrenar a los pacientes en mindfulness con el fin de potenciar la capacidad de resiliencia.

Desarrollo de la sesión.

En la penúltima sesión, también en grupo, la terapeuta comenzará explicando que el mindfulness se podría traducir como “atención plena”, y que consiste en una serie de ejercicios que permiten prestar atención al presente de manera no enjuiciadora. Nos permite adoptar una perspectiva algo más distanciada y neutral, de modo que estamos más predispuestos a abordar nuestros problemas desde una mentalidad constructiva y sin dejarnos arrastrar por la angustia y la preocupación obsesiva por lo que podríamos haber hecho y no hicimos. El ejercicio que realizaremos consistirá en utilizar la atención plena para fortalecer nuestra capacidad de resiliencia, una habilidad que nos permite superar y adaptarnos a situaciones difíciles con fortaleza y calma. Para conseguir esto, nos centraremos en las tareas cotidianas, prestando atención completa a lo que estamos haciendo en ese momento, ya sea lavar los platos, caminar o tomar una taza de café. Al centrarnos en el presente y en nuestras acciones, cultivamos una mayor conciencia y capacidad de adaptarnos a las situaciones de manera más flexible. Otra aplicación diaria de mindfulness para fomentar la resiliencia es la práctica de la observación de los pensamientos y emociones. En lugar de dejarnos llevar por ellos, aprendemos a observarlos sin juzgarlos ni identificarnos con ellos, lo que nos permite tener una perspectiva más objetiva y nos ayuda a no reaccionar de manera automática ante las situaciones difíciles. Por último, practicaremos la gratitud, dedicando unos momentos al día para reconocer y agradecer lo que tenemos, ya que puede ayudarnos a mantener una actitud positiva y resiliente frente a los desafíos. Implementar estas aplicaciones diarias de mindfulness puede marcar una gran diferencia en nuestra capacidad para enfrentar las dificultades con resiliencia.

Tabla 14

Sesión 13. Cierre de la terapia.

Objetivos. Despedir a los pacientes y conocer su grado de satisfacción con el programa de intervención.

Desarrollo de la sesión.

Esta última sesión será el cierre de la terapia, y la dedicaremos a hacer una pequeña evaluación sobre todas las sesiones anteriores. En primer lugar, se evaluará el progreso del paciente preguntándole qué es lo que ha cambiado en estas semanas y cómo se siente ante dicho cambio. También se les preguntará por todo aquello que han aprendido en el proceso. Por último, se les pedirá que comenten si han

encontrado útil el programa de intervención y cuál es su grado de satisfacción con el mismo.

Resultados

Una vez concluida la intervención, esperamos haber logrado determinados objetivos. En primer lugar, se espera que la frecuencia y gravedad de los síntomas de los usuarios con TEPT hayan disminuido. Esto podría traducirse en una reducción de la reexperimentación: la persona ya no revive tantas veces ni tan intensamente el trauma; la evitación: el sujeto ya no evita ciertos lugares o acontecimientos que le recuerdan al trauma; la hiperactivación: el paciente ya no se encuentra tan sobresaltado como antes del tratamiento; y la disforia: el sujeto ya no presenta tanto malestar general, dando cabida a emociones más positivas. En segundo lugar, se espera que el sujeto sea capaz de percibir un cambio positivo en su proceso respecto al TEPT, comprobando que las pesadillas, los recuerdos intrusivos o los pensamientos paralizantes, entre otros, han disminuido. Por último, se espera que los sujetos hayan adquirido nuevas herramientas para gestionar de forma más adaptativa el duelo, mejorando así el vínculo con la persona fallecida, las relaciones con otros familiares y amigos, y sus propios procesos emocionales. Además, se espera haber ayudado a procesar otros duelos previos no resueltos, en caso de que un individuo hubiera sufrido varias pérdidas.

Conclusiones

Esta intervención se ha propuesto con el objetivo de implementar un nuevo tratamiento para aquellos sujetos que se encuentran en una situación vulnerable como consecuencia de una muerte traumática. La idea es combinar tratamientos cuya eficacia haya sido demostrada para el TEPT y el duelo complicado con el fin de optimizar la práctica planteada en las terapias ya existentes.

No obstante, debemos tener en cuenta algunas limitaciones que pudiéramos tener a la hora de llevar a cabo la terapia. En primer lugar, debemos considerar la posibilidad de abandono por parte de algún usuario, pues quizá siente que este tratamiento no es lo que necesita en ese momento. En segundo lugar, debemos considerar la inclusión de nuevas escalas que midan otros aspectos de importancia, como la calidad de vida o el funcionamiento social, laboral y/o académico del individuo. Por último, debemos tener en cuenta los problemas que puedan surgir en las

sesiones grupales, como la incapacidad de un usuario de conseguir llegar a un estado de relajación completo al haber más personas en la misma sala.

Bibliografía

- American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed., text rev.). American Psychiatric Publishing.
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2002). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales: DSM-IV-TR* (4ª ed. revisión del texto). Barcelona: Masson.
- Benjet, C., Bromet, E., Karam, E. G., Kessler, R. C., McLaughlin, K. A., Ruscio, A. M., ... & Koenen, K. C. (2016). The epidemiology of traumatic event exposure worldwide: results from the World Mental Health Survey Consortium. *Psychological medicine*, 46(2), 327-343.
- Bobes, J. (2000). Índice Global de Duke de Mejoría del Trastorno por Estrés Postraumático (DGRP). Publicado en *Actas Españolas de Psiquiatría*, 28(4), 207-218.
- Bobes, J., Bascarán, M. T., González, M. P., Bousoño, M., Calcedo, A., Hormaechea, J. A., & Wallace, D. H. (1999). Adaptación al castellano de la Escala de Trauma de Davidson. *Revista de Psiquiatría y Psicología Médica*, 28(2), 145-158.
- Eisma, M. C., Lenferink, L. I., Chow, A. Y., Chan, C. L., & Li, J. (2019). Complicated grief and post-traumatic stress symptom profiles in bereaved earthquake survivors: a latent class analysis. *European Journal of Psychotraumatology*, 10(1), 1558707.
- Jann, P., Neldner, S., Neuner, F., & Mohammed, R. (2024). Complicated grief and posttraumatic stress after loss and separation under terror conditions. *Journal of Traumatic Stress*, 37(1), 154-165.
- Lancaster, C. L., Teeters, J. B., Gros, D. F., & Back, S. E. (2016). Posttraumatic stress disorder: overview of evidence-based assessment and treatment. *Journal of clinical medicine*, 5(11), 105.
- Lenferink, L. I., van Denderen, M. Y., de Keijser, J., Wessel, I., & Boelen, P. A. (2017). Prolonged grief and post-traumatic stress among relatives of missing persons and homicidally bereaved individuals: A comparative study. *Journal of Affective Disorders*, 209, 1-2.
- Lewis, C., Roberts, N. P., Andrew, M., Starling, E., & Bisson, J. I. (2020). Psychological therapies for post-traumatic stress disorder in adults: Systematic review and meta-analysis. *European journal of psychotraumatology*, 11(1), 1729633.

- Li, J., Chow, A. Y., Shi, Z., & Chan, C. L. (2015). Prevalence and risk factors of complicated grief among Sichuan earthquake survivors. *Journal of Affective Disorders, 175*, 218-223.
- Limonero, J. T., Lacasta, M., García, J. A., Maté, J., & Prigerson, H. G. (2009). Adaptación al castellano del inventario de duelo complicado. *Medicina Paliativa, 16*(5), 291-297.
- Mitchell, A. M., & Terhorst, L. (2017). PTSD symptoms in survivors bereaved by the suicide of a significant other. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association, 23*(1), 61-65.
- Nanni, M. G., Tosato, S., Grassi, L., Ruggeri, M., & Prigerson, H. G. (2015). The psychopathological characteristics of prolonged grief. *Journal of Psychopathology, 21*(4), 341-347.
- Olf, M. (2017). Sex and gender differences in post-traumatic stress disorder: an update. *European journal of psychotraumatology, 8*(sup4), 1351204.
- Perrin, M., Vandeleur, C. L., Castela, E., Rothen, S., Glaes, J., Vollenweider, P., & Preisig, M. (2014). Determinants of the development of post-traumatic stress disorder, in the general population. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology, 49*, 447-457.
- Prigerson, H. G., Kakarala, S., Gang, J., & Maciejewski, P. K. (2021). History and status of prolonged grief disorder as a psychiatric diagnosis. *Annual review of clinical psychology, 17*, 109-126.
- Sharpe, T. L., & Iwamoto, D. K. (2022). Psychosocial aspects of coping that predict post-traumatic stress disorder for African American survivors of homicide victims. *Preventive medicine, 165*, 107277.
- Shear, M. K. (2015). Complicated grief. *New England Journal of Medicine, 372*(2), 153-160.
- Szuhany, K. L., Malgaroli, M., Miron, C. D., & Simon, N. M. (2021). Trastorno de duelo prolongado: curso, diagnóstico, evaluación y tratamiento. Focus (American Psychiatric Publishing), 19(2), 161–172.
- van Denderen, M., de Keijser, J., Stewart, R., & Boelen, P. A. (2018). Treating complicated grief and posttraumatic stress in homicidally bereaved individuals: A randomized controlled trial. *Clinical Psychology & Psychotherapy, 25*(4), 497-508.

- Wagner, B., Hofmann, L., & Grafiadeli, R. (2021). The relationship between guilt, depression, prolonged grief, and posttraumatic stress symptoms after suicide bereavement. *Journal of clinical psychology, 77*(11), 2545-2558.
- Yehuda, R., Hoge, C. W., McFarlane, A. C., Vermetten, E., Lanius, R. A., Nievergelt, C. M., ... & Hyman, S. E. (2015). Post-traumatic stress disorder. *Nature reviews Disease primers, 1*(1), 1-22.

Anexos

Anexo A. Preguntas Escala de Trauma de Davidson (DST)

1. ¿Ha tenido alguna vez imágenes, recuerdos o pensamientos dolorosos del acontecimiento?
2. ¿Ha tenido alguna vez pesadillas sobre el acontecimiento?
3. ¿Ha sentido que el acontecimiento estaba ocurriendo de nuevo? ¿Como si lo estuviera reviviendo?
4. ¿Le ha molestado alguna cosa que se lo haya recordado?
5. ¿Ha tenido manifestaciones físicas por recuerdos del acontecimiento? (Incluye sudores, temblores, taquicardia, disnea, náuseas o diarrea).
6. ¿Ha estado evitando algún pensamiento o sentimiento sobre el acontecimiento?
7. ¿Ha estado evitando hacer cosas o estar en situaciones que le recordaran el acontecimiento?
8. ¿Ha sido incapaz de recordar partes importantes del acontecimiento?
9. ¿Ha tenido dificultad para disfrutar de las cosas?
10. ¿Se ha sentido distante o alejado de la gente?
11. ¿Ha sido incapaz de tener sentimientos de tristeza o de afecto?
12. ¿Ha tenido dificultad para imaginar una vida larga y cumplir sus objetivos?
13. ¿Ha tenido dificultad para iniciar o mantener el sueño?
14. ¿Ha estado irritable o ha tenido accesos de ira?
15. ¿Ha tenido dificultades de concentración?
16. ¿Se ha sentido nervioso, fácilmente distraído o permanecido “en guardia”?
17. ¿Ha estado nervioso o se ha asustado fácilmente?

Anexo B. Inventario de Duelo Complicado (IDC)

1. Pienso tanto en la persona que ha fallecido que me resulta difícil hacer las cosas como las hacía normalmente.
2. Los recuerdos de la persona que murió me trastornan.
3. Siento que no puedo aceptar la muerte de la persona fallecida.
4. Anhelo a la persona que murió.
5. Me siento atraído por los lugares y las cosas relacionadas con la persona fallecida.
6. No puedo evitar sentirme enfadado con su muerte.
7. No me puedo creer que haya sucedido.
8. Me siento aturdido por lo sucedido.
9. Desde que él/ella murió me resulta difícil confiar en la gente.
10. Desde que él/ella murió me siento como si hubiera perdido la capacidad de preocuparme de la gente o me siento distante de las personas que me preocupaban.
11. Me siento solo/a la mayor parte del tiempo desde que él/ella falleció.
12. Siento dolores en la misma zona del cuerpo o tengo alguno de los síntomas que sufría la persona que murió.
13. Me tomo la molestia de desviarme de mi camino para evitar los recuerdos de la persona que murió.
14. Siento que la vida está vacía sin la persona que murió.
15. Escucho la voz de la persona fallecida hablándome.
16. Veo a la persona que murió de pie delante de mí.
17. Siento que es injusto que yo viva mientras que él/ella ha muerto.
18. Siento amargura por la muerte de esa persona.
19. Siento envidia de otras personas que no han perdido a nadie cercano.

Anexo C. Psicoeducación TEPT.

¿Qué es el TEPT? Causas y síntomas.

El TEPT es un trastorno provocado por la exposición a la muerte, lesión grave o violencia sexual que se manifiesta cuando el sujeto experimenta o presencia de forma directa un suceso traumático, cuando tiene conocimiento de que le ha ocurrido a un familiar cercano o a un amigo íntimo o cuando presencia una exposición repetida a detalles desagradables del mismo. Sus síntomas son:

- Recuerdos o sueños angustiosos recurrentes del suceso traumático.
- Reacciones disociativas en las que el sujeto siente o actúa como si se repitiera dicho suceso.
- Malestar psicológico intenso o reacciones fisiológicas intensas al exponerse a factores que se asemejan a un aspecto del suceso traumático.
- Evitación de estímulos asociados al mismo, alteraciones negativas cognitivas del estado de ánimo, como la incapacidad de recordar un aspecto importante del suceso.
- Alteraciones importantes de la alerta como la hipervigilancia o problemas de concentración.

¿Cómo se trata?

En terapia utilizaremos la exposición prolongada, en la cual el paciente describirá el recuerdo del trauma en voz alta durante un tiempo prolongado para extinguir la respuesta de miedo asociada con el recuerdo. Además, se le enseñará a abordar situaciones seguras relacionadas con el trauma que se han evitado porque le recuerdan al mismo. Esto se conseguirá a través de la información sobre la EP, reentrenando la respiración y a través de exposiciones tanto en vivo como imaginarias.

¿Qué puedo hacer yo?

Autocuidado. Se pretenden fomentar y/o reforzar conductas positivas, como pueden ser las relaciones sociales, una alimentación equilibrada, ejercicio físico, cuidado de la higiene del sueño, o tiempo para uno mismo.

Anexo D. Psicoeducación duelo complicado.

¿Qué es el duelo complicado?

Causas y síntomas.

El duelo complicado ocurre cuando los síntomas del duelo agudo persisten mucho más tiempo en el que normalmente han disminuido, lo cual genera problemas suficientemente graves como para interferir en la vida diaria de un sujeto. Algunos de los síntomas son:

- Alteración de la identidad.
- Sensación de incredulidad sobre la muerte.
- Evitación de los recordatorios de que la persona está muerta.
- Dolor emocional intenso relacionado con la muerte.
- Dificultad con la reintegración.
- Sentir que la vida no tiene sentido.
- Soledad intensa.

¿Cómo se trata?

En terapia utilizaremos una terapia cognitivo conductual, que constará de 3 sesiones en las que se explicarán la reestructuración cognitiva, la identificación de conductas y el desarrollo de nuevas narrativas.

¿Qué puedo hacer yo?

De igual forma que con el TEPT, nos centramos en el autocuidado. Conductas orientadas a las relaciones sociales, una alimentación equilibrada, ejercicio físico, cuidado de la higiene del sueño, o tiempo para uno mismo.

Anexo E. Entrenamiento autógeno de Schultz.

El primer ejercicio es de relajación muscular. El paciente debe cerrar los ojos y, sin hablar ni realizar ningún movimiento, representará mentalmente la frase “estoy completamente tranquilo”. Cuando sienta que las tensiones han ido desapareciendo y que está cómodo y relajado, entonces pasará a la frase “el brazo derecho (izquierdo para los zurdos) está pesado”. Así se conseguirá una manifestación de peso localizada perfectamente en el codo y en el antebrazo. Al cabo de medio a un minuto se efectúa el "retroceso": mover el brazo, respirar profundo, abrir los ojos. Si no hay dificultades, se pasar a realizar el ejercicio en ambos brazos, siguiendo los mismos pasos anteriores. Finalmente, se realizará lo mismo incluyendo también las piernas, primero una pierna y después otra, o ambas al mismo tiempo, en dependencia de las características del paciente.

El segundo ejercicio es de relajación vascular. Está plenamente demostrado que en condiciones normales puede dominarse el sistema vascular de manera autógena, por lo que, cuando ya se domina la sensación de peso, el ejercicio se amplía a: "estoy completamente tranquilo", "los brazos y piernas están pesados", "el brazo derecho (izquierdo para los zurdos) está caliente". En la mayoría de las personas aparece pronto, casi siempre en el codo y el antebrazo una sensación interna de calor fluyente. En este ejercicio no se precisa retroceso en la sensación de calor, ya que los vasos sanguíneos poseen una elasticidad regulada por el organismo, que les permite volver a su tono normal. Se enseñará primero a lograr el calor en un brazo, luego en los dos brazos (similar al descrito para la relajación muscular) y luego en las piernas.

El tercer ejercicio es de regulación cardíaca. La persona se encuentra tumbada, y apoya el codo derecho de tal manera que quede situada al mismo nivel que el plano anterior del tórax. La mano derecha se sitúa en la región precordial (bolsillo superior derecho de la camisa). El brazo izquierdo permanece en la postura normal. A continuación, se concentra: tranquilidad, peso, calor; procurando localizarlos en la región del tórax en que se apoya la mano. El peso de la mano es una especie de indicador. Al cabo de algunos ejercicios comienzan a percibirse sensaciones cardíacas. Repitiendo constantemente toda la cadena de ejercicios ("tranquilización-peso-calor") se concentra en esta región con la frase: "el corazón late tranquilo y fuerte". Cuando se ha aprendido a sentir el corazón se "ha descubierto" la sensación cardíaca, la mano ya no se sitúa en la región precordial y se procura influir sobre el corazón directamente, sin ayuda externa.

El cuarto ejercicio es de regulación respiratoria. La respiración es una función en la que se implican factores voluntarios e involuntarios. De la misma manera que el peso y el calor se extienden espontáneamente del brazo de prueba a los otros miembros, la relajación interna elaborada a través de una relajación muscular, vascular y cardíaca se extiende de una manera natural a la respiración. En el entrenamiento autógeno todo cambio voluntario en la respiración constituye una interferencia porque significa tensión y actividad. La persona que se entrena se concentrará en la fórmula: "la respiración es tranquila". La respiración debe ser como un soporte que mantenga a flote al sujeto que se ejercita. Este debe dejarse llevar por la respiración.

El quinto ejercicio es de regulación de los órganos abdominales (plexo solar). Los órganos abdominales necesitan ser relajados al igual que los torácicos y las extremidades. Para conseguirlo es preciso concentrarse sobre el mayor nudo nervioso vital del abdomen: el plexo solar. Está situado aproximadamente en la mitad de la línea imaginaria que une el ombligo al extremo inferior del esternón, en la mitad superior del abdomen. Para ello, se utiliza la frase: "el plexo solar irradia calor". El mismo se facilita a veces imaginando que el aire aspirado se dirige al abdomen.

El sexto ejercicio es de regulación de la región cefálica. En el entrenamiento autógeno se aplica una conmutación especial, en la región cefálica, la "esfera cefálica". Se representa la frase: "la frente está agradablemente fresca". Así como la representación de calor conduce a una dilatación de los vasos, la representación de frío da lugar a una reducción de aquellos y, por ende, a una isquemia refrescante.

Anexo F. Índice Global de Duke de Mejoría del Trastorno por Estrés Postraumático
(Duke Global Rating Scale for PTSD – DGRP)

- Componente intrusivo (sueños, pesadillas, pensamientos, recuerdos, imágenes, reviviscencias, molestias por los recuerdos).
- Componente evitativo / paralizante (pensamientos, situaciones, retracción, distanciamiento, paralización, amnesia).
- Componente de hiperactivación (respuesta de sobresalto, estar en el límite, concentración, sueño, irritabilidad).
- Cambio total en el TEPT.

Anexo G. Relajación progresiva de Jacobson.

La primera fase consiste en tensar y relajar diferentes músculos, sosteniendo unos 10-15 segundos tanto la tensión como la relajación. Nos centramos en cuatro grupos musculares:

1. Cara

- Frente: fruncir el ceño fuertemente y, luego, relajarlo lentamente.
- Ojos: cerrarlos, apretándolos y notando la tensión en los párpados y, luego, aflojar.
- Labios y mandíbula: apretar labios y dientes para luego relajar, dejando la boca entreabierta, separando los dientes y dejando la lengua floja.

2. Cuello y hombros

- Cuello: bajar la cabeza hacia el pecho, notando la tensión en la parte posterior del cuello. Relajar volviendo la cabeza a la posición inicial, alineada con la columna.
- Hombros: inclinar ligeramente la espalda hacia adelante llevando los codos hacia atrás, notando la tensión en la espalda. Destensar retornando la espalda a su posición original y reposando los brazos en las piernas.
- Brazos y manos: con los brazos en reposo sobre las piernas, apretar los puños, notando la tensión en brazos, antebrazos y manos. Para destensar, abrir los puños y reposar los dedos en las piernas.

3. Abdomen

Tensar los músculos abdominales, “metiendo barriga” y luego, relajarlos.

4. Piernas

Estirar una pierna levantando el pie y llevándolo hacia arriba y los dedos hacia atrás, notando la tensión en toda la pierna. Relajar lentamente, volviendo los dedos hacia adelante y bajando la pierna hasta reposar la planta del pie en el suelo. Repetir con la otra pierna.

La segunda fase consiste en repasar mentalmente todos los grupos musculares y comprobar si realmente están relajados y, si es posible, relajarlos aún más.

La tercera fase consiste en focalizar la atención en el estado de calma. Puede ser de ayuda visualizar una escena agradable que pueda evocar diferentes sensaciones. Un buen ejemplo es visualizarse tumbado en una playa y evocar los colores, el sonido de las olas, el tacto de la arena, el olor a mar, el calor del sol, la brisa en la piel, etc.